

Konsernrevisjonen

Rapport 4/2022

Oppfølging av rapport 6/2020 - Revisjon etter uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF

08. juni 2022

Innhold

1. Konklusjoner	3	6. Nærmere gjennomgang av utvalgte anbefalinger	15
2. Bakgrunn	5	6.1 Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF	15
2.1 Om revisjonsrapport 6/2020	5	6.2 Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner i SSF	16
2.2 Behandling av rapport i styret Sørlandet sykehus HF	6	6.3 Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF	17
2.3 Formålet med konsernrevisjonens oppfølging av revisjoner	6	6.4 Håndtering av uønskede hendelser	19
3. Tilnærming	7	6.5 Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp	20
3.1 Innfallsvinkel	7	6.6 Vurderinger	20
3.2 Formål og problemstilling	7	Vedlegg 1 - Tilnærming	21
3.3 Avgrensning og metode	7	Vedlegg 2 – Innhentet dokumentasjon	22
4. Helseforetakets utarbeidelse av handlingsplan	8	Vedlegg 3 – Gjennomførte samtaler	23
4.1 Utforming av handlingsplanen	8		
4.2 Forankring	9		
4.3 Vurderinger	10		
5. Oppfølging og rapportering av handlingsplanen	11		
5.1 Helseforetakets oppfølging	11		
5.2 Rapportering	12		
5.3 Vurderinger	13		

1. Konklusjoner

Helseforetakets forbedringsarbeid legger til rette for god kvalitet og pasientsikkerhet

Konsernrevisjonen gjennomførte i 2020 en revisjon på bakgrunn av uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF i perioden 2016-2020. De uønskede hendelsene var knyttet til operasjoner ved sykehuset i Flekkefjord og ved ortopedisk avdeling ved sykehuset i Kristiansand. I forbindelse med revisjonen utarbeidet konsernrevisjonen en revisjonsrapport hvor vi kom med flere anbefalinger til helseforetaket. Rapport ble behandlet i styret i Helse Sør-Øst RHF og styret i Sørlandet sykehus HF høsten 2020.

Konsernrevisjonen følger rutinemessig opp anbefalinger fra alle tidligere gjennomførte revisjoner. Ved Sørlandet sykehus HF har vi undersøkt om det er etablert et forbedringsarbeid som ivaretar anbefalingene, om planlagte tiltak er gjennomført og om det er god styring med dette arbeidet.

Vår oppfølging ved Sørlandet sykehus HF viser at det er satt i gang et svært omfattende forbedringsarbeid både før og etter revisjonen i 2020. I forbindelse med revisjonen ble det utarbeidet en omfattende handlingsplan. Denne henger sammen med et utviklingsarbeid som er igangsatt for å styrke kvalitetssystemet som helhet. Konsernrevisjonen vurderer at dette utviklingsarbeidet, sammen med handlingsplanen etter konsernrevisjonens rapport, legger til rette for god kvalitet og pasientsikkerhet i de kirurgiske tjenestene. Dette begrunnes ut i fra følgende tre vurderinger:

- Handlingsplanen ivaretar svakhetene som ble identifisert i revisjonen
- Det er etablert et system for oppfølging og rapportering på handlingsplanen
- Det arbeides aktivt med innføring av tiltak – behov for fortsatt oppmerksomhet for varig forbedring

Handlingsplanen ivaretar svakhetene som ble identifisert i revisjonen

En viktig forutsetning for et godt forbedringsarbeid etter revisjoner er at alle anbefalingene vurderes, og eventuelt følges opp med tiltak gjennom en handlingsplan. I planen må det fremgå hvem som har ansvar for tiltakene, frister for gjennomføring, målsettinger for hvert enkelt tiltak (resultat- og effektmål), herunder hvordan tiltakene skal måles og evalueres.

Revisjonen har vist at Sørlandet sykehus HF har utarbeidet en grundig og omfattende handlingsplan, som dekker alle anbefalingene i rapporten. Handlingsplanen sammenfatter allerede igangsatte- og nye tiltak. Samlet dekker planen tiltak for å styrke kvaliteten ved kirurgiske tjenester, styrke kompetanse og rekruttering, utvikle faglig samarbeid, samt ivareta tidligere pasienter som kan ha fått manglende helsehjelp.

Vi vurderer videre at det er en stor styrke at flesteparten av tiltakene i handlingsplanen er utformet til å omfatte hele helseforetaket, og ikke bare de enhetene som var omfattet av revisjonen i 2020.

Handlingsplanen er utformet med tanke på å rapportere på om tiltaket er gjennomført, for eksempel om en ny rutine eller prosedyre er innført. Handlingsplanen er ikke utformet med det formål å følge opp resultater og effekter av tiltakene, for eksempel hvordan disse har innvirket på kvaliteten på tjenestene. Det er i stedet lagt opp til at resultater og effekter av gjennomførte tiltak følges opp i andre prosesser i foretaket. Vi vurderer at dette kan være en hensiktsmessig struktur på bakgrunn av handlingsplanens omfang. Vi vurderer samtidig at det av handlingsplanen burde fremgått *hvordan* effekter av enkelte sentrale tiltak skal måles og evalueres.

Det er etablert et system for oppfølging og rapportering på handlingsplanen

For å sikre at tiltakene i handlingsplanen blir innført og får ønskede effekter, må helseforetaket etablere et system for å følge opp dette.

Slik konsernrevisjonen vurderer det har helseforetaket etablert en todelt oppfølging og rapportering på handlingsplanen. Den første delen er i stor grad rettet mot om planlagte tiltak er utarbeidet og innført i helseforetaket, for eksempel at det er utarbeidet en ny rutine eller retningslinje. Tiltakene er lagt inn i en handlingsplanmodul i kvalitetssystemet - og som igjen er grunnlaget for statusrapportering til styret. Konsernrevisjonen vurderer at oppfølging og rapportering er gjennomført i tråd med det som har vært intensjonen med etablert handlingsplan.

Den andre delen, og som i større grad omhandler å følge opp og rapportere på resultater og effekter av igangsatte tiltak, inngår i større grad i de ordinære plan- og oppfølgingsprosessene som er etablert i helseforetaket. Til hjelp i dette har helseforetaket tatt i bruk en ny data- og analyseplattform. Denne skal legge til rette for tilgang på ulike typer av styringsinformasjon, som også kan benyttes til å følge opp flere av tiltakene som fremgår av handlingsplanen. Styringsinformasjonen omfatter blant annet HR, økonomi samt kvalitet- og pasientsikkerhet.

Konsernrevisjonen vurderer at helseforetakets system for oppfølging og rapportering på handlingsplanen kan være hensiktsmessig. Det fordrer imidlertid at dette er tydelig kommunisert og at det er en «rød tråd» i arbeidet. Det vil si at det er sporbarhet fra når et tiltak "lukkes" i handlingsplanen, til hvordan effekter blir fulgt opp og rapportert i linjen og til styret. Ut i fra mottatt dokumentasjon er dette ikke direkte sporbart i handlingsplanen. Gjennom samtaler og mottatt dokumentasjon fremkommer det at dette er kommunisert til de som har fått ansvar for ulike tiltak, og at det er fulgt opp i de ordinære plan- og oppfølgingsprosessene.

Det arbeides aktivt med innføring av tiltak – behov for fortsatt oppmerksomhet for varig forbedring

Handlingsplanen legger opp til å rapportere på tiltakenes gjennomføringsgrad, og i mindre grad på resultater og effekter. Vi har sett på utvalgte anbefalinger knyttet til fem av de åtte områdene som fremkom i konsernrevisjonsrapporten fra 2020 og undersøkt om hvorvidt disse er innført, samt hvordan disse følges opp gjennom måling og evaluering:

- Styrke faglig oppdatering av kirurgiske tjenester i SSF
- Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner ved SSF
- Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF
- Håndtering av uønskede hendelser
- Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp

På bakgrunn i anbefalingene har helseforetaket iverksatt en rekke tiltak. Vår gjennomgang av utvalgte anbefalinger viser at helseforetaket fortsatt arbeider aktivt med tiltakene som fremgår av handlingsplanen. Etter konsernrevisjonens vurdering er dette avgjørende i et helhetlig forbedringsarbeid. Samtidig som det arbeides grundig med innføring av nye tiltak, er det viktig med et langsiktig perspektiv der man har mekanismer for å oppnå varig forbedring. I denne sammenheng vurderer vi det er et potensiale i å styrke arbeidet med å måle og evaluere tiltakene, slik at man kan være trygg på at man oppnår ønskede resultater og effekter av igangsatte tiltak.

2. Bakgrunn

2.1 Om revisjonsrapport 6/2020

På bakgrunn av uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF (SSHF) 2016-2020, fikk konsernrevisjonen i oppdrag å gjennomføre en revisjon. De uønskede hendelsene var knyttet til operasjoner ved sykehuset i Flekkefjord (SSF) i perioden 2016-2018. Flere av sakene var knyttet til en enkelt overlege, som i februar 2019 startet i ny stilling ved SSK som lege i spesialisering (LIS) ved ortopedisk avdeling). Etter oppstart i ny stilling fremkom nye uønskede hendelser knyttet til samme lege.

Revisjonen hadde to mål. Et mål var å vurdere om SSHF har gjennomført nødvendige tiltak for å sikre god kvalitet på operasjonsaktiviteten ved sykehuset i Flekkefjord. Det andre målet var å undersøke hvilket system SSHF har etablert for å sørge for tilstrekkelig veiledning og oppfølging av leger i spesialisering (LIS) generelt, og om overlegen fra SSF ble underlagt et tilstrekkelig oppfølgingsregime.

Revisjonen konkluderte med at det i perioden 2018-2020 var gjennomført flere tiltak for å sikre god kvalitet på pasientbehandlingen ved SSF, et godt system for LIS-opplæring, samt hensiktsmessige retningslinjer og strukturer for registrering og oppfølging av uønskede hendelser. Revisjonen viste imidlertid til flere utfordringer og svakheter knyttet til ulike forhold. Konklusjonen ble begrunnet med følgende hovedpunkter:

Kvalitet i operasjonsaktiviteter i Flekkefjord	- Etablerte tiltak legger til rette for god kvalitet - Ytterligere tiltak bør likevel vurderes
LIS-opplæring i SSHF og oppfølging av legen i SSK	- Hensiktsmessig system for LIS-opplæring - Ikke tilstrekkelig tilpasning ved overføringen av lege
Håndtering av uønskede hendelser	- Hensiktsmessig system for håndtering av uønskede hendelser - Avvik knyttet til legen er i mindre grad håndtert i tråd med føringene
Oppfølging av tidligere pasienter	- Egnet tilnærming ved oppfølging av tidligere pasienter - Noe variasjon i avdelingenes systematikk

Figur 1 Boksene til venstre viser tema som er revidert, mens tekst til høyre viser overordnet konklusjon for hvert av de fire temaene

Basert på disse konklusjonene ble det gitt anbefalinger innenfor følgende åtte hovedområder.

- Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF
- Samvalg – informasjon til pasienter innen kirurgi
- Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner i SSF
- Styrke rutinene ved ansettelse av kirurger i SSF
- Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF
- Sikre tilstrekkelig dokumentasjon ved LIS-utdanning
- Håndtering av uønskede hendelser
- Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp

2.2 Behandling av rapport i styret Sørlandet sykehus HF

Revisjonsrapporten ble behandlet i styret i SSHF 25. september 2020, sak 069-2020. Styret vedtok følgende:

- Styret tar saken til foreløpig orientering
- Styret ber administrerende direktør utarbeide tiltak for oppfølging av rapporten og legge plan for oppfølging frem for styret i møtet 29. oktober 2020.

I styremøte 29. oktober 2020, sak 73-2020, ble prosess og handlingsplan for oppfølging lagt frem for styret. Styret vedtok følgende:

- Styret stiller seg bak Oppfølgingsplan for rapport 6/2020, *Revisjon etter uønskede hendelser i Sørlandet sykehus HF*.

2.3 Formålet med konsernrevisjonens oppfølging av revisjoner

Det følger av krav i revisjonsstandardene at konsernrevisjonen skal ha et system for å følge opp om helseforetakene har iverksatt tiltak basert på anbefalinger fra revisjonene. Konsernrevisjonen følger derfor i utgangspunktet opp anbefalinger fra alle tidligere revisjoner. Det vil her si at tiltak blir identifisert og gjennomført, samt at tiltakene følges opp med hensyn til om foretaket oppnår de ønskede effekter. Konsernrevisjonen gjennomfører derfor årlig oppfølging av alle gjennomførte revisjoner.

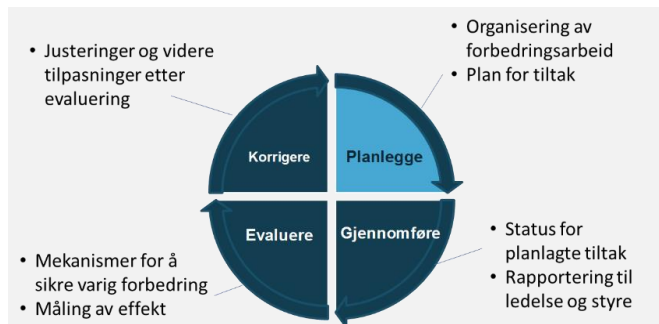
Revisjoner vil i mange tilfeller identifisere risikoer eller forbedringsbehov som krever langsiktig forbedringsarbeid. For mange revisjoner har vi derfor et flerårig perspektiv i oppfølgingen.

3. Tilnærming

3.1 Innfallsvinkel

Formålet er å undersøke om anbefalingene fra revisjonen er fulgt opp på en tilfredsstillende måte. En forutsetning for effektivt tiltaksarbeid er at foretaket har utarbeidet tilstrekkelige og hensiktsmessige handlingsplaner, som gjennomføres og som følges opp.

Vårt perspektiv er at et forbedringsarbeid etter revisjoner bør håndteres som en del av det ordinære styringssystemet. Figur 2 viser hvilke elementer som inngår i oppfølging av en revisjon. Vedlegg 1 illustrerer vår tilnærming nærmere.



Figur 2 Oppfølging av revisjoner som del av det ordinære forbedringsarbeidet

3.2 Formål og problemstilling

Formålet med oppfølgingen av denne revisjonen er å bekrefte overfor Sørlandet sykehus HF, ved styret og foretakets eier Helse Sør-Øst RHF, om foretaket har fulgt opp anbefalingene fra revisjonen på en hensiktsmessig måte. Vi tar utgangspunkt i handlingsplanen, og vurderer om tiltakene imøtekommer rapportens anbefalinger, om de beskrevne tiltakene er implementert, og om de har bidratt til tilfredsstillende styring og kontroll. Videre er formålet med oppfølgingen å undersøke i hvilken grad kunnskapen om svakheter, mangler og feil som ble avdekket i revisjonen, er benyttet til læring i foretaket som helhet.

For å møte formålet med oppfølgingen er det formulert to problemstillinger:

- Er det etablert handlingsplaner som er tilstrekkelige og hensiktsmessige for å dekke opp konsernrevisjonens anbefalinger?
- Er handlingsplanene som er utarbeidet og presentert for styret gjennomført og fulgt opp på en tilfredsstillende måte?

3.3 Avgrensning og metode

Revisjonen har først en generell del som belyser organisering og utforming av tiltaksarbeidet. Her undersøker vi hvilke tiltak som er planlagt, status for gjennomføringen av tiltakene og hvordan effektene av tiltakene måles og evalueres. Vi har videre valgt å gå i dybden på deler av helseforetakets tiltaksarbeid. I den sammenheng har vi valgt ut enkelte anbefalinger fra revisjonen, og innhentet underliggende informasjon som kan understøtte og bekrefte om det er etablert et systematisk tiltaksarbeid. Videre har vi undersøkt hvordan styret er informert om - og følger opp forbedringsarbeidet.

Vi har i oppfølgingen ikke gjennomført revisjonshandlinger som for eksempel testing av journaler eller gjennomgang av ansettelser, men har belyst helseforetakets system for hvordan de selv har satt seg i stand til å ha styring og kontroll på området.

Oppfølgingsrevisjonen er gjennomført i perioden april/mai 2022. Revisjonen bygger på dokumentstudier, samt intervjuer med tiltaksansvarlige ledere i Sørlandet sykehus HF. Revisjonen har også hatt samtale med helseforetakets styreleder. Se vedlegg for nærmere oversikt over informasjonsgrunnlag og gjennomførte samtaler.

Funnene av revisjonen ble verifisert med Sørlandet sykehus HF i juni 2022. Rapporten oversendes administrerende direktør ved Sørlandet sykehus HF for videre behandling i foretakets styre. Etter at rapport er behandlet av foretakets styre, vil konsernrevisjonen legge rapporten frem for revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF til orientering.

4. Helseforetakets utarbeidelse av handlingsplan

Dette kapittelet omhandler problemstilling 1 – *Er det etablert handlingsplaner som er tilstrekkelige og hensiktsmessige for å dekke opp konsernrevisjonens anbefalinger?*

I kapittel 4.1 beskriver vi utformingen av handlingsplanen, mens vi i kapittel 4.2 omtaler forankring av planen. I kapittel 4.3 fremgår en samlet vurdering.

4.1 Utforming av handlingsplanen

Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn ved oppfølgingen:

- Styret har bedt om en handlingsplan på bakgrunn av revisjonsrapporten.
- Foretakets handlingsplaner må sikre at alle anbefalingene vurderes og eventuelt følges opp med tiltak.
- Roller og ansvar for tiltakene må fremgå klart og tydelig. Det må være etablert klare frister for når tiltakene i handlingsplanene skal være gjennomført.
- Det må være definert tydelige målsettinger for hvert enkelt tiltak (resultat- og effektmål) i handlingsplanen, herunder hvordan tiltakene skal måles og evaluere om de virker som forutsatt. På den måten kan man lukke eventuelt justere eller iverksette nye tiltak.

Observasjoner

I styremøte 29. oktober 2020, sak 73-2020, ble prosess og handlingsplan for oppfølging av revisjonsrapporten lagt frem for styret ved SSHF. Handlingsplanen var utformet med utgangspunkt i de åtte områdene hvor konsernrevisjonen kom med anbefalinger (se figur 3). I tillegg ble det vist til styresak 9-2021, Oppfølging av tilsynsrapport, Statens Helsetilsyn, og det ble påpekt at oppfølgingen av tilsynsrapporten inngår i samme oppfølgingsplan.

Det fremgår av sakspapirene at anbefalingene i rapporten gir foretaket viktige innspill, som er i tråd med hovedlinjene i foretakets allerede igangsatt forbedrings- og utviklingsarbeid.



Figur 3 Illustrasjon over områder hvor konsernrevisjonen ga anbefalinger

Det vises til at handlingsplanen bygger på allerede iverksatte og påbegynte tiltak i helseforetaket. I årene før revisjonen var det et erkjent behov om å videreutvikle styrings- og kvalitetssystemet og arbeid med pasientsikkerhet. Flere av disse tiltakene inngår i strategien for 2021-2024. Videre utarbeides det en *Plan for kvalitet, forbedring og pasientsikkerhet*.

En gjennomgang av handlingsplanen viser at helseforetaket har utarbeidet en omfattende plan. Det er identifisert tiltak som dekker alle anbefalinger fra konsernrevisjonen. Dette gjelder både anbefalinger som spesifikt retter seg mot fagmiljøene i kirurgi/ortopedi i Flekkefjord og ortopedi i Kristiansand og det som gjelder for hele helseforetaket. Tiltakene skal forebygge lignende

hendelser generelt i helseforetaket. Figur 4 gir et eksempel hvordan et tiltak er utformet i handlingsplanen.

TILTAK OG OPPFØLGING I SSHF: 1.1. Indikasjon før operasjon i samsvar med nasjonale retningslinjer Status: Igangsatt Alle operasjoner ved SSHF skal følge nasjonale faglige retningslinjer, uavhengig av lokasjon for operasjonen.). Alenespesialister, eller spesialister fra små fagområder må knyttes til større interne fagmiljøer for å sikre at kompetansen vedlikeholdes og videreutvikles. Dette innebærer rotasjon på tvers av helseforetaket, deltagelse i internundervisning og revitalisering av fagråd. I løpet av 2021 vil det utarbeides en kompetanseoversikt og kompetanseplan for alle overleger ved SSHF (se punkt 5). Innen ortopedi roterer ortopeder fra SSK til SSF i dag, men det er i liten grad interaksjon mellom SSK-legene og legene ved SSF. For gastromedisin er det igangsatt et arbeid med pasientforløp. Framdrift og ansvarlig: Fagdirektør og organisasjonsdirektør, <u>klinikkdirektører</u>, høst 2020 og vår 2021

Figur 4 Eksempel på fremstilling av tiltak i handlingsplanen

Helseforetaket viser til at det er gjort en stor jobb med å identifisere de riktige tiltakene som svarer ut anbefalingene på en best mulig måte. Det beskrives at de fleste anbefalingene er relativt konkrete og avgrensede, med unntak av anbefaling 5: *Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF*. Denne anbefalingen er det naturlig å koble til vurderingen i rapporten; «Etter vår vurdering kreves det ytterligere tiltak for å oppnå en bærekraftig og faglig god virksomhet i SSF i et langsiktig perspektiv».

Det er lagt opp til at alle klinikker og lokasjoner svarer ut konsernrevisjonens anbefalinger der det er relevant. Av handlingsplanen fremgår det at administrerende direktør har overordnet ansvar for handlingsplanen. Videre fremgår en plan for fremdrift og hvem som er ansvarlig for gjennomføringen av det enkelte tiltaket, herunder hvem som er hovedansvarlig. I planen beskrives status på tiltakene, det vil si om de gjennomført, igangsatt eller under planlegging.

Tiltakene i handlingsplanen er i stor grad utformet med tanke på å endre rutiner og systemer samt å forbedre foretakets kvalitetssystem. Det vil si at det skal gjennomføres tiltak som tilrettelegger for å nå målet om god kvalitet og pasientsikkerhet. Handlingsplanen er utformet slik at det skal slutt-rapporteres på om aktivitetene er gjennomført. Det er mindre grad lagt opp til at handlingsplanen skal benyttes som et verktøy for å følge opp tiltakene med resultat- og effektmål. Det fremgår av handlingsplanen at dette ansvaret er lagt i styringslinjen og skal følges opp gjennom de ordinære plan- og oppfølgingsprosessene som er etablert i helseforetaket.

For å oppnå hensiktsmessig innhold i plan- og oppfølgingsprosessene, er det iverksatt flere tiltak i helseforetaket som skal bistå lederne i dette arbeidet. Det vises blant annet til en ny data- og rapporteringsplattform. Denne skal legges til rette for tilgang på ulike typer av styringsinformasjon, som også kan benyttes til å følge opp flere av tiltakene som fremgår av handlingsplanen. Modulen inneholder styringsinformasjon fra blant annet HR, Økonomi samt Kvalitet- og pasientsikkerhet. Det vises til at denne skal benyttes i plan- og oppfølgingsprosessene og skal tilpasses etter risiko- og vesentlig for de ulike enhetene. I den sammenheng vil sentrale funn fra revisjonen inngå i oppfølgingen, men noe ulikt alt etter hva som er av betydning (risiko-vesentlighet) for den enkelte enhet.

4.2 Forankring

Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterie er lagt til grunn ved oppfølgingen:

- Innholdet i handlingsplanen, herunder mål, tiltak, roller og ansvar, må være kommunisert og forankret på alle nivå.

Observasjoner

I sak 073-2020 for oppfølgingsplan fremgår en oversikt over hvem som har vært involvert i arbeidet med oppfølgingsplanen. Oversikten viser at det har vært en omfattende møtevirksomhet og informasjons- og forankringsarbeid i

og utenfor organisasjonen. Internt i organisasjonen har det vært møter og samlinger med involverte fagmiljø i SSF og SSK og øvrig klinikk- og avdelingsledelse i helseforetaket. I disse arenaene er rapportens anbefalinger diskutert og analysert. Følgende spørsmål er stilt:

- Hva er denne klinikkledelsens innspill til oppfølging av anbefalingene rapporten?
- Hvor er de viktigste manglene i våre systemer?
- Hva er de viktigste tiltakene?

Innspill og vurderinger fra disse møtene ble benyttet i arbeidet med helseforetakets handlingsplan. Det vises til at flere av tiltakene har krevd god forankring i fagmiljøene og koordinering på tvers av klinikkene. Det ble ansett som vesentlig at samtlige klinikker deltok i forbedringsarbeidet.

Videre har revisjonen vært tatt opp i avdelingssjefsmøter, allmøter i foretaket, dialog og møter med tillitsvalgte, brukerutvalget, pasientombudet, Fylkesmannen, vertskommunene- ordfører og rådmenn, samt fylket, Agderbenken og i Helsefelleskapet (kommunene).

4.3 Vurderinger

Konsernrevisjonen vurderer at Sørlandet sykehus HF har utarbeidet en grundig og omfattende handlingsplan, som er relevant og dekker alle anbefalingene i rapporten. Handlingsplanen sammenfatter allerede igangsatte- og nye tiltak. Samlet dekker planen tiltak for å styrke kvaliteten ved kirurgiske tjenester, styrke kompetanse og rekruttering, utvikle faglig samarbeid, samt ivareta tidligere pasienter som kan ha fått manglende helsehjelp.

Videre vurderer vi det som en stor styrke at flesteparten av tiltakene i handlingsplanen er utformet til å omfatte hele helseforetaket, og ikke bare de enhetene som var omfattet av revisjonen i 2020.

Av handlingsplanen vurderer vi at roller og ansvar for tiltakene, samt frister for gjennomføring, fremstår tydelig og klart. Handlingsplanen er utformet med tanke på å rapportere på om tiltaket er gjennomført, for eksempel om en ny rutine eller prosedyre er innført. Handlingsplanen er ikke utformet med det formål å følge opp resultater og effekter av tiltakene, for eksempel hvordan disse har innvirket på kvaliteten på tjenestene. Det er i stedet lagt opp til at resultater og effekter av gjennomførte tiltak følges opp i andre prosesser i foretaket. Vi vurderer at dette kan være en hensiktsmessig struktur på bakgrunn av handlingsplanens omfang. Vi vurderer samtidig at det av handlingsplanen burde fremgått *hvordan* effekter av enkelte sentrale tiltak skal måles og evalueres.

Basert på vår gjennomgang vurderer konsernrevisjonen at handlingsplanen er godt forankret både internt i helseforetaket og med eksterne aktører.

5. Oppfølging og rapportering av handlingsplanen

Kapittel 5 omhandler problemstilling 2 – *Er handlingsplanene som er utarbeidet og presentert for styret gjennomført og fulgt opp på en tilfredsstillende måte?*

I kapittel 5.1 beskriver vi helseforetakets oppfølging av handlingsplanen, mens vi i kapittel 5.2 omtaler rapporteringen. I kapittel 5.3 fremgår en samlet vurdering.

5.1 Helseforetakets oppfølging

Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn:

- For å sikre at tiltakene i handlingsplanen får ønskede resultater/effekter, må ledelsen følge opp gjennomføring av handlingsplanen basert på anbefalingene i revisjonen. Dette kan skje ved måling av fastsatte aktiviteter, resultater og effekter av gjennomførte tiltak

Observasjoner

Sørlandet sykehus HF benytter en modul i sitt kvalitetssystem som verktøy for å sammenstille og rapportere på status for handlingsplanen. Overordnet ansvarlig for hvert av tiltakene er satt som saksbehandler. For hvert tiltak fremgår frist for ferdigstilling, mål med tiltaket, beskrivelse av tiltaket og status på gjennomføring. I tillegg fremgår ulike oppgaver som er delegert til ulike aktører i helseforetaket. Her fremgår status, for eksempel om oppgaven pågår eller om den er lukket. Figur 5 viser et eksempel på hvordan dette fremstår i modulen fra et av tiltakene i handlingsplanen.

De ansvarlige har som oppgave å følge opp fremdrift på tiltakene. Det opplyses om at dette følges opp i de månedlige møtene mellom foretaksledelsen og klinikkene.

Tiltak - 1.1. Indikasjon før operasjon i samsvar med nasjonale retningslinjer				
T01 (HP 2020/136)				
Saksbehandler	Susanne Sørensen Hernes	Dato opprettet	16.11.2020	
Frist	31.05.2021	Org. plassering	Fagavdelingen	
Livssyklus	Aktiv	Leder org. plassering	Susanne Sørensen Hernes	
Tema		Tiltakskategori		
Mål	«Vi anbefaler at SSF styrker oppfølgingen av at indikasjon før operasjoner blir fastsatt i tråd med nasjonale retningslinjer.» (s. 12)			
Beskrivelse	Alle operasjoner ved SSHF skal følge nasjonale faglige retningslinjer, uavhengig av lokasjon for operasjonen.). Alenespesialister, eller spesialister fra små fagområder må knyttes til større interne fagmiljøer for å sikre at kompetansen vedlikeholdes og videreutvikles. Dette innebærer rotasjon på tvers av helseforetaket, deltagelse i internundervisning og revitalisering av fagråd. I løpet av 2021 vil det utarbeides en kompetanseoversikt og kompetanseplan for alle overleger ved SSHF (se punkt 5). Innen ortopedi roterer ortopeder fra SSK til SSF i dag, men det er i liten grad interaksjon mellom SSK-legene og legene ved SSF. For gastromedisin er det igangsatt et arbeid med pasientforløp.			
Gjennomført tiltak	Alle operasjoner ved SSHF skal følge nasjonale faglige retningslinjer, uavhengig av operasjon. Det er gjennomført et metodisk arbeid i alle de somatiske klinikkene for å sørge for dette.			
Oppgaver				
Alle operasjoner ved SSHF skal følge nasjonale faglige retningslinjer, uavhengig av lokasjon for operasjonen.).		Øystein Evjen Olsen	31.01.2021	Lukket
Alle operasjoner ved SSHF skal følge nasjonale faglige retningslinjer, uavhengig av lokasjon for operasjonen.).		Nina Hope Iversen	31.01.2021	Lukket
Alle operasjoner ved SSHF skal følge nasjonale faglige retningslinjer, uavhengig av lokasjon for operasjonen.).		Berit Grønning Nielsen	31.01.2021	Lukket
Alenespesialister skal knyttes sammen med større miljøer, og rotasjon på tvers i foretaket iverksettes		Nina Føreland	01.07.2021	I arbeid
Det skal utvikles en kompetanseoversikt og kompetanseplan for alle leger (se pkt 5)		Nina Føreland	31.05.2021	I arbeid
Pasientforløp gastrokirurgi SSF		Susanne Sørensen Hernes	31.07.2021	I arbeid
Økt samarbeid om ortopedipasienter SSF		Øystein Evjen Olsen	31.01.2021	Lukket

Figur 5 Eksempel på tiltak lagt inn i modul handlingsplan i kvalitetssystemet

Gjennom samtaler vises det til enkelte iboende risikoer ved bruk av modulen som grunnlag for rapportering. Bakgrunnen er at det knytter seg en del usikkerhet til hva som er dokumentasjonskrav, og hva som skal være grunnlag for å lukke en oppgave. Det vises til at dette kan ha blitt gjort noe ulikt. De intervjuede har imidlertid i stor grad en felles oppfatning av at selv om tiltakene er lukket i kvalitetssystemet, er det en forståelse av at resultater og effekter av tiltakene skal følges opp videre i de ordinære plan- og oppfølgingsprosessene.

Det opplyses om at administrerende direktør følger opp resultater og effekter av tiltakene i handlingsplanene, i foretaksledelsesmøtene, i fellesmøter for alle ledere, allmøter, møter med avdelingssjefene og gjennom de månedlige oppfølgingsmøtene med klinikkene og avdelingene. Temaer kommer også opp i arbeidet med ledelsens gjennomgang og i internrevisjon. Klinikkllederne viser til at der de har fått særskilte anbefalinger i revisjonen, så blir disse også fulgt opp i møtene.

Helseforetaket har etablert ny tilnærming for virksomhetsstyring ved at det er etablert et sett av definerte styringsområder. Det er til sammen 14 styringsområder hvor det arbeides med å tilrettelegge for bruk av ulik styringsinformasjon. Styringsinformasjonen hentes eksempelvis ut i fra kompetanseportalen, EK-modulen og kvalitetsportalen. Dette systemet skal på sikt gi et helhetlig bilde på status for sentrale forhold i driften i helseforetaket, for eksempel innenfor kvalitet og pasientsikkerhet. Det vises til at dette systemet er under utvikling i helseforetaket og går langt utover temaene som følges opp i konsernrevisjonens rapport.

5.2 Rapportering

Revisjonskriterier

Følgende revisjonskriterier er lagt til grunn:

- Det må være tydelige rapporteringslinjer i oppfølgingen av handlingsplanen. Dette innebærer at det er definert hvem som skal

rapportere på de enkelte tiltak internt i foretaket, samt hvor og til hvilken tid det skal rapporteres.

- Det må rapporteres på tiltak og resultater i henhold til styrets forventninger i protokoller fra styremøtene.
- Handlingsplanen bør oppdateres løpende dersom frister eller rolle- og ansvarsforhold endrer seg, og endringen bør kommenteres.
- Rapporteringen må være pålitelig både internt i foretaket og til styret. Pålitelig rapportering sørger for at mottakerne får nøyaktig og fullstendig informasjon som er tilpasset formålet den er ment for. Den støtter ledelsen og styret i dens beslutningstaking og oppfølging av virksomhetens aktiviteter og resultater.

Observasjoner

Handlingsplanmodulen med tildelt ansvar og frister for gjennomføring, benyttes som grunnlag for å rapportere på status på handlingsplanen i linjen og til styret i helseforetaket.

Ved behandlingen av sykehusets handlingsplan i oktober 2020, vedtok styret at administrasjonen skulle rapportere status på tiltaksarbeidet tertialvis til styret. Gjennomgangen viser at status på handlingsplanen er fremlagt for styret februar 2021, juni 2021 og november 2021. I gjennomgangen av handlingsplanen er det i tillegg til en generell beskrivelse av status, ved enkelte anledninger også gitt en grundigere gjennomgang av enkelte av tiltakene.

Ut i fra handlingsplanen rapporteres det på 84 tiltak til styret. Figur 6 viser et eksempel fra hvordan status på ulike tiltak presenteres for styret i Sørlandet sykehus HF.

1. Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF

1.1 Indikasjon før operasjon i samsvar med nasjonale retningslinjer

Tiltak	Status 29.10.2020	Status 10.02.2021	Status 01.04.2021	Status 15.11.2021	Ansvarlig	Følgende tidspunkt	Ferdigstillelse
Alle operasjoner ved SSHF skal følge nasjonale faglige retningslinjer	Igangsett	Fullført	Fullført	Fullført	Fagdirektør Klinikkdirektører	Høst 2020	31.01.2021
Alenespesialister skal knyttes sammen med større miljøer, og rotasjon på tvers i foretaket iverksettes	Planlagt	Pågår	Pågår	Fullført	Organisasjonsdirektør Klinikkdirektør	Vår 2021	01.07.2021
Det skal utvikles en kompetanseoversikt og kompetanseplan for alle leger (se pkt 5)	Planlagt	Pågår	Pågår	Fullført	Organisasjonsdirektør	Vår 2021	(31.05.2021) 25.06.2021
Pasientforløp generell (gastro) kirurgi SSF	Igangsett	Pågår	Pågår	Fullført	Fagdirektør Klinikkdirektører	Høst 2020	31.07.2021
Økt samarbeid om ortopedipasienter SSF	Planlagt	Fullført	Fullført	Fullført	Klinikkdirektør SSF	Høst 2020	31.01.2021

Figur 6 Eksempel på hvordan tiltak rapporteres til styret i SSHF

Av rapporteringen fra november 2021 fremgår det at det gjenstår ferdigstillelse på åtte av 84 tiltak (se figur 7). Det fremgår at fire av de åtte tiltakene er forsinket. Videre legges det opp til at de åtte tiltakene som ikke er ferdigstilt skal rapporteres som del av ordinær virksomhetsrapportering.

Status per november 2021

Totalt 84 tiltak
Rapportering 1:
 24 gjennomførte
 50 gjenstår

Rapportering 2:
 64 gjennomførte
 20 gjenstår

Rapportering 3:
 76 gjennomførte
 8 gjenstår

Forsinkede tiltak

- **Tiltak under 4.1:** Kurs i rekruttering for ledere. Ny frist: 20.2.2022
- **Tiltak under 5.1.2:** Samarbeid med avdeling for rehabilitering om felles retningslinjer. Ny frist: 15.10.2022
- **Tiltak under 5.1.3:** Etablere felles kompetansekrav er gjennomført, men fagspesifikke kompetansekrav for alle overleger pågår. Ny frist 01.02.2022
- **Tiltak under 8:** Analyse av gjennomførte vurderinger av alle pasienter. Ny frist: 1. mars 2022

Figur 7 Overordnet statusbilde fra rapportering til styret i SSHF nov 2021

Det fremgår videre at styret vil få informasjon om status på flere av tiltakene som en del av orienteringssakene i Ledelsens gjennomgang.

Det er videre lagt opp til at status på deler av de 14 områdene i systemet for virksomhetsstyring, skal gjennomgås og rapporteres tertialvis i Ledelsens gjennomgang. I den sammenheng skal administrasjonen vurdere forbedrings-tiltak, som igjen skal følges opp etter seks måneder. Helseforetaket har utarbeidet en modenhetsmodell for å forklare status for sentrale forhold ved styringssystemet. Status for de tertialvise gjennomgangene oppsummeres årlig i en egen sak til styret. Her fremgår også videre plan for hva som skal gjennomgås for kommende år. Innhentet dokumentasjon viser at dette arbeidet er igangsatt og fremgår i rapporteringen til styret.

Det vises videre til at temaene som bygges inn i virksomhetsstyringen er satt i sammenheng med helseforetakets utviklingsplan 2040 og 4-årige strategiplan. Klinikkene utarbeider så egne strategiplaner som oppdateres årlig.

5.3 Vurderinger

Slik konsernrevisjonen vurderer det har helseforetaket etablert en todelt oppfølging og rapportering på handlingsplanen. Den første delen er i stor grad rettet mot om planlagte tiltak er utarbeidet og innført i helseforetaket, for eksempel at det er utarbeidet en ny rutine eller retningslinje. Tiltakene er lagt inn i en handlingsplanmodul i kvalitetssystemet - og som igjen er grunnlaget for statusrapportering til styret. Konsernrevisjonen vurderer at oppfølging og rapportering er gjennomført i tråd med det som har vært intensjonen med etablert handlingsplan.

Den andre delen, og som i større grad omhandler å følge opp og rapportere på resultater og effekter av igangsatte tiltak, inngår i større grad i de ordinære plan- og oppfølgingsprosessene som er etablert i helseforetaket. Til hjelp i dette har helseforetaket tatt i bruk en ny data- og analyseplattform. Denne skal legge til rette for tilgang på ulike typer av styringsinformasjon, som også kan

benyttes til å følge opp flere av tiltakene som fremgår av handlingsplanen. Styringsinformasjonen omfatter blant annet HR, økonomi samt kvalitet- og pasientsikkerhet.

Konsernrevisjonen vurderer at helseforetakets system for oppfølging og rapportering på handlingsplanen kan være hensiktsmessig. Det fordrer imidlertid at dette er tydelig kommunisert og at det er en «rød tråd» i arbeidet. Det vil si at det er sporbarhet fra når et tiltak "lukkes" i handlingsplanen, til hvordan effekter blir fulgt opp og rapportert i linjen og til styret. Ut i fra mottatt dokumentasjon er dette ikke direkte sporbart i handlingsplanen. Gjennom samtaler og mottatt dokumentasjon fremkommer det at dette er kommunisert til de som har fått ansvar for ulike tiltak, og at det er fulgt opp i de ordinære plan- og oppfølgingsprosessene.

6. Nærmere gjennomgang av utvalgte anbefalinger

Handlingsplanen legger i stor grad opp til å rapportere på tiltakenes gjennomføringsgrad, og i mindre grad på resultater og effekter. I dette kapittelet går vi gått noe i dybden på deler av foretakets forbedringsarbeid. Vi har undersøkt om hvorvidt tiltak er innført, samt hvordan disse følges opp gjennom måling og evaluering.

Vi har valgt ut fem av de åtte områdene hvor vi kom med anbefalinger, og har undersøkt hvordan forbedringsarbeidet for disse er gjennomført, og hvordan oppfølgingen av resultater og effekter er satt i system. Det vil her si hvordan dette inngår i de ordinære plan- og oppfølgingsprosesser. Innenfor de fem områdene har vi igjen valgt ut noen spesifikke anbefalinger. I det følgende gjennomgås hvert av de utvalgte områdene. Figur 8 viser hvilke områder vi har valgt ut.



Figur 8 Grønne pil viser hvilke overordnede områder vi har sett nærmere på

6.1 Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF

Konsernrevisjonen hadde i rapporten følgende anbefaling:

- Vi anbefaler at SSF styrker oppfølgingen av at indikasjon før operasjoner blir fastsatt i tråd med nasjonale retningslinjer.

Basert på anbefalingen har helseforetaket iverksatt følgende fem tiltak:

- Alle operasjoner ved SSHF skal følge nasjonale faglige retningslinjer
- Alenespesialister skal knyttes sammen med større miljøer, og rotasjon på tvers i foretaket iverksettes
- Det skal utvikles en kompetanseoversikt og kompetanseplan for alle leger
- Pasientforløp generell (gastro) kirurgi SSF
- Økt samarbeid om ortopedipasienter i SSF

Gjennomgangen viser at det er iverksatt flere tiltak som skal bidra til at fastsettelse av indikasjon følger de nasjonale faglige retningslinjene. Flere av tiltakene gjelder for foretaket som helhet, og går bredere enn å se på indikasjon, ettersom de også inkluderer forløpets videre helsehjelp.

Retningslinjer/metodebøker fra OUS for ortopedi og kirurgi er tatt i bruk i hele foretaket. Dette fremkommer også av retningslinjer for ortopedisk behandling Kirurgisk avdeling SSF og Generell kirurgi. Her fremgår også omfang og begrensninger for Kirurgisk avdeling SSF.

For at retningslinjer/rutiner skal være kjent hos klinikerne er dette innarbeidet i legenes kompetanseoversikt og kompetanseplan, som ble ferdigstilt i slutten av 2021 (mer om dette i kapittel 6.3).

Det er også iverksatt en rotasjonsordning i helseforetaket for leger som er alenespesialister eller spesialister fra små fagområder, og er tenkt å omfatte både somatiske klinikker og Psykisk helsevern. Intensjonen er å hjelpe spesialistene til å bli best mulig. I følge organisasjonsdirektør gjenstår det noe arbeid på dette området for foretaket samlet.

Ser vi spesifikt på kirurgisk enhet SSF ble det i 2019 iverksatt en rotasjonsordning hvor spesialister i ortopedi fra SSK ruller på å inngå i vaktordningen for ø-hjelp ved SSF. I tillegg har SSF og SSK etablert et tettere samarbeid om elektive operasjoner, hvor lege i SSF ber om at en av legene ved SSK bistår som assistent ved operasjonen.

I 2021 pågikk en vurdering av ulike driftsmodeller innenfor ortopedi ved SSF, den konkluderte med en avtale om ambulerende med ortopeder fra SSK til SSF hver uke og legger til rette for samoperasjoner samt kompetanseheving. Det pågår arbeid med ansettelse av flere ortopeder ved SSF.

Gjennomgangen viser videre at Kirurgisk avdeling ved SSF i 2022 har iverksatt tiltak som skal vurdere om retningslinjer for fastsettelse av indikasjon og gjennomføring av operasjoner faktisk følges. Fra og med 1. januar 2022 til og med 30. juni 2022 skal avdelingen gjennomføre en journalgjennomgang av 15 ortopediske operasjoner og 15 operasjoner innen generell kirurgi per måned. Valg av pasienter/operasjoner velges tilfeldig ut. Med utgangspunkt i en mal skal interne ressurser i avdelingen vurdere følgende; indikasjon, operasjon, reoperasjon, årsak til innleggelse og eventuell uønsket hendelse. Resultatene legges inn i handlingsplanmodulen og rapporteres i linjen.

Dette tiltaket er i utgangspunktet et svar på en bestilling fra Statsforvalteren etter oppfølging av tilsynssak 09.12.2021. Bestillingen fra Statsforvalteren hadde som hensikt å undersøke om det var uønskede hendelser som burde vært meldt, men som ikke ble det. Dette kom på

bakgrunn av funn fra en gjennomgang i desember 2020, hvor det ble avdekket tre uønskede pasienthendelser ved SSF som ikke var meldt i Kvalitetsportalen.

Vi har ikke fått tilsendt månedsrapportene som er utarbeidet for 2022, men helseforetaket viser til at de etter seks gjennomganger skal utarbeide en samlet rapport. I tillegg vises det til at det benyttes rapporter fra avvikssystemet til å følge opp om indikasjon er i tråd med nasjonale retningslinjer. Mer om dette i kapittel 6.4.

6.2 Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner i SSF

Konsernrevisjonen anbefalte i rapporten at foretaket vurderte listene over tillatte operasjoner ved SSF, samt å definere en modell for forvaltning av listene. I tilknytning til dette har vi fulgt opp følgende anbefaling:

- Vi anbefaler videre at det defineres en modell for forvaltning av listene der det fremgår ansvar, roller og myndighet knyttet til å gjøre endringer i listene. I tillegg anbefaler vi at SSF vurderer behovet for systematisk oppfølging av at listene etterleves.

Helseforetaket har utarbeidet en retningslinje med navn *Operasjonsaktivitet ved Klinikk for somatikk Flekkefjord - rutine for regelmessig gjennomgang og oppdatering av lister*. Hvert tertial skal det gjøres en gjennomgang av operasjonslister mot gjennomførte operasjoner (henholdsvis 30 ortopediske og gastrokirurgiske operasjoner). Av retningslinjen fremgår flere oppgaver og hvem som står som ansvarlig for disse.

Oppgaver

	Oppgave	Ansvar
1	Det skal til enhver tid foreligge lister over operasjonsaktivitet pr. fagområde. Listene skal publiseres i EkWeb.	Avdelingssjef Kirurgisk avdeling SSF
2	Listene skal gjennomgås hvert tertial og sammenlignes med utdrag fra EVD. Avvik skal vurderes og beskrives. Det sendes en rapport til fagdirektør senest 1 februar, 1 juni og 1.november.	Avdelingssjef Kirurgisk avdeling SSF
3	Gjennomgang i punkt 2 innebærer en intern vurdering* i fagmiljøet i SSF, for å identifisere behov for endringer/spesifiseringer. Se punkt 6 for videre oppfølging av vurderingene som gjøres.	- Med. faglig ansvarlig overlege SSF pr. fagområde (med. faglig rådgiver for avdelingssjef) - Avdelingssjef Kirurgisk avdeling
4	Etter 1. og 3. tertial skal listene også gjennomgås som følger (<i>hensikt her er å sikre innsyn utenfra</i>): Fagdirektør i samarbeid med en ekstern gruppe som fagdirektør nedsetter. Seksjonsoverlege SSA og SSK skal konsulteres i forkant.	Fagdirektør
5	Avdelingssjef har ansvar for at listene er kjent og i bruk i aktuelle fagmiljø i Flekkefjord	Avdelingssjef Kirurgisk avdeling
6	Dersom det i punkt 3 og 4 identifiseres behov for større endringer i form av reduksjon eller utvidelse av listene skal behovet formidles til linjeledelsen, som skal iverksette nødvendige prosesser for vurdering og oppfølging. Fagdirektør skal også informeres.	- Avdelingssjef Kirurgisk avdeling - Klinikkdirektør SSF - Fagdirektør

Figur 9 Oppgaver og ansvar som fremkommer av retningslinje for regelmessig gjennomgang og oppdatering av operasjonslister ved Klinik for somatikk Flekkefjord

Det fremgår videre av rutinen at gjennomgangen av listene kan gi grunnlag for å vurdere om det er behov for å videreutvikle eller justere kompetanse, fagutviklingsplaner og behandlingskjeden i foretaket. Dette for å utnytte ressurser og sikre kvalitet og redusert variasjon internt i foretaket. Uønskede hendelser i siste tertial skal inngå i vurderingsgrunnlaget.

Den foreslåtte prosedyren for uttrekk av lister til vurdering viste seg å ikke gi tilstrekkelig robusthet på data-uttrekket. Av den grunn ble uttrekket endret og prosedyren er under revidering. Det første uttrekket viste ingen avvik fra operasjonslisten. Dette ble ikke sendt til ekstern gjennomgang. Det opplyses om at det arbeides med en rapport fra uttrekk fra november til februar og at denne skal til en ekstern gjennomgang.

Det vises for øvrig til at operasjonslistene også følges tett opp i daglig drift ved gjennomgang av operasjonsprogram og gjennomgang av planlagte operasjoner på morgenmøter.

6.3 Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF

Konsernrevisjonen anbefalte i rapporten at foretaket arbeider videre med å etablere et tettere faglig samarbeid innen de kirurgiske fagområdene. Arbeidet bør omfatte:

- felles tilrettelegging og oppfølging av faglig praksis
- vedlikehold og utvikling av kompetanse
- vurdering av kompetanse ved ansettelse av kirurger i SSF

I oppfølgingen har vi vurdert de to første punktene.

Faglig praksis

Ved siden av etablering av felles faglige retningslinjer og rotasjonsordninger som er beskrevet ovenfor, er det iverksatt et annet sentralt tiltak som skal bidra til et tettere faglig samarbeid innenfor kirurgiske fagområder og for helseforetaket som helhet. Dette tiltaket er revitalisering og etablering av nye fagråd. Det er i dag etablert 20 fagråd og det er utarbeidet et generelt mandat og et spesifikt for hvert av fagrådene. Fagrådene skal støtte fagutvikling og faglig samarbeid mellom fagmiljøene i klinikker og avdelinger i SSHF og bidra til et likeverdig tilbud til alle pasienter i Agder. Det vises til at fagrådene er det viktigste redskapet for å bidra til standardisering på tvers av klinikker og redusere uønsket variasjon.

Av mandatet fremgår det følgende oppgaver til fagrådene:

- gjennomgå og vurdere kvalitet og pasientsikkerhet innen eget fagområde, analysere data og vurdere behov for forbedringstiltak. Gjennomgangen skal baseres på aktuelle nasjonale kvalitetsregistre, helseatlas og andre sentrale kilder

- understøtte og iverksette identifiserte forbedringstiltak
- gjennomgå prosedyrer og retningslinjer for virksomheten, og identifisere behov for oppdatering, samordning og sanering
- høringsinstans for nye prosedyrer
- gjennomgå uønskede pasienthendelser i fagområdet og initiere læring og forbedring på grunnlag av disse.

Fagrådene skal ha møter minimum to ganger per år. Møtene skal referatføres og fagavdelingen har fått som ansvar å formidle resultatet til øvrig ledelse. Det skal gjennomføres jevnlig møter mellom fagrådslederne og foretaksledelsen hvor status på arbeidet til fagrådene presenteres.

For hvert år skal det gis spesifikke oppdrag til fagrådene. For 2021 fikk fagrådene ansvar for å gjennomgå data fra aktuelle nasjonale kvalitetsregistre og Helseatlas, for å vurdere hva dataene indikerer om kvaliteten i tjenestetilbudet i Sørlandet sykehus HF. På bakgrunn av dette skulle de gjøre følgende:

- Redegjør for hva data indikerer om kvaliteten i tjenestetilbudet per lokasjon. I sykehusets oppdragsdokument spesifiseres det at uønsket variasjon internt i sykehuset skal reduseres.
- Hvilke tiltak vil fagrådet anbefale for at eventuell uønsket variasjon skal reduseres?
- Indikerer data at det etter fagrådets vurdering er behov for nye tiltak for å sikre kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestetilbudet? Begrunn forslagene til tiltak, og gi en anbefaling til hvordan Sørlandet sykehus bør tilnærme seg arbeidet med tiltak. Redegjør for eventuell uenighet i fagrådets vurderinger.

Det opplyses om at alle fagråd rapporterte på bestillingen. Vi har mottatt dokumentasjon som viser at fagråd for ortopedi og gastrokirurgi har vurdert resultatene nasjonale kvalitetsregistre, og presentert forslag til forbedringer for ledelsen i SSHF.

Fagavdelingen i helseforetaket viser for øvrig til at de besitter status på alle kvalitetsregistre – herunder hvordan foretaket ligger an i forhold til øvrige helseforetak. Foretaket har utarbeidet et lokalt datavarehus hvor resultater fra kvalitetsregistre legges fortløpende inn. Det opplyses at gjennomgang av kvalitetsregistre og pakkeforløp har identifisert at praksis ved enkelte enheter har avvik fra de nasjonale retningslinjene, og at enkelte avdelinger/lokasjoner har endret til praksis som er i tråd med føringene som følge av dette. Det opplyses for øvrig at status på disse gjennomgangene er rapportert til styret ved Ledelsens gjennomgang.

Det opplyses om at det har vært arbeidet mye med å etablere fagrådene og få disse til å fungere. Helseforetaket opplyser at de har god oversikt over hvilke fagråd som fungerer bra og hvilke som ikke gjør dette. I denne sammenheng vises det til at det er behov for å diskutere forvaltningen av fagrådene, slik at hensikten med fagrådene ivaretas og får tiltenkt effekt innenfor det enkelte fagområde.

Både fagråd for ortopedi og fagråd for gastrokirurgi har hatt minst to årlige møter, noe som er i tråd med kravene til fagråd. Møtene er referatført.

Kompetanse

I arbeidet med kompetanseutvikling har foretaket tatt i bruk kompetanseportalen for alle yrkesgrupper. Formålet har vært å:

- få effektive arbeidsprosesser knyttet til å dokumentere, følge opp medarbeiders kompetanse og rapportering
- forebygge uønskede hendelser/styrke pasientsikkerhet gjennom å få et bedre system for å dokumentere at alle medarbeidere har nødvendig kompetanse/fått opplæring
- hindre uønsket variasjon i tjenestetilbud ved å stille like kompetansekrav til medarbeidere som utfører samme jobb uavhengig av lokasjon

Det fremgår at alle store målgrupper ved alle klinikker/stabsavdelinger har tatt i bruk Kompetanseportalen ved SSHF. Det vises til at kompetanseportalen er et løft for hele virksomheten og gir god digital lederstøtte. Vår gjennomgang viser at portalen benyttes som et ledelsesverktøy for å følge opp klinikker, avdelinger og den enkelte arbeider med hensyn til planlagt kompetanseutvikling.

Det opplyses om at innføringen av Kompetanseportalen har vært et viktig tiltak i oppfølgingen av handlingsplan etter rapporten fra konsernrevisjonen. Portalen inneholder kompetansevurderingsplaner, basisplaner, vaktplaner, MTU for LIS/overleger, herunder vikarer og utenlandske leger. Konsernrevisjonen er forelagt enkelte overordnede resultater av arbeidet per mai 2022. Her fremgår det at det er etablert et «bibliotek» med 7000 kompetansekrav. Videre er det utarbeidet 555 ulike kompetanseplaner. Samlet er det tildelt 35 000 kompetanseplaner fordelt på foretakets ansatte.

Det er ikke satt mål- og resultatkrav til den enkelte leder knyttet til ibruktakelse, men gjennomgangen viser at det er en positiv utvikling i gjennomføringsgraden for foretaket som helhet. Det opplyses imidlertid om at bruk, herunder registrering, varierer noe mellom enheter i foretaket og innenfor noen av brukergruppene. For eksempel vises det til at det er enklere å få LIS-legene til å registrere i systemet ettersom de må ha en spesialistgodkjenning, enn å motivere overleger som har vært i systemet i mange år. Status på resultatene følges opp i hele lederlinjen, som en del av virksomhetsstyringen.

6.4 Håndtering av uønskede hendelser

Vi følger opp følgende anbefaling:

- Vi anbefaler at SSHF fullfører planlagte tiltak for å videreutvikle prosesser for å melde inn og håndtere uønskede hendelser. I dette arbeidet bør det påses at følgende blir ivaretatt:

- at avvik meldes på det tidspunktet det avdekkes, eksempelvis i forbindelse med operasjoner, reoperasjoner eller polikliniske kontroller
- at ansvar og krav til saksgang og dokumentasjon ved saker vedrørende uønsket adferd og personalmessige forhold blir gjort tydelig
- at det vurderes at tiltak gir nødvendig effekt eller om det fortsatt er risiko for gjentakelser før saker lukkes
- at det vurderes å gjennomføre analyser av uønskede hendelser som kan fange opp et uvanlig stort antall hendelser knyttet til en enhet over tid
- at varslingsordningen er tilstrekkelig kjent i organisasjonen

Med utgangspunkt i anbefalingen har helseforetaket iverksatt flere tiltak. Det er etablert et nytt system for å melde uønskede hendelser. Videre ble det høsten 2020 igangsatt en intern kampanje som fokuserte på uønskede hendelser i forbindelse med operative inngrep, og å melde uønskede hendelser på et tidlig tidspunkt.

Videre gjennomføres det en manuell overvåkning ved at fagdirektør henter ut og gjennomgår siste ukes uønskede hendelser fra alle klinikker, som er kategorisert med "død", "moderat", og "kunne fått alvorlig personskade".

For å monitorere antall uønskede hendelser, hentes det månedsvis og kvartalsvis ut statistikk fra kvalitetsportalen. Konsernrevisjonen har mottatt dokumentasjon som viser at statistikken både viser utvikling i antall uønskede hendelser, samt identifiserer hvilke type kategorier uønskede hendelser som meldes per klinikk. For å sammenligne utviklingen i uønskede hendelser på tvers av klinikker benyttes antall uønskede hendelser per 100 innleggelse som indikator. Resultatet blir lagt frem for foretaksledelsen gjennom fagdirektørs rapportering til foretaksledelsen og kvalitets- og pasientsikkerhets-utvalgene i klinikkene (KPU). Helseforetaket oppgir selv at det meldes langt flere uønskede hendelser med det nye systemet.

Det er videre lagt opp til at alle alvorlige meldte pasientrelaterte hendelser skal behandles i KPU, og utvalgene skal blant annet påse korrekt og god håndtering av uønskede hendelser. I tillegg skal de minst to ganger pr år gjøre en større systematisk oppsummering av uønskede hendelser for å se mønstre og om det er ting som andre avdelinger kan lære av.

Uønskede hendelser er for øvrig et av områdene som Statsforvalteren har tett oppfølging av i forbindelse med sitt tilsyn.

6.5 Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp

Vi følger opp følgende anbefaling:

- Vi anbefaler at SSF i etterkant av gjennomgangen av tidligere opererte pasienter, gjør en analyse av resultatene. Formålet vil her være å vurdere om det er noen operasjonstyper hvor det kan være behov for å kontakte og gjennomgå ytterligere pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp.

De pasientene som ønsket en ny vurdering av om de har fått god behandling ved helseforetaket, har fått dette. Denne vurderingen har blitt utført av grenspesialister fra Stavanger universitetssykehus HF. For den nye gjennomgangen var det utarbeidet en mal for hva som skulle vurderes og hvordan dette skulle dokumenteres. Pasientene fikk informasjon om å søke erstatning til Norsk pasientskadeerstatning (NPE) dersom det var behov for det. Arbeidet med de nye vurderingene ble sluttført våren 2021.

Helseforetaket opplyser at sammenstilling av vurderingene har vært utfordrende. Dette skyldes at malen, som ble utarbeidet, i ulik grad har blitt fulgt. Fagavdelingen i Sørlandet sykehus har gjennomgått materialet, og har forsøkt å sammenstille vurderingene. For å bistå i oppsummeringsarbeidet er det innhentet ekstern bistand fra blant annet ortopeder som

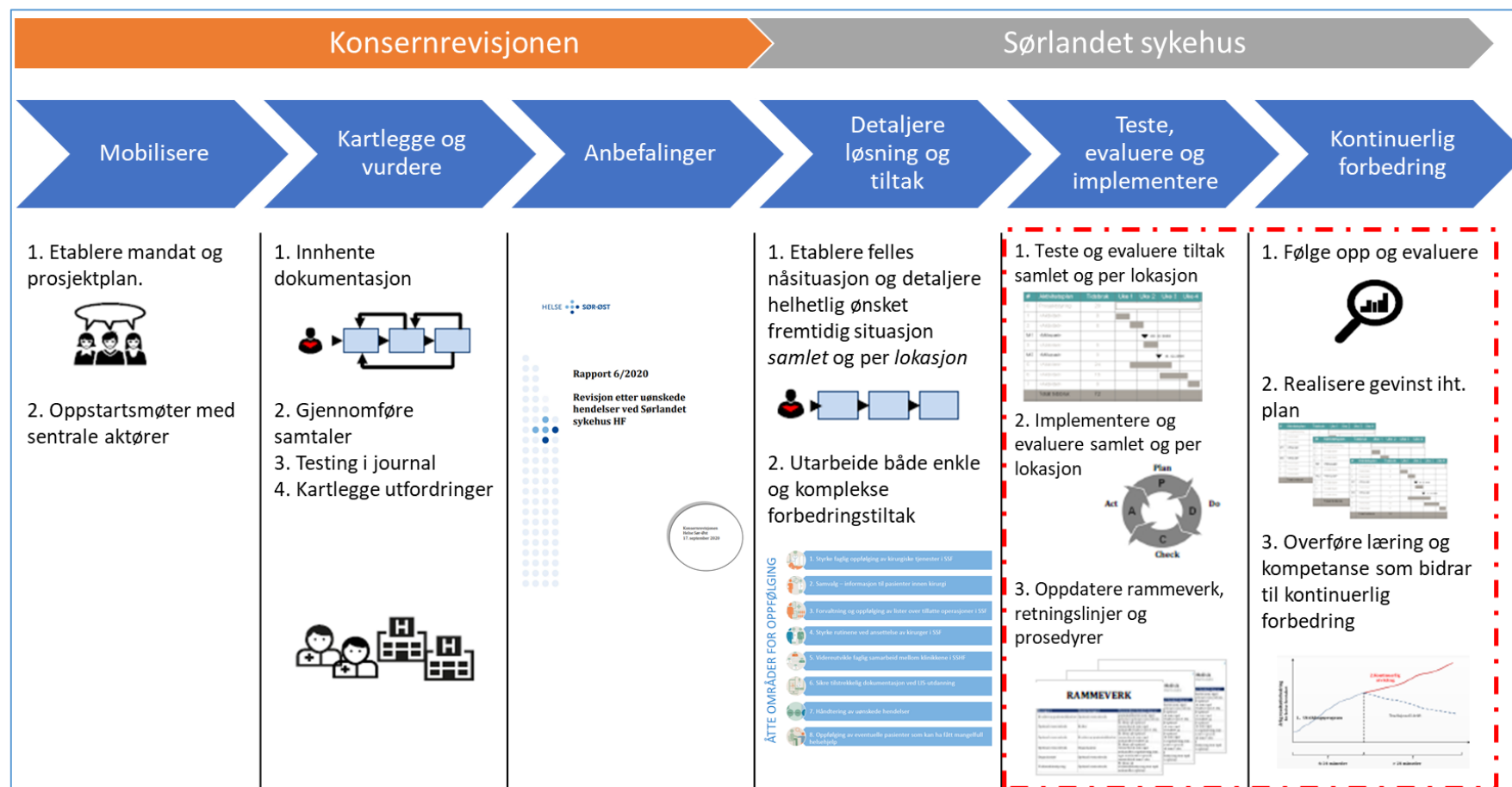
er blitt pekt ut av Norsk ortopedisk forening. Målet er å slutføre oppsummeringen i løpet av sommeren 2022.

6.6 Vurderinger

På bakgrunn i anbefalingene har helseforetaket iverksatt en rekke tiltak. Vår gjennomgang av utvalgte anbefalinger viser at helseforetaket fortsatt arbeider aktivt med tiltakene som fremgår av handlingsplanen. Etter konsernrevisjonens vurdering er dette avgjørende i et helhetlig forbedringsarbeid. Samtidig som det arbeides grundig med innføring av nye tiltak, er det viktig med et langsiktig perspektiv der man har mekanismer for å oppnå varig forbedring. I denne sammenheng vurderer vi det er et potensiale i å styrke arbeidet med å måle og evaluere tiltakene, slik at man kan være trygg på at man oppnår ønskede resultater og effekter av igangsatte tiltak.

Handlingsplanen legger opp til å rapportere på tiltakenes gjennomføringsgrad, og i mindre grad på resultater og effekter.

Vedlegg 1 - Tilnærming



Vedlegg 2 – Innhentet dokumentasjon

Dokumentasjon	
Mandat for fagråd	
Referater fra gjennomførte fagrådsmøter	
Handlingsplan etter konsernrevisjonens rapport	
Styredokumenter	
Oppdaterte rutiner og prosedyrer	
Møtereferater fra KPU	
Rapportering av uønskede hendelser til foretaksledelsen	
Diverse dokumentasjon vedrørende kompetanseportalen	
Handlingsplan SSF for strategi 2022-2024	
Diverse ledermøtereferater	
Diverse dokumentasjon fra Statsforvalterens tilsyn	

Vedlegg 3 – Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og stilling/funksjon
19. april	Susanne Hernes, fagdirektør Sørlandet sykehus HF
19. april	Nina Hope Iversen, klinikkdirektør somatikk SSK, Sørlandet sykehus HF
20. april	Else Kristin Reitan, seksjonsleder kvalitet og pasientsikkerhet, Sørlandet sykehus HF
20. april	Karina Henriette Tjørve, avdelingssjef Kirurgi felles SSF, Sørlandet sykehus HF
20. april	Geir Rørbakken, klinikkdirektør somatikk SSA, Sørlandet sykehus HF
21. april	Øystein Evjen Olsen, klinikkdirektør somatikk SSF, Sørlandet sykehus HF
21. april	Lena Marie Haukom, rådgiver – administrasjons- og kompetanseenheten, Sørlandet sykehus HF
22. april	Per Kr Hyldmo, enhetsleder traumeenhet, Sørlandet sykehus HF
25. april	Nina Føreland, organisasjonsdirektør Sørlandet sykehus HF
26. april	Øystein Hjalmar Berg, avdelingssjef ortopedi SSK, Sørlandet sykehus HF
29. april	Nina Mevold, administrerende direktør Sørlandet sykehus HF
05.mai	Bjørn Walle, styreleder Sørlandet sykehus HF

Om konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst

Konsernrevisjonen er organisert direkte under styret i Helse Sør-Øst RHF og rapporterer funksjonelt til styrets revisjonsutvalg og administrativt til administrerende direktør i det regionale helseforetaket. Våre rapporter behandles av styret i det reviderte helseforetak.

Konsernrevisjonen ble etablert i 2005, og er fra 1. januar 2013 hjemlet i helseforetaksloven §37a.

Konsernrevisjon skal på vegne av styret i Helse Sør-Øst bidra til forbedring i risikostyring, internkontroll og virksomhetsstyring i Helse Sør-Øst RHF og underliggende helseforetak.

Vår visjon

Konsernrevisjonen skal være en etterspurt bidragsyter til læring og forbedring i Helse Sør-Øst.

Dette skal vi oppnå gjennom:

- Relevante revisjons- og rådgivningsoppdrag som skaper innsikt
- Effektiv kommunikasjon og godt samarbeid
- Deling av erfaringer og læringspunkter på tvers av helseforetakene

Om revisjonsprosjektet

Revisjonsperiode: Mai-juni 2022

Virksomhet: Sørlandet sykehus HF

Oppdragsgiver: Styret i Helse Sør-Øst RHF

Revisorer:

- Espen Anderssen, oppdragseier
- Hans Petter Eide, oppdragsleder
- Anders Tømmerås, internrevisor

Rapporten er oversendt til:

- Styret i Sørlandet sykehus HF
- Administrerende direktør i Sørlandet sykehus HF
- Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF
- Administrerende direktør i Helse Sør-Øst RHF

Konsernrevisjonens rapporter

Rapporter er tilgjengelig på følgende web-adresse:

<https://www.helse-sorost.no/om-oss/styret/konsernrevisjonen>