



Temasak:

Vi deler erfaringer etter uønskede hendelser

31. August 2022

Nina Mevold og Susanne Hernes

Respekt • Faglig dyktighet • Tilgjengelighet • Engasjement

Innlegg på regional pasientsikkerhetskonferanse

Når tillit må bygges opp igjen

Regional pasientsikkerhetskonferanse

Nina Mevold
Administrerende direktør Sørlandet sykehus

8. juni 2022

Respekt • Faglig dyktighet • Tilgjengelighet • Engasjement

SØRLANDET SYKEHUS

Dette har vært viktig for oss

- Peke på system, ikke på individ
- Meldekultur, psykologisk trygghet
- Peke på hele foretaket, ikke enkeltavdelinger
- Ikke peke bakover
- Kontinuerlig forbedring og utvikling
- Åpenhet og transparens:
 - Initierte konsernrevisjon og bidro til tilsyn
 - Styrebehandling, publisere dokumenter (og en samleside på sshf.no)
 - Gjennomgang av ledelse fra 2008-2018 sammen med tillitsvalgte
 - Arrangement på Arendalsuka: Uønskede hendelser – engangstilfeller eller kilde til læring og forbedring?



Arendalsuka

UØNSKEDE HENDELSER – ENGANGSTILFELLER ELLER KILDE TIL LÆRING OG FORBEDRING?



Arrangør	Sørlandet sykehus HF
Dag	Torsdag 18/8 2022 10:00 - 14:00
Arrangementstype	Foredrag
Tema	Helse
Språk	Norsk
Sted	Sørlandet sykehus Arendal
Stedsbeskrivelse:	Auditoriet
Antall plasser i lokalet	100
Streaming	 Gå til streamingsiden

VIS PÅ KARTET

Medvirkende

Nina Mevold, administrerende direktør, Sørlandet sykehus
Susanne Hernes, fagdirektør, Sørlandet sykehus
Stein A. Ytterdahl, leder Varslingsutvalget
Pål Iden, direktør, Statens undersøkelseskommissjon for helse- og omsorgstjenesten, Ukom
Erik Solligård, fagdirektør, Helse Møre og Romsdal
Eldar Søreide, fagdirektør, Stavanger Universitetssykehus
Terje Mesel, professor, Universitetet i Agder
Aase Aamland, fungerende fylkeslege, Agder
Marit Gansmo, assisterende fylkeslege, Troms og Finnmark
Erik Dale, møteleder

ARENDALSUKA 

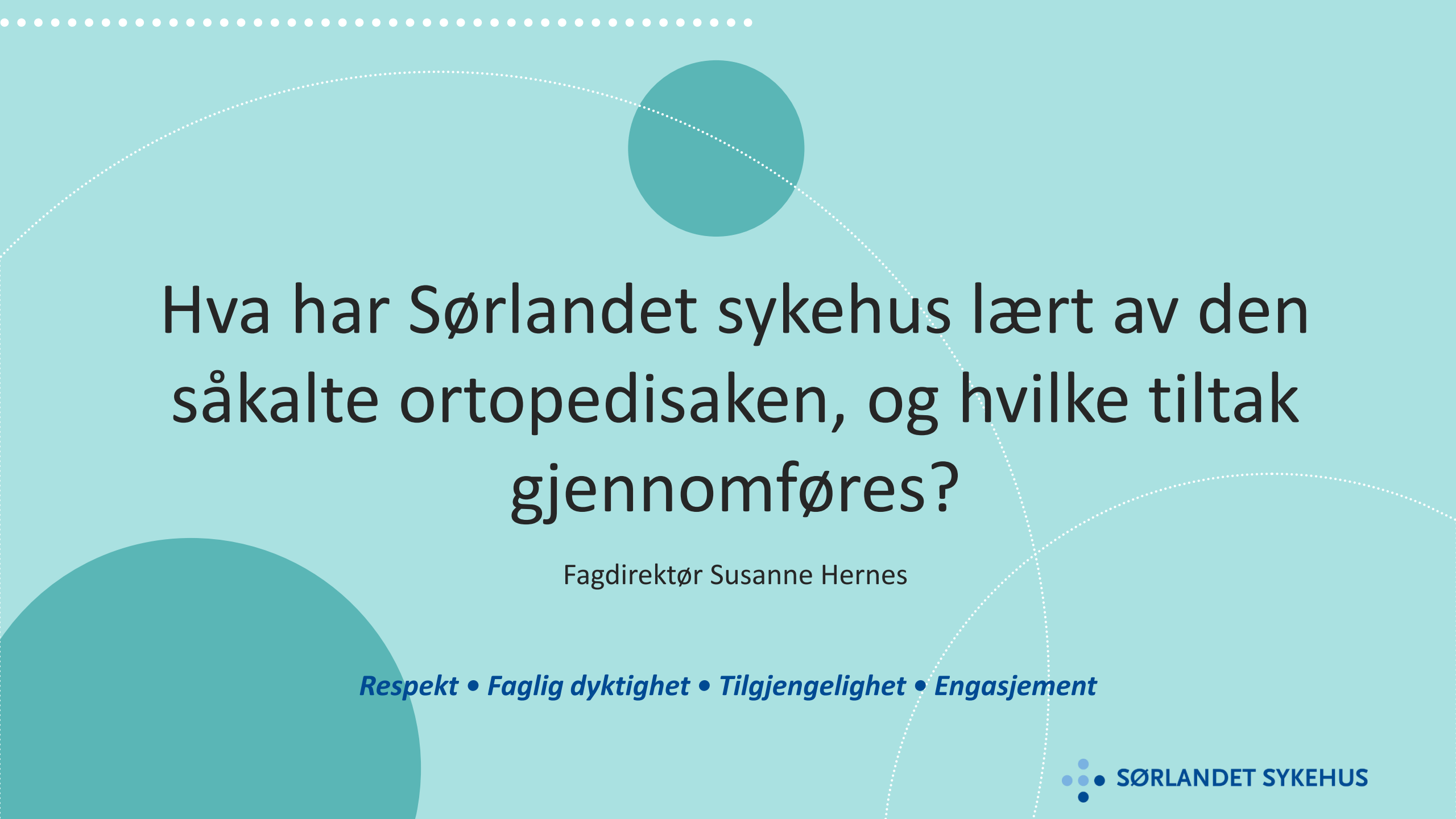
Hvorfor oppdaget vi ikke at vi hadde en medarbeider som hadde behov for faglig oppfølging og veiledning?

AGENDA 2. september 2022

- 0900 Velkommen ved NM
- 0910 Presentasjon av deltagere og roller
- 0920 Bakgrunnsinformasjon om ortopedisaken
- 0950 kaffe
- 1000 Rotårsaksanalyse metodikk
- 1020 Pause
- 1030 Rotårsaksanalyse start
- 1200 Lunsj
- 1245 Fortsette rotårsaksanalyse –
- 1330 Kaffe
- 1345 Fullføre rotårsaksanalyse – beskrive ønskesituasjonen
- 1445 Evaluering og avslutning



Fhi.no

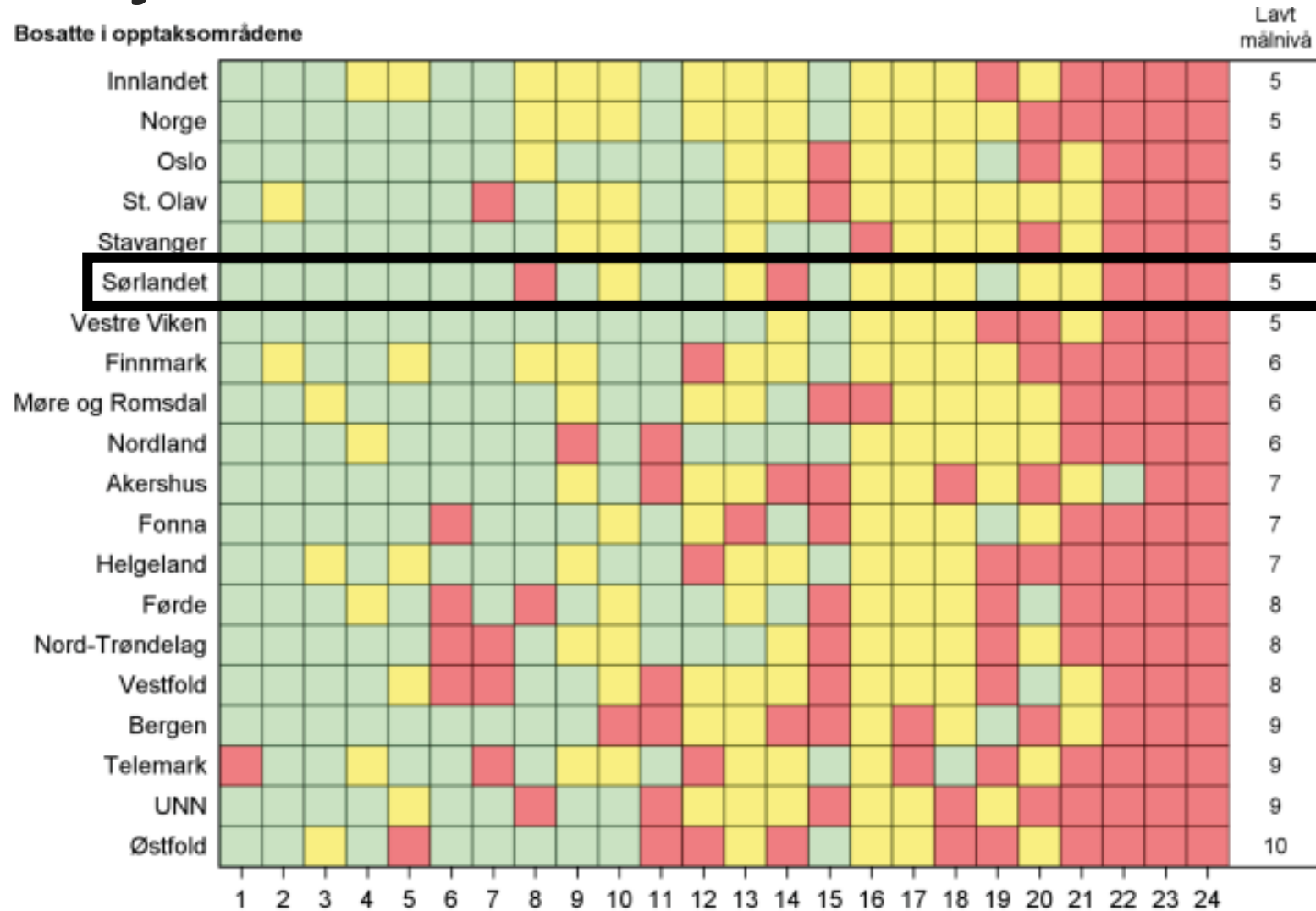


Hva har Sørlandet sykehus lært av den såkalte ortopedisaken, og hvilke tiltak gjennomføres?

Fagdirektør Susanne Hernes

Respekt • Faglig dyktighet • Tilgjengelighet • Engasjement

Nasjonalt helseatlas kvalitet 2021



1. Tykktarmskreft, overlevelse ++
2. Hjerneslag, trombolys
3. Brystkreft, primærkirurgi
4. Lungekreft, kurativ behandling
5. Diabetes voksne, HbA1c ≤ 53 mmol
6. Endetarmskreft, laparoskopi ++
7. Prostatakreft, radikal behandling ++
8. Hoftebrudd, sementert stamme
9. Prostatakreft, fri rand
10. Karkirurgi, carotisstenose
11. Endetarmskreft, uten tilbakefall ++
12. Diabetes voksne, HbA1c < 75 mmol
13. Brystkreft, brystbevarende kirurgi
14. Nyre, hemodialyse
15. Tykktarmskreft, laparoskopi ++
16. Hjerterinfarkt NSTEMI, utredning 72 t.
17. Diabetes barn, HbA1c < 53 mmol
18. Hoftebrudd, operasjon 48 t.
19. Lungekreft, overlevelse
20. Diabetes barn, HbA1c < 75 mmol
21. Hjerterinfarkt STEMI, reperfusjon
22. Nyre, hjemmedialyse ++
23. Invasiv kardiologi, trykkmåling ++
24. Nyre, blodtrykk <130/80

SSHF beklager!



–Administrerende direktør Nina **Mevold** på Sørlandet sykehus
HF **beklager feilbehandlingene på sykehuset i Flekkefjord.**

Avisen Agder 24 mars 2019

– **Jeg vil gjenta min sterkeste beklagelse** til pasientene som dette har fått konsekvenser for. Det som er viktig for meg nå, er å fortsette det gode og kontinuerlige kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeidet, sier administrerende direktør Nina Mevold ved Sørlandet sykehus.

Nettavisen 24 juni 2022

En lite utsnitt av en komplisert sak



Hva er den såkalte ortopedisaken?

Respekt • Faglig dyktighet • Tilgjengelighet • Engasjement

Hva er den såkalte ortopedisaken?

- SSHF har fått og betalt en bot på 1 000 000 kroner for brudd på helselovgivningen, i hovedsak for manglende systemer for risikostyring knyttet opp mot to spesifikke kirurger
- Det har vært gjennomført tilsyn fra Statsforvalteren i Agder, Statens helsetilsyn og Helse Sør-østs konsernrevisjon.
- Funnene i tilsynene overlapper til en stor grad og det er gjennomført et forbedringsarbeid med 84 punkter som følges av sykehuset styre.
- Flere av tiltakene var allerede utført før rapportene ble sendt SSHF.



Begge leger var kirurger med godkjenning innen hhvis generell kirurgi og ortopedi.



Lege 1, ortoped, vikar benyttet ved SSF i perioden 2016-2018
SSF sluttet selv å benytte legen i 2018.



Lege 2, generell kirurg, tilsatt 2008. Jobbet i SSF fram til januar 2019

Starter omskolering til LIS-lege ortopedi SSK fra februar 2019

Tatt ut av tjeneste januar 2020

BEKYMNING FRA FYLKESMANNEN
Januar 2020

2016 - 2017

2018

2019

2020

2021

Ortopedisk behandling er komplisert

Planlagt behandling



Høy grad av standardisert behandling.
Sannsynligheten for godt resultat ved operasjon er
kjent og diskuteres med pasienten før behandling.

Bilde: radiopaedia.org

Ortopedisk behandling er komplisert

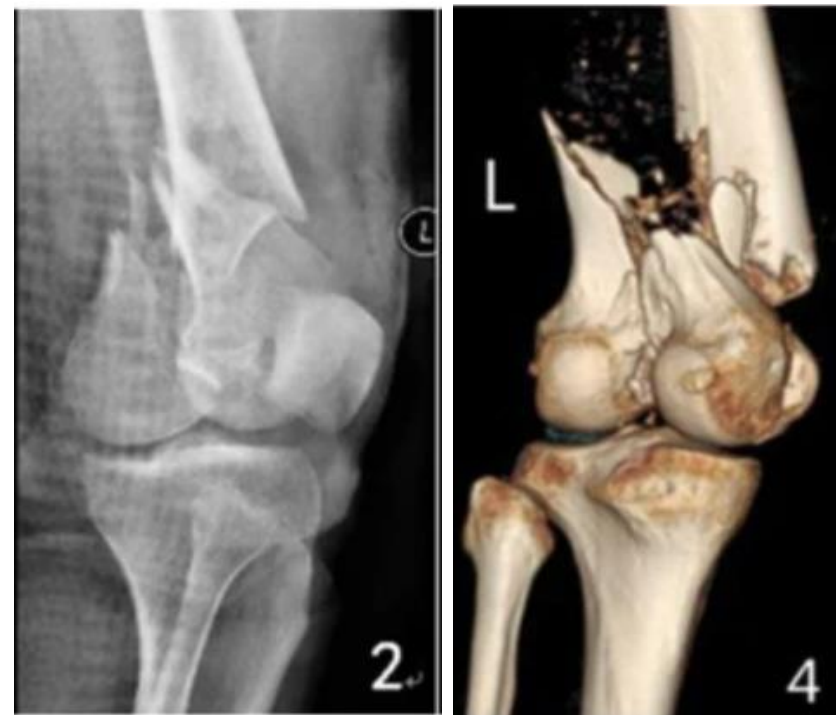
Planlagt behandling



Høy grad av standardisert behandling.
Sannsynligheten for godt resultat ved operasjon er kjent og diskuteres med pasienten før behandling.

Bilde: radiopaedia.org

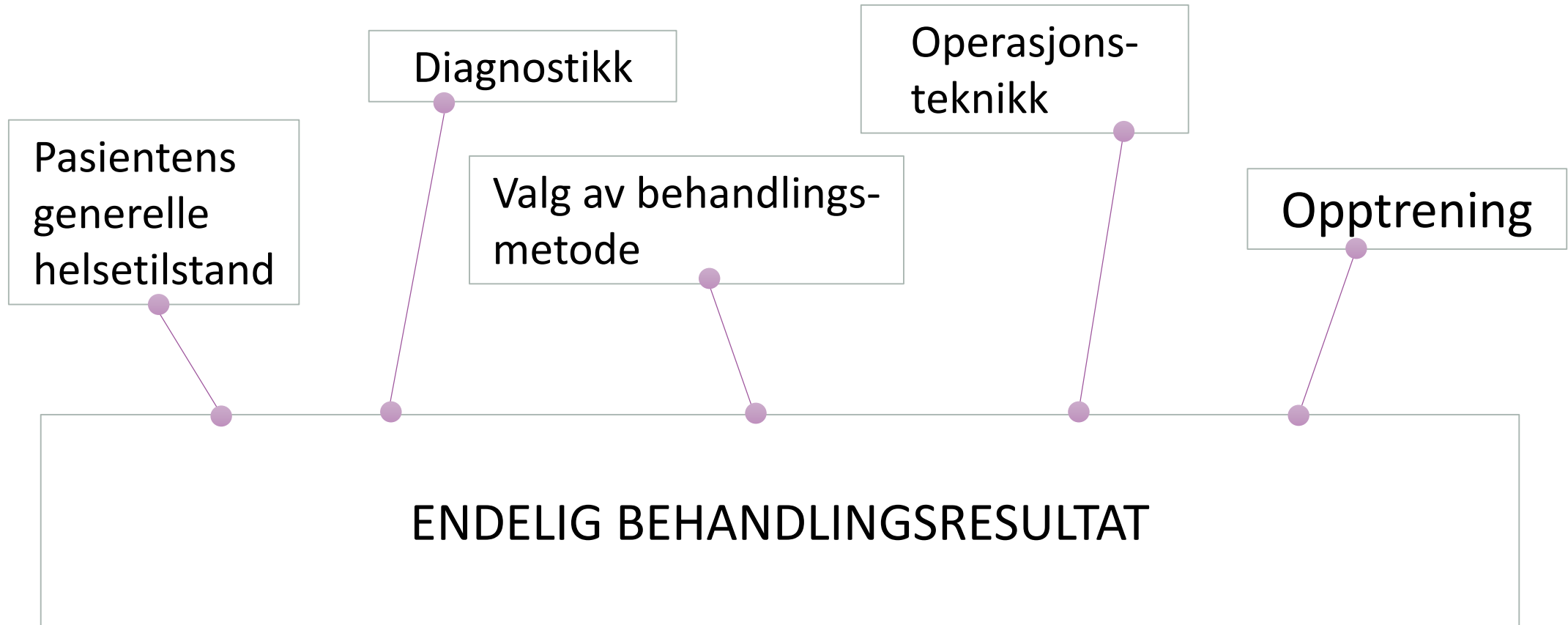
Akutt behandling



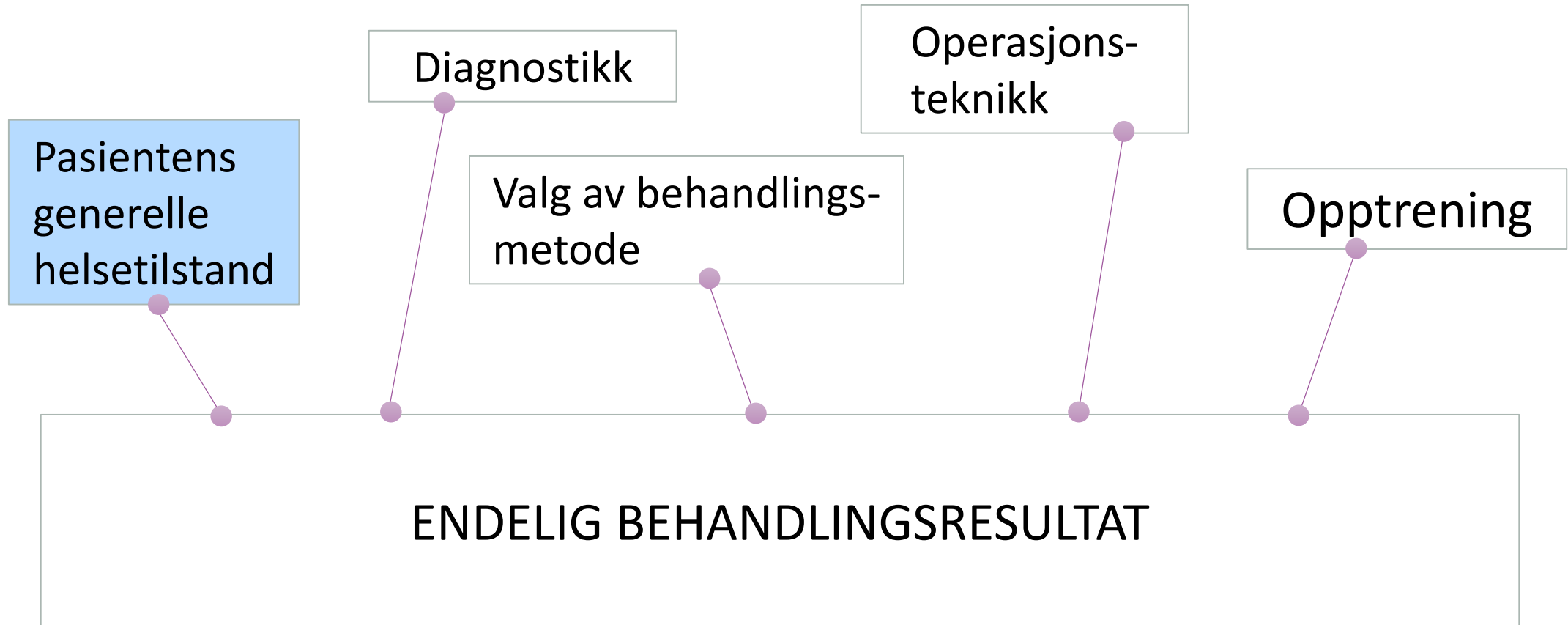
Behandling basert på retningslinjer og skjønn
Sannsynligheten for lik funksjon som før skaden reduseres ut i fra kompleksiteten i bruddet.

Bilde: Bai, Z., Gao, S., Hu, Z. et al. Sci Rep **8**, 4863 (2018)

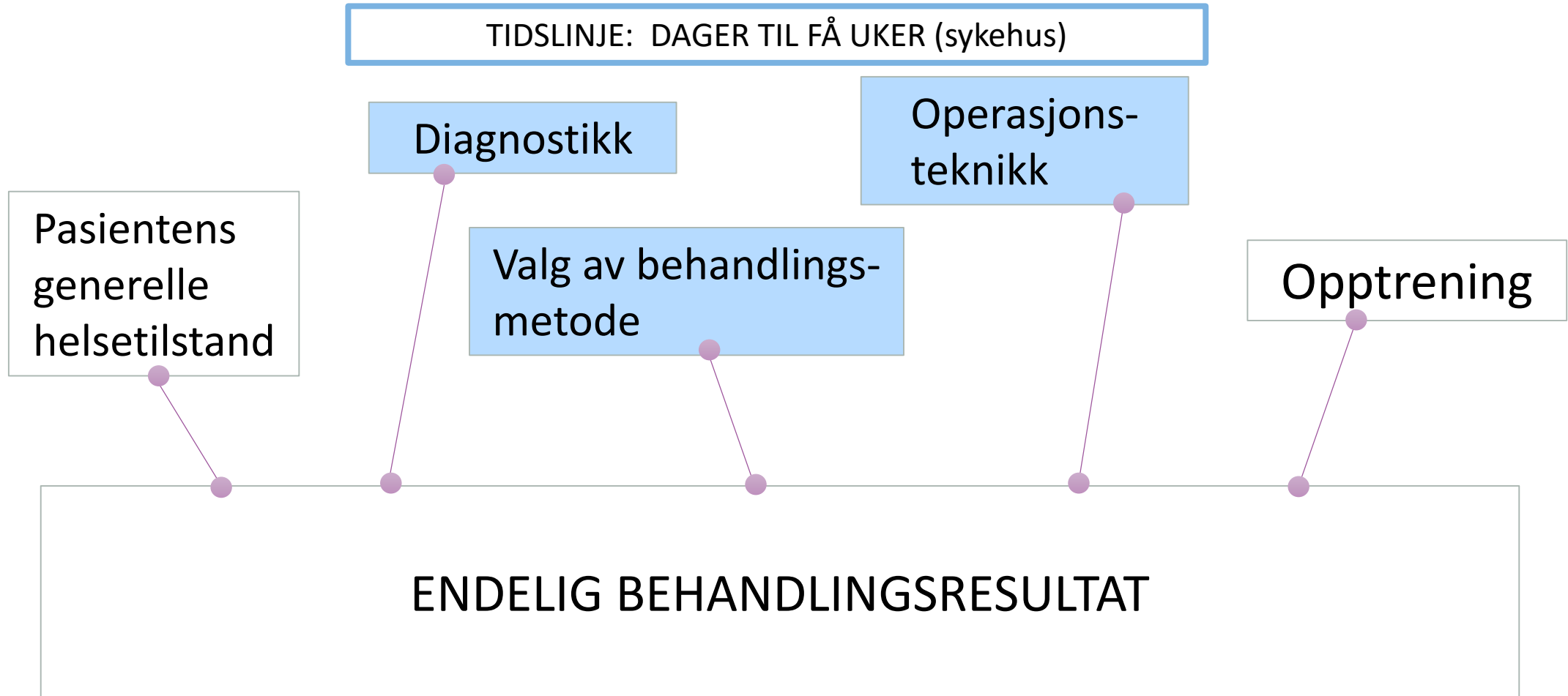
Ortopedisk behandling er komplisert



Ortopedisk behandling er komplisert



Ortopedisk behandling er komplisert



Ortopedisk behandling er komplisert



Ortopedisk behandling er komplisert – Tall fra NPE

- Overvekten av saker som NPE mottar er fra ortopedisk behandling (26% av sakene)
- I 2021 mottok NPE 1483 saker fra hele landet
- Av disse fikk 32 prosent av pasientene erstatning fra NPE
- Man kan søke NPE dersom det er svikt i behandlingen, uavhengig av om noen har gjort en feil eller ikke.



[NPE - Statistikk](#)



Hva har vi lært og hvilke tiltak gjennomføres?

Respekt • Faglig dyktighet • Tilgjengelighet • Engasjement

SSHFs arbeid med denne saken

Statsforvalter og Statens helsetilsyn

1. Bekreftelse på at nye rutiner for ansettelse av kirurger ved SSF er utarbeidet og implementert

2. Gjennomgang av 20 siste ansettelser

3. Tiltak som er iverksatt for å forbedre faglig samarbeid i SSHF

4. Tiltak for å forbedre meldekultur

5-6. Journalgjennomgang:
• for uønskede hendelser
• kirurgisk tilsyn SSF

7-8. Beskrivelse samarbeid mellom avdelinger SSF

Konsernrevisjon i HSØ

ÅTTE OMRÅDER FOR OPPFØLGING



1. Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF



2. Samvalg – informasjon til pasienter innen kirurgi



3. Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner i SSF



4. Styrke rutinene ved ansettelse av kirurger i SSF



5. Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF



6. Sikre tilstrekkelig dokumentasjon ved LIS-utdanning



7. Håndtering av uønskede hendelser

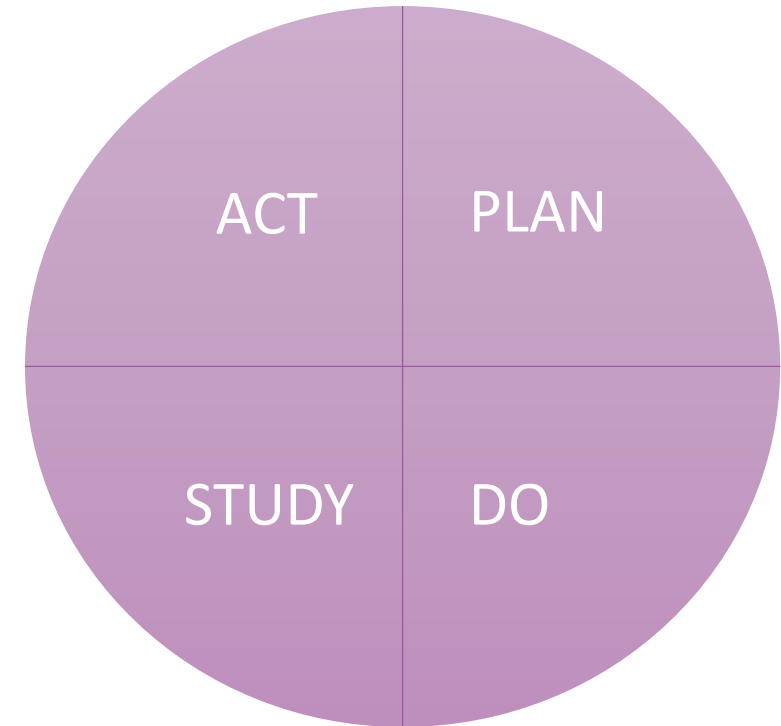


8. Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp

INTERNT ARBEID
SØRLANDET SYKEHUS

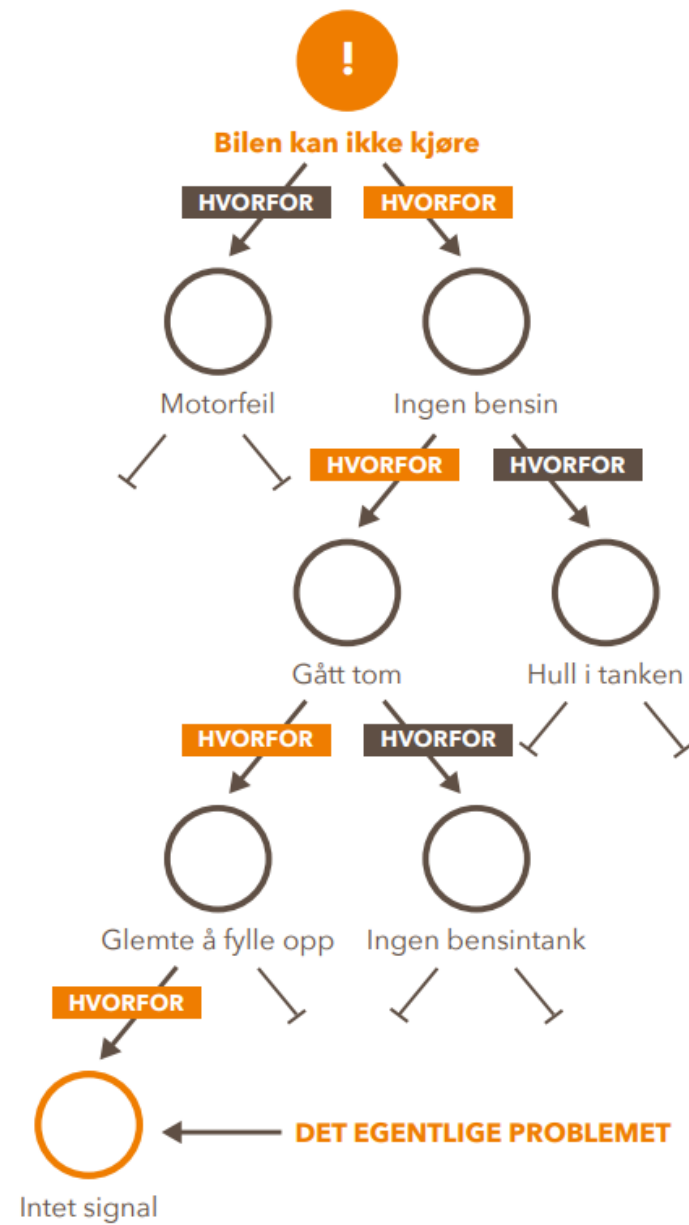
Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (2017)

- § 6. *Plikten til å planlegge*
- § 7. *Plikten til å gjennomføre*
- § 8. *Plikten til å evaluere*
- § 9. *Plikten til å korrigere*



Rotårsaksanalyser

- SSF perioden: kompetanse, veiledning, oppfølging, kvalitetssystem, risikostyring, ledelse
- LIS perioden: kompetanse, veiledning, oppfølging, risikostyring, ledelse
- Rotårsaksanalyse: «Identifikasjon av medarbeider som trengte ytterligere oppfølging» er planlagt til september med nåværende og tidligere ledere.



Hva har vi gjort? – *et lite utsnitt av tiltak*

SSHFs arbeid med denne saken

Statsforvalter og Statens helsetilsyn

1. Bekreftelse på at nye rutiner for ansettelse av kirurger ved SSF er utarbeidet og implementert
2. Gjennomgang av 20 siste ansettelser
3. Tiltak som er iverksatt for å forbedre faglig samarbeid i SSHF
4. Tiltak for å forbedre meldekultur
- 5-6. Journalgjennomgang:
 - for uønskede hendelser
 - kirurgisk tilsyn SSF
- 7-8. Beskrivelse samarbeid mellom avdelinger SSF

Konsernrevisjon i HSØ

ÅTTE OMRÅDER FOR OPPFØLGING

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

INTERNT ARBEID
SØRLANDET SYKEHUS

Kompetanse
Uønskede hendelser

Dokumentasjon av kompetanse -> nye digitale verktøy

Alle medarbeidere

SSHF - Alle medarbeidere 13 / 13 →

▼ Introduksjon 2 / 2

Verdigrunnlaget ✓

Nettbok for studenter og nyansatte ✓

▼ Personvern og informasjonssikkerhet 4 / 4

Personvern og informasjonssikkerhet i praksis (PIIP), e-læring ✓

Forenklet sikkerhetsinstruks (databrukerkontrakt) ✓

Taushetsplikt ✓

Sosiale medier ✓

▼ Kvalitetsportal og HMS 3 / 3

Uønskede hendelser - Ansatte ✓

EKWeb, e-læringskurs ✓

HMS i egen enhet ✓

▼ Brannvern 1 / 1

Brannvern egen enhet - sjekkliste ✓

▼ HLR 1 / 1

BHLR Basal hjerte-lungeredning - prosedyrer ✓

> Smittevern 1 / 1

> Evaluering etter 3 måneder 1 / 1

Arbeidssted

SSHF - Basisplan Medisinsk avdeling Leger

11 / 49 →

> Medisinsk koding 0 / 9

> Beredskap 0 / 4

> Brannvern 2 / 3

> AHLR 1 / 3

▼ Leger i spesialisering 0 / 1

Registrere LIS veileder i Kompetanseportalen ●

> Legemiddelhåndtering 1 / 4

> Smittevern 3 / 8

> Skåring og varslingssystem 0 / 2

> Barn som pårørende 0 / 2

> Klinisk IKT 2 / 5

> Kvalitetsportal 2 / 2

> Andre IKT system og oppslagsverk (Ikke obligatorisk)

0 / 6

Funksjon

SSHF - Funksjon Leder 41 / 89 →

> Introduksjonsprogram - nye ledere 0 / 5

> Styrende dokumenter og lovverk 2 / 4

> Rammer for ledelse - prosedyrer og retningslinjer 6 / 7

> Rekruttere og ansette 2 / 5

> Sykefravær og permisjoner 0 / 5

> Bemanning og ressursstyring (GAT) 0 / 2

> Bestille IKT tilganger 1 / 1

> Andre overordnede retningslinjer 2 / 3

> Medarbeidersamtaler, opplæring og kompetanseutvikling 2 / 4

> Økonomi og innkjøp 0 / 6

> Public 360 0 / 2

> Kvalitetsportal 5 / 7

> Digitale møter 3 / 3

> Kvalitet- og forbedringsarbeid 3 / 3

> Samarbeidsavtaler 2 / 2

> BHLR - kun ledere i stab 1 / 2

> GAT og arbeidstidsplanlegging - anbefalte kurs 0 / 5

> Public 360 - anbefalte kurs 1 / 3

> Andre nyttige nettressurser og kurs 11 / 20

Dokumentasjon av kompetanse -> nye digitale verktøy

Alle medarbeidere

SSHF - Alle medarbeidere 13 / 13 →

▼ Introduksjon 2 / 2

Verdigrunnlaget ✓

Nettbok for studenter og nyansatte ✓

▼ Personvern og informasjonssikkerhet 4 / 4

Personvern og informasjonssikkerhet i praksis (PIIP), e-læring ✓

Forenklet sikkerhetsinstruks (databrukerkontrakt) ✓

Taushetsplikt ✓

Sosiale medier ✓

▼ Kvalitetsportal og HMS 3 / 3

Uønskede hendelser - Ansatte ✓

EKWeb, e-læringskurs ✓

HMS i egen enhet ✓

▼ Brannvern 1 / 1

Brannvern egen enhet - sjekkliste ✓

▼ HLR 1 / 1

BHLR Basal hjerte-lungeredning - prosedyrer ✓

> Smittevern 1 / 1

> Evaluering etter 3 måneder 1 / 1

Arbeidssted

SSHF - Basisplan Medisinsk avdeling Leger

11 / 49 →

> Medisinsk koding 0 / 9

> Beredskap 0 / 4

> Brannvern 2 / 3

> AHLR 1 / 3

▼ Leger i spesialisering 0 / 1

Registrere LIS veileder i Kompetanseportalen ●

> Legemiddelhåndtering 1 / 4

> Smittevern 3 / 8

> Skåring og varslingssystem 0 / 2

> Barn som pårørende 0 / 2

> Klinisk IKT 2 / 5

> Kvalitetsportal 2 / 2

> Andre IKT system og oppslagsverk (Ikke obligatorisk)

0 / 6

Funksjon

SSHF - Funksjon Leder 41 / 89 →

> Introduksjonsprogram - nye ledere 0 / 5

> Styrende dokumenter og lovverk 2 / 4

> Rammer for ledelse - prosedyrer og retningslinjer 6 / 7

> Rekruttere og ansette 2 / 5

> Sykefravær og permisjoner 0 / 5

> Bemanning og ressursstyring (GAT) 0 / 2

> Bestille IKT tilganger 1 / 1

> Andre overordnede retningslinjer 2 / 3

> Medarbeidersamtaler, opplæring og kompetanseutvikling 2 / 4

> Økonomi og innkjøp 0 / 6

> Public 360 0 / 2

> Kvalitetsportal 5 / 7

> Digitale møter 3 / 3

> Kvalitet- og forbedringsarbeid 3 / 3

> Samarbeidsavtaler 2 / 2

> BHLR - kun ledere i stab 1 / 2

> GAT og arbeidstidsplanlegging - anbefalte kurs 0 / 5

> Public 360 - anbefalte kurs 1 / 3

> Andre nyttige nettressurser og kurs 11 / 20

Dokumentasjon av kompetanse -> nye digitale verktøy

- Bedre verktøy for lederoppfølging

☐	Navn	Stilling	Introduksjon		Personvern og informasjonssikkerhet				Kvalitetsportal og HMS			Brannvern	HLR	Smittever
			Verdigrun...	Nettbok f...	Personver...	Forenklet ...	Taushetsp...	Sosiale m...	Uønskede...	EKWeb, e-...	HMS i ege...	Brannver...	BHLR Bas...	Håndhyg
☐	...	...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	...	✓	✓	⊘	⊘	✓
☐	...	...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
☐	...	...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
☐	...	...	✓	✓	✓	...	...	...	...	...	...	...	...	...
☐	...	...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	...	...	✓	✓	✓
☐	...	...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
☐	...	...	✓	✓	✓	⊘	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
☐	...	...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
☐	...	...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
☐	...	...	✓	⊘	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
☐	...	...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
☐	...	...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
☐	...	...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
☐	...	...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
☐	...	...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
☐	...	...	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓

Modernisering av system for kvalitetsstyring

Kvalitetsportalen – kvalitetssystem for Sørlandet sykehus			
EK-dokumenter	Uønsket hendelse	Risikovurdering	Revisjoner og tilsyn
 EK-dokumenter inneholder alle prosedyrer og retningslinjer for Sørlandet sykehus	 Her melder du uønskede hendelser (alle typer). Lederne bruker også modulen til å behandle meldingene.	 Modul for risikovurdering skal brukes av ledere på alle nivå i organisasjonen, som del av risikostyring i foretaket	 Modulen brukes av ledere på alle nivå i organisasjonen, for planlegging, gjennomføring og oppfølging etter revisjoner og tilsyn
Handlingsplaner	Årskalender	Informasjonssystemer	Fagråd
 Modul for handlingsplaner brukes på alle nivå i organisasjonen, for planlegging og oppfølging av tiltak	 Modul for årskalender brukes på alle nivå i organisasjonen for å planlegge og informere om prosesser	 Modul for informasjonssystemer (informasjonssikkerhet) brukes i hovedsak av IKT og GDPR-ansvarlig	 Kvalitetsportalen omfatter også en modul for fagråd, der alle kan følge med på fagrådernes arbeid

Verktøyet gir mulighet for analyser og uttak av rapporter på mange nivåer. Inngår i sykehusets lederopplæring og i opplæring av alle ansatte.

Uønskede hendelser: gjenkjenning, melding, vurdering, læring og forbedring

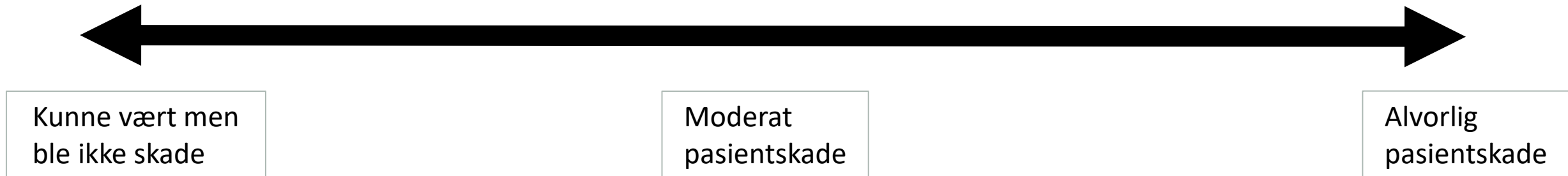


Kunne vært men
ble ikke skade

Moderat
pasientskade

Alvorlig
pasientskade

Uønskede hendelser: gjenkjenning, melding, vurdering, læring og forbedring



Den som oppdager en uønsket hendelse har plikt til å melde

Meldekultur

- Antall uønskede hendelser steg etter overgang til nytt kvalitetssystem.
- Månedlige analyser av uønskede hendelser i foretaksledelsen
- Tematisk gjennomgang av hendelser per kvartal

År	Totalt antall meldte uønskede hendelser	Pasient-hendelser	Hendelser meldt etter sphtj. § 3-3a*
2015	6 576	805	27
2016	6 440	938	46
2017	7 064	1 036	55
2018	7 417	940	43
2019	7 908	1 750	49
2020	8 122	4 129	57
2021	9 757	5 371	54

Strategi SSHF 2021-24

1.2 Skape effektive og gode pasientforløp av høy kvalitet gjennom kontinuerlig forbedring og god sikkerhetskultur.	1.2.1	Utvikle, og strukturert bruke, digitale verktøy for fortløpende høsting og analyse av kvalitet og pasientsikkerhets data og brukererfaringer.
	1.2.2	Lage en helhetlig struktur for opplæring og bruk av kontinuerlig forbedring for å videreutvikle og styrke helsetjenesten og redusere uønsket variasjon.
	1.2.3	Videreutvikle og styrke systemer for oppfølging og læring etter uønskede hendelser på tvers i foretaket.
	1.2.4	Kartlegge og videreutvikle pasientsikkerhetskulturen.

- Samarbeid med UiS og flere norske helseforetak om validering av «Surveys of Patient Safety Culture» (SOPS 2.0) til norsk.
- Bruk av SOPS 2.0 i hele SSHF i løpet av 2021-2024



Sanntidsovervåkning av kvalitet – under utvikling

Data fra våre pasientsystemer

Hvordan flyter pasientbehandlingen?

Hvilke komplikasjoner har oppstått?

Hvordan kan vi forbedre tilbudet?

....

Pasientrapporterte data

Hvordan opplevde du behandlingen?

Hvordan er resultatet av behandlingen?

....

1. Kildene gir oss viktig og strukturert informasjon som brukes til kontinuerlig forbedring.
2. Sammenstilling av de to kildene gir et mer helhetlig bilde av behandlingstilbud og kvalitet

Oppsummeringsslide

- SSHF beklager på det sterkeste den såkalte «ortopedisaken»
- SSHF har benyttet saken til intern læring og modernisering av styrende systemer.
- SSHF jobber kontinuerlig med planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerering.

