

Rapport 6/2020

Revisjon etter uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF

Konsernrevisjonen
Helse Sør-Øst
17. september 2020

Rapport nr.	6/2020
Revisjonsperiode	Februar-august 2020
Virksomhet	Sørlandet sykehus HF
Rapportmottaker	Revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF Styret og administrerende direktør, Sørlandet sykehus HF
Kopi	Administrerende direktør, Helse Sør-Øst RHF
Rapportavsender	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Oppdragsgiver	Styret i Helse Sør-Øst RHF
Revisorer	Espen Anderssen (oppdragseier) Anders Ledsaak Nordlund (oppdragsleder februar-juni) Hans Petter Eide (oppdragsleder juni-august) Mazhar Bashir Ahmad Anders Tømmerås Liv Lüdemann Anders Walløe (fagrevisor ortopedi) Wender Figved (fagrevisor ortopedi) Barthold Vonen (fagrevisor gastro)

Innholdsfortegnelse

1.	Introduksjon	4
2.	Konklusjoner og anbefalinger.....	7
2.1	Etablerte tiltak legger til rette for god kvalitet ved SSF – ytterligere tiltak bør likevel vurderes	7
2.2	Hensiktsmessig system for LIS-opplæring i SSK – ikke tilstrekkelig tilpasning ved overføringen av lege fra SSF.....	9
2.3	Hensiktsmessig system for håndtering av uønskede hendelser – avvik knyttet til legen er i mindre grad håndtert i tråd med føringene	10
2.4	Egnet tilnærming ved oppfølging av tidligere pasienter – noe variasjon i avdelingenes systematikk.....	11
2.5	Anbefalinger.....	12
3.	Tilnærming.....	14
3.1	Mål og problemstillinger	14
3.2	Omfang og avgrensninger	15
3.3	Revisjonsgrunnlag.....	16
3.4	Metode.....	17
4.	Kontekst.....	18
4.1	Om Sørlandet sykehus HF.....	18
4.2	Organisatorisk utvikling	18
4.3	Kvalitetssystemet	21
4.4	Uønskede hendelser	22
4.5	Kort om kirurgifaget og sentrale nasjonale utviklingstrekk.....	22
5.	Operasjonsaktiviteten ved sykehuset i Flekkefjord	24
5.1	Tiltak for å sikre god kvalitet på operasjonsaktiviteten ved sykehuset i Flekkefjord	24
5.2	Kvalitet i operasjoner utført ved sykehuset i Flekkefjord	34
6.	Oppfølging av lege i spesialisering etter overføringen til sykehuset i Kristiansand.....	39
6.1	Vurdering av kompetanse og egnethet ved overføringen	39
6.2	Veiledning og oppfølging av leger i spesialisering.....	42
6.3	Legens ansvar, myndighet og oppgaver ved sykehuset i Kristiansand	46
6.4	Kvalitet i operasjoner utført av vedkommende lege ved sykehuset i Kristiansand.....	50
7.	Håndtering av uønskede hendelser.....	54
7.1	System for uønskede hendelser ved Sørlandet sykehuset HF	54
7.2	Håndtering av uønskede hendelser ved sykehuset i Flekkefjord.....	57
7.3	Håndtering av uønskede hendelser ved sykehuset i Kristiansand	63
7.4	Oppfølging av eventuelle andre pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp.....	66
	Vedlegg 1 – Informasjonsgrunnlag og gjennomførte samtaler	70
	Vedlegg 2 – Definerte operasjoner SSF	72
	Vedlegg 3 – Oversikt over utførte operasjoner innen ortopedi ved SSF 2019-2020	74
	Vedlegg 4 – Utfyllende informasjon fra journalgjennomgang ortopedi ved SSF	77
	Vedlegg 5 – Oversikt over utførte operasjoner generell kirurgi ved SSF 2019-2020.....	83
	Vedlegg 6 – Utfyllende informasjon fra journalgjennomgang generell kirurgi ved SSF	85
	Vedlegg 7 – Oversikt over operasjoner utført av vedkommende lege ved SSK 2019-2020.....	91
	Vedlegg 8 – Utfyllende informasjon fra journalgjennomgang av operasjoner utført av vedkommende lege ved SSK.....	92
	Vedlegg 9 – Fagrevisorer.....	99
	Vedlegg 10 – Notat fra vedkommende lege.....	100
	Vedlegg 11 – Oppdragsplaner for revisjonen	102

1. Introduksjon

Det har over tid fremkommet informasjon om uønskede hendelser knyttet til operasjoner utført ved kirurgisk avdeling Sørlandet sykehus Flekkefjord (SSF) i perioden 2016-2018. Fylkesmannen har i perioden 2017-2019 gjennomført flere tilsyn på bakgrunn av de uønskede hendelsene ved SSF. Disse tilsynene knytter seg hovedsakelig til to overleger som tidligere arbeidet ved kirurgisk avdeling ved SSF. Det har vært flere mediesaker knyttet til de pågående tilsynssakene. I den sammenheng har flere enkeltpasienter stått frem med sine historier. Noen av hendelsene var knyttet til en enkelt overlege ved avdelingen, som i 2019 ble overført til en utdanningsstilling ved ortopedisk avdeling Sørlandet sykehus Kristiansand (SSK). Etter overføringen har det fremkommet opplysninger om at det har oppstått ytterligere uønskede hendelser i forbindelse med operasjoner utført av legen ved SSK. Fylkesmannen ved fylkeslegen har oversendt flere saker knyttet til legens arbeid til Statens helsetilsyn for vurdering av administrative reaksjoner.

Ledelsen ved Sørlandet sykehus HF (SSHF) utredet i 2016-2017 om akuttkirurgien ved SSF skulle opprettholdes. Erfaringene viste at det var krevende å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet ved sykehuset. Styret ved SSHF besluttet i februar 2017 å legge ned akuttkirurgien og traumemottaket. I foretaksmøtet til Helse Sør-Øst RHF april samme år, ble det imidlertid vedtatt at akuttfunksjonene skulle videreføres ved SSF.

I 2016 innførte helseforetaket stedlig ledelse i de somatiske klinikkene. Formålet var å øke aktiviteten og redusere bemanningsveksten gjennom bedre styring og kontroll. Dette skulle bedre den økonomiske utviklingen. En ekstern evaluering i 2019 pekte på at målene med omorganiseringen ikke var nådd. Stedlig ledelse medførte bedre samarbeid internt i den enkelte klinikk, men resulterte samtidig i dårligere faglig samarbeid på tvers. For SSF ble det krevende å ivareta det faglige ansvaret etter overgangen til stedlig ledelse.

Det har de siste årene vært flere endringer i ledelsen ved SSHF. Ny administrerende direktør tiltrådte i oktober 2018. Videre ble ny klinikkdirektør ved SSF tilsatt i 2019, og ny fagdirektør i helseforetaket tiltrådte i 2020. De siste årene har ledelsen iverksatt ulike tiltak for å utvikle kvalitetssystemet i helseforetaket, og for å styrke kvaliteten og pasientsikkerheten i de kirurgiske aktivitetene i SSF. Dette omfatter blant annet revitalisering av fagråd som et verktøy for sykehus i nettverk, ny organisering av vaktlag ved SSF, samt nye rutiner og fagprosedyrer.

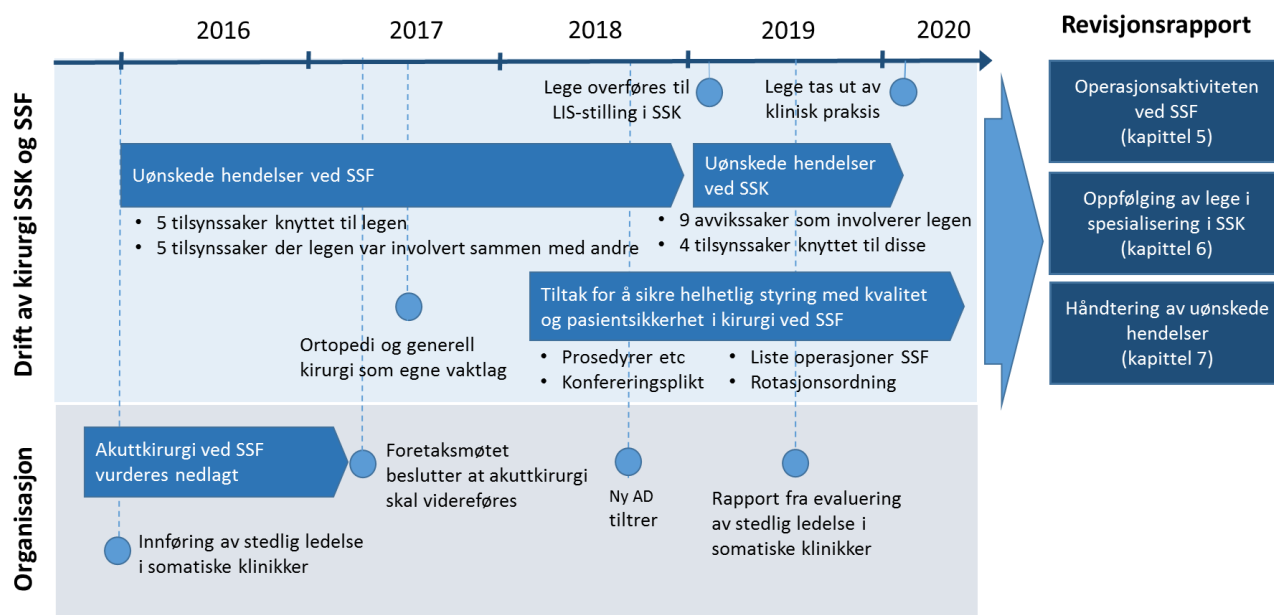
Helse Sør-Øst RHF har, etter dialog med ledelsen ved SSHF, forespurt konsernrevisjonen om å foreta en revisjon. Revisjonen har hatt to mål. Et mål har vært å vurdere om SSHF har gjennomført nødvendige tiltak for å sikre god kvalitet på operasjonsaktiviteten ved sykehuset i Flekkefjord. Det andre målet har vært 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, som i 2019 startet i en utdanningsstilling (LIS3) ved ortopedisk avdeling ved sykehuset i Kristiansand, ble underlagt et tilstrekkelig oppfølgingsregime.

Rapporten belyser i denne sammenheng også helseforetakets system for oppfølging av uønskede hendelser, og hvordan hendelser knyttet til vedkommende lege i SSF og SSK er håndtert. Avslutningsvis vurderer konsernrevisjonen om helseforetaket har iverksatt hensiktsmessige og tilstrekkelige tiltak for å identifisere og følge opp eventuelle andre pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp ved SSF og SSK.

Revisjonen er gjennomført i tidsrommet februar-august 2020. Rapporten baserer seg på omfattende dokumentasjon fra helseforetaket, rapporter fra elektronisk pasientjournal (DIPS), intervju av 17

sentrale personer og gjennomgang av 125 pasientjournaler for å undersøke om operasjoner er gjennomført i tråd med anerkjent praksis. Journalgjennomgangene er utført med bistand fra fagrevisorer.

Figuren under viser en forenklet fremstilling av de viktigste utfordringer, hendelser og tiltak som danner grunnlaget for revisjonen. Videre vises områdene som revisjonen har undersøkt og som er omtalt i rapporten.



Figur 1: Forenklet fremstilling av hendelser og tiltak ved SSF og SSK som ligger til grunn for rapporten

Rapportens kapittel 2 oppsummerer resultatene fra revisjonen med konklusjoner og anbefalinger til SSHF.

Kapittel 3 beskriver konsernrevisjonens tilnærming i revisjonen, med mål og problemstillinger, omfang, avgrensninger og metode.

I kapittel 4 beskrives viktige kontekstuelle forhold ved SSHF. Dette omfatter blant annet endringer i klinikkstrukturen og organiseringen av akuttfunksjonen ved SSF, samt ansettelser av nye ledere i sentrale roller. Videre introduseres uønskede hendelser ved kirurgisk avdeling SSF og ved ortopedisk avdeling SSK, og tilsynssaker knyttet til disse.

Kapittel 5 gir en nærmere beskrivelse av sentrale tiltak som per dags dato er etablert for sikre god kvalitet i operasjonsvirksomheten ved SSF. Videre beskriver vi våre undersøkelser av kvalitet i utførte operasjoner ved sykehuset i perioden 2019-2020. De undersøkte operasjonene er utført av dagens bemanning, bestående av faste ansatte og mest brukte vikarer.

I kapittel 6 beskrives systemet som SSHF har etablert for å sørge for tilstrekkelig veiledning og oppfølging av leger. Videre beskriver vi oppfølgingen av vedkommende lege ved ortopedisk avdeling i

SSK i 2019-2020. Til slutt beskrives resultatene fra konsernrevisjonens undersøkelser av kvalitet i operasjoner utført av vedkommende lege ved SSK.

Kapittel 7 beskriver SSHFs system for håndtering av uønskede hendelser. Videre beskrives håndteringen av uønskede hendelser ved SSF og SSK der vedkommende lege var involvert. I SSF gjelder dette perioden 2016-2018, og i SSK i perioden 2019-2020. Til slutt beskrives SSHFs arbeid med å identifisere og følge opp eventuelle andre pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp ved SSF og SSK.

2. Konklusjoner og anbefalinger

Et grunnleggende krav i helselovgivningen er at helsetjenestene skal være forsvarlige. Dette innebærer en plikt for helseforetakene til å tilrettelegge tjenestene, slik at ansatte som utfører tjenestene blir satt i stand til å overholde sine plikter og den enkelte pasient gis et helhetlig, koordinert og godt tjenestetilbud. For å oppnå dette har styret og administrerende direktør et ansvar for å sørge for at det etableres et hensiktsmessig styringssystem. Dette skal omfatte hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen. Styringssystemet skal bidra til at det arbeides systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Det har over tid fremkommet informasjon om uønskede hendelser knyttet til operasjoner ved sykehuset i Flekkefjord (SSF) i perioden 2016-2018. Flere av sakene har vært knyttet til en enkelt overlege, som i februar 2019 ble overflyttet fra kirurgisk avdeling ved SSF til en utdanningsstilling som lege i spesialisering (LIS) ved ortopedisk avdeling ved sykehuset i Kristiansand (SSK). Etter overføringen til SSK har det fremkommet nye uønskede hendelser knyttet til samme lege.

Revisjonen har undersøkt om SSHF har gjennomført nødvendige tiltak for å sikre god kvalitet på operasjonsaktiviteten ved SSF etter de uønskede hendelsene. Vi har i den sammenheng vurdert etablert intern kontroll i kirurgisk avdeling, samt testet kvaliteten på et utvalg operasjoner som er gjennomført i perioden 2019-2020.

Videre har vi belyst hvilket system SSHF har etablert for å sørge for tilstrekkelig veiledning og oppfølging av leger i spesialisering generelt, og i hvilken grad den aktuelle legen var underlagt et tilstrekkelig oppfølgingsregime ved ortopedisk avdeling ved SSK. Til slutt har vi belyst SSHF sin håndtering av uønskede hendelser generelt, og hvordan uønskede hendelser relatert til vedkommende lege er meldt inn og håndtert ved SSF og SSK.

Revisjonen viser at det i perioden 2018-2020 er gjennomført flere tiltak for å sikre en 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 viser imidlertid at det har vært og er flere utfordringer og svakheter knyttet til ulike forhold som er undersøkt i revisjonen. I det videre beskriver vi våre konklusjoner og vurderinger for de ulike områdene.

2.1 Etablerte tiltak legger til rette for god kvalitet ved SSF – ytterligere tiltak bør likevel vurderes

Som følge av både medisinsk faglig utvikling og utfordringer med å etablere et stabilt og godt kirurgisk fagmiljø over tid ved SSF, ble det i 2017 etablert egne vaktlag for ortopedi og generell kirurgi/gastro bemannet med spesialister innen de respektive fagområdene.

På bakgrunn av utfordringer knyttet til å ivareta fagansvaret ved stedlig ledelse, samt flere uønskede hendelser i kirurgisk avdeling i perioden 2016-2018, ble det fra 2018 iverksatt omfattende tiltak for å sikre god internkontroll ved operasjonsvirksomheten ved SSF. Et sentralt grep var å redusere omfanget av operasjonstyper som kan utføres. Dette har redusert risikoen for uønskede hendelser ved at det nå er mindre og enklere inngrep som kan utføres. Listen over operasjonstyper gir tydelige rammer for operasjonsvirksomheten ved SSF. Vi vurderer likevel at det for enkelte tilstander kan være vesentlig større variasjon i kompleksiteten av inngrep enn betegnelsen i listene kan gi inntrykk av. Det kan derfor

være grunnlag for å vurdere enkelte tilstander på listen nærmere. Revisjonen viser at operasjoner ved SSF utføres i tråd med fastsatt oversikt.

Andre sentrale tiltak for å sikre god intern kontroll og kvalitet ved operasjonsaktiviteten omfatter rutiner for konferering, møter for å gjennomgå planlagte og gjennomførte operasjoner, samt ledelsesoppfølging av iverksatte tiltak. Det er vår vurdering at tiltakene som så langt er innført ved SSF vil legge til rette for god kvalitet ved operasjonsaktivitetene, under forutsetning av at disse utføres i tråd med interne føringer. Samtidig er det behov for enkelte tiltak som vil kunne bidra til å høyne kvaliteten ytterligere. Eksempelvis viser vår journalgjennomgang at det er behov for tiltak for å sikre etterlevelse av nasjonale retningslinjer for fastsettelse av indikasjon for operasjon for enkelte tilstander.

Konsernrevisjonen har gjennomgått 41 operasjoner innen ortopedi og 37 innen generell kirurgi/gastro som er utført av nåværende bemanning ved SSF i 2019-2020. Gjennomgangen viste at operasjonene i all hovedsak var gjennomført i henhold til anerkjent kirurgisk praksis og i tråd med listen over inngrep som kan gjøres ved SSF. Gjennomgangen viste likevel at utredningen ved meniskreseksjoner og Hallux valgus ikke var tilstrekkelig. Det er vår vurdering at halvparten av de gjennomgåtte menisk-operasjonene ikke var tilstrekkelig utredet, og at det burde vært gjennomført fysikalsk terapi før en eventuell operasjon. For to av fem Hallux valgus-operasjoner mener vi at det ut fra utredningen ikke fremkommer klar indikasjon for operasjon. Innen generell kirurgi var ett av inngrepene som ble undersøkt ikke i tråd med anerkjent kirurgisk praksis.

For flere av operasjonene var det ikke dokumentert i journal at pasientene var informert om inngrepet, risikoer og postoperativ oppfølging. Etter konsernrevisjonens vurdering bør det fremkomme hvilke behandlingsalternativer det er gitt informasjon om, herunder forventet resultat, risikoer og bivirkninger. Denne type informasjon er viktig ettersom pasientene kan ha forskjellige preferanser for valg av behandling, og er viktig ved samvalg. Journalen har også bevismessig betydning i forbindelse med eventuelle tilsyns- eller erstatningssaker.

Rekruttering av kirurger har over tid vært en utfordring ved kirurgisk avdeling i SSF. Bemanningen består i dag av tre spesialister i ortopedi og to spesialister i generell kirurgi. Samtlige er rekruttert fra utlandet. Det øvrige behovet dekkes ved innleie fra vikarbyrå innen generell kirurgi/gastro, og en rotasjonsordning med ortopediske overleger fra SSK. Revisjonen viser at rutinene ved rekruttering ikke fullt ut har vært etterlevd ved SSF. Avdelingen har for eksempel ikke kunnet fremlegge attester og vitnemål eller referater fra samtaler med referanser. Dette gjør det vanskelig å fastslå hvilke vurderinger av kompetanse som er lagt til grunn ved ansettelsene. Videre er det et potensial for å styrke samarbeidet mellom lokasjonene ved vurdering av kompetanse ved ansettelser og innleie av vikarer. Tilgangen på kompetanse og rammer for å vedlikeholde og videreutvikle denne, fremstår etter vår vurdering som den største utfordringen for den kirurgiske virksomheten ved SSF per i dag.

Det har så langt ikke lyktes SSHF å etablere et godt faglig samarbeid mellom klinikkene i helseforetaket innenfor den kirurgiske virksomheten. At fagmiljøene ved SSF er små, og i begrenset grad samhandler med de øvrige fagmiljøene i helseforetaket, gir særskilte risikoer som må håndteres. Det kreves derfor tiltak for å kompensere for fraværet av enkelte av mekanismene som bidrar til å sikre god kvalitet i større fagmiljøer.

Konsernrevisjonen vurderer at tiltakene som er igangsatt er omfattende og mer detaljert enn i andre kirurgiske enheter vi er kjent med. Imidlertid stiller vi spørsmål ved om ordningen med at et lite fagmiljø skal operere et svært begrenset antall tilstander under sterk internkontroll, er en langsiktig løsning. Det er vår vurdering at det også fremover kan bli krevende for kirurgisk avdeling ved SSF å rekruttere og utvikle kompetente kirurger med et slikt regime. Etter vår vurdering kreves det ytterligere tiltak for å oppnå en bærekraftig og faglig god virksomhet i SSF i et langsiktig perspektiv.

SSHF's pågående arbeid med å knytte fagmiljøene tettere sammen, blant annet gjennom å revitalisere fagrådene og etablere felles kompetanseutvikling, vil etter vår vurdering imøtekomme noen av disse utfordringene.

2.2 Hensiktsmessig system for LIS-opplæring i SSK – ikke tilstrekkelig tilpasning ved overføringen av lege fra SSF

En overlege med spesialisering i generell kirurgi hadde siden 2008 operert både ortopedi og generell kirurgi/gastro ved SSF. Vedkommende lege skal ha ønsket å fortsette med ortopediske inngrep, men som følge av overgang til egne vaktlag for henholdsvis ortopedi- og generell kirurgi, kunne ikke legen fortsette å arbeide som ortoped i SSF. Dette skyldes at vedkommende lege ikke hadde nødvendig spesialisering. Legen ble i februar 2019 overført til en utdanningsstilling som lege i spesialisering (LIS) i SSK for å gjennomføre en spesialisering i ortopedi med en plan om tilbakeføring til SSF etter endt utdanning.

Avdelingsleder ved ortopedisk avdeling SSK vurderte at legen tilfredsstilte kvalifikasjonskravet for LIS-stilling. Vi mener imidlertid at vurderingen av legens kompetanse burde vært dokumentert. En slik dokumentasjon kunne vært et godt utgangspunkt for å tilpasse opplæring, veiledning og oppfølging av vedkommende lege. Det kunne også avklart avdelingens feilaktige oppfatning ved overflyttingen om at legen var utdannet traumekirurg.

I perioden fra 2016 og frem til overføringen til SSK i 2019, var vedkommende lege involvert i flere uønskede hendelser knyttet til pasientbehandlingen. Videre mottok legen tre formelle tilbakemeldinger knyttet til adferd. Det er noe ulike oppfatninger om hvor god informasjonsoverføringen om legens faglige og adferdsmessige historikk var ved overflyttingen til SSK. Det er likevel vår vurdering at ortopedisk avdeling ved SSK fikk tilstrekkelig informasjon om legen til å kunne tilpasse rammer og oppfølging i LIS-stillingen. Det ble nedfelt skriftlige forventninger til legens adferd og det er opplyst at faglige rammer ble formidlet muntlig. Rammene for legens fagutøvelse dreide seg blant annet om forventninger til å konferere med overlegene, og å ikke gjennomføre avansert kirurgi uten assistanse fra annen lege uten at det var avklart. Vi vurderer rammene som hensiktsmessige.

Videre er det vår vurdering at systemet for å gjennomføre LIS-utdanning i ortopedi i SSK er tilfredsstillende. Imidlertid er systemet ikke ment for å håndtere risikoen ved at en overlege som har jobbet selvstendig med ortopediske inngrep i et lite fagmiljø over flere år skal være LIS-kandidat. Det måtte påregnes risiko for at legen kunne få vanskeligheter med å forholde seg til avgrensede oppgaver og rammer, og å skulle underordne seg overlegene i avdelingen. Likeledes kunne det tenkes at det kunne bli krevende for avdelingen å håndtere en LIS-kandidat med lang erfaring som overlege. Det er derfor vår vurdering at det var uheldig at rammene som ble lagt for legens fagutøvelse, ikke ble nedfelt og kommunisert til legen skriftlig.

Legen fikk utnevnt en erfaren overlege som veileder. Det ble imidlertid ikke opprettet en individuell opplæringsplan for legen. En individuell opplæringsplan ville etter vår vurdering vært et nyttig verktøy for å dokumentere hvordan planen for LIS-utdanningen ble tilpasset legens bakgrunn og erfaring. Planen kunne vært utgangspunkt for å avstemme forventninger og rammer med legen, og evaluere progresjonen. Det er videre uheldig at det ikke foreligger referater fra veiledning og samtaler med legen der det kunne fremkommet hvordan dialogen og oppfølgingen av hans rolle og fagutøvelse har forløpt. Det er vår vurdering at oppfølgingen av legen, gitt de uvanlige omstendighetene, ikke var tilstrekkelig.

Legen har ved ortopedisk avdeling i SSK utført 190 operasjoner som hovedoperatør i perioden februar 2019 til januar 2020. En betydelig andel av operasjonene ble gjennomført uten annen lege som

assistent, herunder operasjoner som LIS normalt ikke gjør på egenhånd. Legen har også utført til dels komplekse håndledd- og h ndoperasjoner, både med og uten overlege som assistent.

Etter en journalgjennomgang av et utvalg på 47 av legens operasjoner i SSK, er det vår vurdering at det meste av arbeidet er utført i henhold til anerkjent ortopedisk praksis. Samtidig viser gjennomgangen at utredning eller gjennomføring av operasjon for fire pasienter, ikke var i tråd med anerkjent praksis. Det vil alltid være en viss risiko ved ortopedisk behandling, og forekomsten av komplikasjoner ved skader vil være avhengig av blant annet skadetype og skadeomfang. Likevel vurderer vi at de ovennevnte operasjonene er utenfor hva som kan regnes som påregnelig risiko ved ortopedisk behandling. Vi mener likevel ikke at disse forholdene kan tilskrives legen alene. Tre av de fire operasjonene ble trolig drøftet i forkant, og ved én operasjon var det med en overlege som assistent.

For flere av operasjonene var det ikke dokumentert i journal at pasientene var informert om inngrepet, risikoer og postoperativ oppfølging. Etter konsernrevisjonens vurdering bør det fremkomme hvilke behandlingsalternativer det er gitt informasjon om, herunder forventet resultat, risikoer og bivirkninger. Denne type informasjon er viktig ettersom pasientene kan ha forskjellige preferanser for valg av behandling, og er viktig ved samvalg. Journalen har også bevismessig betydning i forbindelse med eventuelle tilsyns- eller erstatningssaker.

Legen synes i praksis å ha fått en mer selvstendig rolle enn opprinnelig tiltenkt. Dette kan skyldes en kombinasjon av at legen har vist seg kompetent og fått tillit i avdelingen, og at vedkommende i noen tilfeller ikke i tilstrekkelig grad har forholdt seg til rammene.

2.3 Hensiktsmessig system for håndtering av uønskede hendelser – avvik knyttet til legen er i mindre grad håndtert i tråd med føringene

Det er konsernrevisjonens vurdering at SSHF har etablert hensiktsmessige retningslinjer og strukturer for registrering og oppfølging av uønskede hendelser både knyttet til pasient, personal-, og HMS, samt varslingssaker. Konsernrevisjonen har ikke belyst hvordan bruk og oppfølging av systemene generelt praktiseres i SSHF. SSHF har imidlertid selv i 2019/2020 identifisert en rekke forbedringsområder knyttet til håndtering av og læring etter uønskede hendelser. Etter konsernrevisjonens vurdering er det identifisert relevante tiltak for å imøtekomme forbedringsområdene. For å oppnå tiltenkt effekt er det nødvendig at tiltaksarbeidet følges opp videre.

Uønskede hendelser og tilsynssaker som er registrert i melde- og avvikssystemet angående legens pasientbehandling i SSF og SSK, er etter vår vurdering håndtert i tråd med føringene. Det er sporbart i TQM/kvalitetsportalen hvem som har vært involvert i saksbehandlingen, når saken er lukket, og hvilke tiltak som er besluttet. Etter vår vurdering fremstår tiltakene som relevante. Det varierer imidlertid hvor langt man har gått i å identifisere rotårsakene til at hendelsene oppstod.

Konsernrevisjonen vurderer samtidig at enkelte av de pasientrelaterte hendelsene burde blitt meldt som interne avvik på et tidligere tidspunkt, for eksempel i forbindelse med reoperasjoner eller postoperativ oppfølging av pasientene. Avvikene ble først meldt etter tilsyn eller klage fra pasienter. Dersom avvikene hadde blitt meldt da avdelingene oppdaget disse, er det vår vurdering at man kunne håndtert disse og utformet tiltak på et tidligere tidspunkt. Dette kunne redusert risikoen for at nye hendelser hadde oppstått.

I perioden 2016-2018 ble det meldt om flere uønskede hendelser angående legens adferd i SSF. Disse hendelsene var nært knyttet til faglige sider ved operasjonsvirksomheten. Legen mottok formelle tilbakemeldinger fra sine overordnede i tre saker i perioden 2017-2018. Enkelte uønskede hendelser

ble ikke tilstrekkelig fulgt opp innen rimelig tid. Etter vår vurdering kan dette ha fått konsekvenser for arbeidsmiljøet og pasientsikkerheten.

Revisjonen viser at noen av de ansatte har vegret seg for å melde uønskede hendelser, da man ikke har ønsket å fremstå som melder i avvikssystemet i frykt for ulike former for represalier. I avvikssystemet fremgår det hvem som har meldt inn og registrert avviket. Etter vår vurdering kan det stilles spørsmål ved om ansatte i tilstrekkelig grad har vært kjent med at denne type saker kan vurderes som en varslings sak. Slike saker har rammer som skal gi varsleren anonymitet. Det er likevel ikke gitt at man alltid vil klare å sikre varsleren anonymitet i et mindre miljø.

Kirurgisk avdeling SSF har arbeidet med å bedre meldekultur og håndtering av uønskede hendelser. Revisjonen viser at flere ansatte opplever at meldekulturen i kirurgisk avdeling er forbedret etter 2018. Det opplyses videre at dette arbeidet, sammen med alle øvrige tiltak som er iverksatt av SSHF og kirurgisk avdeling, både har bidratt til et bedre arbeidsmiljø og styrket arbeidet med kvalitet i avdelingen.

2.4 Egnen til næring ved oppfølging av tidligere pasienter – noe variasjon i avdelingens systematikk

Konsernrevisjonen vurderer det er iverksatt hensiktsmessige tiltak i SSHF for å fange opp eventuelle andre pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp. Det er imidlertid noe ulik grad av systematikk i oppfølgingsarbeidet mellom SSF og SSK. Status på gjennomgangene er rapportert til styret i SSHF ved to anledninger.

Etter vår vurdering har SSF gjennomført oppfølgingsarbeidet på en strukturert måte. Denne vurderingen baseres på at det er utarbeidet en samarbeidsavtale med mandat og maler for støtte i gjennomgangen. Dette omfatter utfyllende maler for hva som skal gjennomgås av spesialist, hvilken informasjon som skal gjennomgås med den enkelte pasient i etterkant av oppfølgingen, samt at arbeidet skal dokumenteres i journal. I tillegg til pasienter som er operert av vedkommende lege gis det også anledning til ny vurdering for pasienter som er operert av en annen lege.

Med det utgangspunktet at det er flere tusen pasienter som er operert av involverte leger i SSF fra 2008 til 2019, vurderer konsernrevisjonen i likhet med ledelsen i SSF, at det i utgangspunktet ikke er formålstjenlig å gå gjennom alle utførte operasjoner. Vi vurderer imidlertid at det vil være hensiktsmessig at SSHF gjør en analyse av resultatene etter gjennomgangen av pasientene. Formålet vil her være å vurdere om det er noen operasjonstyper hvor et større utvalg pasienter bør gjennomgås på nytt.

Når det gjelder oppfølgingsarbeidet i SSK, er det vår vurdering at avdelingen har gjort et omfattende arbeid. Avdelingen gjennomgikk i første omgang journalene for alle pasienter som var operert av vedkommende lege, og har tilbudt en ny poliklinisk vurdering til alle pasientene. Oppfølgingsarbeidet ved SSK har imidlertid vært noe mindre formalisert sammenlignet med arbeidet ved SSF. Avdelingen har for eksempel ikke spesifisert hva som er gjennomgått og vurdert ved den polikliniske vurderingen, og hvilken informasjon pasientene skal få i etterkant av konsultasjonen. Dette kunne gitt en mer strukturert gjennomgang av den enkelte pasient, og en mer utfyllende oversikt og dokumentasjon enn hva avdelingen har i dag. Basert på dette er det heller ikke grunnlag for at konsernrevisjonen kan konkludere med at alle viktige aspekter ved legens utførte arbeid er gjennomgått og vurdert av avdelingen.

2.5 Anbefalinger

Basert på våre vurderinger i revisjonen gir vi SSHF følgende anbefalinger:

Styrke faglig oppfølging av kirurgiske tjenester i SSF

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

Samvalg – informasjon til pasienter innen kirurgi

Vi anbefaler at rutinene for informasjon til pasienter styrkes i avdelingene, slik at det legges til rette for god kommunikasjon med pasienter og pårørende. Dette gjelder hvilken informasjon pasienter skal få om risikoer, prognose og behandlingsvalg, samt hvordan dette skal dokumenteres i journal.

Forvaltning og oppfølging av lister over tillatte operasjoner i SSF

Vi anbefaler at listene over tillatte operasjoner i SSF vurderes med henblikk på å:

- spesifisere listen for generell kirurgi der tilstander kan omfatte både komplekse og enkle operasjoner, som for eksempel ventralhernier
- vurdere om det er tilstander på listen over ortopediske inngrep som enten bør fases ut som følge av faglig utvikling, eller overføres til SSK på grunn av lavt volum.

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.

Styrke rutinene ved ansettelse av kirurger i SSF

Vi anbefaler at det ved ansettelser sikres dokumentasjon på vurderinger av faglige kvalifikasjoner og personlig egnethet, og at sentrale dokumenter som attester og liknende innhentes og arkiveres. Videre at det dokumenteres hvilke referanser som er benyttet og hva som er fremkommet i samtalen. Det siste er særlig relevant ved ansettelse av kirurger som ikke er kjent fra større norske fagmiljøer.

Videreutvikle faglig samarbeid mellom klinikkene i SSHF

Vi anbefaler at det innen de kirurgiske fagområdene arbeides videre med å etablere et tettere faglig samarbeid innad i SSHF. Arbeidet bør omfatte:

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

Sikre tilstrekkelig dokumentasjon ved LIS-utdanning

Vi anbefaler at det vurderes tiltak for å sikre dokumentasjon under LIS-forløp, herunder at:

- individuelle opplæringsplaner utarbeides innen rimelig tid
- veiledning og viktige samtaler med LIS-kandidater referatføres
- eventuelle individuelle rammer eller andre tilpasninger for LIS-kandidater nedfelles skriftlig

Håndtering av uønskede hendelser

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 ivarettatt:

- 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

Oppfølging av eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp

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.

3. Tilnærming

I dette kapittelet beskrives revisjonens tilnærming. I den sammenheng beskriver vi først revisjonens mål og problemstillinger (kapittel 3.1). Deretter beskrives omfang og avgrensninger for revisjonen (kapittel 3.2). Videre beskrives overordnet revisjonsgrunnlag for revisjonen (kapittel 3.3), og til slutt beskrives hvilke metoder som er benyttet for å svare ut mål og problemstillinger (kapittel 3.4).

3.1 Mål og problemstillinger

I perioden 2016-2020 har det fremkommet uønskede hendelser både ved SSF og ved SSK. Helse Sør-Øst RHF (HSØ) har med bakgrunn i de forholdene som er beskrevet i kapittel 1, og etter dialog med ledelsen ved SSHF, forespurt konsernrevisjonen om å gjennomføre en revisjon. Oppdragsplan for revisjonen fra 17.02.2020, samt et tillegg til oppdragsplan fra 22.06.2020, fremkommer i vedlegg 11.

Revisjonen har hatt to mål. Det første målet har vært å vurdere om SSHF har gjennomført nødvendige tiltak for å sikre god kvalitet på operasjonsaktiviteten ved SSF i etterkant av de uønskede hendelsene som er fremkommet i perioden 2016 til 2018. For å besvare dette ble det definert følgende problemstillinger:

- Er det en tydelig funksjonsfordeling knyttet til kirurgisk virksomhet mellom sykehuset i Flekkefjord og de andre sykehusene i helseforetaket?
- Hvordan sikres det at ansvar, myndighet og oppgaver er i tråd med legers kompetanse ved sykehuset i Flekkefjord?
- Har SSHF på bakgrunn av opplysningene om uønskede hendelser iverksatt nødvendige tiltak for å sikre at fremtidige operasjoner ved sykehuset i Flekkefjord gjennomføres med ønsket kvalitet?
- Blir operasjoner ved sykehuset i Flekkefjord utført i tråd med funksjonsfordelingen og med forventet kvalitet?
- Har SSHF god oversikt over og oppfølging av kvaliteten på operasjonene som er gjennomført og gjennomføres ved Sykehuset i Flekkefjord?
- Er avvik eller bekymringsmeldinger som er meldt angående aktuelle lege blitt adekvat håndtert og er det generelt sett en adekvat håndtering av avvik og bekymringsmeldinger?

Det andre målet har vært å undersøke hvilke system SSHF har etablert for å sørge for tilstrekkelig veiledning og oppfølging av leger i spesialisering generelt, og om overlegen fra SSF, som i 2019 startet i en utdanningsstilling ved ortopedisk avdeling ved sykehuset i Kristiansand, ble underlagt et tilstrekkelig oppfølgingsregime. For å besvare dette ble det definert følgende problemstillinger:

- Ble det gjort en adekvat vurdering av legens kompetanse og egnethet ved overføringen til utdanningsstilling som lege i spesialisering ved sykehuset i Kristiansand?
- Har SSHF etablert et egnet system for veiledning og oppfølging av leger i spesialisering?
- Har legen vært underlagt tilstrekkelig oppfølging og veiledning?
- Har legens ansvar, myndighet og oppgaver etter overflyttingen vært i tråd med vedkommende kompetanse?
- Har legen som hovedoperatør utført operasjoner med forventet kvalitet?
- Har eventuelle avvik eller bekymringsmeldinger som er meldt angående legen blitt adekvat håndtert?

3.2 Omfang og avgrensninger

Når det gjelder det første målet og tilhørende problemstillinger, har revisjonen omfattet en kartlegging av hvilke operasjoner som er gjennomført i 2019 og frem til våren 2020 ved sykehuset i Flekkefjord (SSF). Videre har revisjonen kartlagt hvilken legekompetanse som er tilgjengelig på det nåværende tidspunkt. Revisjonen har i den sammenheng, gjennom en journalgjennomgang, vurdert om operasjoner som nå er funksjonsfordelt til SSF er i henhold til tilgjengelig kompetanse.

Revisjonen har deretter undersøkt om operasjoner er utført i tråd med fastsatt fordeling og med forventet kvalitet. Dette gjelder operasjoner som er utført av nåværende operatører ved SSF i 2019 frem til våren 2020, og omfatter både operasjoner innen ortopedi og generell kirurgi. Videre har revisjonen kartlagt om kirurgisk avdeling har tilstrekkelige og hensiktsmessige rutiner og prosedyrer for å legge til rette for - og følge opp faglig kvalitet.

Revisjonen har omfattet kirurgisk virksomhet knyttet til fagområdene ortopedi og generell kirurgi/gastro ved SSF. Kirurgisk virksomhet innenfor gynekologi er ikke undersøkt. Revisjonen har ikke omfattet andre tilgrensende fagområder som kan tenkes å påvirke kvaliteten, som for eksempel radiologi.

Når det gjelder det andre målet med tilhørende problemstillinger, har revisjonen omfattet en kartlegging og vurdering av ulike forhold ved internkontrollen ved ortopedisk avdeling ved sykehuset i Kristiansand (SSK), med særlig fokus på oppfølgingen av leger i spesialisering. Dette har omfattet rutiner for planlegging og organisering av ortopedisk virksomhet samt faglig oppfølging og veiledning av leger i spesialisering. Revisjonen har videre kartlagt hendelsesforløpet etter at vedkommende lege ble overflyttet fra SSF til en utdanningsstilling som lege i spesialisering ved ortopedisk avdeling ved sykehuset i Kristiansand i 2019. Vi har i den sammenheng vurdert om den aktuelle legen har vært underlagt et tilstrekkelig oppfølgingsregime. Videre har revisjonen skaffet oversikt over vedkommende leges operasjonsaktivitet ved SSK, og gjennom en journalgjennomgang vurdert kvaliteten på arbeidet vedkommende har utført ved SSK.

Journalgjennomgangene ved SSF og SSK har ikke hatt som formål å identifisere enkeltpasienter som kunne trenge en ny vurdering på grunn av eventuell mangelfull helsehjelp. Vi har imidlertid formidlet resultater fra gjennomgangen til SSHF der vi vurderer at kvaliteten på helsehjelpen ikke har vært i tråd med god praksis. Helseforetaket har selv etablert aktiviteter for å følge opp pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp (se kapittel 7).

Videre har revisjonen vurdert SSHF sitt system for å melde og følge opp uønskede hendelser. Deretter har vi kartlagt omfanget av kjente uønskede hendelser, tilsynssaker og pasientklager tilknyttet vedkommende lege og hvordan disse er blitt fulgt opp ved henholdsvis SSF og SSK. Vi har videre vurdert om SSHF har gjennomført hensiktsmessige og tilstrekkelige tiltak for å fange opp andre pasienter som potensielt ikke har fått riktig helsehjelp med forventet kvalitet. Dette vil gjelde både pasienter som har fått helsehjelp ved SSF og SSK. For SSF vil dette gjelde pasienter for en periode som går relativt langt tilbake i tid, mens det for SSK vil gjelde for pasienter behandlet av vedkommende lege i 2019 og 2020.

Revisjonen har lagt dagens klinikkstruktur og funksjonsfordeling i SSHF til grunn. Det har ikke inngått i revisjonen å vurdere om denne organiseringen er hensiktsmessig.

Revisjonen har ikke gjort en fullstendig vurdering av internkontrollen ved SSHF, kun de elementene vi har funnet nødvendig for å svare opp målene med revisjonen.

Konsernrevisjonen har ønsket å gjennomføre samtaler med legen som ble overflyttet fra SSF til LIS-stilling i SSK. Vi har sett dette som viktig for å belyse legens forståelse og opplevelse av de hendelsene som rapporten omtaler. Legen har ikke ønsket å gjennomføre intervju med konsernrevisjonen, men har imidlertid utarbeidet et notat med kommentarer til revisjonen som omhandler legens virke i SSF og overflyttingen til SSK, se vedlegg 10. Konsernrevisjonen har i tillegg oversendt et utkast til rapport, uten at legen hadde ytterligere kommentarer enn hva som fremkom i notatet.

Det inngår ikke i konsernrevisjonens rolle å vurdere om det er grunnlag for å ilegge administrative reaksjoner overfor personell eller virksomhet på bakgrunn av de forhold som eventuelt måtte fremkomme i revisjonen.

Styrets arbeid og involvering i forholdene som fremkommer i saken er ikke omfattet av revisjonen.

3.3 Revisjonsgrunnlag

Spesialisthelsetjenesten reguleres av en rekke lover, forskrifter og andre normative føringer. Følgende overordnede føringer har vært sentrale i denne revisjonen:

- Spesialisthelsetjenesteloven
- Helsetilsynsloven
- Pasient- og brukerrettighetsloven
- Helsepersonelloven
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger (spesialistforskriften)
- Journalforskriften
- Prioriteringsforskriften
- Rundskriv I-2/2013 Lederansvar i sykehus
- Rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst
- Metodebok i ortopedi (OUS)

Felles for mange av disse føringene er at helseforetakene skal ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering, og gjøre dette kjent i organisasjonen. Det skal være klart hvordan ansvar, oppgaver og myndighet er fordelt.

Videre skal helseforetakene ha oversikt over medarbeideres kompetanse og behov for opplæring, og sørge for at de har nødvendig kunnskap.

Det skal være nødvendige prosedyrer, instruksjoner, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert brudd på krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

For å etterleve disse føringene fordrer dette at ledelsen både planlegger og følger opp fastsatte mål og krav på en strukturert måte gjennom et etablert styringssystem. Dette forutsetter gode verktøy og prosesser for styring og ledelse. Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring omtaler dette som kontinuerlig forbedring og illustrerer dette gjennom forbedringssirkelen. Forskriften understreker at det er ledelsens ansvar at virksomheten planlegges, utføres, evalueres og følges opp til målene er nådd.

Melde- og avvikssystemet er en del av et foretaks styringssystem. Dette inngår som en kilde til å fange opp uønskede hendelser i et helseforetak og skal inngå i prosessene for kontinuerlig forbedring.

Systemer og prosesser som beskrevet ovenfor ligger til grunn ved konsernrevisjonens revisjoner av helseforetakene. Dette utgjør også et viktig grunnlag ved vurderinger av helseforetakene styring og oppfølging av kvaliteten i helsetjenestene. Videre har konsernrevisjonen kartlagt rutiner, prosedyrer og liknende i SSHF som er aktuelle for prosessene og hendelsene som omtales i rapporten. Undersøkelsesmålene/revisjonskriteriene er nærmere omtalt innledningsvis i hvert delkapittel under kapittel 5-7.

3.4 Metode

Figur 2 viser hvilke metoder som er benyttet i revisjonen.



Figur 2: Metoder som er benyttet i revisjonen

Konsernrevisjonen har kartlagt hendelsesforløpet knyttet til legen, håndtering av uønskede hendelser i linjeorganisasjonen, behandling i kvalitetsutvalg og hvilke tiltak som er iverksatt for å sikre god kvalitet. Dette er gjennomført ved intervjuer og gjennomgang av dokumenter. Se vedlegg 1 for oversikt over gjennomgått dokumentasjon og gjennomførte intervjuer.

Revisjonen har videre analysert rapporter fra elektronisk pasientjournal (DIPS) og gjennomgått 125 journaler for å undersøke om operasjoner er gjennomført i tråd med de rammene som er lagt og med tilstrekkelig kvalitet. Dette arbeidet er utført med bistand fra fagrevisorer. Anders Walløe har vært fagrevisor ved gjennomgang av operasjoner innen ortopedi. Barthold Vonen har vært fagrevisor ved gjennomgang av operasjoner innen generell kirurgi. I tillegg har Wender Figved bistått i forbindelse kirurgifaglige vurderinger. Se vedlegg 9 for mer informasjon om deres faglige bakgrunn.

Rapporten er fremlagt for helseforetaket for gjennomlesning og verifisering av faktagrunnlaget før ferdigstillelse.

4. Kontekst

I dette kapittelet beskrives dagens organisering ved Sørlandet sykehus HF (kapittel 4.1), samt noen av de organisatoriske endringene siden 2016 (kapittel 4.2). Dette omfatter etableringen av de somatiske klinikkene med stedlig ledelse, utskiftninger i sentrale lederroller og arbeidet med organiseringen av akuttfunksjoner. Deretter gis en kort beskrivelse av kvalitetssystemet til SSHF (kapittel 4.3). Videre beskrives uønskede hendelser ved operasjonsvirksomheten ved kirurgisk avdeling i Flekkefjord sykehus og ved ortopedisk avdeling i Kristiansand sykehus, og tilsynssaker knyttet til disse (kapittel 4.4). Til slutt gis en kort introduksjon til kirurgifaget og nasjonale utviklingstrekk (kapittel 4.5).

4.1 Om Sørlandet sykehus HF

SSHF har somatiske sykehus i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand. SSHF betjener befolkningen i Agder og to kommuner i Rogaland. Flekkefjord sykehus har funksjon som lokalsykehus for Listerkommunene og kommunene Lund og Sokndal i Rogaland, samt Nissedal og Fyresdal i Telemark. SSHF har med dette et befolkningsunderlag på rundt 42 000. Arendal sykehus dekker kommunene øst i Agder med et befolkningsunderlag på ca. 89 000, og Kristiansand er det største sykehuset med et pasientgrunnlag på ca. 164 000. Til sammen har SSHF et opptaksområde på ca. 300 000 personer, og dette forventes å øke med 66 500 personer frem mot 2035.

Tabellen under viser hovedtall for helseforetakets økonomi og bemanning samt aktivitetstall i somatikken for 2018 og 2019.

Tabell 1 Hovedtall økonomi, aktivitet og bemanning. Kilde: Årlig melding SSHF 2019

Virksomhetstall		2019	2018
Økonomi SSHF	Sum inntekter	6 943 986	6 488 676
	Sum kostnader	6 927 240	6 478 655
Aktivitet somatikk	Innleggelser døgn	44 378	45 227
	Dagbehandling	36 519	33 207
	Polikliniske konsultasjoner	328 781	323 333
Ansatte SSHF	Årsverk	5 713	5 697
	Antall medarbeidere	7 368	7 374

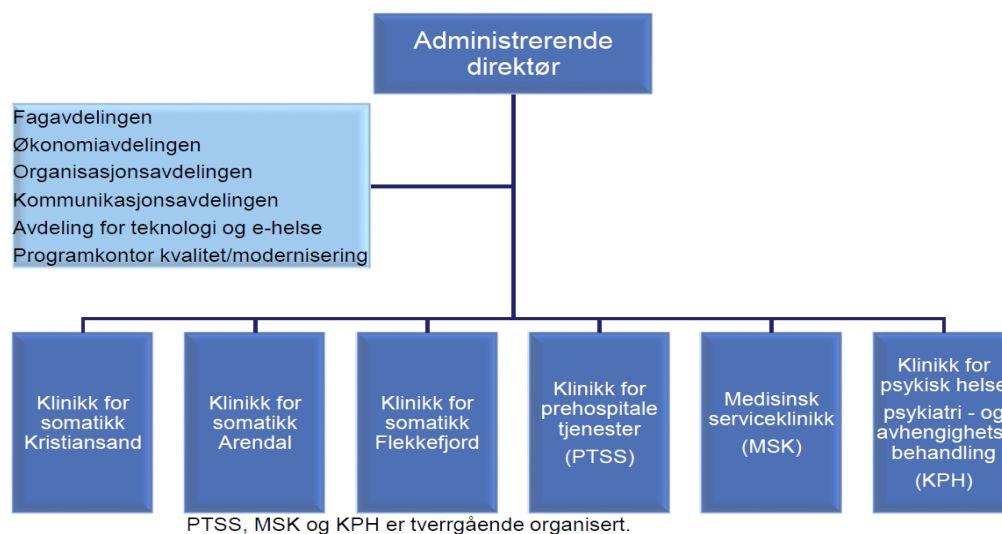
4.2 Organisatorisk utvikling

4.2.1 Fra tverrgående somatiske klinikker til klinikker med stedlig ledelse

Ved etableringen av helseforetaket i 2003 ble det innført en struktur med tverrgående klinikker for alle fagdisipliner. Våren 2014 ble det besluttet at daværende organisasjons- og ledelsesmodell skulle evalueres når Utviklingsplan 2030 og Strategiplan 2015-2017 var styrebehandlet.

Styret vedtok 5. februar 2015 å videreutvikle en driftsmodell med tre sykehus. Det ble holdt frem et behov for å innføre en modell med stedlig ledelse med økt tilstedeværelse, tettere oppfølging, bedre styring og kontroll, og mer enhetlig struktur og rapportering ved de enkelte sykehusene. Formålet med endringen var å øke aktiviteten og redusere bemanningsveksten, og derigjennom bedre den økonomiske utviklingen.

SSHF etablerte en ny driftsmodell fra 1. januar 2016. Det ble innført stedlige klinikker for somatikk i Arendal, Kristiansand og Flekkefjord, samt en egen tverrgående klinikk for prehospitale tjenester. Klinikk for Psykisk helse og Medisinsk serviceklinikk ble videreført som tverrgående klinikker. Figur 3 viser dagens overordnede organisering i SSHF.



Figur 3: Organisering i SSHF. Kilde: SSHF

Etter omorganiseringen har SSHF en kombinasjon av stedlig ledelse og tverrgående klinikkstruktur. Foretaksledelsen består av seks klinikkdirektører, teknologidirektør, fagdirektør, økonomidirektør, organisasjonsdirektør, direktør for virksomhetsprogrammet KOM og kommunikasjonsdirektør.

SSHF gjennomførte i 2019 en evaluering av klinikkstrukturen med ekstern bistand (Deloitte). I evalueringsrapporten som ble behandlet i styret i desember 2019 fremkom det at SSHF ikke hadde nådd de uttalte målene for omorganiseringen. Endringen fra tverrgående klinikker med tre lokasjoner til tre stedlige somatiske klinikker beskrives som en brå overgang:

«Stedlig ledelse ser ut til å ha gitt bedre samarbeid internt i hver somatiske klinikk, men dårligere faglig samarbeid på tvers og mer komplisert samarbeid med MSK. Organiseringen i en hybrid og kompleks modell gir styringsutfordringer. SSHF er ment å fungere som sykehus i nettverk, men slik SSHF beskrives innenfra i dag, særlig i muntlige beskrivelser av hverandres faglighet og personkarakteristikk, fremstår ikke SSHF som et samlet sykehus til det beste for pasienten. Det går igjen en beskrivelse av at «vi-følelsen» har forsvunnet og det stadig er geografiske (om)kamper.»

I rapporten fremkommer en rekke utfordringer og forslag til forbedringstiltak. Utfordringer ble delt inn i tre kategorier: kulturelle, ledelsesmessige og strukturelle forhold. Når det gjelder kulturutfordringer, er dette eksempelvis knyttet til roller, ansvar og samhandling. Ledelsesmessige utfordringer er blant annet knyttet til lojalitet til fastsatte vedtak. Når det gjelder strukturelle utfordringer fremgår utfordringer knyttet til samarbeid, oppgaver og fullmakter.

Av styresaken fremgår det hvilke forbedringsforslag og tiltak som SSHF har iverksatt og vurderer å igangsette. Flere av tiltakene er knyttet til å forbedre systemet for virksomhetsstyring og kvalitetssystemet, blant annet ved å etablere gjensidige lederavtaler med detaljerte målbeskrivelser for alle ledernivåer. Det skal bidra til å tydeliggjøre styringsdialogen.

I tillegg er det etablert ekstra tiltak for å styrke arbeidet med kontinuerlig forbedring, porteføljestyring og prosjektgjennomføring i klinikkene. Tiltakene inngår i programmet Kvalitet og modernisering – for

et bærekraftig sykehus (KOM-programmet). Prosjektene i KOM-programmet eies av klinikkene, og gevinstrealisering etter prosjektgjennomføring er klinikkdirektørenes ansvar.

Et annet sentralt tiltak har vært å styrke arbeidet med å revitalisere flere fagråd, deriblant for ortopedi og generell kirurgi. Fagrådene er et svært viktig virkemiddel for å sikre faglig samarbeid i en modell med stedlige klinikker.

4.2.2 Organisering av akuttfunksjoner

Det har over flere år vært diskusjoner om akuttkirurgien ved SSF. Helseforetakets Utviklingsplan 2030 pekte på at «*det er en hovedutfordring for Flekkefjord sykehus å ha robuste fagmiljøer og drive kvalitetsmessig og kostnadsmessig godt med et begrenset pasientvolum*». I 2015 ble det bestemt at det ikke lenger skulle utføres større bukkirurgi. Det ble også innført en plikt for legene ved SSF til å konferere med gastrokirurgisk vakt ved SSK i forbindelse med ulike akutte innleggelser. Årsaken var lavt volum av pasienter med behov for større akutt buk-kirurgi ved SSF. Det ble pekt på at dette ga risiko for lite trening og erfaring med å håndtere denne type kirurgi, både for den enkelte kirurg og behandlingsteamet.

Videre vedtok styret ved SSHF i februar 2017 å legge ned akuttkirurgien og traumemottaket ved sykehuset i Flekkefjord. Styret i Helse Sør-Øst besluttet at SSHF måtte utarbeide en ny risiko- og sårbarhetsanalyse før et nytt vedtak kunne fattes. I foretaksmøtet til Helse Sør-Øst RHF april samme år, ble det imidlertid vedtatt at akuttfunksjonene skulle videreføres ved SSF.

For å imøtekomme denne beslutningen ble det identifisert behov for både kortsiktige og langsiktige tiltak ved SSHF, som skulle innarbeides i Utviklingsplan 2035 og Strategiplan 2018-2020. Det ble nedsatt arbeidsgrupper for ortopedi og gastrokirurgi med et overordnet mandat om å sikre kvaliteten i tilbudet til gastrokirurgiske og ortopediske pasienter ved SSF.

Frem til 2017 var alle spesialiteter innenfor kirurgi i Flekkefjord organisert innunder generell kirurgi, hvor generelle kirurger gjennomførte de fleste operasjoner. På bakgrunn av et økt behov for spesialisering innenfor kirurgiske fag, ble det i 2017 startet et arbeid med å reorganisere avdelingen. Det første som ble gjort var å skille ortopedi fra generell kirurgi med egne vaktlag.

Arbeidsgruppene la frem sine rapporter høsten 2017. Arbeidsgruppen i ortopedi anbefalte blant annet en ordning med kombinert vaktordning ved SSF med egne ortopeder, som skulle suppleres av 6-8 ambulerende ortopeder fra andre sykehus, fortrinnsvis fra SSK. Nasjonale prosedyrer skulle legges til grunn for all ortopedisk virksomhet i helseforetaket og inkluderes i foretakets kvalitetshåndbok.

Arbeidsgruppen for gastrokirurgi anbefalte en ordning med generelle kirurger og andre grenspesialister med tilbud om akutt gastrokirurgi ved SSF, med en klar rollefordeling og avgrensning i forhold til SSK. Videre ble det utarbeidet forslag til hvilke akutte gastrokirurgiske pasienter som skulle vurderes/behandles ved de respektive sykehusene. Hverdagstraumatologien skulle ivaretas av SSF, og konfereringsplikten ble videreført, mens de alvorligste pasientene skulle ivaretas av SSK.

I april 2019 trådte en rotasjonsordning innenfor ortopedi i kraft i samarbeid mellom klinikkene i Flekkefjord og Kristiansand etter administrerende direktørs vedtak 21. januar. Ordningen innebærer at 8-10 ambulerende ortopeder ved SSK, sammen med to ortopeder ved SSF, dekker en firedelt vaktordning ved SSF.

Parallelt med en prosess for rotasjonsvaktordning i ortopedi, ble det initiert en prosess for styrking av gastro/generell kirurgi ved SSF. I denne prosessen ble det identifisert fem hovedutfordringer:

- lavt volum

- bemanning (sårbar fagmiljø med få spesialiteter, manglende kontinuitet og mange vikarer)
- forsinket diagnostisering
- kommunikasjon mellom avdelinger og kollegaer internt og mellom sykehus
- kompetanse i front

På bakgrunn av dette ble det diskutert en rekke tiltak. I 2019 startet et arbeid på overordnet nivå i SSHF med å etablere mer robuste ordninger for tilstedeværelse av gastrokirurg og radiologi ved SSF.

Parallelt med de organisatoriske endringene har det også vært endringer i flere sentrale lederposisjoner i SSHF, samt i somatisk klinikk i Flekkefjord. Nåværende administrerende direktør ble ansatt i juni 2018, mens ny fagdirektør begynte i februar 2020. Ved SSF har det siden 2016 vært flere kliniksjefer, og nåværende kliniksjeff ble ansatt februar 2019. Videre har det også vært flere utskiftninger av avdelingssjefer for kirurgi ved SSF. Nåværende avdelingssjef ble ansatt 1. mars 2018.

4.3 Kvalitetssystemet

Kvalitetssystemet i SSHF er delt inn to nivåer; foretaksnivå og klinikknivå (se figur 4). På foretaksnivå finnes prosedyrer og retningslinjer som gjelder hele helseforetaket, og som beskriver hvordan foretaksledelsen leder og følger opp virksomhetens strategi og mål. Det er tre hovedområder på foretaksnivå:

- virksomhetsgrunnlag, ledelse og administrasjon (beskriver foretakets virksomhetsstyring)
- fagprosedyrer (beskriver foretaksovergripende prosedyrer for pasientbehandling)
- pasientadministrative prosedyrer (beskriver dokumentasjon av pasientbehandling)

SSHF er organisert med seks klinikker. Hver klinikk har en egen struktur i kvalitetssystemet, og oppbygningen er ulik mellom klinikkene. Dette skyldes ulike behov ved klinikkene og at enkelte klinikker har egne sertifiseringer som stiller spesifikke krav til oppbygging av kvalitetssystemet.



Figur 4: Kvalitetsstyring SSHF. Kilde: SSHF

SSHF har etablert et overordnet kvalitetsutvalg som skal bidra som et strategisk forum for kvalitet og pasientsikkerhet på virksomhetsnivå. Det er videre etablert egne kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg i klinikkene (KPU). Flere avdelinger har også tilsvarende utvalg på avdelingsnivå, eller et komplikasjonsutvalg.

Som en del av kvalitetssystemet har SSHF etablert en felles kvalitetsportal. I denne portalen finnes det egne moduler for risikostyring, handlingsplaner, revisjoner, tilsyn og melding av uønskede hendelser.

Systemet for melding av uønskede hendelser er et av flere verktøy som skal inngå i helseforetakets systematiske arbeid med å forbedring (planlegge, utføre, kontrollere og korrigere).

4.4 Uønskede hendelser

Det har over tid fremkommet informasjon om uønskede hendelser knyttet til operasjoner utført ved sykehuset i Flekkefjord i perioden 2016-2018. Fylkesmannen har i perioden 2017-2019 gjennomført flere tilsyn på bakgrunn av uønskede hendelser i forbindelse med operasjoner ved SSF. Disse tilsynene knytter seg hovedsakelig til to overleger ved kirurgisk avdeling ved SSF. Det har vært flere mediesaker knyttet til de pågående tilsynssakene. I den sammenheng har flere enkeltpasienter stått frem med sine historier.

Fylkesmannen oversendte to tilsynssaker vedrørende den ene overlegen til Statens helsetilsyn. På bakgrunn av tilsynene ga Statens helsetilsyn i mars 2020 administrativ reaksjon i form av begrensning i legens autorisasjon.

Den andre overlegen ble overflyttet fra ortopedisk avdeling ved SSF til en utdanningsstilling som lege i spesialisering ved ortopedisk avdeling ved SSK i 2019. Etter overføringen til SSK har det fremkommet nye uønskede hendelser og mediesaker knyttet til denne legen. I januar 2020 oversendte Fylkesmannen i Agder også tilsynssak for vurdering av administrativ reaksjon knyttet til vedkommende lege. Statens helsetilsyn har på nåværende tidspunkt ikke fattet vedtak i saken.

Statens helsetilsyn gjennomførte våren 2018 et tilsyn etter at en pasient døde etter behandling ved SSF. Tilsynet hadde et systemfokus, og konkluderte med at SSHF gjennom manglende styring av virksomheten ikke hadde sikret forsvarlig helsehjelp til pasienter med behov for samarbeid på tvers av avdelinger, og der spesialistene oppholder seg på flere lokalisasjoner i helseforetaket. Det ble påpekt utfordringer knyttet til samarbeid mellom vaktlag innad i SSF og samarbeid på tvers av lokalisasjonene i SSHF. Tilsynet ba om tilbakemelding på hvilke aktiviteter som var iverksatt for å bedre effekten av risikoreduserende tiltak som foretaket tidligere hadde iverksatt, og hvordan foretaket vurderte disse. I juli 2019 konkluderte Helsetilsynet med at de ser positivt på måten SSHF har arbeidet med å redusere risiko, og at de iverksatte tiltakene ved SSF hadde medført betydelig bedring i risikoforståelse og risikostyring. De påpekte samtidig at det kan være utfordrende for SSHF å vedlikeholde arbeidet for å holde risiko lav, og at de derfor vil følge opp tilsynet på et senere tidspunkt.

Våren 2019 ba Riksrevisjonen om en redegjørelse for hvordan «Flekkefjord sykehus' praksis ved tilsetting av leger og håndtering av feil behandlinger» har vært håndtert. I svar til Riksrevisjonen av 25. mai 2019 redegjøres det blant annet for SSFs praksis for ansettelse. Her opplyses det om at den til enhver tid sittende fagledelse ved sykehuset, har vurdert hver enkelt leges individuelle kompetanse, samt vedlikeholdt kompetanselisten for alle leger. Videre opplyses det at ansettelse av leger har fulgt foretakets retningslinjer. Det opplyses samtidig at vedlikehold og videreutvikling av kompetanse ikke alltid har latt seg gjennomføre i ønsket tempo. På bakgrunn av dette informerte Riksrevisjonen om at temaet ville videre inngå i den løpende oppfølgingen av helseforetaket.

4.5 Kort om kirurgifaget og sentrale nasjonale utviklingstrekk

Generell kirurgi ivaretar helheten i kirurgisk pasientbehandling gjennom breddekompetanse innen akutte og generelle kirurgiske problemstillinger. Utviklingen nasjonalt innen det kirurgiske faget har vært stor siden 80-tallet, blant annet med overgang fra åpen kirurgi til laparoskopi. Den generelle

kirurgen har mer eller mindre forsvunnet og er erstattet av subspesialister, med en generell kirurgisk grunnutdanning. Generellkirurgi er innbakt i de forskjellige grenspesialitetene, og inngrepene gjennomføres av subspesialister. Med denne utviklingen forsvant også generelle kirurgiske enheter til fordel for mer spesialiserte enheter.

Ved siden av utviklingen av kirurgifaget, er det også økende oppmerksomhet rundt uønsket variasjon innenfor både kirurgi og ortopedi. Variasjon kan belyses gjennom ulike perspektiver, for eksempel ved forbruk av helsetjenester og behandlingspreferanser. Videre kan variasjon i kvalitet i helsetjenestene belyses gjennom nasjonale kvalitetsindikatorer og fagspesifikke kvalitetsregistre.

Flere undersøkelser og analyser, eksempelvis Helseatlas, viser at det er betydelig variasjon i forbruk av helsetjenester og behandlingspreferanser innenfor disse fagområdene i Norge. Helseatlasets rapport for dagkirurgi i 2016 viste for eksempel til at variasjonen over tid hadde økt, og at det er lang vei fra overordnede signaler til endringer i medisinsk praksis. Det ble samtidig vist til at omfanget av faglig omdiskuterte inngrep var redusert. Variasjonen som fremkommer i helseatlasene indikerer at det ikke tilbys likeverdige helsetjenester til befolkningen. Uønsket variasjon kan i ytterste konsekvens medføre risiko for svekket kvalitet og pasientsikkerhet som følge av undersøkelse og behandling, eller under- og overbehandling.

5. Operasjonsaktiviteten ved sykehuset i Flekkefjord

I dette kapittelet beskriver vi først ulike tiltak som i dag er innført for å sikre god kvalitet i kirurgien ved Flekkefjord sykehus (SSF) (kapittel 5.1). Dette omfatter styringen av hvilke operasjoner som skal kunne utføres (kapittel 5.1.1), legenes kompetanse, ansvar, myndighet og oppgaver (kapittel 5.1.2) samt andre kontrolltiltak knyttet til planlegging og gjennomføring av operasjoner (kapittel 5.1.3). Til slutt beskrives resultater fra konsernrevisjonens undersøkelser av kvalitet i utført kirurgi i avdelingen i perioden 2019-2020 (kapittel 5.2).

5.1 Tiltak for å sikre god kvalitet på operasjonsaktiviteten ved sykehuset i Flekkefjord

De uønskede hendelsene som fant sted ved kirurgisk avdeling ved SSF i perioden 2016–2018, tyder på at den faglige utøvelsen i avdelingen ikke var tilstrekkelig. I intervjuer pekes det på at SSF ikke var forberedt på overgangen til stedlig ledelse da dette ble innført i SSHF i 2016, og hva dette innebar av medisinsk faglig ansvar. Det opplyses om at det mellom 2016 og 2017 var tvil om hvordan den nye lederstrukturen skulle innføres.

Flere av de uønskede hendelsene er relatert til en overlege som i 2019 begynte i en utdanningsstilling i SSK. Vedkommende lege beskriver i sitt notat til konsernrevisjonen (vedlegg 10) at årene før 2018 var en svært krevende periode i SSF, og viser til årsaker som manglende ledelse og faglig styring, aktivitetspress, turnover, samt manglende mulighet til faglig utvikling. Legen viser til at det skjedde en positiv endring i 2018, da nåværende avdelingssjef ble ansatt. Det ble da igangsatt nye tiltak for å forbedre kvalitetssystemet.

Da nåværende avdelingssjef ble ansatt i 2018, opplyses det om at ansvaret med enhetlig ledelse ble tydeliggjort, ved at rolle- og ansvarsforhold ble definert og det ble etablert nye rutiner og prosedyrer knyttet til pasientforløp, vikarbruk mv.

Nedenfor beskriver vi status på tiltaksarbeidet som er iverksatt i perioden 2018-2020 ved kirurgisk avdeling, for henholdsvis ortopedi og generell kirurgi. I den sammenheng har vi undersøkt om det er etablert hensiktsmessige tiltak i avdelingen som ivaretar de overordnede føringene for SSHF og særskilte risikoer i avdelingen ved SSF. I tillegg beskriver vi tiltak på foretaksnivå og klinikknivå som er sentrale i forhold til avdelingens tiltaksarbeid.

5.1.1 Fordeling av kirurgisk virksomhet til sykehuset i Flekkefjord

Dette kapittelet omhandler styringen av hvilke operasjoner som kan gjennomføres innen ortopedi og generell kirurgi ved SSF. Konsernrevisjonen har i den sammenheng undersøkt om SSHF har tydeliggjort hvilke operasjoner som kan utføres ved SSF, og hvilke krav som gjelder for å konferere fagmiljøer med høyere kompetanse. Videre har vi undersøkt om SSF forholder seg til fordelingen av operasjoner, og om ansvarlige ledere følger opp etterlevelsen.

5.1.1.1 Observasjoner

Oversikt over hvilke operasjoner som kan utføres ved SSF

SHHF opplyser at det er foretatt en avgrensning av hvilke operasjoner som kan gjennomføres ved SSF innen ortopedi og generell kirurgi (vedlegg 2). Avgrensningen fremkommer i lister, og hensikten er å sikre samsvar mellom den tilgjengelige legekompertansen ved SSF og hvilke operasjoner som utføres. Omfanget av tilstander som kan opereres i SSF er betydelig redusert over tid. Det foreligger egen

retningslinje som angir når og hvordan barn skal behandles i SSF, og når de skal sendes til annet sykehus.

Avdelingssjef og klinikkdirektør ved SSF opplyser at de gjør en kontinuerlig faglig vurdering knyttet til hvilke pasientgrupper SSF har kompetanse til å behandle. Fagdirektør bekrefter at listene over operasjoner som kan gjøres i SSF ikke er endelige, men at det må vurderes over tid hvordan sykehuset kan brukes best mulig i SSHF. Det er ikke formalisert en prosess for eventuell endring av listene over operasjoner i SSF. I intervjuene fremkommer det noe ulik forståelse av krav og forventninger til å involvere foretaksledelsen dersom det er et ønske ved SSF om å utvide listene.

Plikten til å konferere

Det foreligger en retningslinje på foretaksnivå som angir SSFs plikt til å konferere SSK om pasienter ved gastroenterologiske problemstillinger. Her fremkommer det at det i vurderingsfasen skal være lav terskel for å konferere. All konferering skal dokumenteres i pasientens journal av behandlende lege.

Det er ikke innført tilsvarende plikt til å konferere angående ortopediske pasienter. Dette forklares med at risikoen for alvorlige hendelser er vurdert å være lavere ved ortopediske problemstillinger enn ved gastroenterologiske. Imidlertid presiseres det at det ligger naturlig for ortopedene ved SSF å konferere ved behov, og at det konfereres hyppig.

Oppfølging av etterlevelse

SSF har innført et loggskjema for konferering som skal fylles ut daglig. Avdelingssjef opplyser at hun benytter skjemaet som støtte i sin oppfølging av at konfereringsplikten overholdes, og at skjemaet drøftes på morgenmøter.

Det opplyses om at møter der planlagte og gjennomførte operasjoner drøftes gir god informasjon om hvorvidt avdelingen følger listene over operasjoner som kan gjennomføres i SSF. Videre opplyses det at gjennomgang av aktivitetstall og liknende noen ganger gir grunnlag for å følge opp hvilke operasjoner som er gjennomført. Det utarbeides imidlertid ikke særskilte rapporter over gjennomførte operasjoner som holdes opp mot listene.

Det har ikke fremkommet at foretaksledelsen gjennomfører systematisk oppfølging av om SSF etterlever bestemmelsene om operasjoner som kan gjennomføres og plikten til å konferere. SSHF opplyser om at slik oppfølging hører til klinikkdirektørenes ansvarsområde.

Konsernrevisjonens undersøkelse av etterlevelse

Konsernrevisjonen har mottatt en oversikt over gjennomførte operasjoner i SSF for de siste to år, og sammenholdt dette opp mot operasjonslistene til SSF. Vår gjennomgang viser at kirurgisk avdeling holder seg til listene over operasjoner som er lagt til sykehuset.

5.1.1.2 Konsernrevisjonens vurdering

Det er vår vurdering at listene over hvilke tilstander som kan opereres i SSF i hovedsak inneholder mindre og enkle tilstander/operasjoner. Imidlertid er beskrivelsene i listene så overordnet, at det innenfor enkelte operasjonstyper, kan være både enkle og kompliserte operasjoner. Dette gjelder særlig for fagområdet generell kirurgi/gastro. Vi vurderer at det for enkelte tilstander kan være vesentlig større variasjon i kompleksiteten av inngrep enn betegnelsen kan gi inntrykk av. Et eksempel på dette er ventralhernier, der vår vurdering er at enkelte slike hernier ikke bør opereres ved SSF.

Vi forstår listene som et tiltak for å sikre at legene ved SSF kun opererer tilstander de er kompetente til. Det er da viktig at det er definerte prosesser for å eventuelt utvide listene. Det er vår vurdering at det ikke er tilstrekkelig definert hvilke krav til prosess og forankring i foretaksledelsen som gjelder ved et eventuelt ønske fra SSF om å utvide listene over tilstander som kan opereres ved SSF.

Basert på en vurdering av risiko, er det etablert rutiner for konferering ved problemstillinger knyttet til generell kirurgi. Det er vår vurdering at rutinene vil bidra til at det konfereres i tilstrekkelig grad. Vi vurderer også at avdelingssjefs system for oppfølging av konfereringsplikten er et hensiktsmessig tiltak for å følge opp at rutinen etterleves.

Innenfor ortopedi er det ikke etablert tilsvarende regime for konferering. Om det konfereres i tilstrekkelig grad vil da avhenge av SSF-ortopedenes faglige skjønn. Vår vurdering er at dette er tilstrekkelig gitt den begrensede listen over ortopediske inngrep som er tillatt, og at det er fast ansatte ortopeder med godkjent spesialitet.

Når det gjelder kvalitetssikringen av at operasjoner gjennomføres i henhold til fastsatte rammer, er vår vurdering at dette er avhengig av at avdelingssjef følger tett opp. Det er ikke etablert annen systematisk oppfølging som gir sikkerhet for at eventuelle avvik fra rammene vil fanges opp på nivåene over avdelingsleder. Basert på vår gjennomgang av siste to års aktivitet, synes denne risikoen per nå å være liten. Dersom det er ønskelig å dokumentere for foretaksledelsen at SSF holder seg innenfor rammene, kunne det vært aktuelt å ta ut oversikter fra journalsystemet regelmessig og sammenholde disse mot listene over tillatte operasjoner.

5.1.2 Legenes kompetanse, ansvar, myndighet og oppgaver

Kapitlet omhandler hvordan SSF sikrer at det er samsvar mellom legenes kompetanse og de oppgaver de blir satt til å utføre. Konsernrevisjonen i den sammenheng undersøkt prosessen for rekruttering av leger, og om SSF har oversikt over hvilke leger som opererer ved sykehuset og hvilken kompetanse de har. Videre har vi undersøkt om den enkelte leges oppgaver, ansvar og myndighet, er tilpasset kompetansen og kommunisert til vedkommende. Vi har også kartlagt om det er mekanismer for å fange opp eventuelle avvik fra rammene som er lagt for den enkelte leges operasjonsvirksomhet.

5.1.2.1 Observasjoner

Rekruttering og ansettelse

SSHF har etablert en egen retningslinje for ansettelser. Her fremgår det blant annet at attester og vitnemål skal innhentes og kontrolleres, samt at aktuelle kandidater skal intervjues og referanser skal sjekkes. Videre skal det kontrolleres at autorisasjon/lisens foreligger når det er aktuelt for stillingen. Det skal også sikres at kandidater har nødvendige språkferdigheter.

Det opplyses i intervjuer at fagansvarlige overleger gjennomgår mottatte CV-er ved utlysning av stillinger. Aktuelle kandidater blir intervjuet og det kan variere hvem som deltar fra avdelingen. Referanser blir undersøkt, men det kan være ulikt hvem som utfører referansesjekken. Det dokumenteres ikke fra referansesamtalene eller at referanser er kontaktet. Det er et ønske fra SSF at avdelingssjef ved ortopedisk avdeling SSK deltar ved ansettelse av ortopeder. Det opplyses at vedkommende har bidratt i noen grad ved ansettelse av to av de nåværende ortopedene, men at det ikke er noen fast rutine for dette.

Fagansvarlige leger i SSF har som en av sine hovedoppgaver å delta ved ansettelser. De fagansvarlige opplyser at de har samtale med aktuelle kandidater, og at de involveres ved mottak og opplæring. Det skal være en fast rutine at nye leger opererer sammen med erfarne leger den første tiden, men det opplyses at man ikke alltid får til dette.

Ledelsen ved SSF opplyser at en av utfordringene ved kirurgisk avdeling er rekruttering av kirurger. Bemanningen består i dag av tre spesialister i ortopedi og to spesialister i generell kirurgi. Samtlige er rekruttert fra utlandet. Det vises til at vikarer leies inn fra vikarbyråer etter regler for offentlige anskaffelser. Behovet beskrives i utlysingen, og vikarbyrået legger ved CV for aktuelle leger i tilbudet. Det opplyses om at de i tillegg til CV krever dokumentasjon på nødvendig kompetanse, for eksempel gjennomføring av traumekurs.

SSF har utarbeidet en opplæringsplan for vikarer og nyansatte kirurger og ortopeder. Denne inneholder blant annet sjekkliste for gjennomgang av rutiner, prosedyrer og liknende. SSF opplyser at de kontrollerer at sjekklisten er fylt ut, men at den ikke arkiveres. Videre mottar vikarer e-post med informasjon om hvilke rutiner og liknende de må sette seg spesielt inn i. Vikarene må bekrefte per e-post at dette er utført.

Oversikt over leger og kompetanse

Ledelsen ved SSF opplyser at det for tiden er tilsatt tre ortopeder. Alle tre er rekruttert fra utlandet. Fagansvarlig ortoped har vært tilsatt siden februar 2019. De to andre har vært ansatt siden henholdsvis mai 2018 og januar 2020. Det opplyses at alle tre er fast ansatte, men at fagansvarlig ortoped har en tidsavgrenset kontrakt.

Videre opplyser ledelsen ved SSF at de har to fast ansatte spesialister i generell kirurgi, begge rekruttert fra utlandet. Fagansvarlig har vært tilsatt siden april 2013, men er ny i rollen som fagansvarlig. Den andre har vært tilsatt siden mai 2018. I tillegg har SSF, på grunn av rekrutteringsproblemer, to ubesatte stillinger som generell kirurg. Dette løses ved innleie fra vikarbyrå.

Konsernrevisjonen har bedt om dokumentasjon på kompetanse for de fast tilsatte legene. Vi har fått tilsendt CV og jobbsøknader for fire av legene. For fagansvarlig ortoped har vi kun mottatt CV. For bekreftelse på legenes godkjente spesialiteter har SSF lagt frem oppslag fra helsepersonellregisteret. Vi har ikke mottatt attester, vitnemål eller liknende for noen av legene.

Avdelingssjef ved SSF fører en kompetanseoversikt over fast ansatte leger i kirurgisk avdeling. Oversikten viser hvilke operasjoner legene er godkjent til å utføre, og hvilke kompetanseområder de må tilegne seg ytterligere erfaring eller kjennskap til. Den sist ansatte ortopeden var helt nyansatt, og var ikke inkludert i oversikten som konsernrevisjonen fikk tilsendt.

Informasjon til legene om hvilke operasjoner de er klarert for og oppfølging av dette

Ledelsen ved SSF opplyser at det ikke er utarbeidet en formell instruks eller liknende for den enkelte lege der det fremgår hvilke operasjoner vedkommende er klarert for å gjennomføre.

Kompetanseoversikten opplyses å ligge til grunn for kvalitetssikring av hvilke ortopeder som utfører de ulike typer operasjoner, for eksempel i ukentlig operasjonsplanleggingsmøte.

Dersom pasienter settes opp til operasjon der det er tvil om kirurgen har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre inngrepet, vil dette være gjenstand for dialog og diskusjon i legegruppen, hvor fagansvarlig ortoped er overordnet ansvarlig. Ved eventuelle komplikasjoner, opplyses det om at disse blir grundig diskutert. For ortopediske pasienter skjer dette først i røntgenmøter, deretter gjennom postmøter, legemøter, avviksmeldinger og kvalitetsråd.

Den enkeltes lege operasjonsaktivitet følges opp gjennom de daglige rutineene med blant annet morgenmøter og operasjonsplanleggingsmøter.

Vedlikehold og utvikling av kompetanse

Det er ikke felles kompetanseplaner for legene innen de aktuelle spesialitetene i SSHF. Avdelingssjef ved SSF fører en kompetanseoversikt over fast ansatte leger i avdelingen. Oversikten viser hvilke kompetanseområder legene er tenkt å tilegne seg ytterligere erfaring eller kjennskap til.

Det opplyses i intervjuer at legene ved SSF opplever å få nok mengdetrening på de operasjonene de utfører, men at de gjerne skulle hatt mulighet til å utvikle kompetanse og ha mer faglig samarbeid med andre. Det vises til at de har forsøkt å etablere et tettere samarbeid og gjensidig hospitering eller rullering med SSK, men at dette ikke har latt seg gjøre. SSF har i stedet etablert et samarbeid med Stavanger universitetssykehus (SUS), hvor ortopeder fra SSF har fått opplæring i protesekirurgi.

Ledelsen ved SSF opplyser at de savner kompetanseutviklingsplaner for alle overleger på tvers i helseforetaket. Helseforetaket opplyser om at det arbeides med planer for tettere samarbeid mellom lokasjonene gjennom blant annet revitalisering av fagråd i ortopedi, samt at det er opprettet et nytt fagråd innen gastrokirurgi som nå er satt i funksjon. Videre skal det iverksettes kompetanseutviklingsplaner fra 2021 både for LIS og overleger i SSHF. Videre opplyser det om at det høsten 2020 tas i bruk en elektronisk kompetanseportal på tvers av lokasjonene.

Etterlevelse av den enkelte lege

Konsernrevisjonen har mottatt en oversikt over gjennomførte operasjoner i SSF siste to år - og sammenholdt dette opp mot hva den enkelte operatør er godkjent for. Gjennomgangen viser at legene ikke har gått ut over sine rammer.

5.1.2.2 Konsernrevisjonens vurdering

Det er etablert overordnede føringer i SSHF som definerer krav til å undersøke kompetanse ved ansettelser. Imidlertid fremstår det som om rutinene ikke etterleves fullt ut i SSF. Vi har ikke mottatt attester, vitnemål eller liknende for de legene som er tilsatt per i dag. Vi vurderer også at det med fordel kunne vært dokumentert hvilke referanser som var benyttet og hva disse formidlet ved ansettelse. Særlig ved ansettelser fra utlandet finner vi at dette ville vært hensiktsmessig grunnet omstendighetene.

Avdelingssjef ved ortopedisk avdeling SSK har bistått ved enkelte ansettelser av ortopeder ved SSF. Det er vår vurdering at samarbeidet mellom lokasjonene angående vurdering av kompetanse ved ansettelser og innleie av vikarer, med fordel kan styrkes. Særlig viktig er dette trolig ved ansettelse av fagansvarlige overleger. En slik ordning krever imidlertid at ansvar og myndighet er tydelig definert, da personell fra SSK ikke har formell myndighet i SSF. Det bør for eksempel tydeliggjøres hvordan eventuelle uenigheter mellom involverte ledere i SSK og SSF om hvorvidt en kandidat er egnet eller ei skal håndteres.

Lokale begrensninger i hvilke operasjoner som kan utføres, og rutiner for konferering, krever systematisk opplæring av nyansatte og vikarer. Spesielt viktig er dette innen generell kirurgi/gastro der det er en betydelig bruk av vikarer. Vi vurderer det som positivt at det ved SSF er utarbeidet en opplæringsplan for nyansatte og vikarer. Imidlertid kunne utfylt sjekkliste for gjennomført opplæring med fordel vært innhentet og arkivert, slik at avdelingen får en oppdatert oversikt over ansattes kunnskap om sentrale rutiner.

Konsernrevisjonen vurderer det som viktig at nye leger og vikarer vurderes i praktisk utførelse av operasjoner. Denne ordningen synes ikke alltid å fungere, men sykehuset bør tilstrebe en slik kvalitetssjekk.

Ved SSF er det en oversikt som viser hva den enkelte lege er vurdert som kompetent til å operere. Vi stiller imidlertid spørsmål om hvorvidt SSF har tilstrekkelig grunnlag for å vurdere den enkeltes kompetanse, dersom det ikke innhentes attester og det heller ikke gjennomføres systematisk observasjon av praksis i perioden som nyansatt.

Dersom oversikten brukes aktivt i planlegging og evaluering av operasjoner, kan den være et godt verktøy for å sikre at legene er kjent med sine rammer. Det er da påkrevd at oversikten holdes oppdatert ved endringer i kompetanse, hvilke operasjoner som legges til SSF og ved nyansettelser. Etter vår vurdering bør det på sikt være et mål at alle leger, innen de aktuelle fagområdene ved SSF, behersker de operasjonene som utføres ved sykehuset, gitt det begrensede omfanget.

Det er positivt at det føres oversikt over planlagt og ønsket kompetanseutvikling for legene ved SSF. Det er imidlertid vår vurdering at det kan være krevende å vedlikeholde og videreutvikle legenes

kompetanse gitt en relativt avgrenset liste over operasjoner som kan utføres i SSF, samt lave volumer for mange operasjonstyper og uten faste ordninger for hospitering eller rulling til større sykehus. Derfor kan det sies å være positivt at det er innledet et samarbeid med SUS om opplæring av to av ortopedene innen protesekirurgi. Vi stiller imidlertid spørsmål om det ikke ville vært hensiktsmessig å organisere slik opplæring internt i helseforetaket dersom det er behov for å videreutvikle protesekirurgien ved SSF.

5.1.3 Tiltak for at operasjoner gjennomføres i tråd med nasjonale føringer

Dette kapittelet omhandler andre typer internkontrolltiltak som på tidspunktet for revisjonen er etablert ved SSF for å bidra til at det er de riktige pasientene som opereres ved sykehuset og at kvaliteten på behandlingen er god. Vi har valgt å sortere avdelingens tiltak i tre ulike områder knyttet opp til de ulike stegene i forbedringssirkelen:

- forebyggende tiltak (planlegging)
- korrigerende/oppdagende tiltak (i forkant av planlagt behandling og ved gjennomføring)
- etterkontroller (oppfølging og evaluering av gjennomført praksis)

På bakgrunn avdelingens risikobilde innenfor generell kirurgi og ortopedi, har vi vurdert om tiltakene gir rimelig sikkerhet for riktig valg av behandling og at operasjoner utføres i tråd med de nasjonale føringer. Risikobildet vil bygge på dagens organisering, men må også forstås ut fra tidligere avvik. Disse vurderingene må også ses i sammenheng med det som beskrives i kapittel 4. I denne delen har vi sett på designet av internkontrollen, og ikke testet etterlevelsen av det enkelte tiltak.

5.1.3.1 Observasjoner

Forebyggende kontroller og tiltak

Som grunnlag for mottak, utredning og behandling, er det SSHFs pasientadministrative og medisinskfaglige prosedyrer som er førende for SSF på revisjonstidspunktet.

Konsernrevisjonen har i vår gjennomgang av kirurgisk avdeling ved SSF identifisert hvilke forebyggende tiltak og kontroller som er etablert innenfor ortopedi og generell kirurgi. Disse fremgår av tabell 2.

Tabell 2 Oversikt over forebyggende kontroller og tiltak for ortopedi og generell kirurgi - kirurgisk avdeling SSF

Kontroller og tiltak	Ortopedi	Generell kirurgi	Formål
Rettighetsvurdering av elektive pasienter	✓	✓	• Forhindre operasjoner som ikke er innfor SSF sitt ansvarsområde
Mottak og vurdering av akutte pasienter	✓	✓	• Forhindre operasjoner som ikke er innenfor SSF sitt ansvarsområde
Fagprosedyrer	✓	✓	• Bidra til korrekt diagnostikk og riktig operasjonsmetode
Rotasjonsordning	✓		• Bidra til økt kvalitet og konsensus i behandlingen
Operasjonsmelding	✓	✓	• Dokumentere sentral informasjon om planlagt operasjon
Operasjonsprogram	✓	✓	• Koordinere legenes arbeidsoppgaver i henhold til avdelingens aktivitet og legenes kompetanse
Prosedyre konfereringsplikt		✓	• Kvalitetssikre indikasjon og behandling

Det er to innganger for pasienter til kirurgisk poliklinikk ved SSF – enten elektivt ved henvisning til SSF eller ved akutte behov. Henvisningene fordeles til overlegene som skal rettighetsvurdere disse. Der pasienter har tilstander som SSF ikke er godkjent for å operere, skal disse videresendes SSK. Avdelingssjef opplyser at de sjelden opplever å motta henvisninger til behandling som de ikke er godkjent for å utføre. Dette skyldes at de jevnlig informerer fastlegene om hvilke prosedyrer og behandlinger som SSF er godkjent for å gjøre. SSF mottar også enkelte henvisninger fra SSK med forespørsel om disse kan behandles i SSF. Akutte pasienter kommer inn via akuttmottaket og inn til vakthavende som avklarer pasienten, herunder hvor pasienten skal behandles. Det er etablert rutine om konfereringsplikt (jf. kapittel 5.1.2).

Før SSHFs overordnede fagprosedyrer ble tatt i bruk i SSF rundt årsskiftet 2018/2019, ble det benyttet et sett med lokale prosedyrer. De overordnede fagprosedyrene for ortopedi er basert på Metodebok i ortopedi fra OUS (Ortus). I tilknytning til dette er det utarbeidet en egen prosedyre, Ortopedisk behandling Kirurgisk avdeling SSF, som beskriver omfang og begrensninger i bruk av metodeboken. Det er i tillegg utarbeidet fagspesifikke rutiner i SSF. Innenfor generell kirurgi er det for eksempel utarbeidet en egen rutine for utredning av pasienter med akutte magesmerter. Rutinene skal bidra til å sikre korrekt diagnostikk og rask behandling.

SSF har utarbeidet en egen rutine for håndtering og oppfølging av barn. I rutinen fremgår det at barn som hovedregel skal behandles ved SSK, men med noen unntak. Videre fremgår det særskilte behandlinger innenfor generell kirurgi og ortopedi som kan utføres ved SSF (jf. kapittel 5.1.1).

Avdelingen har utarbeidet felles lokale rutiner og sjekklistene. Dette omfatter vurdering og operasjon av elektive og akutte pasienter, metode for kommunikasjon mellom helsepersonell (ISBAR, Closed loop), hva som skal gjennomgås på morgenmøter, registreringsskjema for bakvakt knyttet til konferering og dokumentasjon i journal.

Det er ikke utarbeidet føringer i SSHF for hva som skal dokumenteres i journal knyttet til utredningen, eksempelvis indikasjon, informasjon til pasient og samvalg. Avdelingssjef opplyser at denne type beslutningsstøtte er et tiltak som har vært oppe til diskusjon i ledelsen ved SSF.

Avdelingssjef opplyser at det innenfor ortopedi har gått i retning av mer konservativ behandling etter å ha tatt i bruk metodeboken Ortus. Avdelingen har hatt interne faglige diskusjoner i ulike fora for å sikre konsensus i valg av behandling, både når det gjelder indikasjon og operasjonsmetode.

En intern gjennomgang i 2018, og en oppfølging av denne i oktober 2019 (Deloitte), viste at det var mangel på faglig samarbeid på tvers av klinikkene. Ett av tiltakene var rotasjonsordningen for ortopedi. Klinikkdirektør opplyser at rotasjonsordningen har styrket samarbeidet på tvers av SSF og SSK. Avdelingssjef opplyser i den sammenheng til at det har vært gode faglige diskusjoner mellom ortopedene i SSF og SSK, og at dette har ført til endring og tilpasning til overordnede fagprosedyrer.

Avdelingssjef opplyser at samarbeidet internt i avdelingen og med SSK fortsatt har et forbedringspotensial, eksempelvis at man sammen går mer systematisk gjennom indikasjon og metode for planlagte operasjoner. Det opplyses at avdelingen kunne vært enda mer restriktiv med en del operasjoner innenfor ortopedi. Dette bekreftes av konsernrevisjonens journalgjennomgang (se kapittel 5.2).

Innenfor ortopedi er det i tillegg innført et samarbeid med Helse Stavanger HF hvor SUS opererer hofte- og kneprotesepasienter ved SSF, samt at de skal bidra innen fagutvikling og kompetanseheving.

Når det gjelder overordnede tiltak innenfor generell kirurgi, er det identifisert flere forbedringsforslag som samlet skal styrke kvaliteten. Det vises eksempelvis til tiltak rundt rekruttering og ansettelser,

samt kompetanseutvikling. Det fremgår av mottatt dokumentasjon at det gjenstår en del før tiltakene i generell kirurgi er implementert.

Der operasjon blir valgt som behandling etter endt utredning og dette er en prosedyre som ligger innunder SSF sitt ansvarsområde, skal utredende lege lage en operasjonsmelding. Det benyttes standard mal i DIPS hvor en skal dokumentere operasjonsmetode, instrumentbehov, spesielle forhold ved pasienten, realistisk kniv tid, operatør, eventuell assistent med mer. Operatørens navn og eventuell assistent skal alltid være utfylt i elektronisk operasjonsmelding. Avdelingssjef opplyser at operasjonsmeldingene og innholdet i disse har vært tatt opp til diskusjon i flere møtearenaer de siste par år.

Basert på operasjonsmeldingene skal det utarbeides et operasjonsprogram. Det er fagansvarlig lege som er hovedansvarlig for operasjonsplanlegging innenfor sitt fagområde i SSF. Fagansvarlig skal bidra til å koordinere alle legenes arbeidsoppgaver i henhold til avdelingens aktivitet og legenes kompetanse, samt tilpasse oppgavene til gjeldende arbeidsplan og arbeidstidsordning i samarbeid med avdelingssjef. Det er utarbeidet en egen rutine for dette. Her fremgår det at det skal gjennomføres et operasjonsplanleggingsmøte hver uke hvor avdelingssjef kirurgiske fag, planleggingskontoret, koordinator, enhetsleder operasjon, enhetsleder anestesi, enhetsleder intensiv og enhetsleder kirurgisk post deltar.

Korrigerende/oppdagende kontroller og tiltak

Konsernrevisjonen har i vår gjennomgang identifisert følgende korrigerende/oppdagende tiltak og kontroller innenfor ortopedi og generell kirurgi, jamfør tabell 3:

Tabell 3 Oversikt over korrigerende og oppdagende kontroller og tiltak for ortopedi og generell kirurgi – kirurgisk avdeling SSF

Kontroller og tiltak	Ortopedi	Generell kirurgi	Formål
Operasjonsplanleggingsmøte	✓	✓	• Forhindre operasjoner som ikke er innfor SSF sitt ansvarsområde, sikre riktig operatør, diagnostikk og metode
Morgenmøte	✓	✓	• Bidra til korrekt diagnostikk og riktig operasjonsmetode
Tiltakspakker i Pasient-sikkerhetsprogrammet	✓	✓	• Bidra til trygg kirurgi

Innen dagen før operasjonsplanleggingsmøte skal anestesilege og operatør for generell kirurgi, ortopedi og gynekologi, ha gjennomgått og godkjent operasjonsmeldingene for påfølgende uke. I tillegg skal operasjonskoordinator og planleggingskontoret i forkant av samme møte ha gjennomgått operasjonsmeldingene. De har som oppgave å kvalitetssikre at meldingen er korrekt utfylt. Dette gjelder for eksempel om beskrevet metode er i tråd med føringene og at operatør har myndighet til dette.

Etter operasjonsplanleggingsmøte «låses» operasjonsprogrammet for den påfølgende uken. Liste over planlagte operasjoner innen hvert fagfelt oversendes fagansvarlig lege som skal gjennomgå innholdet og signere for at dette er utført. Fagansvarlig for ortopedi opplyser i den sammenheng at han i tillegg til å gjennomgå og signere operasjonsmeldingen, gjennomgår alle planlagte operasjoner for å kvalitetssikre om det er satt riktig indikasjon. Avdelingssjef opplyser at hun følger opp at alle operasjonsmeldingene er gjennomgått og signert av de fagansvarlige i forkant av operasjon.

I forkant av operasjon gjennomgås også operasjonslistene på morgenmøtet. Her deltar avdelingssjef, fagansvarlig, legegruppen og planleggingskontoret. Gjennomgangen skal blant annet sikre at

behandlingen er i tråd med føringene, for eksempel om det er riktig indikasjon og operasjonsmetode. Dette gjennomføres ikke for alle operasjoner. Det opplyses om at det i stor grad er planlagte operasjoner som ikke er helt standard som blir diskutert på morgenmøte.

SSHF har tatt i bruk tiltakspakkene i pasientsikkerhetsprogrammet. I denne sammenheng er det blant annet innført rutiner og sjekklister for Trygg kirurgi ved SSF. Disse skal være brukt aktivt i forkant, underveis og ved avslutning av operasjonene. I tilknytning til dette har avdelingen, basert på operasjonsprogrammet, utarbeidet en operasjonsplan på hver operasjonsstue. I disse skal det fortløpende registreres om planen er fulgt, eventuell «plunder og heft», samt eventuelle uønskede hendelser. I tillegg opplyses det at det gjennomføres tverrfaglige risikomøter der enkeltpasienter drøftes i forbedrings- / og tavlemøter.

Etterkontroller/tiltak

Når det gjelder oppfølging av gjennomført behandling i avdelingen, skjer dette gjennom en blanding av løpende, «dag til dag-oppfølging» og periodevis oppfølging gjennom fast rapportering i lederlinjen (månedlige, tertialvise rapporter) eller gjennom annen rapportering. Videre foretas oppfølging av enkelthendelser, eksempel ved avviksmeldinger, tilsynssaker og evalueringer.

Konsernrevisjonen har i vår gjennomgang identifisert følgende etterkontroller/tiltak innenfor ortopedi og generell kirurgi, jamfør tabell 4:

Tabell 4 Oversikt over etterkontroller og tiltak ved ortopedi og generell kirurgi - kirurgisk avdeling SSF

Kontroller og tiltak	Ortopedi	Generell kirurgi	Formål
Operasjonsplan	✓	✓	• Dokumentere eventuelle avvik fra oppsatt plan
Kontroll av utført konferering	✓	✓	• Sikre at prosedyre er fulgt
Overvåke kvalitet med kvalitetsregistre og nasjonale indikatorer	✓	✓	• Bidra til bedre kvalitet på behandlingen
Kontroll av utførte operasjoner og metode	✓	✓	• Sikre at SSF opererer ut i fra funksjonsfordelingen og riktig operasjonsmetode
Fagråd	✓	✓	• Bidra til økt kvalitet og konsensus i behandlingen
Avviksmeldinger	✓	✓	• Sikre læring av feil/mangler

Når det gjelder «dag til dag-oppfølging» utarbeides det på bakgrunn av operasjonsplanene en daglig oversikt som ukentlig oppsummeres i en rapport hvor de viktigste hendelsene/avvikene fremgår. Denne rapporten tas opp på det ukentlige operasjonsplanleggingsmøte hvor sakene fra forrige uke gjennomgås og evalueres. Det vises også til at alle gjennomførte operasjoner følges opp på neste dags morgenmøte. Fagansvarlig for ortopedi påpeker, i likhet med det avdelingssjef viser til ovenfor, at disse gjennomgangene har vært fruktbare og bidratt til flere endringer i praksis innenfor ortopedi siden begynnelsen av 2019. Fagansvarlig opplyser at gjennomgangene har bidratt til mer konsensus innenfor ortopedi.

Avdelingssjef opplyser at de løpende loggfører alt behov for konferering og at dette er utført. Behov og utført konferering skal daglig rapporteres til avdelingssjef. Avdelingssjef opplyser at hun har statistikk på dette og at dette gjennomgås på morgenmøtene.

Det er en fast rapportering i lederlinjen på de nasjonale kvalitetsindikatorene. Dette gjelder eksempelvis 30-dagers overlevelse, andel infeksjoner og antall reoperasjoner. I tillegg opplyses det at det gjennomgås informasjon fra kvalitetsregistrene, Helseatlas, NOIS og GTT. Klinikkdirktør opplyser at de i tillegg ønsker å følge opp ytterligere registerdata for å ha en bedre innsikt i kvaliteten på behandlingen innenfor hvert enkelt fagområde. Klinikkdirktør opplyser videre at de ønsker å bygge opp en kvalitetsovervåkning som er mer fagspesifikk. Det er ønskelig at dette skal inngå i SSHF sine grunnlagsdata, slik at linjeledelsen og fagrådene har et verktøy for å følge opp kvaliteten på behandlingen.

Klinikkdirktør og avdelingssjef opplyser at det, som del av økonomi- og aktivitetsrapporteringen, ved enkelte anledninger i 2017-2018 har blitt sett på type gjennomførte operasjoner og hvilken oppfølging som er gjort. Avdelingssjef opplyser at det ikke er noen prosedyre på hva som skal gjennomgås, hvor ofte og hvordan dette skal rapporteres. Bakgrunnen for gjennomgangen var å se om det var noe som tilsa om det var overforbruk eventuelt underforbruk i gitt behandling.

Det fremgår av styrende dokumenter at SSHF halvårlig skal gjennomføre pasientsikkerhetsvisitter. For kirurgisk avdeling ble det i januar 2019 gjennomført en pasientsikkerhetsvisitt, hvor man blant annet så på bruken i Trygg kirurgi og operasjonsmeldinger. Visitten viste enkelte svakheter ved bruk av sjekklister for Trygg kirurgi. I tillegg var det en del svakheter i innholdet i operasjonsmeldingene. Det ble gjennomført en oppfølging av funnene gjennom en ny pasientsikkerhetsvisitt mars 2019. Oppfølgingen viste at påviste svakheter var forbedret. I avdelingens virksomhetsplanen for 2020 fremkommer det at alle enheter i avdelingen skal gjennomføre pasientsikkerhetsvisitter en gang per halvår.

I Deloitte-rapportene fremkommer det at fagrådene innenfor generell kirurgi og ortopedi ikke var etablert eller ikke fungerte. Dette bidro til at det vinteren 2019/2020 ble startet opp en prosess for å revitalisere et fagråd for ortopedi og i februar 2020 for gastrokirurgi. Det fremgår at disse to fagrådene skal følges tett opp frem til 2022, slik at de fungerer i tråd med nytt mandat vedtatt av ledelsen i 2019. Det opplyses at fagrådene blant annet vil ha rolle i å sikre riktig indikasjon ut i fra føringene og gjennom det sikre konsensus i SSHF.

I tillegg gjennomgås tilsynssaker og forhold som er meldt inn i melde- og avvikssystemet gjennom avviksmeldinger, bekymringsmeldinger, NPE-saker med mer. Dette skjer gjennom avdelingsspesifikke fagmøter, gjennom etablerte kvalitetsråd eller kvalitetsutvalg i SSHF. Rapportering på disse skal videre skje gjennom ledelsens gjennomgang, månedsrapporter etc.

5.1.3.2 Konsernrevisjonens vurdering

Gjennomgangen viser at det etablert en rekke tiltak i kirurgisk avdeling i SSF som skal bidra til å gi rimelig sikkerhet for at pasienter får riktig behandling og at den er av god kvalitet. Samtidig opplyser sentrale personer i klinikken at det gjenstår enkelte tiltak som vil kunne bidra til å høyne kvaliteten ytterligere.

Konsernrevisjonen vurderer at tiltakene som er igangsatt er omfattende og mer detaljert enn i andre kirurgiske enheter vi er kjent med. Med bakgrunn i påviste utfordringer og risikobildet i avdelingen, vurderer konsernrevisjonen likevel at et omfattende tiltak- og kontrollregime har vært nødvendig, og at det er et behov for ytterligere forbedringstiltak i avdelingen. I likhet med SSF sine egne vurderinger, vurderer konsernrevisjonen at det er potensiale å forsterke tiltak som sikrer at indikasjon og valg av operasjonsmetode er i tråd med de nasjonale føringene. I den sammenheng kan for eksempel sjekklister som grunnlag for beslutninger ved utredningen være et verktøy for hva som skal gjennomgås og hva som skal dokumenteres i journal. Videre vil det kunne være hensiktsmessig å følge opp dette arbeidet mer systematisk, eksempelvis gjennom styringsdata som viser antall operasjoner som er gjennomført per måned, diagnosekoder, type operasjoner, operatører og bruk av sjekklister for Trygg kirurgi.

Oppfølgingen kan også foretas gjennom tettere samhandling med andre avdelinger i SSHF og gjennom nylige etablerte fagråd.

Konsernrevisjonen vurderer videre at SSHFs overordnede arbeid med styrings- og kvalitetssystemet, vil kunne bidra til at avdelingen får satt forbedringsarbeidet ytterligere i system. Dette for eksempel gjennom avdelingens virksomhetsplan. Etter konsernrevisjonens vurdering fordrer dette at virksomhetsplanen benyttes aktivt i etablerte møtearenaer for styring og oppfølging. Det vil si at status på tiltak (fra små tiltak til større prosjekter) gjennomgås regelmessig med de ansvarlige, evalueres, og oppdateres med eventuelle nye tiltak ved manglende måloppnåelse. Dette vil legge til rette for dynamiske prosesser for kontinuerlig forbedring. Dette vil også legge grunnlag for en hensiktsmessig rapportering av status på sentrale risikoer – herunder aggregering og oppfølging på riktig nivå i lederlinjen, samt styret i SSHF.

5.2 Kvalitet i operasjoner utført ved sykehuset i Flekkefjord

Konsernrevisjonen har undersøkt om utførte operasjoner ved sykehuset i Flekkefjord i perioden 2019-2020 er utført med forventet kvalitet. Undersøkelsene er utført ved å gjennomgå et utvalg av journaler innen ortopedi og generell kirurgi. Videre har vi kartlagt hvilke typer operasjoner som er utført i 2019 og 2020 og analysert disse. Her har hensikten vært å undersøke om utførte operasjoner er i tråd med den definerte listen over hvilke operasjoner som kan utføres ved SSF.

Ved journalgjennomgangen har vi for hver operasjon vurdert innkomstjournal, polikliniske notater, røntgenbilder før og etter operasjon, anestesijournal og operasjonsbeskrivelse. På bakgrunn av denne dokumentasjonen er følgende belyst og vurdert:

- utredningen av pasienten
- informasjon til pasient
- indikasjonen for operasjon
- bruken av assistent
- kvaliteten på gjennomføringen og resultatet av operasjonen
- postoperative føringer
- om behandlingen/operasjonsprosedyren er i henhold til fastsatt funksjonsfordeling

Grunnlaget for vurderingene er opplysningene som fremkommer i journal. Dette medfører at pasientenes opplevelse av utredningen og behandlingen i liten grad fremkommer som grunnlag for våre vurderinger. Videre er det også enkelte pasienter som enten ikke skal eller foreløpig ikke har vært til postoperativ kontroll. Dette medfører at det ikke i alle tilfellene er mulig for konsernrevisjonen å vurdere det varige resultatet av operasjonen.

5.2.1 Journalgjennomgang ortopedi – observasjoner og vurderinger

Utførte operasjoner ved SSF

De to faste ortopedene ved SSF har i perioden januar 2019 til mars 2020 utført totalt 336 operasjoner som hovedoperatører fordelt på 113 ulike operasjonstyper, jamfør vedlegg 3. Det var nylig ansatt en tredje ortoped, men vedkommende var i et opplæringsprogram og hadde derfor ikke operert i det aktuelle tidsrommet. Oversendte rapporter viser at det etter 2018 hovedsakelig er utført enklere ortopediske operasjoner.

Av de 113 operasjonstypene som er utført ved SSF, vurderer vi at 97 av disse er ukompliserte operasjoner, mens for åtte operasjonstyper er kompleksiteten avhengig av diagnosen. For syv av operasjonstypene vurderer vi at det kan diskuteres om disse bør utføres ved SSF på grunn av et lite volum og kompleksitet.

Beskrivelse av utvalget som er undersøkt

For ortopedi har vi gjennomgått 41 av de om lag 336 operasjonene som de to faste ortopedene har utført ved SSF. Utvalget omfatter operasjoner fra januar 2019 til og med februar 2020. Vi har ikke gjennomgått operasjoner som er utført av vikarer, da innleie av vikarer har vært svært begrenset de senere årene innen ortopedien. Videre er det ikke gjennomgått operasjoner som er utført av ortopeder fra SSK eller SUS, da disse ortopedene tilhører andre avdelinger med egen oppfølging av kompetanse og kvalitet.

Vi har gjennomgått flest av de operasjonstypene som ortopedene har utført mest av. Dette er operasjoner av en viss vanskelighetsgrad, og vi vurderte det også som viktig å verifisere kompetansen på de hyppigst forekommende operasjonene. Videre er det også valgt ut noen operasjoner der det er relevant å vurdere indikasjon for operasjon. Tabell 5 viser antall operasjoner per valgte operasjonstyper.

Tabell 5 Utvalg journalgjennomgang ortopedi - operasjonstype og antall gjennomgått

Operasjonstype	Antall gjennomgått
Meniskreseksjon, art. skopisk, kne (Operasjon (kikkhull) for meniskskade)	14 av totalt 31
Hemiprotese, dist del m/segment, hofte (Halvprotese operert ved lårhalsbrudd med segment)	8 av totalt 12
Osteotomi m/aksekor/forskyvning, metatars (Hallux) (Operasjon for skjev stortå (Hallux valgus))	5 av totalt 13
Artrodese m/intern fiks, tarsometatarsalledd, fot (Annen type operasjon for skjev stortå)	3 av totalt 5
Artroskopi, diagnostisk, kne (Kikkhullsoperasjon som diagnostikk ved knesmerter)	2 av totalt 5
Osteosyntese m/glidenagle (DHS/HCS), fraktur, prox femur (Operasjon med skrue og plate for brudd i øvre del av lårbenet)	2 av totalt 3
Sutur/reinserering av sene (Cuff), skulder/overarm (Kikkhullsoperasjon ved skade i skulderen (bløtvevsskade))	2 av totalt 2
Osteosyntese m/margnagle, fraktur, prox femur (Margnagle med sperreskrue operert ved brudd i øvre lårbensende)	1 av totalt 1
Osteosyntese m/margnagle, fraktur, skaft radius (Margnagle ved brudd i underarm)	1 av totalt 1
Osteosyntese m/margnagle, fraktur, skaft tibia, legg (Margnagle for skaftbrudd i leggen)	1 av totalt 1
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, skaft tibia, legg (Operasjon med pinne ved brudd i leggen)	1 av totalt 1
Sutur/reinserering, ligament, art.skopi, skulder (Kikkhullsoperasjon i skulder)	1 av totalt 1
Totalt	41 av totalt 76

Oppsummerende funn og vurderinger av gjennomgang av journaler

Gjennomgangen viser at det i all hovedsak er mindre ortopediske operasjoner som er utført i 2019 og frem til mars 2020. De utførte operasjonene er i tråd med den definerte listen over hvilke operasjoner som kan utføres ved SSF.

Journalgjennomgangen viser at utredningen av pasientene er tilstrekkelig, med unntak av meniskreseksjoner og operasjon for Hallux valgus.

I Norge er det faglig enighet om at meniskreseksjoner initialt ikke skal utføres på pasienter over 50 år. Disse bør gjennomføre fysikalsk terapi som del av utredningen. Ved vedvarende fysikalsk terapi uten effekt, kan operasjon vurderes. Vi gjennomgikk journal for 14 operasjoner knyttet til meniskreseksjon. For halvparten av de undersøkte operasjonene var det etter vår vurdering klar indikasjon for operasjon. Dette var pasienter under 50 år, som hadde låsninger eller tidligere skader som ga indikasjon for operasjon. Den andre halvparten av pasientene, er etter vår vurdering ikke tilstrekkelig utredet. Dette var hovedsakelig eldre pasienter, og det fremkom ingen informasjon om at pasienten har gjennomført fysikalsk terapi før operasjonen. Flere pasienter med meniskskade burde etter vår vurdering gjennomført fysikalsk terapi som del av utredningen før eventuell operasjon.

Videre gjennomgikk vi journal for fem operasjoner av Hallux valgus. Indikasjonen for operasjon baseres på en vurdering av vinkel på tåleddet ved hjelp av røntgen, samt vurdering av pasientens plager. Tre av pasientene ble hensiktsmessig undersøkt før operasjon ble besluttet, og for disse var det klar indikasjon for operasjon. For to av operasjonene mener vi at det ut fra utredningen ikke fremkommer klar indikasjon for operasjon. For den ene pasienten var det tydelig feilstilling på røntgen, men det var i liten grad beskrevet at pasienten hadde plager. For den andre pasienten viste røntgen at feilstillingen ikke var så stor, og indikasjonen for operasjon var derfor ikke så klar.

Våre observasjoner og vurderinger av meniskreseksjoner og operasjon av Hallux valgus gjenspeiles også i helseatlasene for dagkirurgi. Helseatlas for dagkirurgi viser befolkningens bruk av helsetjenester i forskjellige geografiske områder. Helseatlasene for dagkirurgi viser at det nasjonalt har vært stor variasjon i kirurgisk behandling av både menisk og Hallux valgus mellom ulike helseforetak. For meniskoperasjoner har det over flere år pågått et arbeid med å redusere variasjonen og omfanget av slike operasjoner. Likevel varierte andelen av meniskopererte pasienter over 50 år både nasjonalt og innad i Helse Sør-Øst i 2017. Videre viser Helseatlasene til at uklare indikasjoner kan være en av årsakene til variasjonen i kirurgisk behandling av Hallux valgus.

Det er i mange journaler ikke dokumentert at pasienten er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. Det fremstår som at de to ortopedene i ulik grad dokumenterer dette. Etter konsernrevisjonens vurdering bør det i journalen fremkomme hvilke behandlingsalternativer det er gitt informasjon om, herunder forventet resultat, risiko, og bivirkninger. Denne type informasjon er viktig ettersom pasientene kan ha forskjellige preferanser for valg av behandling, og er viktig ved samvalg. Journalen har også bevismessig betydning i forbindelse med eventuelle tilsyns- eller erstatningssaker.

Gjennomgangen viser også at det er variasjon mellom de to ortopedene om de gjennomfører en forundersøkelse av pasienten i forkant av operasjon. Etter vår vurdering burde det vært dokumentert en forundersøkelse for syv av operasjonene. Dette gjelder blant annet ved flere meniskoperasjoner. Det går ofte noe tid fra de elektive pasientene er på utredning på poliklinikken til de faktisk opereres, og det er derfor viktig å undersøke om pasientens plager fortsatt er tilstede.

I journalgjennomgangen har vi undersøkt 41 operasjoner fordelt på 12 ulike operasjonstyper. Den tekniske gjennomføringen av operasjonene er utført i tråd med god praksis, i den grad dette kan vurderes av journal og røntgenbilder. Dette gjelder også gjennomføringen av operasjoner hvor vi mener indikasjonen for operasjon kan diskuteres. Gjennomføringen av en hemiprotese kunne etter vår vurdering vært bedre, ved at det blir for stor forskjell i benlengde. Forskjellen burde blitt konstatert og redusert.

Oppfølging og kontroll av pasientene gjøres i hovedsak i tråd med god praksis. Enkelte opererte meniskpasienter er kalt inn til kontroll to uker etter operasjon for å fjerne sting. Etter vår vurdering kan dette gjennomføres hos fastlege.

Se vedlegg 4 for utdypende informasjon om operasjonstypene som vi har gjennomgått og vurdert.

5.2.2 Journalgjennomgang generell kirurgi/gastro – observasjoner og vurderinger

Beskrivelse av utvalget som er undersøkt

De to faste generelle kirurgene ved kirurgisk avdeling, samt de mest brukte vikarene, har i perioden januar 2019 til april 2020 utført i underkant av 400 operasjoner fordelt på 68 ulike operasjonstyper. Oversendte rapporter viser at det etter 2018 hovedsakelig er utført enklere operasjoner.

Konsernrevisjonen har valgt ut og gjennomgått journalen til 37 pasienter som er operert ved SSF i perioden januar 2019 til april 2020 (se tabell 6). De undersøkte operasjonstypene ble valgt ut fra vurderinger av risiko og antall utført i tidsperioden. Vi tilstrebet også å dekke bredden av utvalget operasjoner som gjennomføres ved SSF. Vi har gjennomgått operasjoner som er utført av de to faste generelle kirurgene, samt de mest brukte vikarene. Se vedlegg 5 for utfyllende informasjon om hvilke operasjoner som er gjennomført i perioden.

Tabell 6 Utvalg journalgjennomgang generell kirurgi - operasjonstype og antall gjennomgåtte

Uttrekk av operasjonstyper gjennomført i 2019 og frem til april 2020				Utvalg for gjennomgangen
	Fast ansatt	Vikar	Totalsum	Total gjennomgått
Brokkplastikk, åpen, m/graft(nett), lyskebrokk	22	20	42	5
Appendektomi, lap.skopisk	30	10	40	4
Hemoroidectomi	15	12	27	4
Cholecystektomi, lap.skopisk	15	10	25	6
Eksisjon, pilonidalcyste (Bascom)	9	5	14	1
Brokkplastikk, lap.skopisk, m/graft (nett), lyskebrokk	12	1	13	1
Brokkplastikk, lap.skopisk (TEP)	10	3	13	1
Incisjon pilonidalcyste	5	4	9	1
Annen hemoroide operasjon, anus	7		7	2
Brokkplastikk m/graft(nett), navlebrokk	5	2	7	2
Brokkplastikk, åpen, lyskebrokk	4	1	5	1
Ekstirpasjon, lokal, transanal, rectum	3	2	5	1
Incision, fistel, anus	2	1	3	1
Incision, inkomplett m/seton, fistel, anus	1	2	3	1
Innlegging, pleuradren	1	1	2	2
Appendektomi, åpen, tarm	1	1	2	1
Eksisjon, svettekjertler	1		1	1
Epigastriebrokk		1	1	1
Arterioplastikk, art. femoralis communis	1		1	1
Totalt	144	76	220	37

Oppsummerende funn og vurderinger etter gjennomgang av journaler

Gjennomgangen av hvilke operasjoner som er utført innen generell kirurgi ved SSF i 2019 og frem til april 2020, viser at det i all hovedsak er mindre inngrep som gjennomføres. Vi vurderer at de utførte operasjonene i denne perioden er i tråd med den definerte listen over hvilke operasjoner som kan utføres ved SSF.

Det er en konfereringsplikt med SSK ved blant annet barn og komplekse operasjoner. Gjennomgangen viser at konfereringsplikten i hovedsak ble overholdt, og i flere tilfeller var det jevnlig dialog med enten Oslo universitetssykehus HF (OUS) eller SSK. Analysen viser samtidig to tilfeller hvor konfereringsplikten ikke ble overholdt.

Journalgjennomgangen viser at pasientene ble grundig utredet, og det var ofte benyttet CT-bilder for å bekrefte diagnosen. I noen tilfeller vurderer vi at det ikke er indikasjon for bruk av CT. Bruk av CT kan ha sammenheng med at operatør ønsker å være sikker på diagnosen, i tillegg til at man i for liten grad stoler på kliniske vurderinger. Etter vår vurdering bør unødig røntgen unngås for å begrense strålebehandling.

Videre har vi registrert at det i liten grad utføres rektal eksplorasjon ved innkomst, blant annet ved mistanke om blindtarmbetennelse. Etter vår vurdering kunne dette vært gjort som en del av utredningen av pasienten.

Det er vår vurdering at de fleste operasjoner gjennomføres i henhold til god medisinsk praksis. Samtidig viste gjennomgangen ett tilfelle hvor planen for operasjon ikke var god. SSF gjennomførte operasjonen etter henvisning fra SSK, som ba om fjerning av kjønnsvorter. Det ble utført en eksisjon (utskjæring) av vortene, samt at man lot sårene være åpne. Pasienten fikk alvorlige komplikasjoner med blant annet postoperativ sårinfeksjon, behov for flere sårrevisjoner og anleggelse av stomi i en lengre periode. Etter vår vurdering burde pasienten ikke ha blitt henvist til SSF med en summarisk beskrivelse av oppdraget, men burde først vært forsøkt gjennomført med laser, eventuelt i flere seanser ved SSK.

Videre er det flere tilstander som opereres i to omganger. Dette gjelder blant annet hemoroider og marisker. Etter vår vurdering var det fullt mulig og forsvarlig å gjennomføre de undersøkte operasjonene ved ett hovedinngrep, og eventuelt et mindre inngrep senere.

Gjennomføringen av en setonoperasjon var vanskelig å vurdere, da beskrivelsen av hvordan trådene var håndtert var mangelfull.

Oppfølging av pasientene etter operasjonene gjennomføres i tråd med god faglig praksis. Det er i liten grad gjennomført kontroll etter operasjonene, enten fordi det ikke var behov eller at operasjonen nylig var gjennomført slik at kontroll ikke var gjennomført ved vår gjennomgang. Vi kan derfor ikke uttale oss om resultatet av alle operasjonene.

Gjennomgangen viste utdypende og fylldige journalnotater. Operasjonsbeskrivelsene inneholder i all hovedsak nøyaktige beskrivelser av hvordan inngrepet ble utført. Pasientene informeres om inngrep, risikoer og postoperativ oppfølging.

Se vedlegg 6 for utdypende informasjon om operasjonstypene som vi har gjennomgått og vurdert.

6. Oppfølging av lege i spesialisering etter overføringen til sykehuset i Kristiansand

Dette kapittelet omhandler overføringen av en overlege fra SSF til ortopedisk LIS-stilling i SSK. Konsernrevisjonen har kartlagt og vurdert forhold ved kompetanse og egnethet ved overføringen (kapittel 6.1). I kapittel 6.2 har vi kartlagt og vurdert SSHF sitt system for veiledning og oppfølging av leger i spesialisering. Kapittel 6.3 omhandler legens ansvar, myndighet og oppgaver etter overføringen til utdanningsstilling som lege i spesialisering i Kristiansand. Til slutt beskrives resultatene fra konsernrevisjonens undersøkelser av kvalitet i operasjoner utført av vedkommende lege (kapittel 6.4).

6.1 Vurdering av kompetanse og egnethet ved overføringen

Legen ble overført fra overlegestilling ved SSF til LIS3-stilling i SSK i februar 2019. LIS3 er den siste delen med spesielle læringsmål for hver enkelt spesialitet. I dette kapittelet vurderer konsernrevisjonen hvorvidt det ble gjort en adekvat vurdering av legens kompetanse og egnethet ved overføringen.

Helseforetakene skal sørge for at medarbeiderne har nødvendig egnethet og kompetanse i det aktuelle fagfeltet, samt kunnskap om relevant regelverk, retningslinjer, veiledere og styringssystem. Videre skal helseforetakene ha oversikt over medarbeidernes kompetanse og behov for opplæring.

Konsernrevisjonen har ut i fra dette undersøkt om det var gjort en vurdering av legens kompetanse og egnethet ved overføringen fra SSF til SSK, uavhengig av vedkommende ansettelsesforhold i SSF. En slik vurdering er nødvendig for å kunne tilpasse opplæring, veiledning og oppfølging av vedkommende i en LIS-stilling. Vi har undersøkt om vurderingen omfattet både formalkompetanse og erfaring, samt eventuelle avvikssaker, tilsynssaker og personalsaker. Videre har vi undersøkt om vurderingen ble gjennomført av en leder med tilstrekkelig kompetanse og myndighet, og om resultatet av vurderingen ble kommunisert på en god måte til relevante enheter og personer ved SSK.

6.1.1 Observasjoner

Bakgrunn og beslutning om overflytting av legen

En overlege med spesialisering i generell kirurgi hadde siden 2008 operert både ortopedi og generell kirurgi/gastro ved SSF. Faglige og organisatoriske endringer i SSF i form av overgang til to vaktlag for henholdsvis ortopedi- og generell kirurgi gjorde at legen ikke kunne fortsette å arbeide som ortoped ved SSF uten spesialisering. Det opplyses at legen kunne ha fortsatt som generell kirurg ved SSF, men at vedkommende ønsket å jobbe med ortopedi. Legen trengte derfor spesialisering innen ortopedi og ble overflyttet til en LIS3-stilling ved SSK.

Den 8. januar 2019 ble det gjennomført et møte med personalmessig oppfølging av legen ved SSF. Det fremkommer av referatet at legen opplyser å ha hatt kontakt med avdelingssjef ved ortopedisk avdeling SSK, om mulig overflytting til en LIS3-stilling i SSK i forkant av møtet. Legen hadde da fått bekreftet at det var mulig dersom initiativet kom fra ledelsen. Avdelingssjef ved ortopedisk avdeling SSK opplyser at mulighetene for overflytting ble drøftet med ham mot slutten av et møte som omhandlet rotasjon av ortopeder fra SSK til SSF. Dette bekreftes av et møtetreferat fra 11. januar 2019, der det fremkommer at SSK var beredt til å ta imot en generell kirurg fra SSF under ordinære LIS-betingelser. Avdelingen hadde ikke behov for en LIS-lege på dette tidspunktet, men avdelingssjef ortopedi SSK sa seg villig for å hjelpe vedkommende lege og SSF.

Det ble utarbeidet en arbeidsavtale mellom legen og SSHF ved daværende konstituert klinikkdirktør ved SSF, som ble signert januar 2019. Av avtalen fremkommer det at legen skal gå i et LIS-løp i ortopedi i SSK fra 11. februar 2019 og at legen har permisjon fra SSF i perioden. Etter fullført LIS3-løp skal legen ansettes som overlege i ortopedi ved SSF med bindingstid i to år. Videre skal SSF kompensere noe av den reduserte lønnen som følge av endring i stilling, samt dekke boutgifter i Kristiansand.

SSHF opplyser at avdelingssjef har fullmakt til å tilsette medarbeidere. Beslutningen om overflytting av legen fra SSF til SSK fremkom etter en prosess mellom flere parter. Overflyttingen ble drøftet i møtet den 11. januar 2019. Ut i fra referatet deltok en rekke ledere med avdelingssjef ortopedi SSK, avdelingssjef kirurgi SSF, foretakstillitsvalgt Legeforeningen, klinikkdirktør SSK, klinikkdirktør SSF, organisasjonsdirektør tilstede.

Avdelingssjefene ved kirurgi SSF og ortopedi SSK var berørt av overflyttingen gjennom sitt personalansvar. Disse signerte avtalene sammen med klinikkdirktør ved SSF. Det opplyses at organisasjonsdirektør bistod partene i prosessen.

Vurdering av kompetanse

Med hensyn til formalkompetanse har SSHF dokumentert at legen fikk godkjent konvertering av tysk spesialistgodkjenning i generell kirurgi til norsk godkjenning i 2015. Videre fikk legen avslag på søknad om godkjenning av spesialitet i ortopedi i 2017. Avslaget var begrunnet med manglende tjenestetid ved godkjent utdanningsinstitusjon i ortopedi. SSF er ikke godkjent utdanningsinstitusjon for ortopedisk kirurgi. Det er ikke opplyst at legen har gjennomført kurs eller videreutdanning under tiden i SSF, utover deltakelse på ortopedisk høstmøte i 2018.

SSHF opplyser at avdelingssjef ved ortopedi SSK gjorde en vurdering av legens kompetanse ved overføringen fra SSF til SSK, og vurderte at legen tilfredsstilte kvalifikasjonskravet for LIS3-stilling. Vurderingen ble ikke dokumentert. Avdelingssjef ved ortopedi SSK opplyser at han på tidspunktet for overflytting anså legen for å være dyktig på bruddskader, men ikke på elektiv protesekirurgi. Avdelings-sjef opplyser at han hadde en forståelse av at vedkommende lege var traumekirurg fra Tyskland, noe som innebærer en formell utdanning i blant annet ortopedisk bruddbehandling. Ifølge avdelingssjef viste det seg at denne forståelsen var en misoppfatning.

Konsernrevisjonen har bedt om å få oversendt samtlige pasientrelaterte avviks-, klage- og tilsynssaker angående legen. Gjennomgangen viste at det på overføringstidspunktet var to avsluttede tilsynssaker hvor vedkommende lege var hovedoperatør. Ved disse to tilsynene var det konkludert med at helsehjelpen ikke var forsvarlig. I tillegg var legen på overflyttingstidspunktet involvert i tre andre pågående tilsynssaker. I disse tre sakene var også annet helsepersonell involvert i hendelsene. To av sakene omhandlet ortopediske inngrep der første inngrep utført av annen lege ikke var vellykket, og legen ble involvert i reoperasjon. Den tredje saken omhandlet kommunikasjonssvikt knyttet til håndtering av en akuttpasient (se mer i kapittel 7).

Avdelingssjef ortopedi SSK opplyser at han var kjent med at vedkommende lege hadde vært involvert i enkelte tilsynssaker ved SSF, men ikke at det var pågående tilsynssaker på vedkommende lege. Han opplyser videre at han over tid hadde hatt en generell bekymring for kvaliteten ved SSF, men at han så dette mest som et systemproblem og ikke spesifikt knyttet til vedkommende lege.

Videre opplyser avdelingssjef kirurgi SSF at hun høsten 2018 mottok muntlige tilbakemeldinger fra samarbeidende ortopeder fra Stavanger universitetssykehus (SUS), som uttrykte behov for å se på hvordan legen stilte indikasjon for proteseoperasjoner, samt hvordan legen forberedte seg til operasjoner. Dette startet en prosess som resulterte i en avvikssak knyttet til at legen motsatte seg veiledning av en ortoped fra SUS. Det opplyses videre at ortopeder ved SSF ikke har utført selvstendige proteseoperasjoner i etterkant av denne saken.

Vurdering av egnethet

Konsernrevisjonen har bedt om å få oversendt alle saker som kan belyse legens egnethet og adferd i SSHF. På tidspunktet for overføring fra SSF til SSK hadde legen fått tre formelle tilbakemeldinger knyttet til adferd. Tilbakemeldingene omhandlet legens adferd og oppførsel overfor kollegaer og ledere. Tilbakemeldingene er fra 2017 og 2018, og bygger på hendelser i tidsrommet 2016-2018.

Det er ingen skriftlige rutiner for overføring av informasjon om personalsaker, for eksempel i forbindelse med overflyttinger innad i helseforetaket. Avdelingssjef ortopedi SSK oppgir at han ikke har sett legens personalmappe. Organisasjonsdirektør beskriver at mappen ikke er egnet til å gi fullstendig oversikt over avvik, hendelser og tilsynssaker. Det opplyses at tre skriftlige advarsler var arkivert i mappen med referansenummer til de uønskede hendelsene som på det tidspunkt var kjent for ledelsen ved SSF. SSHF opplyser at det frem til 2011 ble benyttet fysiske personalmapper. Siden er Public 360 benyttet som arkivsystem. I personalmappen i Public 360 skal dokumenter som arbeidsavtale, CV, attester, sertifikater, autorisasjoner, vitnemål og informasjon om ansiennitet arkiveres. For tilsynssaker, klagesaker, personalmessige forhold og varslingssaker, opprettes det egne saker som har ulikt tilgangsnivå. Vi har fått opplyst at kvalitetssystemet ikke er utformet for å kunne gi oversikt over antall og type saker knyttet til den enkelte ansatt.

Avdelingssjef kirurgi SSF, klinikkdirektør SSF og organisasjonsdirektør, opplyser imidlertid at avdelingssjef ortopedi i SSK fikk all dokumentasjon om utfordringer knyttet til legens adferd i SSF. Avdelingssjef kirurgi i SSF opplyser at hun ga avdelingssjef ortopedi SSK utskrift av syv avvikssaker knyttet til adferd. Avdelingssjef ved ortopedi SSK opplyser om at han var kjent med at legen hadde fått to formelle advarsler som følge av uønsket adferd overfor kollegaer i SSF, men han oppfattet at sakene var tilbakelagt. Avdelingssjef ortopedi SSK opplyser at han i ettertid har fått inntrykk av at det må ha vært mer kunnskap i organisasjonen om tidligere adferdsproblemer knyttet til legen enn det han fikk fremlagt. Avdelingssjefen opplyser at dersom han hadde vært bedre informert, ville legen vært under et tettere kontrollregime.

Det har ikke fremkommet at det ble dokumentert en vurdering av legens egnethet ved overføringen fra SSF til SSK. Samtidig ble det i forbindelse med oppstart i LIS-stillingen inngått en skriftlig samarbeidsavtale mellom vedkommende lege, avdelingssjef ortopedi SSK og avdelingssjef kirurgi SSF. Avtalen hadde et eget punkt om adferd og arbeidsmiljø, og presiserte forventninger til legen angående kommunikasjon, pasientsikkerhet og adferd. Avtalen viste til to tidligere advarsler, og at disse ville ligge til grunn og være bestemmende for hvordan en reaksjon på en eventuell fremtidig sak ville bli.

Informasjon om legens kompetanse og egnethet i virksomheten

Legen har hatt en overlege i ortopedisk avdeling SSK som veileder i LIS-perioden. Avdelingssjef ortopedi SSK beskriver at veilederen fikk samme informasjon som han selv hadde om legen. Veileder opplyser at forventninger til adferd ble tydelig kommunisert ved oppstart. Det er ikke opplyst at ledere eller medarbeidere i samarbeidende avdelinger hadde fått informasjon om å følge spesielt med på legen.

6.1.2 Konsernrevisjonens vurdering

Det fremstår som om hensikten med å overflytte legen til en LIS-stilling i SSK, var at vedkommende lege skulle få spesialisering i ortopedi og deretter returnere til SSF. Dette bekreftes av skriftlige avtaler og opplysninger fra intervjuer med involverte personer. At SSF ønsket legen tilbake understøttes av at klinikken ga legen permisjon fra sin overlegestilling, kompenserte det økonomiske tapet som følge av stillingsendringen, og påla vedkommende bindingstid etter gjennomført LIS-utdanning.

Beslutningen om å overføre legen synes å være fattet i dialog mellom avdelingssjef ortopedi SSK og daværende klinikkdirektør i SSF og avdelingssjef for kirurgiske fag i SSF. Konsernrevisjonens vurdering er at det var ledere på adekvat nivå i organisasjonen som var involvert i overføringen.

På overføringstidspunktet var det i SSHF kjent hvilken formal- og realkompetanse legen hadde, men avdelingssjef ortopedi SSK hadde imidlertid en feilaktig oppfatning om at legen var utdannet traumekirurg fra Tyskland. Både avdelingssjef ortopedi i SSK og lederne fra SSF var kjent med at det hadde vært enkelte avviki- og tilsynssaker av faglig art knyttet til legen før overføringen. Det er likevel konsernrevisjonen forståelse at avdelingssjef ortopedi SSK og lederne i SSF anså legen som faglig skikket til å gå inn i en LIS-legestilling i ortopedi. Det fremstår for oss som om legen ble ansett som dyktig innen visse områder av ortopedien, og på et nivå over de fleste som starter i en LIS-stilling.

Det er noe ulike oppfatninger om hvor god informasjonsoverføringen om legens faglige og adferdsmessige historikk var ved overføringen. Det er vår vurdering at nærmeste leder ved SSK i tilstrekkelig grad var kjent med legens kompetanse og erfaring ved overføringen. Samtidig mener vi at vurderingen av legens kompetanse burde vært dokumentert ved overføringen til LIS-stillingen. Etter vår vurdering kunne denne vært et godt utgangspunkt for å tilpasse opplæring, veiledning og oppfølging av vedkommende lege. Det kunne også avklart den feilaktige oppfatningen om at legen var utdannet traumekirurg.

Revisjonen viser at personalsaker ikke alltid er en del av personalmappen til den enkelte medarbeider i SSHF, men blir arkivert i saksbehandlingssystemet. Det er nærmeste leder og eventuelt organisasjonsavdelingen sentralt, som besitter denne informasjonen. Det er ingen skriftlige rutiner for overføring av informasjon om personalsaker, for eksempel i forbindelse med overflyttinger innad i helseforetaket. Etter konsernrevisjonens vurdering innebærer dette risiko for at ny leder ikke får tilstrekkelig kunnskap om potensielt viktige personalmessige forhold.

Når det gjelder overføringen av vedkommende lege til SSK, var avdelingssjef ortopedi SSK avhengig av at de andre som var involvert i overføringen, delte sin kunnskap om legens adferdshistorikk med ham. Avdelingssjef ortopedi SSK fikk informasjon om at legen hadde fått formelle advarsler knyttet til adferd og krevende samarbeidsforhold. Avdelingssjefen skrev i tillegg under en samarbeidsavtale med legen, der det ble vist til tidligere forhold og det ble fremsatt forventninger til legens adferd i SSK. Etter vår vurdering mottok avdelingssjef ortopedi SSK tilstrekkelig informasjon til å kunne vurdere tiltak for å følge opp legens adferd i LIS-perioden.

6.2 Veiledning og oppfølging av leger i spesialisering

Dette kapittelet omhandler SSHF sitt system for veiledning og oppfølging av leger i spesialisering (LIS). Vi beskriver særskilt rutinene ved ortopedisk avdeling i SSK og formalitetene knyttet til LIS-løpet for vedkommende lege som i 2019 startet i en utdanningsstilling som LIS3.

Vi legger til grunn ny spesialistforskrift for leger i spesialisering som trådte i kraft 1. mars 2017 for LIS1, og 1. mars 2019 for LIS2 og LIS3. Forskriften beskriver helseforetakenes ansvar og rolle i ny ordning for spesialistutdanningen, og erstatter tidligere regelverk vedrørende godkjenning av utdanningsinstitusjoner.

I ny LIS-ordning er det oppnåelse av læringsmål som gjelder. Spesialistforskriften definerer læringsmål som «hva en legespesialist skal forstå, kunne eller være i stand til å utføre». Hver spesialitet har forskriftsfestede læringsmål fastsatt av Helsedirektoratet.

LIS skal ifølge spesialistforskriften arbeide under veiledning og supervisjon. LIS har selvstendig ansvar for egen læring, blant annet ved å følge opp den individuelle utdanningsplanen og delta i læringsaktiviteter.

En konsekvens av omleggingen til ny ordning for spesialistutdanningen, er at SERUS-rapporteringen til Legeforeningen angående gjennomføring av LIS-utdanning ble avvirket. Fremover skal utdanningsinstitusjonene innrapportere dokumentasjon for spesialistutdanningen via en kompetanseportal som er utviklet av leverandøren Dossier solutions. Alle LIS som skal søke spesialistgodkjenning etter ny forskrift, må bruke kompetanseportalen.

Konsernrevisjonen har undersøkt om SSHF har overordnede rutiner for gjennomføring av LIS-utdanning. Videre at ortopedisk avdeling har organisert LIS-utdanningen på en hensiktsmessig måte og etterlever overordnede krav og føringer. Angående vedkommende lege har vi undersøkt om det ble gitt veiledning og oppfølging fra nærmeste leder og veileder. Videre har vi undersøkt om det var utarbeidet en individuell opplæringsplan, der det er beskrevet opplæringstiltak og skissert en forventet utvikling.

6.2.1 Observasjoner

Føringer for LIS-utdanning i SSHF

For å møte de nye kravene til LIS-utdanning, har SSHF i mars 2020 innført flere overordnede retningslinjer som skal være styrende i helseforetaket.

Organisering av spesialistutdanningen for leger i SSHF beskriver hvordan ansvar og roller for spesialistutdanningen skal organiseres i SSHF. Foretaksledelsen skal ta beslutninger på saker som påvirker foretakets økonomi og hvordan utdanningen i SSHF er organisert. Utdanningskoordinerende overlege har en sentral koordinerende rolle for spesialistutdanningen i SSHF.

Funksjonsbeskrivelsen for veiledere omfatter kvalifikasjonskrav, ansvarsområder, oppgaver og forventninger til LIS-veiledere, og skal bidra til en felles forståelse og praktisering av veilederrollen. Det er leder som er ansvarlig for at LIS tildeles en egnet veileder ved oppstart i avdelingen, og at det settes av tilstrekkelig tid til veiledning og kompetanseutvikling for veiledere. Leder er videre ansvarlig for at læringsmålsplan opprettes i Kompetanseportalen, samt for å godkjenne læringsmål etter anbefaling fra veileder. Veilederen skal velges ut fra utdannelsesfaglige og medisinske kvalifikasjoner og ferdigheter. Veiledere skal også være personlig egnet til å inneha veilederrollen. Veileder skal være spesialist i faget på aktuell avdeling.

Individuell utdanningsplan beskriver at LIS i samarbeid med veileder skal fylle ut utdanningsplan ved ansettelsen for å sikre progresjon i utdanningen. Denne skal revideres halvårlig og lastes opp i Kompetanseportalen. Planen skal også sendes til veileder og leder.

SSHF opplyser om at grunnpillarene i LIS-utdanningen med utnevning av veileder, utarbeidelse av individuell opplæringsplan og fortløpende veiledning og oppfølging av progresjon, har ligget fast over tid. Disse kravene er ikke endret som følge av den nye forskriften.

Rutiner for LIS-utdanning i ortopedisk avdeling SSK

Det foreligger administrative og faglige rutiner for ortopedisk avdeling SSK som beskriver ansvar, oppgaver og myndighet for LIS-leger i avdelingen (se kapittel 6.3 for nærmere beskrivelse av rutinene). Det er utarbeidet en generell plan for utdanningen ved ortopedisk avdeling. Denne beskriver hensikt og målsetting, opplæringsplan for LIS, utdanning, veiledning og arbeidsmåter. Utdanningsplanen gjelder alle leger under spesialisering ved SSK i spesialiteten ortopedi. Opplæringsplanen består av tre trinn (figur 5). LIS-legen skal ha fått opplæring og skal kunne operere selvstendig etter tre måneder på trinn én. Trinn to er først fra 12 måneder og trinn tre fra 24 måneder.

Kneprotese/hofteprotese, rygg, ACL og andre operasjoner etter spesiell interesse	Trinn 3 etter ca 24 mnd
Artroskopi kne, skulderskopier, hallux valgus, artrodese	Trinn 2 etter ca 12 mnd
Større osteosyntesefjerning , margnagler osv. amputasjoner	
Carpal tunnel, enkel osteosyntesefjerning, ganglion hånd/ fot , triggerfinger, eksostoser, hammertå o.l	trinn 1 fra start
Bruddbehandling - øyeblikkelig hjelp	

Figur 5: Trinn i LIS-utdanning i ortopedisk avdeling SSK. Kilde: oversendt fra SSHF

Avdelingen har som mål at kandidaten etter tre års utdanning har samlet seg bred erfaring innen akuttortopedi og grunnleggende ortopediske inngrep. Ifølge utdanningsplanen er det første året hovedsakelig konsentrert til arbeid med akuttpasienter. Innen større elektiv kirurgi er hovedaktiviteten for LIS det første året å assistere. LIS fungerer i begrenset grad som hovedoperatør uten erfaren assistent ved de større elektive inngrepene det første året, da kun eventuelt som dagkirurgi og for enkle prosedyrer. Det vil være individuelle forskjeller, og den enkelte LIS skal med sin veileder gi beskjed til operasjonskoordinator når de er selvstendige på de enkelte inngrep.

Ortopedisk avdeling opplyser at de har som rutine at veileder og LIS-kandidat som hovedregel skal gjennomføre månedlige veiledningsmøter. Det skal føres referat fra møtene.

Ortopedisk avdeling opplyser å ha vært i en fase med omlegging av dokumentasjon- og rapporteringssystemet knyttet til ny LIS-ordning (Dossier). Tidligere gjaldt innrapportering via SERUS med egne gjennomganger ved spesialistkomiteen i Legeforeningen. Årlig rapport om spesialist-utdanning for leger (SERUS) ble ikke levert i 2018 grunnet overgang til ny ordning etter beslutning fra Helsedirektoratet. Siste rapport i SERUS for ortopedisk avdeling gjaldt i 2017.

Spesialistkomiteens vurdering av status for 2017 var i hovedsak positiv. Av forbedringspunkter framkom det at månedlig veiledning med skriftlig referat og at individuelle utdanningsplaner skal fylles ut og leveres i sin helhet.

Vedkommende leges LIS-løp i ortopedisk avdeling SSK

Avdelingssjef ortopedi SSK opplyser at intensjonen var at vedkommende lege skulle gjennomføre et fullverdig LIS-løp frem til spesialisering som ortoped. Avdelingssjef opplyser om at det ble bestemt at legen ikke skulle operere rygg og proteser innledningsvis, men utføre operasjoner knyttet til traume og halv-øyeblikkelig hjelp. Avdelingssjef opplyser videre at avdelingen er delt i fire områder, og at legen begynte på området fot/hånd.

Vedkommende lege har hatt en overlege fra ortopedisk avdeling SSK som LIS-veileder. Avdelingssjef opplyser om at veilederen ble utpekt fordi avdelingssjef ønsket en veileder som kunne være tydelig. Veilederen opplyser at han har opplevd det som underlig å skulle veilede en erfaren tidligere overlege som en LIS-lege. Veiledningen har derfor vært noe annerledes enn normalt. Avdelingssjef opplyser at han har informert LIS-veilederne om viktigheten av å formalisere veiledersamtalene i et skriftlig resyme.

Veilederen til vedkommende lege opplyser at de i liten grad har formalisert gjennomføringen av LIS-løpet. Det er blant annet ikke utarbeidet en individuell opplæringsplan for legen. Veileder opplyser at de som hovedregel har hatt månedlige veiledningsmøter. Det er ikke ført referater fra veiledersamtaler, men det ble gjort notater fra to av samtalenene.

Veiledningen har ifølge veileder primært rettet seg mot de adferdsmessige utfordringer legen sto overfor angående situasjonen i SSF, ortopedisk avdeling SSK sine rutiner, og å lære vedkommende lege å være en del av et større system og fagmiljø. Veileder opplyser at han opplevde at dette var i tråd med hva vedkommende lege selv ønsket den første tiden.

Avdelingssjef og veileder opplyser om at manglende formalisering og dokumentasjon av veiledningen delvis skyldes omleggingen til Kompetanseportalen som rapporteringssystem. Veileder opplyser også at han ikke har fått opplæring i det nye systemet. Veileder opplyser videre om at omfanget av hendelser og medietrykket som var på legen i LIS-perioden, førte til at de aldri kom så langt som til å planlegge en opplæringsplan og veiledningsaktiviteter fremover i tid.

6.2.2 Konsernrevisjonens vurdering

SSHF har etablert overordnende retningslinjer for organisering av spesialistutdanningen for leger i henhold til ny LIS-ordning. Videre har ortopedisk avdeling ved SSK etablert felles og individuelle utdanningsplaner. Individuelle utdanningsplaner må imidlertid tilpasses ny ordning da de planene konsernrevisjonen har mottatt er etablert på bakgrunn av tidligere ordning.

Ortopedisk avdeling har vært i en fase med omlegging av dokumentasjon- og rapporteringssystemet knyttet til ny LIS-ordning. Konsernrevisjonen har ikke gjort noen vurdering av innføringen, og i hvilken grad systemet vil bidra til god dokumentasjon.

Legen ble satt inn i en ordinær LIS-stilling og fikk tildelt en veileder som både var vurdert til å ha tilstrekkelig erfaring og kompetanse, samt var personlig egnet til å veilede den aktuelle kandidaten.

Det opplyses at avdelingssjef og veileder la en plan for første del av LIS-perioden med mål om å tilvenne legen til å bli en del av et større fagmiljø. Legen skulle arbeide mest med operasjonstyper som vedkommende behersket godt fra SSF, og dette skulle senere utvides til operasjonstyper der legens kompetanse var mer usikker. Det ble imidlertid ikke opprettet en individuell opplæringsplan for legen. En individuell opplæringsplan er etter vår vurdering et nyttig verktøy for å dokumentere hvordan planen for LIS-utdanningen ble tilpasset legens bakgrunn og erfaring. Planen kunne vært utgangspunkt for å avstemme forventninger og rammer med legen, og evaluere progresjonen.

Med bakgrunn i utfordringer knyttet til legens adferd ved SSF, var det skrevet en samarbeidsavtale der forventninger til legens adferd i SSK var presisert. Både avdelingssjef og veileder hadde jevnlig samtaler med legen. Vi vurderer det som en svakhet at veiledningssamtalene i liten grad ble referatført. Dette forsterkes av legens lange erfaring som selvstendig overlege i et lite sykehus, som kunne tenkes å gi utfordringer knyttet til rolleforståelse og samarbeid. Etter vår vurdering tilsier disse forholdene at det var særlig viktig å dokumentere innholdet i veiledningssamtalene.

Det er mulig at den pågående overgangen til nytt dokumentasjon- og rapporteringssystem kan ha vært en medvirkende årsak til at det ikke ble utarbeidet en individuell opplæringsplan og at det ikke ble utarbeidet referater fra veiledningssamtalene. Vi mener likevel at det måtte forventes at avdelingen fant løsninger for å få gjennomført nødvendig dokumentasjon. Konsernrevisjonen bemerker at skriftlige referater og individuelle utdanningsplaner også var forbedringspunkter i tilbakemeldingen fra spesialistkomiteen i 2017.

6.3 Legens ansvar, myndighet og oppgaver ved sykehuset i Kristiansand

Dette kapittelet omhandler legens ansvar, myndighet og oppgaver etter overføringen til utdanningsstilling som lege i spesialisering i ortopedisk avdeling ved SSK.

Helseforetakene skal sørge for at ansvar, oppgaver og myndighet er tydelig fordelt, og følge opp at dette etterleves. Videre har helseforetakene plikt til å evaluere sine aktiviteter og vurdere om gjennomføringen av oppgavene, tiltakene og planene er egnet til å etterleve krav i helse- og omsorgslovgivningen.

Konsernrevisjonen har undersøkt om legens ansvar, myndighet og oppgaver som LIS3-kandidat, var definert og i tråd med vedkommende kompetanse. Hvilke operasjoner legen kunne utføre på egenhånd måtte således være definert, og kravene til å konferere overlege måtte være klargjort. Videre har vi undersøkt om rammene var tydelig kommunisert både til legen og til personell med ansvar for å følge vedkommende opp. Vi har også undersøkt om SSK fulgte med på legens fagutøvelse, og sikret at vedkommende operasjonsaktivitet var i tråd med de føringer som var gitt - og med forventet kvalitet.

6.3.1 Observasjoner

Rutiner for fordeling av ansvar, myndighet og oppgaver ved ortopedisk avdeling SSK

Ortopedisk avdeling SSK har administrative og faglige rutiner hvor det fremgår ansvar, myndighet og oppgaver for overleger og LIS i ortopedi.

Rutinene beskriver at LIS3 i ortopedisk avdeling har ansvar for akuttpoliklinikken som «akuttlege». Dersom vakthavende ortoped er opptatt, skal vakthavende LIS3 være behjelpelig med å avklare pasienter som innlegges ved traumemottak. Ved hastesituasjoner plikter vakthavende LIS3 å vurdere situasjonen, og ved behov sørge for at en annen kollega kontaktes for å bistå. Vakthavende LIS3 konferer med overlege ved behov og det skal være lav terskel for å involvere vakthavende overlege i å stille indikasjon. Videre bør overlege være orientert om pågående og planlagt operasjonsaktivitet.

Dagkirurgi skal gjennomføres enten av en LIS alene eller sammen med en overlege. Der LIS er alene, skal det sikres at vedkommende har tilstrekkelig kompetanse for selvstendig kirurgi på de aktuelle inngrep. Det skal alltid være en overlege tilgjengelig for assistanse, men på selvstendige dager skal assistanse fra overordnet være unntaket. Operatør har ansvar for å avklare hvilke implantater som skal benyttes.

Ved operasjoner i poliklinikk, er lege som ikke er i stand til å utføre det planlagte inngrepet selvstendig, pliktig til å klarere avgjørelsen om forestående kirurgi med annen/overordnet lege. LIS3 plikter å opplyse i poliklinisk notat om vedkommende ikke er selvstendig på aktuelle inngrep. Konfereringen skal journalføres og operasjon skal ikke settes i gang før dette er avklart. Ullevål sykehus eller Rikshospitalet skal konsulteres ved henholdsvis kompleks traumatologi inklusive bekkenfrakturer og komplekse håndskader.

På morgenmøtet presenteres det planlagte operasjonsprogrammet for dagen og eventuelle uklarheter vedrørende dette drøftes. Eventuelle endringer som følge av diskusjon på morgenmøtet, formidles av leder for morgenmøtet til operasjonskoordinator.

Avdelingssjef ortopedi SSK opplyser at alle som skal opereres blir tatt imot av LIS3 og at behandlingsplan skal diskuteres med overlege i bakvakt. For erfarne LIS3 er det ikke et krav at alle beslutninger skal diskuteres med overlege, men terskel for å diskutere skal være lav. Avdelingssjef opplyser om at veileder har et særlig ansvar for å vurdere når den enkelte LIS er kompetent til å være selvstendig på ulike inngrep. Alle nyinnlagte pasienter gjennomgås på morgenmøte og behandlingsmåte

diskuteres i plenum. Dersom operasjon gjennomføres på vakt uten foregående morgenmøte, skal operasjonen diskuteres i etterkant på bakgrunn av bilder før og etter operasjon.

Definering av ansvar og oppgaver overfor legen

Det fremkommer av midlertidig tilleggsavtale mellom SSHF og legen (22.3.19) og samarbeidsavtale om gjennomføring av spesialisering ortopedi ved SSK (januar 2019), at legen ble ansatt som ordinær LIS.

Avdelingssjef opplyser om at han gjorde det klart fra start overfor vedkommende lege, at legen var ansatt som underordnet lege med de rettigheter og plikter som gjelder for LIS i ortopedi. Legen skulle ikke gjøre elektiv kirurgi utover det annen LIS gjør. Det skal også ha blitt presisert overfor legen at vedkommende ikke skulle planlegge avansert kirurgi uten å ha konferert med spesialkompetent overlege. Spesielt skulle legen ikke gjøre avansert håndkirurgi uten at vedkommende hadde gjennomgått de aktuelle pasientkasus med overlege med ansvar for håndkirurgi. Legen skulle videre ikke påta seg avansert kirurgi ved øyeblikkelig hjelp uten å ha konferert med overlege.

Avdelingssjef beskriver at legen fikk tydelig informasjon om rammer og forventninger. For eksempel ble det kommunisert at kompliserte håndleddsbrudd skulle opereres på dagtid med flere leger sammen, og at nye teknikker ikke skulle tas i bruk alene.

Legens LIS-veileder opplyser at han i første møte med legen var tydelig på at legen ikke kunne ha nye feilvurderinger eller komplikasjoner, og at legen ikke måtte ta noen sjanser. Legen skal ha blitt informert om viktigheten av å søke hjelp hos overleger i faglige spørsmål, og akseptere at legen nå var LIS og ikke overlege. Vedkommende lege skal ha fått beskjed om å ikke operere alene uten å ha klarert dette med overlege.

Da legen ikke har vært tilgjengelig for konsernrevisjonen, har det ikke latt seg undersøke i hvilken grad vedkommende selv oppfattet at rammene var klare.

Informasjon til organisasjonen om legens rolle

Avdelingssjef opplyser at han presiserte overfor de ortopediske overlegene at legen var LIS på linje med øvrige LIS i avdelingen. Avdelingssjef mener å ha gjort det klart overfor alle overleger som hadde vakt med legen, at de hadde ansvar for å holde øye med hva legen opererte. Avdelingssjef skal også ha presisert at ingen skulle gi aksept til at legen opererte noe de ikke selv var trygge på å operere. Avdelingssjef skal ha bedt om å få beskjed dersom noen ble kjent med problemstillinger angående legen som kunne representere en pasientrisiko.

Oppfølging av legen i hans rolle

Avdelingssjef opplyser å ha hatt tett kontakt med veileder for å sikre lik forståelse av hvordan legen fungerte i det daglige arbeidet. Vedkommende lege har hatt poliklinikk, sengepost og gått vakter. Vedkommende lege har operert mye traumatologi og halv-øyeblikkelig hjelp, og utført lite elektiv kirurgi. Legen har ikke operert proteser, rygg, kne eller skulder.

Veileder beskriver legen som uvanlig bred i sin kunnskap, og at legen var komfortabel med å operere store deler av kroppen. Veileder beskriver videre at vedkommende lege på mange måter var på høyde med overlegene. Spesielt har legen vist interesse og kompetanse innen håndkirurgi. Avdelingen benyttet vedkommende som en reserveløsning når det var nødvendig. Både avdelingssjef og veileder gjennomførte enkelte operasjoner med legen, og hadde ikke noe å utsette på arbeidet de så. Ifølge veileder var dette også tilbakemeldingen fra andre kollegaer i avdelingen.

Avdelingssjef opplyser at han har hatt hyppigere samtaler med legen enn det han normalt har med LIS-leger. I samtalene skal avdelingssjef blant annet at tatt opp med legen et par henvendelser angående uklar diktering og at legen var noe «rask» ved visittgang. De skal også ha gjennomgått to saker som

hadde kommet i internt meldesystem. Veileder opplyser om at legen var hyppig innom kontoret i tillegg til de formelle veiledersamtalene.

Veileder opplyser at hans inntrykk er at legen i hovedsak har holdt seg til de gitte rammene, men at det er kjent med at det enkelte ganger har skjedd at legen har blitt stående alene med operasjoner legen burde hatt assistanse på. Veileder viser til at systemet i avdelingen skal fange opp dette, men at det noen ganger kan ha sviktet.

Avdelingssjef og veileder opplyser at det skal ha vært noen hendelser der det oppstod uklarheter knyttet til hvilke operasjoner legen kunne gjennomføre. Operasjonskoordinator, som setter opp og planlegger operasjonsprogrammet, skal ved noen tilfeller ha henvendt seg til veileder med spørsmål om det var riktig at vedkommende lege skulle gjennomføre enkelte operasjoner uten assistanse fra annen lege. Disse var selv meldt inn til operasjon av vedkommende lege. Det skal også ha vært et tilfelle av uenighet mellom legen og en overlege ved avdelingen, der overlegen hadde stanset en operasjon som vedkommende lege hadde satt opp. Det skal i forbindelse med hendelsene ha blitt presisert at legen kunne gjøre selvstendige operasjoner etter avtale med overlege. Operasjoner som lå over kompetansenivå til overlege, eller operasjoner innenfor sentraliseringsordning (avanserte håndskader, replantasjoner etc.), skulle sendes til annet sykehus med spesialkompetanse.

Utover ovennevnte forhold har det ikke blitt gjennomført noen særskilte løpende oppfølgingstiltak knyttet til vedkommende lege, f.eks. ved gjennomgang av oversikter over utførte operasjoner eller journaler fra operasjoner.

I januar 2020 oversendte Fylkesmannen sak til Statens helsetilsyn med spørsmål om administrativ reaksjon mot legen. Dette var på bakgrunn pasientrelatert uønsket hendelse ved SSF i 2018. Avdelingssjef vurderte situasjonen slik at legen måtte tas ut av klinisk praksis, både av hensyn til pasientsikkerheten og legen. Avdelingen gjennomførte deretter en intern gjennomgang av alle operasjonene legen hadde gjennomført som hovedoperatør i LIS-perioden (se kapittel 7.4).

Ansvar og myndighet - konsernrevisjonens gjennomgang av legens utførte operasjoner

Konsernrevisjonen har fått uttrekk fra DIPS over legens operasjonsaktivitet som hovedoperatør ved SSK. Uttrekket er benyttet for å få en oversikt over omfanget av operasjoner, kompleksitet, samt bruk av annen lege som assistent ved operasjoner der legen har vært hovedoperatør. Formålet har vært å belyse om legens arbeid har vært i tråd med rollen som LIS og de rammene som ble lagt.

Legen har totalt utført 190 operasjoner som hovedoperatør ved SSK, fordelt på 76 ulike typer inngrep, jamfør vedlegg 7. Analysen viser at legen hovedsakelig har behandlet traumatologi og halv-øyeblikkelig hjelp.

Uttrekket viser at om lag halvparten av pasientene som legen har operert, var inneliggende over natten på hverdag før operasjon. Ifølge avdelingens rutiner skal plan for operasjon da ha blitt drøftet på morgenmøter i forkant av operasjon. Av operasjonene som skal ha blitt drøftet på morgenmøte ble 57 prosent gjennomført uten annen lege som assistent. De øvrige pasientene ble operert samme dag som innleggelsen, eller ble innlagt og operert i helg. Av disse operasjonene ble 71 prosent utført uten at vedkommende lege ble assistert av annen lege.

Analysen viser videre at det varierer mellom de ulike operasjonstypene om operasjonene er utført med annen lege som assistent. Av de 76 ulike operasjonstypene som legen har utført, vurderer fagrevisor at 17 av disse bør utføres med annen lege som assistent, når hovedoperatør er LIS3. Dette er først og fremst av praktiske årsaker.

Gjennomgangen viser at legen har utført 54 operasjoner av de 17 operasjonstypene som bør utføres med annen lege som assistent. Om lag halvparten av de 54 operasjonene er utført med lege som assistent, og for disse har det vært en lik fordeling av overleger og andre LIS3. Dette gjelder eksempelvis ved hemiprotoser med eller uten sement.

For operasjoner som er utført uten lege som assistent, var flere av disse drøftet i morgenmøte. Gjennomgangen viste eksempelvis at legen har utført flertallet av følgende operasjonstyper uten annen lege som assistent:

- osteosynteser med plate av distale radius, malleol, ankel
- osteosynteser med marg- eller glidenagle ved fraktur i proximale femur, tibiaskaft, og humerus
- Sutur/reinsering, ekstensorsene, hånd

Utover de 17 operasjonstypene er det også andre operasjonstyper som potensielt kan være kompliserte, og hvor behovet for assistent må vurderes ut fra pasientens skade. Etter vår vurdering er det ut i fra gjennomgangen seks operasjonstyper som potensielt kan være kompliserte, og hvor vi vurderer at eventuelt behov for assistent må vurderes på bakgrunn av pasientens skade. Dette omfatter blant annet:

- osteosyntese m/plate, fraktur, lat. malleol, ankel
- osteosyntese m/plate, fraktur, prox tibia, legg
- reseksjon/eksisjon, fascie (Dupytren), hånd

Gjennomgangen viser at legen har utført totalt 15 operasjoner blant disse operasjonstypene. Av de 15 har seks operasjoner trolig blitt drøftet i morgenmøte. Samtidig er det ni operasjoner som ikke har blitt drøftet i morgenmøte, og er utført uten annen lege som assistent.

Gjennomgangen viser også at legen har utført et fåtall av operasjonstypene «Artroplastikk, CMC, hånd» og «Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur håndrot». Etter vår vurdering anses ikke disse for å være selvstendige LIS3-operasjoner, og at LIS3 i såfall bør assisteres av overlege. Disse operasjonene var utført med assistent, henholdsvis overlege og LIS3.

Vårt uttrekk av operasjonsaktiviteten inneholder ikke informasjon om hvorvidt legen har konferert om pasienter som ikke har vært inneliggende over natten og drøftet disse i morgenmøte. Avdelingen viser til at alle røntgenbilder også diskuteres etter helg, samt at det ofte er diskusjoner i forkant av operasjoner mellom forvakt og bakvakt. Journalgjennomgangen viser at dette i ulik grad dokumenteres (se kapittel 6.4).

6.3.2 Konsernrevisjonens vurdering

Ansvar, myndighet og oppgaver for LIS-leger i ortopedisk avdeling i SSK fremkommer av faglige og administrative rutiner. Det er vår forståelse at leger i LIS3-stilling, er innvilget en stor grad av skjønn for når de skal konferere med overlege og ikke. Som følge av dette, vil føringene fra avdelingssjef og veileder om grenser og forventninger til selvstendighet til den enkelte LIS-lege, være viktige for å «ramme inn» legens fagutøvelse.

Avdelingen har etablert flere tiltak for å sikre at LIS kun gjennomfører operasjoner de er kvalifisert til. Planlagte og gjennomførte operasjoner skal for eksempel drøftes på morgenmøtet, og operasjonskoordinator gjennomgår operasjonsplanen i forkant.

Kontrollregimet rundt LIS-legene fremstår ikke like sterkt når operasjoner gjennomføres i vaktjeneste på kveld, natt og ferier. Det er vår vurdering at risikoen for at LIS-leger utøver for stor grad av selvstendighet, er størst i slike situasjoner. Dersom leger har operert noe de ikke burde, vil det

eksempelvis kunne fanges opp på røntgenmøter i etterkant av operasjonene, eller ved at det oppstår komplikasjoner. Dette vil bidra til selvjustis rundt LIS-legenes grad av selvstendighet.

Det fremkommer tydelig av skriftlige avtaler at legen ble ansatt i en LIS-stilling i SSK. Rammene for legens faglige utøvelse utover dette, synes å være gitt muntlig. Avdelingssjef og legens veileder opplyser at legen fikk presentert klare rammer. Herunder at legen ikke måtte operere komplekse tilstander uten å søke råd eller godkjenning i forkant og at legen ikke hadde noe å «gå på» når det gjaldt feilvurderinger. Dette skal også ha blitt kommunisert til overlegegruppen med en forventning om at alle bidro til å følge det opp.

Rammen som legen skal ha fått, indikerer en viss grad av bekymring for at vedkommende skulle være for selvstendig og ta for høy risiko. Trolig var dette en relevant bekymring da legen i mer enn ti år skal ha arbeidet svært selvstendig og allsidig som overlege i et lite fagmiljø i SSF. Det er sannsynlig at denne bakgrunnen kunne bidra til en annen risikoprofil for denne legen enn en uerfaren LIS-lege. Det er derfor vår vurdering at de faglige rammene vi har fått beskrevet for legen i LIS-stillingen, fremstår som hensiktsmessige. Imidlertid kunne rammen med fordel vært skriftliggjort, slik tilfellet var for forventningene til legens adferd (se kapittel 6.1).

Legen har utført mange operasjoner uten assistanse fra annen lege, og som normalt ikke bør utføres alene av LIS3. Flere av disse vurderes også som kompliserte operasjoner. Det er vår vurdering at legen har hatt relativt høy grad av selvstendighet og tillit i LIS-tjenesten. Ut fra analysen av operasjonsaktiviteten, er det mulig at legen kan ha gått ut over de skisserte rammene, men det kan ikke utelukkes at det er konferert og dermed akseptert.

Oppfølgingen av at legen holdt seg innenfor de skisserte rammene, synes basert på de generelle rutineene med morgenmøte/røntgenmøte, plikten til å konferere på vakt, observasjon fra andre ansatte og dialog med avdelingssjef og veileder. Det faktum at avdelingen flere ganger måtte stoppe legen i å gjennomføre operasjoner vedkommende hadde satt opp, er etter vår mening en indikasjon på at rammene enten ikke var klare nok, eller at legen ikke i tilstrekkelig grad forholdt seg til dem. Sett i lys dette, og at det fremstår som om det var en begrunnet bekymring for at legen skulle gå ut over rammene sine, er det vår vurdering at oppfølgingen av legens operasjonsvirksomhet burde vært tettere. Slik legens tillit og rolle utviklet seg, er det vårt inntrykk at avdelingen har tatt større risiko enn tilsiktet ved etablering av ordningen.

6.4 Kvalitet i operasjoner utført av vedkommende lege ved sykehuset i Kristiansand

Konsernrevisjonen har undersøkt om legen, som hovedoperatør, har utført operasjoner i SSK med forventet kvalitet. Undersøkelsen er utført ved å gjennomgå et utvalg journaler.

Vi har vurdert den enkelte operasjon ut fra det som anses for å være god medisinsk praksis, som blant annet fremgår av *Metodebok i ortopedi* (OUS). Ortopedisk avdeling SSK har administrative og faglige rutiner som gir føringer for hvordan LIS- og overleger ved avdelingen skal arbeide. Her fremgår det at det er metodeboken for ortopedi som fungerer som retningslinje for behandling av ortopediske traumepasienter.

Konsernrevisjonen har for hver operasjon gjennomgått innkomstjournal, polikliniske notater, røntgenbilder før og etter operasjon, anestesijournal og operasjonsbeskrivelse. På bakgrunn av denne dokumentasjonen er følgende belyst og vurdert:

- utredning av pasienten
- indikasjon for operasjon

- informasjon til pasient
- konferering og beslutning av operasjonen
- bruk av annen lege som assistent
- kvalitet på gjennomføring og resultat av operasjonen
- postoperative føringer

Grunnlaget for vurderingene er opplysningene som fremkommer i journal. Det medfører at pasientenes opplevelse av utredningen og behandlingen i liten grad fremkommer. Videre er det også enkelte pasienter som enten ikke skal eller ennå ikke har vært til kontroll. Det gjør at det ikke alltid er mulig å vurdere det varige resultatet av operasjonen.

6.4.1 Journalgjennomgang – observasjoner og vurderinger

Utførte operasjoner

I perioden februar 2019 til januar 2020 var legen hovedoperatør på totalt 190 operasjoner ved SSK, jamfør vedlegg 7. Legen har hovedsakelig behandlet bruddskader. Håndleddsbrudd og lår-/lårbeinsbrudd står for den største andelen. Videre er det et visst omfang av overarmsbrudd, leggbrudd og håndoperasjoner. Videre er det en rekke operasjonstyper legen har gjort få av. Mange av disse er relativt enkle operasjoner som fjerning av pinner og liknende.

Beskrivelse av utvalget som er undersøkt

Konsernrevisjonen har gjennomgått 47 av de 190 operasjonene. Vi har valgt å gjennomgå flest av de operasjonstypene legen har utført mest av. Dette er operasjoner av en viss vanskelighetsgrad, og vi vurderte det også som viktig å verifisere kompetansen til legen på de hyppigst forekommende operasjonene. Av disse operasjonene valgte vi å inkludere operasjoner legen hadde utført både med og uten annen lege som assistent, samt operasjoner som var utført på kveld/natt og helg.

Av operasjonene legen hadde gjort få av, ble det valgt ut noen operasjoner som har en viss kompleksitet eller risiko, eller der det var relevant å vurdere indikasjon for operasjon. Se tabell 7 for beskrivelse av utvalget i gjennomgangen.

Tabell 7 Utvalget i journalgjennomgang SSK. Kilde: uttrekk fra rapporter oversendt fra SSHF

Operasjonstype	Antall gjennomgått
Osteosyntese m/plate, fraktur, distale radius (Håndleddsbrudd operert med plate)	12 av totalt 27
Hemiprotese, dist del m/segment, hofte (Halvprotese operert ved lårhalsbrudd med segment)	6 av totalt 13
Hemiprotese, dist del u/segment, hofte (Halvprotese operert ved lårhalsbrudd uten segment)	6 av totalt 7
Osteosyntese m/margnagle, fraktur, prox femur (Margnagle med sperreskrue operert ved brudd i øvre lårbensende)	4 av totalt 6
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, humerus (Fiksasjon av brudd i nedre del av overarmsbenet med pinner hos barn)	4 av totalt 4
Sutur/reinserering, ekstensorsene, hånd (Operasjon for skade på strekkesene i hånd)	3 av totalt 6
Osteosyntese m/margnagle, fraktur, skaft tibia, legg (Margnagle for skaftbrudd i leggen)	3 av totalt 5
Osteosyntese m/glidenagle (DHS/HCS), fraktur, prox femur (Glideskrue med plate ved brudd i øvre lårbensende)	3 av totalt 4

Osteosyntese m/plate, fraktur, lat. malleol, ankel (Operasjon med plate/skruer ved ankelbrudd)	1 av totalt 6
Spalting (carpaltunnel), n. medianus, hånd (Spalting av kanalen for nerve til hånden)	1 av totalt 4
Osteosyntese m/plate, fraktur, clavicula (Operasjon med plate ved brudd i kravebenet)	1 av totalt 3
Artroskopi, diagnostisk, kne (Kikkert undersøkelse av mistenkt kneskade)	1 av totalt 2
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, metatars, fot (Operasjon med pinne og ståltråd ved brudd i foten (mellomfotsben))	1 av totalt 2
Osteosyntese m/skruer (CHP), fraktur, collum femur (Operasjon med to skruer ved lårhalsbrudd)	1 av totalt 1
Totalt	47 av totalt 90

Oppsummerende funn og vurderinger etter gjennomgang av journaler

De fleste operasjonene som er undersøkt er etter vår vurdering utført i henhold til anerkjent ortopedisk praksis, i den grad dette kan vurderes av journal og røntgenbilder. Det vil si at pasientene er tilstrekkelig utredet, det foreligger klare indikasjoner for operasjon, det legges en god plan for operasjonene, og gjennomføringen og resultatet er tilfredsstillende.

Samtidig viste journal til fire opererte pasienter at utredningen eller gjennomføringen ikke var i tråd med anerkjent ortopedisk praksis. Disse er nærmere omtalt under:

- Ved en av operasjonene forelå det etter vår vurdering ikke indikasjon for operasjon. Vi fant ikke brudd ut i fra pasientens røntgen- og CT-bilder. Ut i fra journal har røntgenlege heller ikke funnet brudd. Vi vurderer at det i utredningen kunne vært tatt MR for å få bekreftet et eventuelt brudd.
- Ved en operasjon av et lårhalsbrudd, vurderer vi at reponeringen av bruddet ikke var tilfredsstillende. Operasjonen var utført uten assistanse fra annen lege, og legen burde etter vår vurdering søkt hjelp under operasjonen.
- Ved en operasjon av håndskade, vurderer vi at legen burde konferert med håndkirurgisk kompetent kollega eller overført pasienten til Rikshospitalet for operasjon der. Det fremkommer ikke i journal at det var konferert i forbindelse med denne operasjonen. Vi vurderer samtidig at senesuturen er utført tilfredsstillende, men at en avkuttet nervegren ikke ble tilstrekkelig behandlet.
- Ved operasjoner av en pasient med håndleddsbrudd ble disse ikke utført i henhold til god praksis. Pasienten ble først operert med en overlege som assistent. Vi vurderer at man for denne operasjonen valgte feil tilgang, samt ikke fanget opp et fragment som presser mot en nerve. Pasienten ble reoperert noen dager senere på kveldstid og uten annen lege som assistent. Det fremkommer at operasjonen er avklart med bakvakt. Selve gjennomføringen av denne operasjonen er etter vår vurdering tilfredsstillende ved at legen fikk reponert frakturen. Vi vurderer samtidig at denne operasjonen burde vært utført på dagtid, og med annen lege som assistent.

Vi mener likevel ikke at de ovennevnte vurderingene alene kan tilskrives vedkommende lege. Flere av operasjonene er drøftet i forkant, og ved en av operasjonene deltok også en overlege som assistent. Overlegen har etter vår vurdering et overordnet ansvar for denne operasjonen.

Det vil alltid være en viss risiko ved ortopedisk behandling, og forekomsten av komplikasjoner ved skader vil være avhengig av blant annet skadetype og skadeomfang. Samtidig vurderer vi at de

ovennevnte operasjonene er utenfor hva som kan regnes som påregnelig risiko ved ortopedisk behandling.

For 11 av operasjonene er det ikke dokumentert i journal at pasientene er informert om inngrep, risikoer og postoperativ oppfølging. Etter konsernrevisjonens vurdering bør det i journalen fremkomme hvilke behandlingsalternativer det er gitt informasjon om, herunder forventet resultat, risiko, og bivirkninger. Denne type informasjon er viktig ettersom pasientene kan ha forskjellige preferanser for valg av behandling, og er viktig ved samvalg. Journalen har også bevismessig betydning i forbindelse med eventuelle tilsyns- eller erstatningssaker.

Se vedlegg 8 for utdypende informasjon om operasjonstypene som vi har gjennomgått og vurdert.

7. Håndtering av uønskede hendelser

Uønskede hendelser omfatter alt fra alvorlige hendelser som betydelig skade og død, til hendelser uten konsekvenser for pasientene. Hendelsene har betydning for å forbedre sykehusets systemer og rutiner. I dette kapitlet brukes samlebegrepet uønskede hendelser om ulike type avvik, bekymringsmeldinger, varslingsaker og liknende. Ut i fra dette kan det eksistere ulike systemer som skal håndtere ulike typer uønskede hendelser.

I kapittel 7.1 beskrives SSHF system for å melde, behandle og følge opp uønskede hendelser. I Kapittel 7.2 beskrives SSFs håndtering av uønskede hendelser tilknyttet vedkommende lege i perioden 2016-2018. I kapittel 7.3 beskrives SSKs håndtering av uønskede hendelser tilknyttet vedkommende lege i perioden 2019-2020. Ved siden av å vurdere avdelingenes håndtering av den enkelte sak, har vi i kapittel 7.4 vurdert om SSHF har iverksatt hensiktsmessige og tilstrekkelige tiltak for å identifisere andre pasienter som eventuelt har fått mangelfull helsehjelp ved SSF og SSK.

7.1 System for uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF

Helseforetakene er pålagt å ha et melde- og avvikssystem, samt et varslingsystem knyttet til arbeidsmiljøloven. I dette kapitlet har vi vurdert om det er etablert et hensiktsmessig melde- og avvikssystem og varslingsystem i SSHF. Vi har i den sammenheng vurdert om helseforetaket har etablert hensiktsmessige og tilstrekkelige rutiner, prosedyrer, retningslinjer mv. for håndtering av ulike typer hendelser. Her har vi blant annet sett på rutiner for registrering og behandling, ansvar og myndighet, samt om sakene aggregeres og rapporteres til riktig nivå. Vi har videre ikke vurdert forhold som opplæringstiltak, teknisk funksjonalitet eller tilganger i systemet, metodikk med hensyn til klassifisering av alvorlighetsgrad, eller hvilken kultur det er for å melde uønskede hendelser på foretaksnivå.

7.1.1 Observasjoner

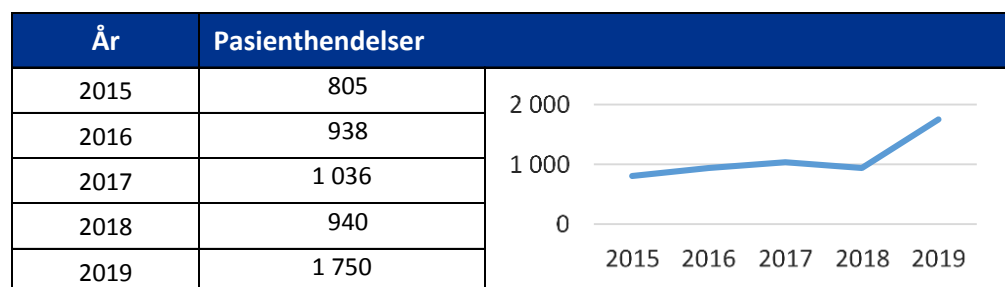
Melde- og avvikssystem

SSHF har i sin retningslinje for uønskede hendelser – registrering og behandling - per 20.09.2019, definert uønskede hendelser slik:

«Et ikke tilsiktet forhold som kan være grunnlag for forbedring av virksomheten. Viktige eksempler er skade, uhell og alvorlig nestenuhell på pasient, ansatt eller medisinsk utstyr, uhensiktsmessig logistikk, brudd på informasjonssikkerhet, brudd på andre myndighetskrav. Omfatter både avvik og forbedringspunkter.»

I melde- avvikssystemet skilles det mellom ulike typer hendelser, det vil her si både pasientrelaterte, personalrelaterte og HMS-relaterte hendelser. For pasientrelaterte hendelser var det i perioden 2015-2019 en økning i innmeldte uønskede hendelser ved SSHF, jf. tabell 8. I oktober 2019 tok SSHF i bruk en ny systemløsning, og det ble registrert en stor økning i meldte pasienthendelser etter 1. oktober. I årlig melding 2019 peker SSHF på at oppsettet i det nye systemet i større grad legger til rette for å melde og kategorisere pasienthendelser. Videre kan oppmerksomhet om innføringen av et nytt system ha bidratt til at flere hendelser ble meldt.

Tabell 8 Pasienthendelser med pasientskade/fare for skade. Kilde: Årlig melding 2019 SSHF



I SSHF er det utarbeidet en felles retningslinje for registrering og behandling av uønskede hendelser. Retningslinjen for uønskede hendelser gjelder også dødsfall eller betydelig skade på pasient hvor utfallet er uventet i forhold til påregnelig risiko. Ved slike hendelser skal det vurderes om hendelsen skal meldes til Statens helsetilsyn, såkalt 3-3a-meldinger etter § 3-3a i Lov om spesialisthelsetjenesten.

Ansvar for å melde uønskede hendelser påhviler alle medarbeidere i SSHF. Alle uønskede hendelser i SSHF skal meldes inn via Kvalitetsportalen, hvor hendelsen registreres og sendes automatisk til nærmeste leder. I tillegg mottas også klager direkte fra pasient/pårørende, klager sendt via pasientombudet eller fylkesmannen, hendelsesbaserte tilsynssaker fra fylkesmannen, samt NPE-saker.

Det fremkommer i retningslinjen at det er nærmeste leder som har ansvaret for at sakene blir hensiktsmessig og tilstrekkelig håndtert. Ansvar for behandling og oppfølging av sakene innebærer å iverksette tiltak med formål å forhindre gjentakelse. Det opplyses om at den som melder den uønskede hendelsen uansett skal få automatisk tilbakemelding på resultatet, også hvis saken avvises av nærmeste leder. Videre fremkommer det av retningslinjen at nærmeste leder alltid skal vurdere om alvorlige hendelser/meldepliktige hendelser skal videresendes til annen eller overordnet instans for videre saksbehandling.

Pasientrelaterte hendelser som har, eller kunne ha ført til pasientskade, skal ifølge retningslinjen oversendes og bli behandlet i egne kvalitetsutvalg. SSHF har i den sammenheng valgt å organisere arbeidet med et overordnet kvalitetsutvalg (OKU) og et kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU) i hver av klinikkene. Utvalgenes ansvar og sammensetning fremgår av tabell 9 under.

Tabell 9 Kvalitetsutvalg i SSHF. Kilde SSHF

Fora	Nivå	Ansvar	Deltakere
Overordnet kvalitetsutvalg (OKU)	Foretaks- og klinikknivå	Overordne og strategiske forhold knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet	• Foretaksledelsen • Kvalitetssjef • Representanter fra Fylkesmannen • Brukerrepresentanter • Tillitsvalgte og hovedvernombud • Smittevernoverlege
Kvalitets- og pasient-sikkerhetsutvalg (KPU)	Klinikk- og avdelingsnivå	Understøtte klinikkens arbeid med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring. Ha fokus på forbedringsarbeid, og vurdere nivået på kvalitet og pasientsikkerhet gjennom relevante målinger. Påse korrekt og god håndtering av uønskede hendelser meldt etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 og § 3-3 a, på en måte som sikrer læring og forbedring i klinikken/foretaket.	• Representanter fra klinikkens og avdelingenes ledergrupper • KPUs arbeidsutvalg • Brukerrepresentant • Faglig ekspertise innkalles ved behov

Alle meldte pasientrelaterte hendelser skal i prinsippet behandles i KPU. Konsernrevisjonen har mottatt referater fra møter i utvalget som belyser saksgang og prosess for behandling av alvorlige uønskede hendelser.

SSHF har etablert egen prosedyre for saksbehandling av hendelsesbaserte tilsyn fra Fylkesmannen. Varsel om tilsynssak skal sendes til aktuell klinikk, med kopi til fagdirektør, kvalitetssjef og klinikkdirektør. Avdelingen skal sjekke om intern avviksmelding er registrert på aktuell hendelse. Hvis det ikke er registrert en intern melding skal avdelingen vurdere om dette skal gjøres. Når Fylkesmannens konklusjon foreligger, gjennomgås saken i klinikkens kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU). Hvis tilsynssaken omfatter flere klinikker ivaretar en av klinikkene etter nærmere avtale saksbehandlingen, og saken sluttbehandles i begge/alle KPU. Sakene følges regelmessig opp i møter mellom avdelingene og klinikkledelsen. SSHF har i tillegg etablert en egen retningslinje for saksbehandling av erstatningssaker fra Norsk pasientskadeerstatning (NPE).

SSHF har videre etablert en veileder for hendelsesanalyser som en del av rammeverket for å håndtere uønskede hendelser i virksomheten. Veilederen beskriver prosessen for gjennomføring av hendelsesanalyser, og det er etablert et følgeskjema for selve gjennomføringen. Hendelsesanalyser skal alltid vurderes når det er meldt hendelser i henhold til §3-3A i Lov om spesialisthelsetjenesten. Analysen skal forsøke å gi svar på mulige årsaker og skal benyttes for å iverksette hensiktsmessige og tilstrekkelige tiltak. Det er avdelingssjef, eller alternativt klinikkdirektør, som normalt ber om at en hendelsesanalyse skal gjennomføres.

Rapportering av uønskede hendelser foregår på flere nivåer i SSHF. Det foregår en kvartalsvis rapportering til Overordnet kvalitetsutvalg (OKU), det gjennomgås årlig i Ledelsens gjennomgang, og inngår i fagdirektørens rapportering til foretaksledelsen.

I forbindelse med LGG desember 2019 identifiserte SSHF flere forbedringsområder knyttet til identifisering, håndtering og læring av uønskede hendelser. Det ble blant annet identifisert manglende rutiner for håndtering av alvorlige pasienthendelser som går på tvers av klinikkenes kvalitetsråd, manglende oversikt over summen av uønskede hendelser for det enkelte fagområde, variasjon i meldekultur mellom ulike avdelinger, manglende oppdatering av prosedyrer, og lav bruk av- og feil gjennomføring av hendelsesanalyser. Det ble etablert tiltak for å imøtekomme disse utfordringene. Disse var ansvarssatt og med tidsfrister og skulle gjennomføres i første halvdel av 2020. SSHF opplyser at oppfølgingen av noen av tiltakene har blitt forsinket på grunn av Covid-19, mens andre er gjennomført eller er under gjennomføring. Status på tiltaksarbeidet følges opp og er sist rapportert til styret gjennom LGG juni 2020.

Varslingssystem

I tillegg til pasient, - personal, - og HMS relaterte uønskede hendelser, stiller arbeidsmiljøloven krav til håndtering av kritikkverdige forhold. Dette er forhold som kan være i strid med lov, virksomhetens retningslinjer og alminnelig oppfatning av hva som er forsvarlig og etisk akseptabelt. Bekymringsmeldinger og andre former for kritiske ytringer, vil ikke anses som varsling i denne kontekst.

SSHF har etablert overordnede retningslinjer for intern varsling av kritikkverdige forhold. I retningslinjen er det angitt eksempler på hva begrepet kritikkverdige forhold er. Det påpekes imidlertid i retningslinjen at det er opp til den enkelte ansatt å gjøre sine egne vurderinger av hva som er kritikkverdige forhold. Videre angis det prinsipper for anonym varsling og vern mot gjengjeldelse. Det er utarbeidet et tilhørende varslingsskjema hvor mottaker er SSHFs varslingsombud som er ansvarlig for saksgangen og uavhengig fra linjeledelsen i denne rollen.

Saksgangen i SSHF er at det er varslingsombudet som mottar, behandler og registrerer varslingssaker, gir råd og veiledning til varsleren, samt sikrer en forsvarlig saksbehandling. Saken skal registreres i Public 360. Ved behov skal varslingsombudet rådføre seg med varslingssekretariatet som består av funksjonene hovedverneombud og bedriftshelsetjenesten. Våren 2020 ble det nedsatt et partssammensatt utvalg som reviderer SSHFs varslingssystem, og som blant annet utreder opprettelsen av et varslingsutvalg. Det opplyses om at arbeidet er gjennomført, og forslag til ny modell skal behandles i foretaksledelsen i september.

7.1.2 Konsernrevisjonens vurdering

Det er konsernrevisjonens vurdering at SSHF har etablert hensiktsmessige retningslinjer og strukturer for registrering og oppfølging av uønskede hendelser både knyttet til pasient, personal-, og HMS, samt varslingssaker.

Konsernrevisjonen har ikke belyst hvordan bruk og oppfølging av systemene generelt praktiseres i SSHF. SSHF har imidlertid selv identifisert en rekke forbedringsområder knyttet til håndtering og læring etter uønskede hendelser i melde- og avvikssystemet. Etter konsernrevisjonens vurdering er det identifisert relevante tiltak for å imøtekomme forbedringsområdene. For å oppnå tiltenkt effekt forutsetter dette at tiltaksarbeidet følges opp videre.

7.2 Håndtering av uønskede hendelser ved sykehuset i Flekkefjord

I dette kapittelet har vi undersøkt SSFs håndtering av uønskede hendelser knyttet til vedkommende lege som meldt inn i avvikssystemet i perioden 2016 – 2018. Konsernrevisjonen har undersøkt om SSF

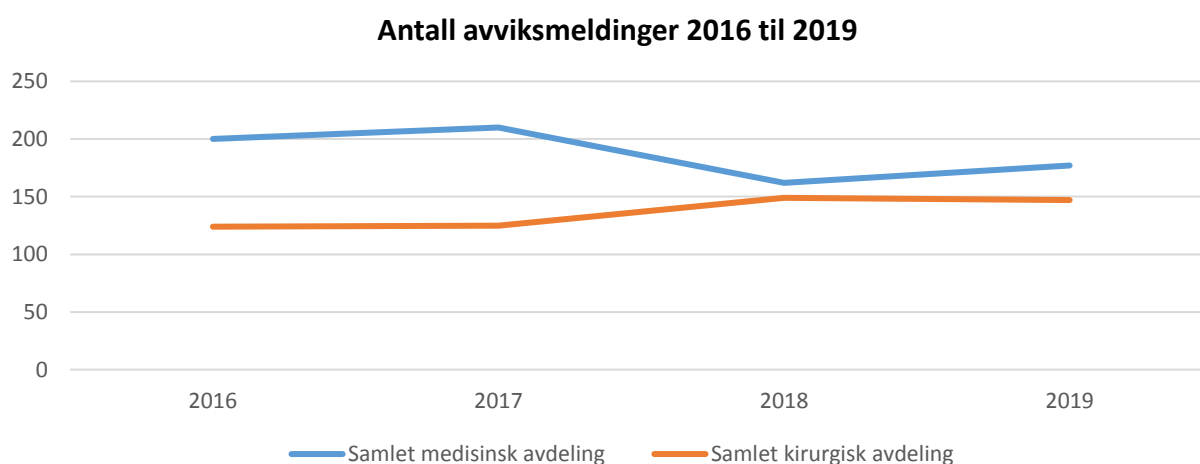
har oversikt over uønskede hendelser i kirurgisk avdeling, herunder knyttet til vedkommende lege. Vi har videre undersøkt om de uønskede hendelsene er håndtert i tråd med etablerte føringer.

7.2.1 Observasjoner

Oversikt over uønskede hendelser i SSF

Vi har fått oversendt statistikk over antall og type avvik ved SSF. I perioden 01.01.2016 til 01.03.2020 ble det registrert 592 avvikssaker i kirurgisk avdeling og 799 i medisinsk avdeling. Dette omfatter både pasientrelaterte hendelser og HMS-relaterte hendelser i kvalitetssystemet.

Figur 6 viser utviklingen i avvikssaker fra 2016 til 2019 ved SSF. Figuren viser en økning i antall avvik etter 2017 for kirurgisk avdeling, mens det ved medisinsk avdeling har vært en nedgang i samme periode. Ved kirurgisk avdeling er avvikene knyttet til flere poster, mens det ved medisinsk avdeling i all hovedsak er knyttet til medisinsk post.



Figur 6: Utviklingen av avvikssaker i SSF fra 2016 til 2019. Kilde: SSHF

Håndtering av uønskede hendelser knyttet til vedkommende lege i SSF

Konsernrevisjonen ba om å få oversendt alle tilsynssaker, avvik, klager, varsler og bekymringsmeldinger relatert til vedkommende lege i SSF. Nedenfor beskrives først de pasientrelaterte hendelsene, deretter de adferdsmessige.

Pasientrelaterte uønskede hendelser

Konsernrevisjonen har mottatt dokumentasjon som viser totalt 13 pasientrelaterte uønskede hendelser mens legen hadde arbeidssted ved SSF. Disse hendelsene er relatert til perioden 2013-2018. Ut fra mottatt dokumentasjon har vedkommende lege ikke vært involvert i tre av de 13 hendelsene. Videre fremkommer det at legen var alene som lege om utredning og behandling ved fem av hendelsene, mens for de fem resterende har legen vært en del av utredning og behandling med andre leger.

Nedenfor gis det en kort fremstilling av hendelsene hvor vedkommende lege har vært involvert, og hvilken instans som har meldt inn og behandlet saken. Det vil her si enten gjennom eget avvikssystem og/eller tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen og Helsetilsynet.

Tabell 10 viser hendelser der vedkommende lege har vært alene om utredning og behandling.

Tabell 10 Saker som vedkommende er alene som lege om utredning og behandling. Oversendt dokumentasjon fra SSHF

Hendelse	Interne saker SSHF	Tilsyn fra Fylkesmannen
Feil indikasjon og manglende konferering ved operasjon av pasient med abdominalsmerter 29.04.2016.	Meldt i avvikssystemet kirurgisk avdeling SSK 07.10.2017.	2018/3710 Fylkesmannen Saken ble sendt Fylkeslegen 08.04.2018 av SSF. Sak avklart 05.10.2018. Fylkesmannen finner at pasienten ikke fikk forsvarlig behandling, og at det foreligger brudd på spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 jf. helsepersonelloven § 4.
Komplikasjon etter totalprotese i hofte 10.09.2018.	Ikke meldt i avvikssystemet.	2019/2028 Fylkesmannen Opprettet tilsyn på bakgrunn av klage fra pasient datert 18.02.2019. Sak avklart 20.6.2019. Brudd på kravet til forsvarlige tjenester.
Avstivning av ankelleddet etter en tidligere knusningsfraktur 24.05.2017.	Ikke meldt i avvikssystemet.	2020/1401 Fylkesmannen Opprettet tilsyn på bakgrunn av klage fra pårørende datert 12.02.2020. Sak uavklart.
Feil indikasjon og ikke tilfredsstillende operasjon av Hallux valgus 11.04.2016. Feil indikasjon og ikke tilfredsstillende reoperasjon 05.09.2016.	Ikke meldt i avvikssystemet.	2018/2976 Fylkesmannen Opprettet tilsyn på bakgrunn av klage fra pasient datert 19.03.2018. Sak avklart 28.11.2018. Fylkesmannen finner ut fra at det foreligger brudd på forsvarlighetskravet jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helsepersonelloven § 4. Det foreligger videre brudd på informasjonsplikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-11 jf. jf. helsepersonelloven § 10, og brudd på journalføringsplikten etter helsepersonelloven §§ 39 og 40 jf. journalforskriften § 8.
Feil indikasjon ved operasjon av brudd i overarm 18.07.2018.	Meldt i avvikssystemet av SSK 01.02.2019.	2019/5634 Fylkesmannen Oppretter tilsyn på bakgrunn av klage fra pasient datert 01.07.2019. Sak uavklart.

Tabellen ovenfor viser at de fem hendelsene, kan relateres til følgende to kategorier:

- fire knyttet til indikasjon og/eller gjennomføring av operasjon
- en knyttet til komplikasjon etter operasjon

Tabell 11 viser hendelser der vedkommende lege har vært den del av utredning og behandling sammen med andre leger i avdelingen.

Tabell 11 Saker hvor vedkommende lege inngår i behandling sammen med andre. Oversendt dokumentasjon fra SSHF

Hendelse	Interne saker SSHF	Tilsyn fra Fylkesmannen
Ikke tilfredsstillende operasjon lårhalsbrudd 24.07.2017 - annen lege.	Avvik ortopedisk avdeling SSK 30.8.2017.	2017/11273 Public Opprettet tilsyn på bakgrunn av klage fra pasient datert 26.11.2017.
Ikke tilfredsstillende reoperasjon - vedkommende lege tilkalles under operasjon – 25.07.2017.	Avvik meldt av medisinsk avdeling SSK 30.8.2017	Sak uavklart.
Primæroperasjon albue – 03.01.2013 - annen lege.	Ikke meldt i avvikssystemet	2019/8911 Fylkesmannen Opprettet tilsyn på bakgrunn av klage fra pasient datert 23.10.2019.
Svakheter ved reoperasjoner – 10.04.2013 og 11.02.2014 - annen lege.		
Reoperasjon 07.07.14 – vedkommende lege.		
Reoperasjon 24.02.2015 – vedkommende lege.		
Innsetting av hofteprotese venstre side 26.01.2016 – vedkommende lege.	Ikke meldt i avvikssystemet.	2019/4226 Fylkesmannen Opprettet tilsyn på bakgrunn av klage fra pasient datert 30.04.2019.
Innsetting av hofteprotese høyre side 20.02.2017 – annen lege.		
Feil indikasjon og ikke tilfredsstillende operasjoner ankelbrudd primæroperasjon 15.09.2018 – annen lege.	Meldt i avvikssystemet av SSK 25.05.2018.	2018/6657 Fylkesmannen Opprettet tilsyn på bakgrunn av klage fra pasient datert 22.07.2018.
1. reoperasjon 18.09.2017 – annen lege.		
2. reoperasjon 20.09.2017 – vedkommende lege.		
3. Reoperasjon 28.11.2017 - annen lege.		
4. reoperasjon 16.01.2018 - vedkommende lege.		
Manglende kommunikasjon mellom flere avdelinger og ansatte ved vurdering av akuttpasient 06.05.2018.	Meldt i avvikssystemet av SSF 08.05.2018.	2018/332 Helsetilsynet Opprettet tilsyn på bakgrunn av varsel om alvorlig hendelse fra SSF 07.05.2018.
		Sak uavklart.

Tabellen ovenfor viser at de fem hendelsene kan relateres til følgende to kategorier:

- fire knyttet til indikasjon og/eller gjennomføring av operasjon
- en knyttet til kommunikasjon

Ut fra mottatt dokumentasjon er det tre hendelser hvor det allerede har skjedd en uønsket hendelse før vedkommende lege ble involvert i behandlingen.

Melding av hendelser i avvikssystemet der vedkommende lege har vært involvert

Det er registrert avvik for fem av de ti hendelsene i avvikssystemet der vedkommende lege har vært involvert. Av de fem avviksmeldingene er fire meldt inn i avvikssystemet av ansatte ved SSK, mens en er meldt inn av ansatt ved SSF.

Ved fem hendelser hvor det ikke har vært meldt avvik av SSF, har hendelsene vært kjent i avdelingen i forbindelse med reoperasjoner eller postoperativ oppfølging av pasientene. Det ble i disse sakene meldt avvik om lag ett år etter hendelsen, enten av ansatte ved SSK i forbindelse med oppfølging eller reoperasjon, eller etter at pasient/pårørende hadde klaget til Fylkesmannen. Det er ikke kjent for konsernrevisjonen hvorfor avvikene ikke ble meldt i forbindelse med postoperativ oppfølging eller reoperasjon ved SSF.

Intern saksbehandling av hendelsene ved SSF

Av de fem avviksmeldingene som er behandlet internt, fremgår det at en hendelse er klassifisert som svært alvorlig og fire alvorlige. Årsakene bak hendelsene er kommentert i avviksmeldingene. Det fremgår at årsakene til avvikene kan relateres til at interne rutiner ikke er fulgt, mangelfulle faglige vurderinger, mangelfull kommunikasjon og manglende konferering. Rotårsakene fremkommer ikke i alle sakene. Det er registrert tiltak tilknyttet alle hendelsene. Beskrivelsene av tiltakene er kortfattede, men tiltakene fremstår som relevante. I kapittel 5.1 vises det til hvilke tiltak som er iverksatt på systemnivå. Flere av disse tiltakene av direkte knyttet til svakheter som fremkommer i avviksmeldingene.

Åtte hendelser har blitt behandlet i klinikkens (SSF) Kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU) på bakgrunn av opprettelse av tilsynssaker. En av disse ble behandlet før de ble tilsynssaker. Det opplyses om at ytterligere en hendelse etter planen skal behandles i SSFs KPU når tilsynssaken er avklart. For én hendelse er vi ikke kjent med status for intern behandling i KPU.

Tilknyttede tilsynssaker

Det foreligger tilsynssaker knyttet til alle de ti hendelsene. Tre av sakene er avklart, mens syv er under behandling. En hendelse ble sendt som 3-3a melding.

Uønskede hendelser knyttet til adferd og arbeidsmiljø

Konsernrevisjonen har mottatt uønskede hendelser fra perioden 2016-2018 angående legens adferd. Det fremgår av sakene at flere hendelsene var nært knyttet til faglige sider ved operasjonsvirksomheten. Disse hendelsene resulterte i tre saker med formelle tilbakemeldinger fra legens overordnede i 2017 og 2018. I den mottatte dokumentasjonen har det ikke fremkommet formelle saker fra perioden før 2016.

Hver av sakene var basert på flere meldinger om uønsket adferd. Hendelsene ble meldt inn på ulike måter. En sak ble først meldt som avvikssak og deretter behandlet som varslingssak. En annen var opprinnelig basert på flere håndskrevne bekymringsmeldinger i 2017. Daværende avdelingssjef fulgte opp de håndskrevne meldingene muntlig med legen. Det foreligger ikke referater fra møtene. Ny avdelingssjef i 2018 oppfordret til å melde inn bekymringsmeldingene i TQM. Dette resulterte i syv meldinger relatert til samme problematikk som i bekymringsmeldingene. Den siste saken ble meldt og behandlet som avvikssak.

Alle sakene resulterte i formelle tilbakemeldinger til legen, hvor det fremkom forventninger til adferd, og at manglende innfrielse av disse kunne få konsekvenser for arbeidsforholdet.

Nåværende avdelingssjef opplyser at legen justerte sin adferd etter de to siste tilbakemeldingene. Samtidig opplyser hun at det var nødvendig å følge legen tett opp, og at det kunne være krevende å få legen til å forholde seg til beslutninger som var tatt.

I samtaler med operasjonssykepleiere som arbeidet i kirurgisk avdeling i perioden 2016-2018, opplyser flere om at bekymrings- og avviksmeldingene angående legens adferd også henger tett sammen med forhold ved operasjonsvirksomheten i denne perioden. Det vises til at årsakene til legens uønskede adferd mot kollegaer i avdelingen, var relatert til faglige spørsmål og diskusjoner. Dette gjelder eksempelvis manglende bruk av sjekkliste for Trygg kirurgi, om det var satt riktig indikasjon, operasjonsmetode og bruk av utstyr.

I tillegg opplyser flere av operasjonssykepleierne at årsaken til at de først meldte denne type avvik i melde- og avvikssystemet i 2018, også kan relateres til hvordan slike saker ble meldt og håndtert. Flere viser til at de vegret seg for å melde inn avvik i TQM på grunn av redsel for represalier fra vedkommende lege ved videre behandlingen av saken, enten i form av språkbruk eller at de ble «fryst» ut fra operasjonsmiljøet. Det opplyses at konsekvensen av dette var en opplevelse av at operasjonsmiljøet ble delt i to «leirer».

Medarbeiderundersøkelsene for 2016 og 2018 kartlegger blant annet om det er trygt å varsle, og om behandling og oppfølging av avvik er tilfredsstillende. Resultatene for kirurgisk avdeling var i 2016 omtrent på nivå med gjennomsnittet i SSHF og Helse Sør-Øst på dette temaet. For 2018 har avdelingen noe lavere score på dette temaet sammenlignet med SSHF samlet, men avdelingen har likevel en positiv utvikling sammenlignet med svarene fra 2016.

Avdelingsleder kirurgi SSF opplyser at de har måttet jobbe for å motivere de ansatte til å melde inn uønskede hendelser i avvikssystemet. Operasjonssykepleierne opplyser at meldekulturen generelt er forbedret etter 2018. Det opplyses om at det oppfordres til å melde inn uønskede hendelser og de opplever at disse håndteres i tråd med fastsatte føringer. Det opplyses om at dette, sammen med alle øvrige tiltak som er iverksatt av SSHF og avdelingen, både har bidratt til et bedre arbeidsmiljø og styrket arbeidet med kvalitet i avdelingen.

7.2.2 Konsernrevisjonens vurdering

Konsernrevisjonen vurderer at SSF har oversikt over antall- og type avvikssaker som oppstår i kirurgisk avdeling.

Uønskede hendelser og tilsynssaker som er registrert angående legens pasientbehandling i SSF, er etter vår vurdering håndtert i tråd med føringene. Det er sporbart i TQM/kvalitetsportalen hvem som har vært involvert i saksbehandlingen, når saken er lukket, og hvilke tiltak som er besluttet. Etter vår vurdering fremstår tiltakene som relevante. Det varierer imidlertid hvor langt man har gått i å identifisere rotårsakene til at hendelsene oppstod.

Konsernrevisjonen vurderer samtidig at minst fem av de pasientrelaterte hendelsene burde blitt meldt som interne avvik tidligere, da de ble kjent i avdelingen i forbindelse med reoperasjoner eller postoperativ oppfølging av pasientene. Avvikene ble først meldt etter tilsyn eller klage fra pasienter.

I perioden 2016 til 2018 ble det meldt om flere uønskede hendelser angående legens adferd. Disse hendelsene var nært knyttet til faglige sider ved operasjonsvirksomheten. Legen mottok formelle tilbakemeldinger fra sine overordnede i tre saker i perioden 2017-2018. Enkelte uønskede hendelser ble ikke tilstrekkelig fulgt opp innen rimelig tid. Etter vår vurdering kan dette ha fått konsekvenser for pasientsikkerheten og arbeidsmiljøet.

Revisjonen viser at ansatte har vegret seg for å melde uønskede hendelser, da man ikke har ønsket å fremstå som melder i avvikssystemet i frykt for represalier. Etter vår vurdering kan det stilles spørsmål ved om de i tilstrekkelig grad var kjent om at denne type saker kan vurderes som en varslings sak med anonymitet for varsleren.

Kirurgisk avdeling SSF har arbeidet med å bedre meldekultur og håndtering av uønskede hendelser. Revisjonen viser at ansatte opplever at meldekulturen i kirurgisk avdeling er forbedret etter 2018. Det opplyses videre at dette arbeidet, sammen med alle øvrige tiltak som er iverksatt av SSHF og kirurgisk avdeling, både har bidratt til et bedre arbeidsmiljø og styrket arbeidet med kvalitet i avdelingen.

7.3 Håndtering av uønskede hendelser ved sykehuset i Kristiansand

I dette kapittelet har vi undersøkt SSKs håndtering av uønskede hendelser relatert til vedkommende lege i 2019 og 2020. Konsernrevisjonen har undersøkt om SSK har oversikt over uønskede hendelser i ortopedisk avdeling, herunder knyttet til vedkommende lege. Vi har videre undersøkt om de uønskede hendelsene er håndtert i tråd med etablerte føringer.

7.3.1 Observasjoner

Hendelser knyttet til vedkommende lege i SSK

Konsernrevisjonen har bedt om alle tilsynssaker, avvik, klager, varsler, HMS, og bekymringsmeldinger relatert til vedkommende lege i SSK. Vi har mottatt dokumentasjon som viser totalt ni hendelser relatert til vedkommende lege mens legen hadde arbeidssted ved SSK. Disse hendelsene har generert åtte interne saker i avvikssystemet, en pasientklage registrert i Public og fire tilsynssaker. Alle hendelsene omhandler pasientbehandling. Vi har ikke mottatt informasjon om noen hendelser som omhandler arbeidsmiljø eller HMS.

Konsernrevisjonen har i tillegg mottatt et varsel om tilsyn på bakgrunn av klage fra en pasient. Pasienten mente å være operert av vedkommende lege og har plager i etterkant. I tilbakemeldingen på varselet viser sykehuset derimot til at vedkommende lege ikke var involvert i operasjonen av denne pasienten. Vi har derfor valgt å utelate denne hendelsen fra den videre gjennomgangen.

Tabell 12 viser pasientrelaterte hendelser med saker i avvikssystemet og tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen relatert til vedkommende lege.

Tabell 12 Oversikt over pasientrelaterte hendelser med saker i avvikssystemet og tilsynssaker opprettet av Fylkesmannen relatert til vedkommende lege

Hendelse	Interne saker SSHF	Tilsyn fra Fylkesmannen
Det ble bestilt røntgen thorax av lungeavdeling. Svar går tilbake og overføres til ortopedisk lege som signert uten å følge opp funn – februar 2019.	Meldt 20.08.2019 av medisinsk legetjeneste i SSK.	SSHF opplyser om at saken ble sendt til Fylkesmannen. Status ukjent.
Pasient falt på rygg med store smerter. Ikke tilstrekkelig undersøkt – 13.03.2019.	Meldt 22.03.2019 av kirurgi-legetjenesten i SSK.	SSHF opplyser om at saken ble sendt til Fylkesmannen. Status ukjent.
Operasjon underarm/håndledd – 12.07.2019. Reoperasjon av annen lege 14.11.19.	Registrert på bakgrunn av at pasient tok kontakt 07.02.2020.	2020/1661 Fylkesmannen Opprettet tilsyn på bakgrunn av klage fra pasient datert 13.02.2020. Status ukjent.
Primæroperasjon håndledd 23.07.2019. Reoperasjon av håndledd uten annen lege som assistent – 27.07.2019.	Reoperasjon meldt av annen ansatt ved SSK i 27.07.2019. Hele saken meldt av vedkommende lege i 24.09.2019.	2020/1535 Fylkesmannen Opprettet tilsyn på bakgrunn av klage fra pasient datert 12.02.2020. SSHF opplyser om at saken ble sendt til Fylkesmannen. Status ukjent.
Pasientklage på oppførsel – september 2019	Klagesak ikke registrert i avvikssystemet, men fremkommer i Public 14.11.2019.	SSHF opplyser om at saken ble sendt til Fylkesmannen. Status ukjent.
Postoperativ lungeemboli. Pasient operert med hemiprotese. Postoperativt ikke forordnet trombose-profylakse - 16.10.2019.	Meldt av annen ansatt i SSK 20.12.2019.	SSHF opplyser om at saken ble sendt til Fylkesmannen. Status ukjent.
Ankelfraktur ikke optimalt primæroperert. Reoperasjon av ankelfraktur - 14.11.2019 – annen lege	Registrert på bakgrunn av at pasient tok kontakt 02.03.20.	SSHF opplyser om at saken ble sendt til Fylkesmannen. Status ukjent.
Opererte alvorlig håndskade etter motorsagulykke, uten annen lege som assistent og uten å ha konferert med overlege- 22.11.2019.		2020/2023 Fylkesmannen Varsel om opprettelse av tilsynssak 09.03.2020 på bakgrunn av klage fra pasient 18.2.2020. Status ukjent.
Oversett mulig septisk artritt 25.12.19. Unnlatt å fjerne gips – 26.12.2019 – annen lege Oppfølgende behandling 29.12.2019 – annen lege	Registrert på bakgrunn av klage fra pasient 10. februar 2020.	2020/1839 Fylkesmannen Opprettet tilsyn på bakgrunn av brev fra SSK datert 14.02.2020. Status ukjent.

Konsernrevisjonens gjennomgang viser at av de ni hendelsene er:

- tre relatert til gjennomføring av operasjoner
- tre knyttet til utredning av pasienter
- en knyttet til konferering
- en knyttet til oppførsel
- en knyttet til postoperativ medisinerings

Det er registrert åtte avviksmeldinger for syv av de ni hendelsene i avvikssystemet (to avviksmeldinger på en hendelse). Av avviksmeldingene fremgår det at to av hendelsene er klassifisert som alvorlig, en mindre alvorlig, en betydelig og tre er moderat.

Melding av hendelser i avvikssystemet

Av de åtte avviksmeldingene er fem initiert på eget initiativ ved SSK. Én av disse er meldt inn i forbindelse med en intern gjennomgang av legens operasjoner i SSK våren 2020 (se kapittel 7.3).

De øvrige tre avviksmeldingene ble meldt som følge av klager fra pasientene. Hendelsene avviksmeldingene omhandler ble kjent i avdelingen i forbindelse med reoperasjoner eller oppfølging av pasientene to til tre måneder før pasientene klaget. Det er ikke kjent for konsernrevisjonen hvorfor avvikene først ble meldt etter at pasienten klaget, og ikke i forbindelse med oppfølging eller reoperasjon.

I tillegg er det to hendelser det ikke er meldt avvik på. Ved én av disse hendelsene ble pasienten overført til annet sykehus for videre behandling. Den andre hendelsen ble behandlet som en klagesak og ble håndtert ved å sende pasienten et brev gjennom saksbehandlingssystemet Public.

Intern saksbehandling og håndtering av hendelsene ved SSK

En gjennomgang av saksbehandlingen av hendelsene, viser at syv av ni hendelser er behandlet på avdelingsnivå. Tre av disse hendelsene er også behandlet i klinikkens kvalitetsutvalg, mens ytterligere to hendelser etter planen skal behandles der. Vi er ikke kjent med status for intern behandling av to hendelser av nyere dato.

Alle hendelser som opprinnelig er meldt inn av ansatte i SSK, er også sendt til Fylkesmannen. Vi er ikke kjent om det er opprettet flere tilsyn enn de fire som fremkommer i tabellen ovenfor.

Årsakene bak hendelsene er kommentert i avviksmeldingene. Det fremgår at årsakene til avvikene kan relateres til at interne rutiner ikke er fulgt, blant annet med manglende konferering og feil operasjonsprosedyre. Rotårsakene fremkommer ikke i alle sakene. Det er registrert tiltak tilknyttet alle hendelsene. Beskrivelsene av tiltakene er kortfattede, men tiltakene fremstår som relevante.

Tilknyttede tilsynssaker

Det foreligger fire tilsynssaker knyttet til de uønskede hendelsene, som for tiden til behandling.

Hendelsesanalyser

Konsernrevisjonen har mottatt en hendelsesanalyse med utfylt følgeskjema relatert til en av hendelsene. Pasienten ble først operert for et komplisert håndleddsbrudd med en overlege som assistent, og senere reoperert av vedkommende LIS-lege på kveldstid. I hendelsesanalysen har diverse årsaker blitt analysert og forslag til tiltak blitt diskutert. Det ble i etterkant av hendelsesanalysen etablert tiltak og besluttet at dokumentasjonen skulle inngå i pågående tilsynssak.

Hendelsesanalysen viser at primæroperasjonen ikke ble gjennomført på en god måte ved at fragment ikke ble tilstrekkelig reponert. Pasienten ble deretter reoperert av vedkommende lege alene uten annen

lege som assistent. I hendelsesanalysen vises det til rutinebrudd ved reoperasjonen ved at LIS3 opererte alene og at dette ble utført på kveldstid. I avviksmeldingen som ble skrevet av vedkommende lege vises det til at reoperasjonen ble diskutert i forkant. Konsernrevisjonens gjennomgikk denne operasjonen i journalgjennomgangen, og det fremkommer også her at reoperasjonen var diskutert. Både hendelsesanalysen og konsernrevisjonen vurderer reoperasjonen som god.

7.3.2 Konsernrevisjonens vurdering

Uønskede hendelser og tilsynssaker som er registrert angående legen i SSK er etter vår vurdering håndtert i tråd med føringene. Det er sporbart i TQM/Kvalitetsportalen hvem som har vært involvert i saksbehandlingen, når saken er lukket, og hvilke tiltak som er besluttet. Det er vår vurdering at det varierer hvor langt saksbehandlingen av avvikene har gått i å identifisere rotårsakene til at hendelsene oppstod. Tiltakene som er besluttet fremstår likevel som relevante.

Det er vår vurdering at minst tre av hendelsene burde blitt meldt som interne avvik da de ble kjent i avdelingen i forbindelse med reoperasjoner eller ved postoperativ oppfølging av pasientene. Disse avvikene ble meldt to til tre måneder senere ved pasientklage og tilsyn. Dersom avvikene hadde blitt meldt når avdelingen oppdaget avviket, er det vår vurdering at det kunne bidratt til å avdekke forhold som krevde tiltak tidligere, for eksempel dersom det var behov for tettere veiledning og oppfølging av legen.

I tillegg fremkommer det også i kapittel 7.4 at avdelingen avdekket avvik fra sine rutiner ved deres interne gjennomgang av legens utførte operasjoner. Dette gjaldt blant annet at legen hadde utført operasjoner uten annen lege tilstede og brukt en ny metode ved operasjon av håndleddsbrudd. Etter vår vurdering burde disse vært registrert i melde- og avvikssystemet.

Vi vurderer det som positivt at det er gjennomført hendelsesanalyse knyttet til den ene hendelsen som er beskrevet ovenfor. Imidlertid kunne det fremkommet tydeligere av hendelsesanalysen om legen bevisst omgikk rutinene og reopererte pasienten alene på kveldstid, eller om svikten lå hos overlege i bakvakt som ga tillatelse til reoperasjonen.

7.4 Oppfølging av eventuelle andre pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp

Det har ikke ligget til revisjonen å identifisere enkeltpasienter som er operert ved SSF og SSK og som kunne trenge en ny vurdering på grunn av eventuell mangelfull helsehjelp. Imidlertid har vi undersøkt hvordan SSHF selv har arbeidet for å identifisere eventuelle pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp. Vi har i den sammenheng undersøkt om SSHF har iverksatt hensiktsmessige og tilstrekkelige tiltak for å identifisere eventuelle andre pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp ved SSF og SSK. Vi har videre undersøkt om arbeidet er forankret i overordnet ledelse og om status rapporteres til styret i SSHF.

7.4.1 Observasjoner

Tiltak på overordnet nivå

På bakgrunn av brev fra Fylkesmannen til Statens helsetilsyn om vurdering av administrativ reaksjon på vedkommende, ble legen tatt ut av tjeneste ved SSK. Helseforetaket iverksatte deretter tiltak for å identifisere eventuelle andre pasienter som kan ha fått mangelfull helsehjelp ved SSF og SSK.

Den 6. februar 2020 holdt administrerende direktør en pressekonferanse, og SSHF la ut en pressemelding som inneholdt opplysninger om hvordan pasienter som var behandlet av vedkommende lege skulle ta kontakt med helseforetaket. Det ble i tillegg lagt ut informasjon på helseforetakets

hjemmeside, som inneholdt telefonnummer, både for pasienter som var behandlet ved SSF og SSK, samt informasjon vedrørende saken til aktuelle pasienter.

Nedenfor beskrives oppfølgingsarbeidet for SSF og SSK. Status på oppfølgingsarbeidet for begge avdelingene ble presentert for styret i SSHF i februar og mai 2020.

Tiltak i SSF

Etter at informasjon gikk ut fra overordnet nivå i SSHF, hadde SSF per juni mottatt 420 henvendelser via pasienttelefonen. Disse gjaldt i hovedsak ortopediske pasienter, samt et fåtall pasienter innenfor generell kirurgi. Dette var pasienter som var operert av vedkommende lege, samt en annen tidligere ansatt lege. Det ble sendt likelydende brev til alle innringere om at de som ønsket det kunne få tilbud om ny gjennomgang med ekstern ortoped. Av de 420 henvendelsene takket 298 pasienter ja til ny gjennomgang. I etterkant har dette tallet økt til 362 per 20.08.2020 ettersom det fortsatt er åpent for henvendelser og mulighet for ny poliklinisk vurdering.

SSHF ved klinikk somatikk Flekkefjord inngikk en samarbeidsavtale med Helse Stavanger HF (SUS) for innleie av spesialister til ekstern gjennomgang innenfor de ulike subspesialiteter innenfor ortopedi. Avtalen varer ut 2020. Det er laget et mandat som beskriver hvilke oppgaver spesialistene fra SUS skal utføre. I forkant av konsultasjonen skal spesialist gå gjennom journal og radiologiske undersøkelser. Eventuelle eksisterende klagesaker (NPE, tilsynssak, klage fra pasient) skal gjøres tilgjengelig for spesialist i forkant av undersøkelsene. Ved konsultasjonen fremgår det at spesialist skal lage et journalnotat med følgende innhold:

- kort oppsummering av hendelsesforløp (skademekanisme, undersøkelse, skade, plager, vurdering, behandling)
- vurdering av indikasjon for (operativ) behandling
- vurdering av behandling/utført prosedyre
- vurdering av om resultatet er innenfor det som er forventet
- dokumentere at det er gitt muntlig og skriftlig informasjon om Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)

I forkant av den eksterne gjennomgangen gjennomførte ortopedisk avdeling i SSF en grovsortering av pasientene som ønsket seg en ny vurdering, med prioritering av rekkefølge for ekstern gjennomgang. Det ble her sortert ut i fra type inngrep og hvilke pasienter som bør ha en ny røntgenundersøkelse på oppmøtedagen.

Som hjelp i arbeidet er det utarbeidet en sjekkliste som skal fylles ut og leveres sykepleier/assistent for løpende registrering og oversikt. I denne sjekklisten fremgår det også at spesialist blant annet skal vurdere informasjon gitt til pasient i journal, dokumentasjon i journal, postoperative tiltak, om det var konsultert med andre, med mer.

I etterkant av den enkelte undersøkelse er det utarbeidet et skjema som sykepleier skal gjennomgå med den enkelte pasient og som arkiveres i pasientens journal. Følgende punkter skal gjennomgås:

- journal er gjennomgått sammen med ekstern ortoped
- det er vurdert om det har vært begått feil ved tidligere behandling, og at dette er notert i ortopedens oppsummering fra konsultasjonen
- pasienten har fått beskjed om hva som er anbefalt oppfølging videre hvis dette er aktuelt
- kort beskrivelse av eventuell oppfølging
- pasienten har fått skriftlig informasjon om muligheten til å søke om erstatning hos NPE

Arbeidet skulle starte i uke 23, men ble utsatt på grunn covid-19. Den 22. april ble det sendt brev til de 298 pasientene og pårørende om utsettelse. Arbeidet ble på kort varsel startet opp igjen og de første pasientene fikk undersøkelse i uke 24 og 25, og det er videre satt opp avtaler for uke 34, 35 og 36. Det er utarbeidet en oversikt over alle pasienter som har tatt kontakt for ny vurdering. Her fremgår pasientens problematikk, og tidspunkt for når innkallingsbrevet til ny timeavtale ble sendt.

På grunn av etterslep i forbindelse med Covid-19 ved ortopedisk avdeling ved SUS, er kapasiteten fra SUS nå redusert fra to til en ortoped per uke. Det vises til at dette forsinker fremdriften i oppfølgingsarbeidet.

Ledelsen i SSF får løpende tilsendt skjema fra gjennomgangene som er gjennomført av spesialistene fra SUS. Ut i fra gjennomgangen i uke 24 og 25 (fot-/ankelproblematikk), opplyser avdelingssjef at det er fire av 33 pasienten der behandlingen er vurdert til å være i grenseland av akseptabel kvalitet. Det er imidlertid vurdert at disse ikke er av en slik art at de skal sendes fylkeslegen.

Ved siden av løpende oppfølging med statusrapporter, opplyser avdelingssjef som nå har ansvar for videre oppfølging og gjennomføring, at det i etterkant av gjennomgangene sannsynligvis skal utarbeides en oppsummerende rapport. Avdelingssjef opplyser at man ut i fra en slik rapport skal vurdere ytterligere tiltak. Det opplyses at vedkommende lege har gjennomført svært mange operasjoner i perioden 2008 til 2019. Det opplyses at det kan være aktuelt å gjennomgå ytterligere utførte operasjoner basert på en risiko- og vesentlighetsvurdering.

Tiltak SSK

I forkant av at foretaksledelsen presenterte et telefonnummer i media og på SSHFs hjemmeside, hadde ortopedisk avdeling i SSK igangsatt en egen gjennomgang av alle operasjoner som var utført av vedkommende lege. Gjennomgangen ble utført av to ortopeder fra egen avdeling, og det opplyses om at gjennomgangen var basert på informasjon i journal (røntgenbilder, polikliniske notater og operasjonsbeskrivelser). Det var ikke laget et mandat for arbeidet slik det ble gjort ved SSF, men formålet var å få et raskt bilde på hva som var utført av vedkommende lege som hovedoperatør. Avdelingen opplyser at de vurderte at operasjonene var gjennomført i tråd med god praksis. Det ble identifisert syv pasienter som var reoperert. Videre ble det funnet noen tilfeller hvor reoperasjon kunne vært vurdert, men pasientene var fornøyd med utfallet.

Det fremkom samtidig at legen brukte en metode ved operasjon av hånleddsbrudd som i liten grad er tatt i bruk i avdelingen. Det opplyses om at det var overraskende at vedkommende brukte denne teknikken ved operasjoner. Disse operasjonene var utført uten annen lege som assistent. Videre opplyser avdelingssjef og veileder at andelen operasjoner som vedkommende lege hadde utført uten annen lege som assistent, var overraskende stor.

130 pasienter tok kontakt med ortopedisk avdeling SSK etter informasjon om at tidligere pasienter kunne ta kontakt med avdelingen. Over halvparten av disse var ikke operert av vedkommende kirurg ved SSK. Pasienter som hadde behov for en tidlig avklaring med ortoped, ble kontaktet per telefon av en overlege i løpet av en av de nærmeste dagene.

Deretter vurderte ledelsen i SSHF ytterligere tiltak for å følge opp alle pasienter som var operert av vedkommende lege ved ortopedisk avdeling i SSK. Totalt 199 pasienter fikk brev med tilbud om ny vurdering av ortoped på poliklinikken ved SSK. 97 pasienter ønsket en ny vurdering. Med unntak av en pasient, som selv har utsatt tidspunktet, har alle disse pasientene fått gjennomført ny undersøkelse av ortopeder med aktuell fagkompetanse.

Vi har ikke mottatt en skriftlig mal for hva som skulle gjennomgås av ortoped ved ny konsultasjon av pasientene, slik det ble gjort i SSF. Det opplyses imidlertid at det utarbeides en oppsummering av

konsultasjonen i et poliklinisk notat som lagres i pasientens journal. I tillegg er det laget en kort oppsummering hvor det fremkommer status for hver enkelt av de 97 pasientene. Oppsummeringen viser når pasienten opprinnelig ble operert, diagnose, om pasienten ble reoperert, dato for ny vurdering, om pasienten er satt opp til ordinære kontroller, om det er meldt avvik og eventuelt opprettet sak hos Fylkesmannen, Helsetilsynet og NPE. Videre viser oversikten om pasienten på bakgrunn av vurderingen er viderehenvist til spesialist ved annet sykehus for ny vurdering og eventuell behandling. Oversikten viser at dette gjelder fire pasienter.

7.4.2 Konsernrevisjonens vurdering

Konsernrevisjonen vurderer det er iverksatt hensiktsmessige tiltak på overordnet nivå i SSHF for å fange opp eventuelle andre pasienter som skulle være feilbehandlet av vedkommende lege. Dette gjelder også for det arbeidet som gjøres i de to avdelingene. Det er imidlertid noe ulik grad av systematikk i oppfølgingsarbeidet mellom avdelingene. Status på gjennomgangene er rapportert styret i SSHF ved to anledninger.

Etter vår vurdering er oppfølgingsarbeidet gjennomført på en strukturert måte ved SSF. Denne vurderingen baseres på at det er utarbeidet en samarbeidsavtale med mandat og maler for støtte i gjennomgangen. Dette omfatter utfyllende maler for hva som skal gjennomgås av spesialist, hvilken informasjon som skal gjennomgås med den enkelte pasient i etterkant av oppfølgingen, samt at arbeidet skal dokumenteres i journal. I tillegg til pasienter som er operert av vedkommende lege gis det også anledning til ny vurdering for pasienter som er operert av en annen lege.

Med det utgangspunktet at det er flere tusen pasienter som er operert av involverte leger i SSF fra 2008 til 2019, vurderer konsernrevisjonen i likhet med SSF, at det i utgangspunktet ikke er formålstjenlig å gå gjennom alle utførte operasjoner. Vi vurderer imidlertid at det vil være hensiktsmessig at SSHF gjør en analyse av resultatene etter gjennomgangen av pasientene. Formålet vil her være å vurdere om det er noen operasjonstyper hvor et større utvalg pasienter bør gjennomgås.

Når det gjelder oppfølgingsarbeidet i SSK, er det vår vurdering at avdelingen har gjort et omfattende arbeid ved å gjennomgå journalene for alle opererte pasienter av vedkommende lege, samt tilby ny poliklinisk vurdering til disse pasientene. Oppfølgingsarbeidet ved SSK er imidlertid i noe mindre grad formalisert sammenlignet med arbeidet ved SSF. Avdelingen har for eksempel ikke spesifisert hva som skal gjennomgås og vurderes ved den polikliniske vurderingen (indikasjon, operasjonsmetode, gjennomføring og informasjon til pasient), og hvilken informasjon pasient skal få i etterkant av konsultasjonen. Dette kunne gitt en mer strukturert gjennomgang av det enkelte pasient, og en mer utfyllende oversikt og dokumentasjon enn hva avdelingen har i dag. Basert på dette er det heller ikke grunnlag for at konsernrevisjonen kan konkludere med at alle viktige aspekter ved legens utførte arbeid er gjennomgått og vurdert av avdelingen.

Vedlegg 1 – Informasjonsgrunnlag og gjennomførte samtaler

Informasjonsgrunnlag

Dokumentasjon
Dokumentasjon av den aktuelle legens formalkompetanse og erfaring
Møtereferater fra møter der legens overføring fra SSF til SSK var tema
Skriftlige avtaler knyttet til overføring av legen fra SSF til SSK
Skriftlige redegjørelser fra SSK angående legens tjeneste i SSK
Faglige og administrative rutiner for ortopedisk avdeling i SSK og kirurgisk avdeling i SSF
Førende dokumenter for LIS-utdanning i SSK på foretaksnivå og for ortopedisk avdeling SSK
Førende dokumenter for håndtering av uønskede hendelser
Dokumentasjon angående uønskede hendelser der legen har vært involvert i SSF og SSK
Møtereferater fra KPU i SSK og SSF
Oversikt over antall uønskede hendelser knyttet til operasjoner i SSF
Oversikt over legens operasjonsvirksomhet i SSK
Rutiner for rekruttering og kompetanse på foretaksnivå og for kirurgisk avdeling SSF
Dokumenter angående utvikling av SSF herunder vaktordning, faglige samarbeid med mer.
Årlig melding 2019 SSHF
Rapport fra Deloitte: Struktur, kultur og helhet. Evaluering av klinikkstrukturen ved Sørlandet Sykehus HF (29.10.2019)

Gjennomførte samtaler

Dato	Navn og tittel/rolle
12. og 13. mars 2020 og 19. juni 2020	Øystein Hjalmar Berg, avdelingssjef ortopedi SSK
12. mars 2020	Stein Ugland, overlege ortopedi avdeling SSK og veileder til vedkommende lege
12. mars 2020	Nina Hope Iversen, klinikkdirektør somatikk SSK
13. mars og 19. mars 2020	Nina Føreland, organisasjonsdirektør, SSHF
13. mars, 28. mars og 19. juni 2020	Elisabeth Urstad, avdelingssjef kirurgi SSF
18. mars 2020	Vegard Øksendal Haaland, programdirektør KOM
20. mars 2020	Hans Thorwild Thomassen, foretakstillitsvalgt
24. mars 2020	Øystein Evjen Olsen, klinikkdirektør somatikk SSF
29. mars 2020	Jørn Boel, fagansvarlig ortoped SSF
29. mars 2020	Marcus Müller, fagansvarlig generellkirurg SSF
29. mars 2020	Nina Mevold, administrerende direktør SSHF
29. mars 2020	Susanne M. Sørensen Hernes, fagdirektør SSHF
19. juni 2020	Fire operasjonssykepleiere ved kirurgisk avdeling SSF
24. juni 2020	Ingeborg Eikeland, tidligere avdelingssjef kirurgi SSF

Vedlegg 2 – Definerte operasjoner SSF

OPERASJONER ORTOPEDI FLEKKEFJORD SYKEHUS 2019

Hofte og kneproteser (Dette er ikke noe ansatte ved SSF utfører selv på nåværende tidspunkt)

Artroskopi

- Skulder (Acromioplastikk, cuffruptur, stabilisering, AC ledd artrose)
- Kne (Menisk, brusk, mikrofrakturer, fjernelse av benbit)
- Fotledd (Impingement, fjerne benbiter)

Mindre håndkirurgi

- Carpal tunnell syndrom
- Springfinger
- CMC artroser
- Dupytrens kontraktur

Albue

- Tennisalbue
- Nervis ulnaris dekompresjon

Knær

- Patellaluksasjon, åpen
- Jumpers knee

Fot- og ankel

- Hallux valgus
- Arthrodeser
- Brostrøm plastikk
- Achillessene ruptur
- Tarsal tunnell syndrom
- Hammertå
- Ganglion tær / føtter

Amputasjoner

Akuttkirurgi

- Frakturbehandling
- Reposisjoner

OPERASJONER GENERELL KIRURGI FLEKKEFJORD SYKEHUS 2019

Barn

- Appendisitt
- Navlebrokk

Voksne

- Appendisitt lapr.
- TEP
- Hemorrhioder / marisker
- Pilonidal- / sakralcyster, Bascom / Karydakakis
- Analfissur
- Analfistel
- (peri) Analabscess
- (sub) cutane abscesser
- Sårrevisjoner
- Galleoperasjoner lapr / åpen
- Hudtransplantasjon
- Fjerne negler hender / føtter
- Inngrodd negl
- Lipom
- Aterom
- Arrkorreksjoner
- Fjerning av fremmedlegeme / implantater
- Hidradenitt
- Ventralhernie
- Ventralhernie lapr.
- Kvinnelig femoral hernie
- Inneklemt hernie, akutt
- Arrbrokk
- Femoral brokk
- Navlebrokk
- Lyskebrokk
- Hudtumores (godartet / ondartet)

Diagnostikk

- Hudbiopsier
- Anoskopi / rektoskopi (med / uten biopsi)

Vedlegg 3 – Oversikt over utførte operasjoner innen ortopedi ved SSF 2019-2020

Operasjonstyper og antall operasjoner innen ortopedi i SSF i 2019 og frem til mars 2020. Utført av de nåværende to faste ortopededer ved SSF. Kilde: uttrekk fra DIPS oversendt av SSHF

Operasjonstyper	Antall
Meniskreseksjon, art.skopisk, kne	31
Fjerning, osteosynt.mat, ankel/fot	16
Eksisjon/deling, åpen, ligament, hånd	15
Osteotomi m/aksekor/forskyvn, metatars(hallux), fot	13
Spalting, seneskjede (Triggerfinger), hånd	13
Hemiprotese, dist del m/segment, hofte	12
Eksisjon, ganglion, hånd	11
Fjerning, osteosynt.mat, hånd	11
Eksisjon, ganglion, ankel/fot	10
Fjerning, osteosynt.mat, legg	8
Osteosyntese m/plate, fraktur, distale radius	7
Osteosyntese m/plate, fraktur, prox femur	7
Fjerning, osteosynt.mat, albue/underarm	7
Spalting (carpaltunnel), n. medianus, hånd	6
Osteosyntese m/plate, fraktur, lat. malleol, ankel	6
Osteosyntese m/plate, fraktur, bimalleol, ankel	5
Artrioskopi, diagnostisk, kne	5
Arthrodes m/intern fiks, tarsometatarsalledd, fot	5
Reseksjon/avmeisling, ben, tå, fot	4
Sårrevisjon, overeks	4
Eksisjon, bursa, albue/underarm	4
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, finger, hånd	4
Sutur/reinserering, ekstensorsene, hånd	3
Myotomi/tenotomi, ankel/fot	3
Reposisjon, lukket, fraktur, skaft antebrachi	3
Annen hofte/lår operasjon - Angi	3
Sutur/reinserering av sene (Achilles), ankel/fot	3
Fasciotomi, lår	3
Eksisjon av benfragment, ankel/fot	3
Fjerning, fremmedlegeme fra vev, hånd	3
Reposisjon, lukket, luksasjon, skulder	3
Arthrodes m/fiks, annet ledd, fot	3
Reseksjon/eksisjon, fascie (Dupuytren), hånd	3
Arthrodes m/intern fiks, metatarsofalangealledd, fot	2
Reposisjon, åpen, fraktur, dist radius	2

Reposisjon, lukket, luksasjon, hofte	2
Reseksjon/eksisjon, fascie, lår	2
Reposisjon, lukket, fraktur, distale radius	2
Hemiprotese, dist del u/segment, hofte	2
Reposisjon, lukket, luksasjon av protese, hofte	2
Incisjon og revisjon, infeksjon, sene, hånd	2
Osteosyntese m/glidenagle (DHS/HCS), fraktur, prox femur	2
Artroskopi, ankel	2
Reseksjon, bløtdelstumor, hånd	2
Osteosyntese m/skruer (CHP), fraktur, collum femur	2
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, dist radius	2
Annen ankel/fot operasjon - Angi	2
Adheranseløsning, art.skopisk, skulderledd	2
Sutur/reinserering av sene (Cuff), skulder/overarm	2
Synovektomi, partiell, art.skopisk (shaving), kne	2
Eksisjon, bursa, skulder	2
Osteosyntese m/plate, fraktur, humerus	2
Incisjon og revisjon, infeksjon, albue/underarm	1
Sutur/reinserering , sene, kne/legg	1
Reseksjon/avmeisling, ben, annet, ankel/fot	1
Osteosyntese m/magnagle, fraktur, skaft tibia, legg	1
Sutur/rekonstruksjon, muskel, albue/underarm	1
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, bimalleol, ankel	1
Reseksjon, leddbrusk, art.skopisk, kne	1
Annen skulder/overarm operasjon - Angi	1
Fjerning, ekstern fiks, ankel/fot	1
Fjerning, osteosynt.mat, femur	1
Sutur/reinserering, ligament (ulnare kollat.), hånd	1
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, metatars, fot	1
Incisjon og revisjon (skylling), infeksjon, hofteledd	1
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, skaft tibia, legg	1
Incisjon/drenasje, abscess/hematom, hud, overeks, ort	1
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, tå, fot	1
Reseksjon/avmeisling, ben (eksostose), femur	1
Annen albue/underarm operasjon - Angi	1
Løsning, muskel, albue/underarm	1
Osteosyntese m/plate, fraktur, dist antebrachi	1
Eksisjon, lesjon, hud, overeks, ort	1
Osteosyntese m/plate, fraktur, dist femur	1
Annen kir sårbehandling, ort, overeks - Angi	1
Dekompresjon/spalting, perifer nerve	1
Sutur/reinserering, menisk, art.skopisk, kne	1
Annen hånd/håndledd operasjon - Angi	1

Reposisjon, lukket, fraktur, skaft ulna	1
Synovektomi, partiell, art.skopisk (shaving), skulderledd	1
Incisjon og revisjon, beninfeksjon, ankel/fot	1
Tenotomi/myotomi, albue/underarm	1
Fjerning av fritt legeme, åpen, ankel/fot	1
Fasciotomi, kne/legg	1
Reseksjon, bløtdelstumor, kne/legg	1
Osteosyntese m/plate, fraktur, metatars, fot	1
Reseksjon/avmeisling, ben (eksostose), clavícula	1
Fjerning, osteosynt.mat, skulder/overarm	1
Reseksjon/avmeisling, ben (eksostose), finger, hånd	1
Amputasjon, partiell, tå, fot	1
Eksisjon, bløtdelstumor, ankel/fot	1
Osteosyntese m/skruer, fraktur, lat. malleol, ankel	1
Reseksjon/eksisjon, fascie, ankel/fot	1
Osteosyntese m/skruer, fraktur, prox radius	1
Revisjon av amputasjon, partiell, finger, hånd	1
Eksisjon benfragment, finger, hånd	1
Eksisjon, bursa, ankel/fot	1
Rekonstruksjon, ligament, ankel/fot	1
Operasjon for hab. luksasjon, åpen, patella	1
Reposisjon, lukket, fraktur, distale antebrachi	1
Osteosyntese m/magnagle, fraktur, prox femur	1
Reposisjon, lukket, fraktur, distale femur	1
Sutur/reinserering, ligament, art.skopi, skulder	1
Annen hånd operasjon - Angi	1
Sutur/reinserering, sene, albue/underarm	1
Reposisjon, lukket, fraktur, prox tibia, legg	1
Osteosyntese m/magnagle, fraktur, skaft radius	1
Hemiprotese, prox del m/segment, hofte	1
Eksisjon, bursa, kne/legg	1
Eksartikulasjon, metatarsofalangeal, fot	1
Transposisjon, sene, kne/legg	1
Osteosyntese m/plate, fraktur, med. malleol, ankel	1
Osteosyntese m/plate, fraktur, metacarp, hånd	1
Totalt	336

Vedlegg 4 – Utfyllende informasjon fra journalgjennomgang ortopedi ved SSF

Meniskreseksjon, art. skopisk, kne. 14 av 31 operasjoner gjennomgått.	
Oppsummering	• Halvparten av pasientene er etter vår vurdering ikke tilstrekkelig utredet. Pasienter som er eldre enn 50 år burde etter vår vurdering gjennomført fysikalsk terapi før en eventuell operasjon. • Det er i liten grad dokumentert i journal at pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. • Gjennomføringen av alle operasjonene er god. Dette gjelder også for de indikasjonene vi mener er diskutabel. • Det er gitt standard postoperative føringer for de fleste pasientene. Enkelte er kalt inn til kontroll to uker etter operasjon for å fjerne sting. Etter vår vurdering kan dette gjennomføres hos fastlege.
Undersøkelse	Syv av pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet, og det er klar indikasjon for å operere alle disse. Dette var hovedsakelig yngre pasienter under 50 år, som hadde låsninger eller tidligere skader som ga indikasjon for operasjon. For syv av operasjonene mener vi at indikasjonen til operasjon er diskutabel. Dette skyldes først og fremst at pasientene var eldre enn 50 år og hvor det ikke fremkom i journal at pasienten har gjennomført fysikalsk terapi. Etter vår vurdering burde fysikalsk terapi vært en del av utredningen for å se eventuell effekt av det først.
Plan for operasjon	Vi vurderer at det ble lagt en god plan med riktig operasjonsmetode for de syv operasjonene hvor vi er enige i indikasjonen for operasjon.
Informasjon til pasient	For åtte av pasientene er det ikke dokumentert i journal om pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. For seks av pasientene er dette dokumentert.
Gjennomføring og resultat av operasjon	Det er dokumentert at det er gjennomført forundersøkelse før operasjon for seks av operasjonene, mens dette ikke er dokumentert for åtte av operasjonene. Ettersom det ofte går noe tid fra de elektive (planlagte) pasientene er på utredning på poliklinikken til de faktisk opereres, er det viktig å gjennomføre en forundersøkelse av om pasientens plager fortsatt er tilstede og dokumentere dette. Vi vurderer at den tekniske gjennomføringen er riktig og god for alle operasjonene. Dette gjelder også de operasjonene hvor vi mener indikasjonen er diskutabel.
Bruk av assistent	Ingen av operasjonene gjennomføres med assistent, noe det heller ikke er behov for.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for de fleste pasientene. Enkelte er kalt inn til kontroll to uker etter operasjon for å fjerne sting. Etter vår vurdering kan dette gjennomføres hos fastlege.
Er aktuell behandling/operasjonstype i	Ja.

henhold til bestemt funksjonsfordeling?	
---	--

Hemiprotese, dist del m/segment, hofte. 8 av 12 operasjoner gjennomgått.	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse, klar indikasjon for operasjon. - Det er ikke dokumentert i journal at det er gitt informasjon til pasientene om inngrepet. - Planen og gjennomføringen for syv av operasjonene er god. - Ved en operasjon kunne forskjellen i benlengde vært konstatert og redusert. - En av operasjonene gjøres uten assistent.
Undersøkelse	De åtte pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet, og det er klar indikasjon for å operere alle.
Plan for operasjon	Det ble lagt en god plan med riktig operasjonsmetode for alle operasjonene.
Informasjon til pasient	Det var ikke dokumentert i journal om pasienter eller eventuelt pårørende er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For syv av operasjonene mener vi at både gjennomføringen og resultatet var godt. En operasjon kunne etter vår vurdering vært gjennomført bedre, ettersom operasjonen resulterer i betydelig forskjell i benlengde. Benlengden kunne vært justert bedre. Pasienten var til kontroll etter tre måneder på grunn av droppfot og ulik benlengde. Fagrevisor kommenterer at droppfot er uvanlig ved hemiproteser. Han vurderer at det er vanskelig å bedømme om ulik benlengde i dette tilfellet er årsaken til isjiasskaden. Mest sannsynlig er drag eller plassering av holdehaker årsak til droppfot (nerveskade).
Bruk av assistent	Syv av operasjonene er gjennomført med assistent. For en av operasjonene var det ikke dokumentert om det var med assistent.
Postoperative føringer	Det var gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i henhold til bestemt funksjonsfordeling?	Ja.

Osteotomi m/aksekorrr/forskyvn, metatars(hallux). 5 av 13 operasjoner gjennomgått.	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse og klar indikasjon for tre av operasjonene. - Vi mener at indikasjonen ved to av operasjonene er diskutabel - Det er dokumentert i journal at det er gitt informasjon om inngrepet, risiko, og forventet resultat til pasientene. - Planen for og gjennomføringen av alle operasjonene er god.
Undersøkelse	Tre av pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet, og at det for disse var klar indikasjon for operasjon. For en pasient var det tydelig feilstilling på røntgen, men det var i liten grad beskrevet at pasienten hadde plager i journalen. For en annen

	pasienten viste røntgen at feilstillingen ikke var så stor og indikasjonen for operasjon var derfor ikke så klar.
Plan for operasjon	Det ble lagt en god plan med riktig inngrep for de tre operasjonene hvor vi er enige i indikasjonen for operasjon.
Informasjon til pasient	Det var dokumentert i journal at alle pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	Den tekniske gjennomføringen av alle fem operasjonene var god.
Bruk av assistent	Ingen av operasjonene ble utført med assistent, noe det heller ikke er behov for.
Postoperative føringer	Det var gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i henhold til bestemt funksjonsfordeling?	Ja.

Artrodese m/intern fiks, tarsometatarsalledd, fot. 2 av 5 operasjoner gjennomgått.	
Oppsummering	• Adekvat forundersøkelse og klar indikasjon for begge operasjoner. • Det er dokumentert i journal at det er gitt informasjon om inngrepet, risiko, og forventet resultat til pasientene. • Planen og gjennomføringen av begge operasjonene er god.
Undersøkelse	Pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet, og at det for disse var klar indikasjon for operasjon.
Plan for operasjon	Det ble lagt en god plan med riktig inngrep for de to operasjonene.
Informasjon til pasient	Det var dokumentert i journal at begge pasientene var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	Den tekniske gjennomføringen av begge operasjonene var god.
Bruk av assistent	Ingen av operasjonene ble utført med assistent, noe det heller ikke er behov for.
Postoperative føringer	Det var gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i henhold til bestemt funksjonsfordeling?	Ja.

Artrioskopi, diagnostisk, kne. 2 av 5 operasjoner gjennomgått.	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse, klar indikasjon for inngrep. - Dokumentert i journal at det er gitt informasjon om inngrepet til pasientene. - Planen og gjennomføringen er god.
Undersøkelse	Begge pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet, og i begge tilfeller var det mistanke om synovitt og det er indikasjon for inngrepet.
Plan for operasjon	Det ble lagt en god plan med riktig inngrep for begge pasientene.
Informasjon til pasient	Det var dokumentert i journal at begge pasientene var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For begge inngrepene mener vi at gjennomføringen var god.
Bruk av assistent	Ingen av operasjonene ble utført med assistent, noe det heller ikke er behov for.
Postoperative føringer	Det var gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i henhold til bestemt funksjonsfordeling?	Ja.

Osteosyntese m/glidenagle (DHS/HCS), fraktur, prox femur. 2 av 3 operasjoner gjennomgått.	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse og indikasjon for begge operasjoner. - Det er ikke dokumentert i journal at det er gitt informasjon om inngrepet, risiko, og forventet resultat til pasientene. - Planen og gjennomføringen av begge operasjonene er god.
Undersøkelse	De to pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet, og at det var klare brudd og indikasjon for operasjon.
Plan for operasjon	Det ble lagt en god plan for de to operasjonene
Informasjon til pasient	Det var dokumentert i journal at begge pasientene var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	Den tekniske gjennomføringen av begge operasjonene var god.
Bruk av assistent	En av operasjonene ble utført med assistent. Ifølge fagrevisor er det vanlig å operere slike operasjoner alene for overleger.
Postoperative føringer	Det var gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i henhold til bestemt funksjonsfordeling?	Ja.

Sutur/reinserering av sene (Cuff), skulder/overarm. 2 av 2 operasjoner gjennomgått	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse og indikasjon for begge operasjoner. - Det er ikke dokumentert i journal at det er gitt informasjon om inngrepet, risiko, og forventet resultat til pasientene. - Planen og gjennomføringen av begge operasjonene er god.
Undersøkelse	De to pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet, og at det for disse var klar indikasjon for operasjon.
Plan for operasjon	Det ble lagt en god plan for de to operasjonene. En av operasjonene gjelder en forkalkning i sene som gir pasienten plager. Fagrevisor kommenterer at det ikke er vanlig å fjerne slike, men det gjøres og anses som et godkjent inngrep.
Informasjon til pasient	Det var ikke dokumentert i journal at pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	Den tekniske gjennomføringen av begge operasjonene var god.
Bruk av assistent	Ingen av operasjonene var gjennomført med assistent, noe det heller ikke er behov for.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for begge pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i henhold til bestemt funksjonsfordeling?	Ja.

Utvalgte operasjonstyper hvor vi har gjennomgått én operasjon

Osteosyntese m/margnagle, fraktur, prox femur

Journalgjennomgangen viste at pasienten ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet. Det var klar indikasjon for å operere pasienten. Planen for operasjon var god. Det fremkommer i journal at pasient var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. Operasjonen ble gjennomført med assistent, selv om det ikke nødvendigvis er behov for det. Etter vår vurdering var både gjennomføringen og resultatet av operasjonen god. De postoperative føringene var i henhold til standard. Den aktuelle behandlingen er i henhold til bestemt funksjonsfordeling.

Osteosyntese m/margnagle, fraktur, skaft radius

Journalgjennomgangen viste at pasienten (barn) ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet. Det var klar indikasjon for å operere pasienten. Det var et snilt brudd og ved bruk av gips er det risiko for at bruddet faller tilbake til feilstilling. Det var etter fagrevisors vurdering riktig å operere denne pasienten. Det fremkommer i journal at pasient og pårørende var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. Operasjonen ble gjennomført uten assistent, og det var ikke behov for det. Etter vår vurdering var både gjennomføringen og resultatet av operasjonen god. De postoperative føringene var i henhold til standard. Den aktuelle behandlingen er i henhold til bestemt funksjonsfordeling.

Osteosyntese m/margnagle, fraktur, skaft tibia, legg

Journalgjennomgangen viste at pasienten ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet. Det var klar indikasjon for å operere pasienten. Det fremkommer i journal at pasienten var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. Operasjonen ble gjennomført uten assistent. Fagrevisor vurderer at det kunne vært med en assistent, men at en slik operasjon også kan gjøres uten. Etter vår vurdering var både gjennomføringen og resultatet av operasjonen god. De postoperative føringene var i henhold til standard. Den aktuelle behandlingen er i henhold til bestemt funksjonsfordeling.

Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, skaft tibia, legg

Journalgjennomgangen viste at pasienten ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet. Det var klart brudd og god indikasjon for å operere pasienten. Det fremkom ikke i journal at pasienten er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. Operasjonen ble utført uten assistent. Etter vår vurdering var både gjennomføringen og resultatet av operasjonen god. Pasienten ble overført til SSK i etterkant av operasjonen på grunn av øvrige komplikasjoner. Vi vurderer at komplikasjonene skyldes ulykken som pasienten var utsatt for, og ikke et resultat av operasjonen. Den aktuelle behandlingen er i henhold til bestemt funksjonsfordeling.

Sutur/reinserering, ligament, art. skopi, skulder

Operasjonen gjelder krageben ut av ledd (AC-luksasjon). Fagrevisor kommenterer at det ikke alltid er gitt at slike tilstander skal opereres. Skaden skjedde i april og pasienten ble operert i juni, og fagrevisor mener man kunne ventet lengre (6-12 måneder) for å vurdere behovet for operasjon. Når det gjelder operasjonsmetoden så er det andre operasjonsmetoder som er mer vanlige, men metoden anses som godkjent. Det fremkom ikke i journal om pasienten var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. Etter vår vurdering er både gjennomføringen og resultatet godt. De postoperative føringene er i henhold til standard. Den aktuelle behandlingen er i henhold til bestemt funksjonsfordeling Samtidig er dette en sjelden type operasjon og det kan derfor diskuteres om det er bedre å samle slike operasjoner til et miljø med større volum.

Vedlegg 5 – Oversikt over utførte operasjoner generell kirurgi ved SSF 2019-2020

Utførte operasjonstyper generell kirurgi SSF i 2019 og frem til april 2020. Utført av de fast ansatte kirurgene og de mest brukte vikarene i SSF. Kilde: uttrekk fra DIPS oversendt av SSHF.

Operasjonstype	Fast ansatt	Vikar	Totalt
Brokkplastikk, åpen, m/graft(nett), lyskebrokk	22	20	42
Appendektomi, lap.skopisk, tarm	30	10	40
Eksisjon, hud fra truncus	25	7	32
Hemoroidektomi (inkl. mukosaprolaps, anus)	15	12	27
Cholecystektomi, lap.skopisk, galleblære	14	9	23
Ekstirpasjon, lokalt, anus/perineum	11	9	20
Eksisjon, pilonidalcyste (Bascom), hud, truncus	9	5	14
Brokkplastikk, lap.skopisk, m/graft(nett), lyskebrokk	12	1	13
Brokkplastikk, lap.skopisk(TEP), bilat, lyskebrokk	10	3	13
Incisjon, anus/perineum	9	4	13
Eksisjon, lesjon, hud, truncus	5	6	11
Eksisjon, lesjon, hud, undereks	8	2	10
Incisjon/drenasje, pilonidalcyste, hud, truncus	5	4	9
Annen hemoroider/prolaps operasjon,, anus - Angi	7		7
Brokkplastikk m/graft(nett), navlebrokk	5	2	7
Sårrevisjon, undereks	5	2	7
Incisjon/drenasje, abscess/hematom, hud, truncus	4	2	6
Annen kir sårbehandling, truncus - Angi	3	3	6
Brokkplastikk, åpen, lyskebrokk	4	1	5
Brokkplastikk m/graft(nett), åpen, arrbrokk	5		5
Brokkplastikk, åpen, navlebrokk	2	3	5
Ekstirpasjon, lokal, transanal, rectum	3	2	5
Anoskopi, anus	1	3	4
Blærekateterisering	4		4
Annen mindre operasjon, hud, kir - Angi	2	2	4
Incision, fistel, anus	2	1	3
Eksisjon av negleseng på tå	3		3
Incision, inkomplett m/seton, fistel, anus	1	2	3
Eksisjon/rekonstruksjon, annen, hud, undereks	3		3
Eksisjon, lesjon, hud, hode/hals	2	1	3
Innlegging, pleuradren/toraksdren, intercostalt	1	1	2
Eksisjon av hud fra hode eller hals	2		2
Cholecystostomi, lap.skopisk, galleblære	1	1	2
Annen anus/perineum operasjon, - Angi	1	1	2
Eksisjon av hud fra undereks	2		2

Appendektomi, åpen, tarm	1	1	2
Brokkplastikk m/graft(net), lårbrokk	1	1	2
Rectoskopi, rectum	1	1	2
Incisjon/drenasje, abscess/hematom, hud, overeks, kir	1		1
Eksisjon, lesjon, aurikkel, øre	1		1
Incisjon/drenasje, abscess/hematom, hud, undereks, ort	1		1
Eksisjon, svettekjertler, hud, truncus/aksille	1		1
Incisjon og revisjon, infeksjon, albue/underarm		1	1
Eksisjon/rekonstruksjon, annen, hud, hode/hals, kir		1	1
Brokkplastikk, epigastriebrokk		1	1
Brokkplastikk, åpen, arrbrokk	1		1
Annen urinblære operasjon - Angi	1		1
Arterioplastikk, art. femoralis communis, percutant	1		1
Eksisjon, lesjon, hud, overeks, kir		1	1
Biopsi, anus	1		1
Eksisjon, lesjon, hud, overeks, ort	1		1
Fjerning av fritt legeme, åpen, ankel/fot		1	1
Incisjon/drenasje, abscess/hematom, hud, overeks, ort	1		1
Innlegging, suprapubisk blærekateter		1	1
Incisjon/drenasje, abscess/hematom, hud, undereks, kir	1		1
Reoperasjon for overfladisk infeksjon, gastro kir		1	1
Incisjon/drenasje, mamma		1	1
Eksisjon, arr, hud, truncus	1		1
Annen rectum operasjon - Angi	1		1
Termisk destruksjon, hemoroider/slimhinneprolaps, anus	1		1
Annen kir sårbehandling, hode/hals, kir - Angi	1		1
Fjerning, fremmedlegeme, hud, undereks	1		1
Reseksjon/eksisjon, fascie, ankel/fot	1		1
Annen reoperasjon etter operasjon, hud - Angi	1		1
Termisk behandling, lesjon, anus/perineum	1		1
Hemoroideoperasjon am THD, anus		1	1
Eksisjon, hud fra overeks		1	1
Hudtransplantasjon	1		1
Totalt	261	132	393

Vedlegg 6 – Utfyllende informasjon fra journalgjennomgang generell kirurgi ved SSF

Hemoroider/marisker og annen type perianale operasjoner. Gjennomgått journal for åtte operasjoner	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse og klar indikasjon for operasjon. - Dokumentert i journal at det er gitt tilstrekkelig informasjon til pasientene i forkant av operasjon. - Planen og resultatet av en operasjon var ikke god. For de øvrige syv operasjonene var det gode planer for operasjonene.
Undersøkelse	Journalgjennomgangen viste at alle pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet. Fem av pasientene ble utredet i SSK før de ble sendt til SSF for operasjon.
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere alle pasientene.
Plan for operasjon	Det ble lagt en god og riktig plan for 7 av 8 operasjonene. Ved ett tilfelle er det vår vurdering at planen for operasjonen ikke var god. SSF gjennomførte operasjonen etter henvisning fra SSK, som ber om fjerning av kjønnsvorter. SSF utførte en eksisjon (utskjæring) av vortene, samt at de lot sårene være åpne. Pasienten fikk alvorlige komplikasjoner med blant annet postoperativ sårinfeksjon, behov for flere sårrevisjoner og anleggelse av stomi i en lengre periode. Etter vår vurdering burde pasienten ikke ha blitt henvist til SSF med en summarisk beskrivelse av oppdraget, men burde først vært forsøkt gjennomført med laser, eventuelt i flere seanser ved SSK. I tre tilfeller ble det planlagt at hemoroideoperasjonene skulle utføres i to omganger, med noen måneder mellom hvert inngrep. I disse tilfellene valgte SSF å legge pasientene i narkose to ganger for å fjerne hemoroidene.
Informasjon til pasient	For 7 av 8 operasjoner fremkommer det i journal at pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. Det var ett tilfelle hvor vi ikke fant dokumentasjon på at pasienten var blitt informert i forkant av operasjonen.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For 7 av de 8 operasjonene mener vi at gjennomføringen var god. Som beskrevet ovenfor var det én operasjon der resultatet ikke ble godt, etter vår vurdering som følge av feil operasjonstilnærming. Ved en operasjon beskrev hovedoperatør trolig funn av en fistel, uten å undersøke denne videre. Vi mener at operatøren burde ha undersøkt om det var en fistel når pasienten allerede var lagt i narkose.
Bruk av assistent	Det var ikke assistent på disse operasjonene, noe det heller ikke er behov for.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i	Ja.

henhold til bestemt funksjonsfordeling?	
---	--

Cholecystektomi. Gjennomgått journal for seks operasjoner	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse og klar indikasjon for operasjon. - Dokumentert i journal at det er gitt tilstrekkelig informasjon til pasientene i forkant av operasjon. - For alle operasjonene mener vi at gjennomføringen var god. - For to av operasjonene manglet det dokumentasjon på om assistent var benyttet.
Undersøkelse	De fleste pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet. Det ble gjennomført kliniske undersøkelser og ultralyd som bekreftet at det var stener/grus i galleblæren/galleblærehalsen. To av pasientene fikk en utredning preget av «for sikkerhets skyld» tenkning. Den ene pasienten med typiske gallestensmerter ble utredet videre med et arbeids-EKG og ultralyd av hjertet, uten at det forelå tilgrunnliggende hjertesykdom eller annen berettiget mistanke om dette. Den andre pasienten ble det tatt unødvendig mange blodprøver av. SSF fant at den ene blodprøven var litt forhøyet, og pasienten fikk beskjed om å kontrollere dette videre. Vi mener grunnlaget for å ta så mange blodprøver kan diskuteres. Slike tilfeldige funn vil følge ved for omfattende blodprøvetaking.
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere alle pasientene. Det ble bekreftet gallesten/grus i galleblæren eller gallehalsen.
Plan for operasjon	Det ble lagt en god og riktig plan for alle operasjonene. Alle operasjonene ble gjennomført laparoskopisk, og det ble planlagt at to overleger skulle delta på inngrepene.
Informasjon til pasient	For alle operasjonene fremkom det i journal at pasientene var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For alle operasjonene mener vi at gjennomføringen var god. For to av pasientene ble galleblæren tatt ut, men det er ikke kommentert om det var stener/grus i galleblæren i operasjonsbeskrivelsen.
Bruk av assistent	For 2 av 6 operasjoner fant vi ikke dokumentasjon på at det ble benyttet assistent. Standard prosedyre for disse operasjonene er at det gjennomføres av to overleger.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i henhold til bestemt funksjonsfordeling?	Ja.

Appendektomi. Gjennomgått journal for fem operasjoner	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse og klar indikasjon for operasjon. - Vi fant ikke indikasjon for bruk av CT ved to av fire pasienter. - Dokumentert i journal at det er gitt tilstrekkelig informasjon til pasientene i forkant av operasjon. - Ved ett tilfelle ble ikke prosedyren for barn fulgt. - En operasjon ble utført som åpen. Det burde fremkommet i journal hvorfor denne operasjonen ikke ble utført laparoskopisk. - For alle operasjonene mener vi at gjennomføringen var god.
Undersøkelse	Alle pasientene ble klinisk undersøkt før operasjon ble besluttet. Ingen av pasientene ble rektaleksplorert. For fire av pasientene ble det tatt en CT av magen for å bekrefte diagnosen. To av disse var henholdsvis 17 og 33 år gamle og vi fant ikke indikasjon for slik undersøkelse. Strålebelastning ved unødig røntgen bør unngås.
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere alle pasientene. Diagnosen ble bekreftet av kliniske undersøkelser og CT.
Plan for operasjon	Det ble lagt en god og riktig plan for fire av operasjonene. Disse operasjonene ble gjennomført laparoskopisk. En operasjon ble gjennomført åpent. I dette tilfellet mener vi det burde fremkommet i journal hvorfor man valgte å ikke utføre inngrepet laparoskopisk. Det er et barn med i utvalget, og vi fant at prosedyren for operasjoner av barn i SSF ikke ble etterlevd. Det ble ikke tatt kontakt med bakvakten ved SSK ved innkomst SSF. Da SSF på et senere tidspunkt tok kontakt med barneavdelingen på SSK i forbindelse med denne pasienten, ble de avvist.
Informasjon til pasient	For alle operasjonene fremkom det i journal at pasientene var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For alle operasjonene mener vi at gjennomføringen var god. For en av pasientene var det funnet en cyste på eggstokkene ifølge CT-beskrivelsen. Dette kunne operatør ha undersøkt nærmere under inngrepet.
Bruk av assistent	For 3 av 5 operasjoner var det benyttet assistent. Det var heller ikke behov for å benytte assistent ved de to siste operasjonene.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i henhold til bestemt funksjonsfordeling?	Ja.

Lyskebrokk. Gjennomgått journal for syv operasjoner	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse og klar indikasjon for operasjon. - Dokumentert i journal at det er gitt tilstrekkelig informasjon til pasientene i forkant av operasjon. - For alle operasjonene mener vi at gjennomføringen var god. - For to av operasjonene manglet det dokumentasjon på at assistent var benyttet.
Undersøkelse	Alle pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet.
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere alle pasientene.

Plan for operasjon	To av operasjonene ble gjennomført laparoskopisk, og fem av operasjonene ble gjennomført åpent. Laparoskopisk prosedyre burde være førstevalg og det er ikke dokumentert noen begrunnelse for at disse operasjonene skulle gjennomføres åpent. For de to laparoskopiene dreide det seg om bilaterale lyskebrokk. Den ene pasienten ble operert to ganger, en operasjon for hver side med noen måneders mellomrom. Den andre pasienten ble operert på begge sider i en operasjon. Pasienten var en risikopasient med omfattende underliggende tilstander, inngrepet varte i fire timer og kunne gjerne vært gjort i to omganger for å redusere operasjonstiden og dermed risiko.
Informasjon til pasient	For fem pasienter fremkom det i journal at de er informert om inngrepet, risikoer, effekt og postoperativt forløp. I en pasientjournal var det ikke dokumentert at pasienten hadde fått den nødvendige informasjon om inngrepet i forkant av operasjonen. Videre var det et tilfelle hvor vi tenker det var relevant å informere også pårørende i tillegg til pasienten selv.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For alle operasjonene mener vi at gjennomføringen var god.
Bruk av assistent	For 2 av 7 operasjoner fant vi dokumentasjon på at det ble benyttet assistent. Det er nødvendig med assistent på laparoskopiske lyskebrokkoperasjoner. I utvalget var det en laparoskopisk lyskebrokkoperasjon hvor vi ikke fant dokumentasjon på bruk av assistent.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i henhold til bestemt funksjonsfordeling?	Ja.

Navlebrokk. Gjennomgått journal for to operasjoner	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse og klar indikasjon for operasjon. - Ved en journal er det ikke dokumentert at det er gitt tilstrekkelig informasjon til pasient i forkant av operasjon. - For begge operasjonene mener vi at gjennomføringen og resultatet er godt.
Undersøkelse	Alle pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet.
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere pasientene.
Plan for operasjon	Det ble lagt en god og riktig plan for operasjonene.
Informasjon til pasient	Det fremkom i journal at den ene pasienten var informert om inngrepet, risikoer, effekt og postoperativt forløp. Den andre pasienten hadde fått direkte time til operasjon på dagkirurgen uten at det var gjennomført en forundersøkelse. Det var heller ikke dokumentert i operasjonsbeskrivelsen at pasienten hadde fått informasjon om operasjonen.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For alle operasjonene mener vi at gjennomføringen var god.
Bruk av assistent	Det ble ikke benyttet assistent ved disse inngrepene, noe det heller ikke er behov for.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i	Ja.

henhold til bestemt funksjonsfordeling?	
---	--

Innleggelse av pleuradren. Gjennomgått journal for to operasjoner	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse og klar indikasjon for operasjon. - I det ene tilfellet kunne det vært konferert med traumeansvarlig i SSK eller Ullevål angående disloserte ribbein. - Det er dokumentert i journal at pasientene er gitt tilstrekkelig informasjon i forkant av operasjon.
Undersøkelse	Begge pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet.
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere pasientene.
Plan for operasjon	Det ble lagt en god og riktig plan for innleggelse av pleuradrenene. I den ene tilfellet mener vi at SSK kunne vært konferert, grunnet kompleksiteten av traumat. Pasienten hadde i tillegg seks brukne ribbein, og tre av disse var disloserte. Pasienten ble tilsett av ortoped ved SSF, men man kunne i tillegg konferert med traumeansvarlig i SSK eller Ullevål, og rådført seg om det var noe mer som kunne gjøres angående de disloserte ribbeinene.
Informasjon til pasient	For begge operasjonene fremkom det i journal at pasientene var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For alle operasjonene mener vi at gjennomføringen var god.
Bruk av assistent	Det ble ikke benyttet assistent ved disse inngrepene, noe det heller ikke er behov for.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i henhold til bestemt funksjonsfordeling?	Ja.

Pilonidalcyste. Gjennomgått journal for to operasjoner	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse og klar indikasjon for operasjon. - Den ene pasienten burde ikke blitt instrumentert i akuttmottaket, og man burde i stedet ventet til operasjon neste dag. - Det er dokumentert i journal at pasientene er gitt tilstrekkelig informasjon i forkant av operasjon. - For begge operasjonene mener vi at gjennomføringen og resultatet er godt.
Undersøkelse	Journalgjennomgangen viste at den ene pasienten ikke ble adekvat undersøkt av turnuslegen ved ankomst i akuttmottaket. I journalen fant vi at turnuslegen kopierer undersøkelsen som var gjennomført av fastlegen. I det andre tilfellet fant vi at cysten ble instrumentert i akuttmottaket, men ikke tilstrekkelig. Pasienten ble satt opp til operasjon neste dag, og får beskjed om å hente ut og starte opp med antibiotikakur i mellomtiden. Pasienten ble lagt inn på sykehuset senere samme dag, med lette symptomer på blodforgiftning (sepsis), instrumenteringen i akuttmottaket tidligere på dagen har trolig bidratt til dette.
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere alle pasientene.

Plan for operasjon	Planen for den ene operasjonen er god. For en andre pasienten som ble instrumentert i akuttmottaket, vurderer vi at det ikke var behov for å instrumentere. De skulle i stedet ha latt cysten ligge i ro til operasjonen neste dag. Pasientene ble operert i narkose dagen etter at de ankom akuttmottaket. Dette er inngrep hvor det kan diskuteres om det er nødvendig med narkose eller om inngrepet kunne vært gjort i lokalbedøvelse.
Informasjon til pasient	For alle operasjonene fremkom det i journal at pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	Bortsett fra instrumenteringen i akuttmottaket, mener vi operasjonene var gjennomført godt.
Bruk av assistent	Det ble ikke benyttet assistent ved disse inngrepene, noe det heller ikke er behov for.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i henhold til bestemt funksjonsfordeling?	Ja.

Diverse: Operasjon av innsetting med seton i anus, fjerning av svettekjertler, og epigastriebrokk. Epigastriebrokk var i stedet operasjon av arrbrokk. I utvalget var det også en operasjon av arterieplastikk, men dette var en feilregistrering og ble derfor ikke gjennomgått.	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse og klar indikasjon for operasjon. - Dokumentert i journal at det er gitt tilstrekkelig informasjon til pasientene i forkant av operasjon. - Planen og gjennomføringen av en operasjon er vanskelig å vurdere på grunn av manglende dokumentasjon. For de øvrige to operasjonene var det gode planer og resultater.
Undersøkelse	Journalgjennomgangen viste at pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet.
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere alle pasientene. Når det gjelder operasjon for fjerning av svettekjertler så var denne operasjonen en del av en lang behandlingsrekke. Det ble konferert med OUS og pasienten har også vært vurdert ved hudpoliklinikken ved Rikshospitalet. Behandlingen var i tråd med råd fra OUS.
Plan for operasjon	Det ble lagt en god og riktig plan for operasjonene.
Informasjon til pasient	For alle operasjonene fremkom det i journal at pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For to av de tre operasjonene mener vi at gjennomføringen var god. Ved setonoperasjonen er vi usikre på om håndteringen av trådene var gjennomført riktig. Dette skyldes at journalen ikke i tilstrekkelig grad beskriver hvordan trådene er håndtert.
Bruk av assistent	Vi fant ikke dokumentasjon på at det ble benyttet assistent på disse operasjonene, noe det heller ikke er behov for.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for disse pasientene.
Er aktuell behandling/operasjonstype i henhold til bestemt funksjonsfordeling?	Ja

Vedlegg 7 – Oversikt over operasjoner utført av vedkommende lege ved SSK 2019-2020

Operasjonstyper og antall operasjoner utført av vedkommende lege som hovedoperatør ved SSK i perioden februar 2019 til januar 2020. Kilde: uttrekk fra DIPS oversendt av SSHF.

Operasjonstype	Antall	Operasjonstype	Antall
Osteosyntese m/plate, fraktur, distale radius	27	Reposisjon, åpen, fraktur, bimalleol, ankel	1
Hemiprotese, dist del m/segment, hofte	13	Reposisjon, lukket, fraktur, prox radius	1
Hemiprotese, dist del u/segment, hofte	7	Osteosyntese m/plate, fraktur, dist antebrachi	1
Osteosyntese m/margnagle, fraktur, prox femur	6	Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, håndrot	1
Osteosyntese m/plate, fraktur, lat. malleol, ankel	6	Osteosyntese m/plate, fraktur, dist ulna	1
Sutur/reinserering, ekstensorsene, hånd	6	Totalprotese u/segment, hofte	1
Osteosyntese m/margnagle, fraktur, skaft tibia, legg	5	Incisjon/drenasje, abscess/hematom, hud, underarms, ort	1
Osteosyntese m/glidnagle (DHS/HCS), fraktur, prox femur	4	Reposisjon, lukket, fraktur, skaft tibia, legg	1
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, metacarp, hånd	4	Osteosyntese m/plate, fraktur, finger, hånd	1
Spalting (carpaltunnel), n. medianus, hånd	4	Incisjon og revisjon m/innlegg, beninfeksjon, ankel/fot	1
VAC - vacuum ass sårbehandling, underarms, ort -Angi	4	Amputasjon, total, finger, hånd	1
Sutur/reinserering av sene (Achilles), ankel/fot	4	Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, lat. malleol, ankel	1
Transposisjon, ekstensorsene, hånd	4	Annen kne/legg operasjon – Angi	1
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, humerus	4	Incisjon og revisjon, infeksjon, albue/underarm	1
Osteosyntese m/plate, fraktur, clavícula	3	Annen hånd/håndledd operasjon – Angi	1
Fjerning, osteosynt.mat, albue/underarm	3	Artroplastikk, CMC, hånd	1
Sutur/rekonstruksjon, muskel, hånd	3	Osteosyntese m/plate, fraktur, prox tibia, legg	1
Reseksjon/eksisjon, fascie (Dupuytren), hånd	3	Reposisjon, lukket, fraktur, skaft antebrachi	1
Fjerning, osteosynt.mat, skulder/overarm	3	Osteosyntese m/plate, fraktur, prox ulna	1
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, finger, hånd	3	Reposisjon, lukket, luksasjon, ankel	1
Sutur/reinserering, sene, albue/underarm	2	Osteosyntese m/plate, fraktur, skaft femur	1
Revisjon av amputasjon, partiell, finger, hånd	2	Fjerning, osteosynt.mat, femur	1
Reposisjon, lukket, fraktur, distale antebrachi	2	Osteosyntese m/skruer (CHP), fraktur, collum femur	1
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, metatars, fot	2	Revisjon av amputasjonsstump, legg (crus)	1
Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, dist radius	2	Osteosyntese m/skruer, fraktur, med. malleol, ankel	1
Incisjon og revisjon (skylling), infeksjon, kneledd	2	Sutur/reinserering, sene, kne/legg	1
Hemiprotese, prox del m/segment, hofte	2	Osteosyntese m/skruer, fraktur, metatars, fot	1
Incisjon/drenasje, abscess/hematom, hud, overarms, ort	2	Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, med. malleol, ankel	1
Osteosyntese m/margnagle, fraktur, skaft femur	2	Osteosyntese m/skruer, fraktur, prox radius	1
Amputasjon, partiell, finger, hånd	2	Incisjon og revisjon, beninfeksjon, ankel/fot	1
Artroskopi, diagnostisk, kne	2	Osteosyntese m/skruer, fraktur, skaft tibia, legg	1
Osteosyntese m/plate, fraktur, humerus	2	Sårrevisjon, overarms	1
Eksisjon, ganglion, hånd	2	Annen kir sårbehandling, ort, overarms – Angi	1
Fjerning, osteosynt.mat, hånd	2	Incisjon og revisjon, infeksjon, sene, hånd	1
Ekstern fiksasjon, fraktur, skaft tibia, legg	2	Reoperasjon, infeksjon etter inngrep, hofte/lår	1
Osteosyntese m/plate, fraktur, metacarp, hånd	2	Hemiprotese, prox del u/segment, hofte	1
Reoperasjon, albue/underarm	2	Osteosyntese m/plate, fraktur, bimalleol, ankel	1
Amputasjon, femur, lår	2	Totalt	190
Sutur/reinserering, ligament (ulnare kollat.), hånd	1		

Vedlegg 8 – Utfyllende informasjon fra journalgjennomgang av operasjoner utført av vedkommende lege ved SSK

Osteosyntese med plate, fraktur, distale radius. 12 av 27 operasjoner med vedkommende lege var hovedoperatør er gjennomgått	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse, klar indikasjon for operasjon og dokumentert informasjon til pasienten i alle gjennomgåtte journaler. - Dette er en operasjonstype der legen som hovedregel burde vært assistert, eller der det burde fremgått at det var avtalt at legen skulle operere alene. - Ved en operasjon mener vi planene for operasjon ikke var riktig. Resultatet ble heller ikke tilfredsstillende. Denne operasjonen var drøftet i forkant og legen var assistert av overlege. Pasienten ble senere reoperert av samme lege uten assistent på kveldstid. I dette tilfellet mener vi planen for reoperasjonen var god og at legen fikk korrekt posisjon på oversett fragment. Operasjonen burde etter vår vurdering vært gjennomført på dagtid med overlege som assistent.
Undersøkelse	Pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere alle pasientene. Fem pasienter var inneliggende over natten på hverdag og skal ifølge rutinen ha blitt gjennomgått i morgenmøte. Syv pasienter ble operert samme dag som de ble innlagt. For tre av disse fremkommer det i journal at det er konferert, eller at andre leger har besluttet at pasienten skulle opereres. For de fire siste pasientene er det ikke dokumentert om det er konferert med andre leger om pasienten skal opereres. To av disse pasientene ble operert i helg, mens to ble operert på dagtid på hverdag. En av pasientene ble reoperert to dager etter operasjonen. Pasienten var inneliggende i forkant av første operasjon og frem til reoperasjonen, og skal ifølge rutinen ha blitt drøftet på morgenmøte. Det fremgår også at det ble konferert angående reoperasjonen, og vi legger til grunn at det var godkjent at reoperasjonen skulle utføres alene og på kveldstid.
Plan for operasjon	Det legges en god og riktig plan for 11 av de 12 operasjonene. Ved tre av operasjonene benyttes en type plate som anses som avansert, og som det opplyses at få av overlegene i avdelingen har tatt i bruk. Ved én operasjon ble det etter vår vurdering lagt feil plan, da vi mener det burde vært valgt annen tilgang, og brukt en plate i stedet for to.
Informasjon til pasient	For alle operasjonene fremkommer det i journal at pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For ni av operasjonene mener vi at gjennomføringen og resultatet er godt. For to av operasjonene kan vi ikke ta stilling til resultatet, da de postoperative røntgenbildene ikke gir et entydig svar på resultatet. Én av operasjonene har etter vår vurdering ikke tilfredsstillende resultat. Dette er operasjonen der vi er uenige i planen for operasjonen (se ovenfor). Denne pasienten blir reoperert av samme lege hvor et fragment, man ikke fant ved første operasjon, ble fiksert i korrekt stilling.

Bruk av assistent	Ni operasjoner ble gjennomført uten assistent. For tre operasjoner er det dokumentert i journal at det var med assistent, henholdsvis to overleger og en LIS. Ved to av operasjonene med det avanserte platesystemet fremkommer det at legen var assistert, henholdsvis av en overlege og en mindre erfaren LIS3. Ved operasjonen der vi vurderer at planen var feil og resultatet ikke var tilfredsstillende var en overlege med som assistent. Overlegen har etter vår vurdering et overordnet ansvar for både planen og gjennomføringen av operasjonen. Reoperasjonen ble gjennomført uten assistent. Etter vår vurdering burde denne operasjonen blitt gjennomført på dagtid med overlege som assistent.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.

Hemiprotese, dist del m/sement, hofte. 6 av 13 operasjoner med vedkommende lege var hovedoperatør er gjennomgått	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse og klar indikasjon for operasjon. - Ikke dokumentert i journal om det er gitt informasjon om inngrepet til to av seks pasienter. - Planen og gjennomføringen av alle seks operasjoner er god. - To operasjoner utføres uten assistent. Vi vurderer at det burde vært assistent på disse også.
Undersøkelse	Pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere alle seks pasientene. Alle de seks pasientene var inneliggende over natten og skal ifølge rutinen ha blitt gjennomgått i morgenmøte. For fire av pasientene er det i tillegg dokumentert at pasientene er drøftet ved innkomst.
Plan for operasjon	Det legges en god plan med riktig operasjonsmetode for alle de seks operasjonene.
Informasjon til pasient	Det er dokumentert i journal at fire av pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. For to pasienter er dette ikke dokumentert.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For alle seks operasjonene mener vi at både selve gjennomføringen og resultatet er godt.
Bruk av assistent	Ved fire av operasjonene er det med assistent, hvorav to er LIS3 og to er overleger. To operasjoner er uten assistent. En av disse utføres på dagtid i hverdag, mens den andre utføres på en helligdag. Etter vår vurdering burde det vært med assistent på alle disse operasjonene.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.

Hemiprotese, dist del u/sement, hofte. 6 av 7 operasjoner med vedkommende lege var hovedoperatør er gjennomgått	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse og klar indikasjon for operasjon. - Ikke dokumentert i journal at det er gitt informasjon om inngrepet til to av pasientene. - Planen og gjennomføringen av alle seks operasjoner er god. - To av operasjonene gjøres uten assistent. Vi vurderer at det burde vært assistent på begge.
Undersøkelse	Pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet

Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere alle seks pasientene. Av de 6 operasjonene er 5 inneliggende over natten på hverdag og skal ifølge rutinene ha blitt gjennomgått i morgenmøte. For fem av pasientene er det i tillegg dokumentert at pasientene er drøftet ved overlege eller LIS3.
Plan for operasjon	Når det gjelder planen som legges for operasjonen, så mener vi at det legges en god og riktig plan for fem av de seks operasjonene. For en av operasjonene kommenterer fagrevisor at det kunne blitt valgt skruer fremfor protese ettersom bruddet ikke er mye dislosert, og pasienten har fremtredende alzheimers. Dette ville medført et mindre inngrep, men ville samtidig ikke gitt annet resultatet for pasienten.
Informasjon til pasient	Det er dokumentert i journal at fire av pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. For to pasienter var dette ikke dokumentert.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For alle 6 operasjonene mener vi at både selve gjennomføringen og resultatet er godt.
Bruk av assistent	Ved 5 av operasjonene er det med assistent, hvorav 1 er LIS1, 2 er LIS3, og 2 er overleger. I tillegg gjøres det en operasjon uten assistent på dagtid i helg. Etter vår vurdering burde det vært med assistent på denne operasjonen også.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.

Osteosyntese m/magnagle, fraktur, prox femur. 4 av 6 operasjoner med vedkommende lege var hovedoperatør er gjennomgått	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse, klar indikasjon for operasjon, og i hovedsak dokumentert informasjon til pasientene. - Planen og gjennomføringen av tre av operasjonene er god. - Indikasjonen ved den ene operasjonen er usikker. Hverken fagrevisor eller røntgenlege har funnet tydelig brudd. Det skulle vært gjennomført MR for å få bekreftet et eventuelt brudd.
Undersøkelse	Tre av pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet. For en av pasientene fant ikke fagrevisor brudd på røntgenbildene. Røntgenlege har heller ikke funnet brudd. Fagrevisor vurderer at det kunne vært tatt MR for å få bekreftet et eventuelt brudd.
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere tre av pasientene. En pasient var inneliggende over natten på hverdag og skal ifølge rutinene ha blitt gjennomgått i morgenmøte. Det er ikke dokumentert at det var konferert angående to av pasientene. For en av pasientene finner fagrevisor ikke brudd på røntgen- og CT-bildene. Røntgenlege har heller ikke funnet brudd. Fagrevisor vurderer at det kunne vært tatt MR for å få bekreftet et eventuelt brudd.
Plan for operasjon	Det legges en god plan med riktig operasjonsmetode for tre av operasjonene. Indikasjonen for å operere den fjerde pasienten er som nevnt over diskutabel, da vi ikke finner tydelig brudd.
Informasjon til pasient	Det er dokumentert i journal at to av pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For tre operasjoner mener vi at gjennomføringen og resultatet er godt. Resultatet og gjennomføringen av den fjerde operasjonen er også bra, men indikasjonen er usikker.
Bruk av assistent	Alle operasjoner er gjennomført uten assistent.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle pasientene.

Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, humerus. 4 av 4 operasjoner med vedkommende lege var hovedoperatør er gjennomgått

Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse, klar indikasjon for operasjon. - For tre pasienter var det ikke dokumentert i journal at det er gitt informasjon om inngrepet, risiko og postoperativ oppfølging. - Planen og gjennomføringen av de fire operasjonene er god. - Tre av operasjonene gjøres uten assistent. Vi vurderer at det burde vært assistent på alle. - De postoperative føringene var i henhold til standard, men for en pasient vurderte fagrevisor at det ikke var nødvendig å ha gipsen på så lenge som angitt.
Undersøkelse	De fire pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet.
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere alle pasientene. En pasient var inneliggende over natten på hverdag og skal ifølge rutinene ha blitt gjennomgått i morgenmøte. For en annen pasient er det dokumentert at det er konferert med ortoped, mens for to pasienter er det ikke dokumentert i journal om det er konferert med ortoped.
Plan for operasjon	Det legges en god plan med riktig operasjonsmetode for de fire operasjonene.
Informasjon til pasient	For tre pasienter er det ikke dokumentert i journal om pasienter er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For alle fire operasjonene mener vi at både gjennomføringen og resultatet er godt.
Bruk av assistent	Tre av operasjonene er gjennomført uten assistent, og fagrevisor mener det skulle vært assistent på alle disse operasjonene. Ved en av operasjonene er det med en LIS3 som assistent.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle tre pasientene, men for en pasient vurderte fagrevisor at det ikke var nødvendig å ha gipsen på så lenge som angitt.

Sutur/reinserering, ekstensorsene. 3 av 6 operasjoner med vedkommende lege var hovedoperatør er gjennomgått

Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse, klar indikasjon for operasjon. - Ikke dokumentert informasjon til pasientene i gjennomgåtte journaler. - Det er assistent på en av operasjonene. Vi vurderer at det burde vært assistent på alle som følge av kompleksiteten i pasientenes skader. - Ved en operasjon som var drøftet på morgenmøte, burde man også konferert med Rikshospitalet i forkant. - For to av operasjonene mener vi at gjennomføringen og resultatet er godt. For den ene av disse vurderte fagrevisor at man burde søkt råd hos Rikshospitalet i forkant av operasjonen, men gjennomføringen av denne er god. - Ved en operasjon mener vi planen ikke var riktig. Resultatet ble heller ikke tilfredsstillende. Pasienten ble innlagt på ettermiddagen og operert på kvelden. Det fremkommer ikke i journal om operasjonen var drøftet i forkant. Pasienten burde etter vår vurdering blitt overført til Rikshospitalet og blitt operert der. Fagrevisor vurderer samtidig at senesuturen utføres bra, men at en avkuttet nervegren ikke ble tilstrekkelig behandlet. Pasienten ble overført til Rikshospitalet etter operasjonen og reoperert der.
Undersøkelse	De tre pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet.

Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere alle pasientene. Av de tre pasientene var en inneliggende over natten på hverdag og skal ifølge rutine ha blitt gjennomgått i morgenmøte. To pasienter ble operert samme dag som de ble innlagt, hvorav den ene ble operert i helg.
Plan for operasjon	Det legges en god plan for en av de tre operasjonene. En pasient var inneliggende og ble trolig ble drøftet på morgenmøtet. Fagrevisor vurderer at man i tillegg burde ha konferert med håndkirurgisk kompetent kollega eller Rikshospitalet i forkant av operasjonen. For en av operasjonene vurderer fagrevisor at pasienten burde blitt konferert med håndkirurgisk kompetent kollega eller overført til Rikshospitalet for operasjon der.
Informasjon til pasient	Det er ikke dokumentert i journal at noen pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For 2 av operasjonene mener vi at gjennomføringen og resultatet er godt. For den ene av disse vurderte fagrevisor at man burde søkt råd hos Rikshospitalet i forkant av operasjonen, men gjennomføringen av denne er god. Resultatet etter operasjonen som vi mener burde blitt overført til Rikshospitalet er ikke bra. Fagrevisor vurderer samtidig at senesuturen utføres bra, men at en avkuttet nervegren ikke ble tilstrekkelig behandlet.
Bruk av assistent	For en av de tre operasjonene er det dokumentert i journal at det var med LIS3 som assistent. De øvrige ble gjennomført uten assistent.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle 3 pasientene.

Osteosyntese m/margnagle, fraktur, skaft tibia, legg. 3 av 5 operasjoner med vedkommende lege var hovedoperatør er gjennomgått	
Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse, klar indikasjon for operasjon, og i hovedsak dokumentert informasjon til pasientene. - Planen og gjennomføringen av operasjonen er riktig og godt gjennomført. - Det burde vært assistent med på operasjonene.
Undersøkelse	De tre pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet.
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere alle pasientene. To av pasientene ble operert samme dag, og det er dokumentert at det var konferert med ortoped før operasjon. En pasient var inneliggende over natten på hverdag og skal ifølge rutine ha blitt gjennomgått i morgenmøte.
Plan for operasjon	Det legges en god plan med riktig operasjonsmetode for alle de tre operasjonene
Informasjon til pasient	I to av de tre journalene er det dokumentert at pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For alle tre operasjonene mener vi at gjennomføringen og resultatet er godt.
Bruk av assistent	Alle tre operasjonene er gjennomført uten assistent.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for alle 3 pasientene.

Osteosyntese m/glidenagle (DHS/HCS), fraktur, prox femur. 3 av 4 operasjoner med vedkommende lege var hovedoperatør er gjennomgått

Oppsummering	- Adekvat forundersøkelse, klar indikasjon for operasjon, og i hovedsak dokumentert informasjon til pasientene. - Planen for alle tre operasjonene er god. - Gjennomføringen og resultatet for to av operasjonene er god. - En av pasientene har et brudd som ikke er tilstrekkelig reponert. Legen burde ha søkt hjelp under operasjonen.
Undersøkelse	De tre pasientene ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet.
Beslutning om operasjon	Det var klar indikasjon for å operere alle pasientene. Alle tre var inneliggende over natten på hverdag og skal ifølge rutinene ha blitt gjennomgått i morgenmøte.
Plan for operasjon	Det legges en god plan med riktig operasjonsmetode for alle de tre operasjonene.
Informasjon til pasient	Det er dokumentert i journal at to av pasientene er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp.
Gjennomføring og resultat av operasjon	For to operasjonene mener vi at gjennomføringen og resultatet er godt. En av disse hadde et vanskelig brudd, men gjennomføringen og resultatet er etter fagrevisors vurdering svært godt. For en av operasjonene vurderer fagrevisor at reponeringen ikke er bra. Fagrevisor mener at legen burde søkt hjelp under operasjonen.
Bruk av assistent	Alle tre operasjonene er gjennomført uten assistent. For en av disse vurderer fagrevisor at det burde vært en assistent, mens for de to andre er det greit å operere alene.
Postoperative føringer	Det er gitt standard postoperative føringer for to av pasientene, mens for den tredje mener fagrevisor at de postoperative føringene er for forsiktige. Pasienten har i tillegg bekkenfraktur som har påvirket rådene som ble gitt.

Utvalgte operasjonstyper hvor vi har gjennomgått en operasjon

Osteosyntese m/plate, fraktur, lat. malleol, ankel

Journalgjennomgangen viste at pasienten ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet. Det var klar indikasjon for å operere pasienten. Pasienten var inneliggende over natten og skal ifølge rutinene ha blitt gjennomgått i morgenmøte. Det legges en god plan med riktig operasjonsmetode. Det fremkom i journal at pasient er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. Operasjonen ble gjennomført uten assistent, og det er ikke behov for assistent ved denne operasjonstypen. Etter vår vurdering er både gjennomføringen og resultatet av operasjonen god. De postoperative føringene var i henhold til standard.

Spalting (carpaltunnel), n. medianus, hånd

Journalgjennomgangen viste at pasienten kom inn til operasjon etter tidligere håndleddsbrudd, og inngrepet er konferert og gjennomført på bestilling. Det fremkom i journal at pasient er informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. Operasjonen ble gjennomført uten assistent, og det er ikke behov for assistent ved denne operasjonstypen. Etter vår vurdering er både gjennomføringen og resultatet av operasjonen god. De postoperative føringene var i henhold til standard.

Osteosyntese m/plate, fraktur, clavícula

Journalgjennomgangen viste at pasienten ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet. Det var klar indikasjon for å operere pasienten. Pasienten var inneliggende over natten og skal ifølge rutinen ha blitt gjennomgått i morgenmøte. I tillegg har vakthavende ortoped undersøkt pasienten. Det ble lagt en

god plan. Det fremkom ikke i journal om pasient var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. Operasjonen ble gjennomført med overlege som assistent. Fagrevisor vurderer at det i utgangspunktet ikke er behov for assistent ved denne operasjonstypen. Etter vår vurdering var både gjennomføringen og resultatet av operasjonen god. De postoperative føringene var i henhold til standard.

Artroskopi, diagnostisk, kne

Journalgjennomgangen viste at pasienten kom inn med smerter i kneet, og det ble benyttet artroskopi med biopsi som øyeblikkelig hjelp. Det ble tatt ut aspirert puss, som ble sendt til dyrking. Det var indikasjon for å gjøre inngrepet. Det fremkom i journal at pasient var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. Når det gjelder selve inngrepet ble det også gjort en synovektomi ved første skylling. Fagrevisor vurderer at dette først burde vært gjort dersom en eller to skyllinger ikke ga ønsket resultat. Inngrepet ble gjort uten assistent som er greit, og de postoperative føringene var i henhold til standard.

Osteosyntese m/pinne/cercl, fraktur, metatars, fot

Journalgjennomgangen viste at pasienten ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet. Det var klar indikasjon for å operere pasienten. Pasienten ble operert samme dag som innleggelse, og det var dokumentert at legen hadde konferert om pasienten med en annen lege. Det ble lagt en god plan for operasjonen. Det fremkom i journal at pasient var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. Operasjonen ble gjennomført med overlege som assistent. Fagrevisor vurderer at det i utgangspunktet ikke er behov for assistent ved denne operasjonstypen. Etter vår vurdering var både gjennomføringen og resultatet av operasjonen god. De postoperative føringene var i henhold til standard.

Osteosyntese m/skruer (CHP), fraktur, collum femur

Journalgjennomgangen viste at pasienten ble adekvat undersøkt før operasjon ble besluttet. Det var klar indikasjon for å operere pasienten. Pasienten var inneliggende over natten og skal ifølge rutinen ha blitt gjennomgått i morgenmøte. Det ble lagt en plan i tråd med god medisinsk praksis. Det fremkom i journal at pasient var informert om inngrepet, risikoer, forventet effekt og postoperativt forløp. Operasjonen ble gjennomført uten assistent, og det er ikke behov for assistent ved denne operasjonstypen. Etter vår vurdering var både gjennomføringen og resultatet av operasjonen god. De postoperative føringene var i henhold til standard.

Vedlegg 9 – Fagrevisorer

Anders Walløe:

Pensjonist.

Spesialist i gen. kirurgi og ortopedi fra 1979. Medisinsk doktorgrad fra 1979.

Overlege og senere avdelingsoverlege ved ortopedisk avdeling, Haukeland sykehus fra 1983, respektive 1991. Seksjonsoverlege ved ortopedisk avdeling, Ullevål Universitetssykehus fra 1997 – 2011.

Leder av Norsk Ortopedisk Forening 1989-1993 og leder av spesialitetskomiteen i den samme forening fra 2002- 2006 og 2010-2014. Fra 2001- 2019 sakkyndig ortoped ved Norsk Pasientskadeforsikring (NPE).

Wender Figved:

Spesialist i ortopedi fra 2007. Medisinsk doktorgrad fra Oslo fra 2010.

Avdelingssjef, overlege og forskningsleder ved Ortopedisk avdeling på Bærum sykehus.

Barthold Vonen

Spesialist i generell kirurgi fra 1994 og gastroenterologisk kirurgi fra 1995. Medisinsk doktorgrad fra Tromsø fra 1992. Direktør Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SKDE). Professor ved Universitet i Tromsø.

Vedlegg 10 – Notat fra vedkommende lege

VEDR. KONSERNREVISJONENS GJENNOMGANG

NN ble kontaktet av Helse Sør-Østs konsernrevisjon med spørsmål om å la seg intervju i forbindelse med en gjennomgang av uønskede pasienthendelser knyttet til hans tid som overlege ved Sørlandet sykehus Flekkefjord (SSF) og siden som LIS-lege ved Sørlandet sykehus Kristiansand (SSK). Han valgte på det tidspunkt av ulike grunner å ikke delta, men vil gi en skriftlig redegjørelse som vedlegg til rapporten, og har i den anledning vært i dialog med Legeforeningens tillitsvalgt Hans Thorwild Thomassen som har bistått i denne prosessen og som også signerer på referatet fra samtalen.

NN er gjort kjent med at rapporten vil bli gjort offentlig.

NN gir uttrykk for at han setter pris på at Sørlandet sykehus HF selv tok initiativet til og anmodet HSØ om en vurdering av hans tid som overlege ved SSF og deretter overgangen som LIS ved SSK. Han er ikke gjort kjent med innholdet i rapporten og vurderinger som der gjøres, men ved å besvare spørsmål stilt av Thomassen håper han at han kan bidra til å supplere rapporten.

NN er gjort kjent med at revisjonen har gått gjennom kvalitetssystem ved SSHF, hvilke rutiner som gjelder for oppfølging av LIS, historikk rundt hans ansettelse etc. Han har derfor i samtalen brukt tid på å beskrive egne erfaringer gjennom tiden ved sykehuset i Flekkefjord og siden Kristiansand.

NN beskriver at han i forbindelse med oppstart SSF ble fulgt godt opp av daværende avdelingssjef Halvorsen og Hinderaker. Sammen gjennomførte de en rekke operasjoner, der hans kompetanse og kvalifikasjoner ble vurdert. Ifølge NN sa de seg fornøyd med kvaliteten på de operasjonene han utførte, og han fikk dermed etter kort tid operere mer selvstendig. Han forteller at han selv oppga at han ikke opererer rygg eller artroskopi på skulder, da han ikke har kompetanse på dette. Det ble etterfulgt. NN opplevde at tilbakemeldingene på kvaliteten i hans arbeid var bra og han ble stadig oppmuntret til å «stå på videre».

Etter en stund sluttet Hinderaker, og situasjonen endret seg. NN forteller at han jobbet mye. Han følte et stort personlig press på å operere mye slik at operasjonsstue kapasiteten ble brukt ved SSF. Det førte med seg store belastninger rent arbeidsmessig, og stort ansvar for ham personlig. Han sier det etter hvert ble vanskelig å kontrollere kvaliteten på behandlingen, blant annet på grunn av hyppige bytter av ortopeder. Enkelte leger som var medisinsk faglig rådgiver hadde ikke nødvendig kompetanse. Det var fra ledelsen ikke fokus på kvalitet. Han beskriver situasjonen på denne tiden som svært krevende, og at avdelingen bar preg av at den manglet en sjef. Situasjonen ble ifølge NN bedre da Elisabeth Urstad ble ansatt som avdelingssjef for kirurgi. Hun startet arbeidet blant annet med kvalitetssystemer.

I løpet av de 11 årene han jobbet i Flekkefjord, deltok NN på 2 Høstmøter og hadde 3 måneders studiepermisjon. Han mener han ga klart uttrykk for behovet for faglig oppdatering, og forteller at han måtte true med oppsigelse for å få fri for å oppdatere seg faglig. Det har i tiden ved SSF vært svært få eller ingen medarbeidersamtaler med plan for faglig oppdatering eller planlegging av kurs.

Han sier at han selv ga uttrykk for ønske om å gå fra stillingen som overlege i Flekkefjord for å utdanne seg som ortoped i Kristiansand, og var i kontakt med en rekke ulike sykehus. Han var glad for å få et tilbud i Kristiansand, og var innstilt på å gå tilbake til SSF ved ferdig spesialistutdanning.

Han beskriver kollegene i Kristiansand som meget dyktig og hyggelig, og har vært svært fornøyd med det faglige miljøet. Han mener imidlertid at han raskt ble behandlet annerledes enn de yngre LIS-ene, og mener hans mangeårige erfaring var årsak til at han fikk ansvar veldig raskt.

Han beskriver klare rutiner der det i faste møter ble gitt beskjed om hvilke operasjoner som ventet og hvilke han skulle ta. Han gikk gjennom behandlingene sammen med overlege, og avklarte plan for behandlingen. Han understreker at han alltid gikk gjennom pasientene og sakene med bakvakt, og fikk beskjed om å kontakte bakvakt dersom han hadde behov for å avklare eller diskutere. Han mener selv at han gjorde dette, og at han aldri opererte pasienter uten at dette var avklart. Han fikk heller ikke beskjed om at det var operasjoner han ikke skulle utføre, men forholdt seg til de operasjonene og behandlingene som var avklart han skulle gjennomføre – enten alene eller med assistent.

Han beskriver en situasjoner der det hendte at ø-hjelp operasjoner med brudd ventet til han kom på vakt fordi det ble vurdert at han hadde riktig kompetanse til å utføre disse.

NN opplevde at han fikk liten oppfølging av sin veileder, og at det var han selv som tok initiativ til det første møtet, etter at han gjennom andre LIS forsto at det skulle være tett oppfølging av veileder. Han ønsker ikke å kritisere sin veileder, og forklarer dette med at også veilederen nok vurderte hans bakgrunn og kompetanse som annerledes enn andre LIS og at han dermed ikke hadde behov for like mye veiledning og oppfølging. På spørsmålet om veilederen hadde en individuell opplæringsplan for ham, svarer han at veileder kanskje hadde laget en plan men at denne ikke ble forelagt ham.

Heller ikke i Kristiansand fikk NN tilbud om eksterne eller obligatoriske kurs. Ved en tilfeldighet fikk han informasjon om at LIS-er selv skal melde seg på kurs og deretter be om tillatelse fra avdelingssjef. Han fikk dermed ikke gjennomført slike kurs i løpet av den tiden han var LIS i Kristiansand.

NN har selv valgt å ikke følge med i det mediene skriver eller opplyser om ham. Han er likevel kjent med at Fylkeslegen har tegnet et bilde av ham som en person med liten selvinnsikt og manglende evne til å ta kritikk. Han kjenner seg ikke igjen i en slik karaktrestikk. Han medgir at det har vært enkelte tilbakemeldinger på hans oppførsel fra kolleger, men det har hele tiden vært hans intensjon å ha et arbeidsmiljø som er godt og som gir mulighet for tilbakemeldinger.

Vedlegg 11 – Oppdragsplaner for revisjonen

Oppdragsplan

Revisjon etter uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF

Aktivitet	Navn	Dato
Godkjent av:	Revisjonsutvalget (RU)	17.02.2020
Oversendelse RU:	Konsernrevisor	14.02.2020
Informasjon til:	Oversendt administrerende direktør RHF	14.02.2020
Utarbeidet av:	Oppdragsleder og internrevisorene	13.02.2020

Utformet av	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst	Side 1 av 5
Versjon	Oppdragsplan Revisjon etter uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF	
Dato	17.02.2020	

Distribusjon

Utkast oppdragsplan distribueres revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF for godkjenning. For oversendelse til revisjonsutvalget oversendes utkast oppdragsplan til administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF for informasjon og forankring.

Innhold

1	Bakgrunn	2
2	Mål og problemstillinger	2
3	Omfang og avgrensning	3
4	Prosess og fremdrift	4
5	Revisjonsgrunnlag og metode	4
6	Rapportering	4
7	Ressurser og kompetanse	4

1 Bakgrunn

Sorlandet sykehus HF (SSH) har sykehus i Arendal, Flekkefjord og Kristiansand. Kravet til forsvarlighet omfatter at SSH har plikt til å tilrettelegge tjenestene slik at ansatte som utfører tjenestene blir satt i stand til å overholde sine plikter og slik at den enkelte pasient gis et helhetlig, koordinert og godt tjenestetilbud. Administrerende direktør skal sørge for at det etableres et styringssystem som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av helselovgivningen. Styringssystemet skal blant annet bidra til at det arbeides systematisk med pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring.

Media har i lengre tid rapportert om uønskede hendelser knyttet til operasjoner utført ved sykehuset i Flekkefjord. Flere saker har vært knyttet til en lege som nylig er overflyttet til en utdanningsstilling som lege i spesialisering ved ortopedisk avdeling ved sykehuset i Kristiansand. Det har i media fremkommet opplysninger om at det etter overflyttingen har oppstått ytterligere én uønsket hendelse i forbindelse med en operasjon utført av legen. Fylkesmannen ved fylkeslegen har oversendt saker knyttet til legens arbeid ved Flekkefjord sykehus til Statens helsetilsyn for behandling.

Helse Sør-Øst RHF har med bakgrunn i de forholdene som har fremkommet og etter dialog med ledelsen ved Sorlandet sykehus forespurt konsernrevisjonen om å gjennomføre en revisjon.

2 Mål og problemstillinger

Formålet med revisjoner som utføres av konsernrevisjonen er å bekrefte helseforetakenes styring og kontroll, risikostyring og virksomhetsstyring, og bidra til forbedring (jf. helseforetaksloven § 37a).

Denne revisjonen vil både undersøke internkontrollen som SSH har etablert for å sikre god kvalitet i pasientbehandlingen, og teste hvordan systemet har fungert i praksis i denne saken.

Revisjonen vil ha to mål. Et mål vil være å undersøke hvilke system SSH har etablert for å sørge for tilstrekkelig veiledning og oppfølging av leger i spesialisering generelt, og i hvilken grad den aktuelle legen var underlagt et tilstrekkelig oppfølgingsregime ved ortopedisk avdeling i Kristiansand. For å svare opp dette målet er det definert følgende problemstillinger:

- Har SSH etablert et egnet system for veiledning og oppfølging av leger i spesialisering?
- Ble det gjort en adekvat vurdering av legens kompetanse og egnethet ved overføringen til utdanningsstilling som lege i spesialisering i Kristiansand?
- Har legens ansvar, myndighet og oppgaver etter overflyttingen vært i tråd med vedkommendes kompetanse?

Utformet av	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst	Side 2 av 5
Versjon	Oppdragsplan Revisjon etter uønskede hendelser ved Sorlandet sykehus HF	
Dato	17.02.2020	

- Har legen som hovedoperator utført operasjoner med forventet kvalitet?
- Har legen vært underlagt tilstrekkelig oppfølging og veiledning?
- Har eventuelle avvik eller bekymringsmeldinger som er meldt angående legen blitt adekvat håndtert?

Det andre målet vil være å vurdere om SSHF har gjennomført nødvendige tiltak for å sikre god kvalitet på operasjonsaktiviteten ved sykehuset i Flekkefjord. For undersøke dette er det definert følgende problemstillinger:

- Er det en tydelig funksjonsfordeling knyttet til kirurgisk virksomhet mellom sykehuset i Flekkefjord og de andre sykehusene i helseforetaket?
- Har SSHF god oversikt over og oppfølging av kvaliteten på operasjonene som er gjennomført og gjennomføres ved Sykehuset i Flekkefjord?
- Blir operasjoner ved sykehuset i Flekkefjord utført i tråd med funksjonsfordelingen og med forventet kvalitet?
- Er avvik eller bekymringsmeldinger som er meldt angående aktuelle lege blitt adekvat håndtert og er det generelt sett en adekvat håndtering av avvik og bekymringsmeldinger?
- Har SSHF på bakgrunn av opplysningene om uønskede hendelser iverksatt nødvendige tiltak for å sikre at fremtidige operasjoner ved sykehuset i Flekkefjord gjennomføres med ønsket kvalitet?
- Hvordan sikres det at ansvar, myndighet og oppgaver er i tråd med legers kompetanse ved sykehuset i Flekkefjord?

3 Omfang og avgrensning

Revisjonen vil både ha et pasientperspektiv og et systemperspektiv.

Revisjonen vil omfatte en kartlegging og vurdering av internkontrollen ved ortopedisk avdeling ved sykehuset i Kristiansand, med særlig fokus på oppfølging av leger i spesialisering. Dette vil omfatte rutiner for planlegging og organisering av ortopedisk virksomhet, faglig oppfølging og veiledning av leger i spesialisering og håndtering av uønskede hendelser. Revisjonen vil kartlegge hendelsesforløpet etter at den aktuelle legen ble overflyttet til sykehuset i Kristiansand og vurdere om den aktuelle legen har vært underlagt et tilstrekkelig oppfølgingsregime. Videre vil revisjonen skaffe oversikt over operasjonsaktivitetene til legen etter at han ble overflyttet fra Flekkefjord, og vurdere kvaliteten på arbeidet han har utført.

Revisjonen vil også omfatte en kartlegging av situasjonen ved sykehuset i Flekkefjord. Her vil konsernrevisjonen undersøke hvilke operasjoner som gjennomføres ved sykehuset og hvilken legekompetanse som er tilgjengelig, samt hva som er omfanget av kjente uønskede hendelser, tilsynssaker og pasientklager. Det vil også fokuseres på hvordan disse avvikene og pasientklagene er fulgt opp. Videre vil revisjonen vurdere om operasjoner som nå er funksjonsfordelt til sykehuset i Flekkefjord er i tråd med den tilgjengelige kompetansen, om sykehuset har tilstrekkelig og hensiktsmessige rutiner og prosedyrer og om det er etablert et system for å følge opp faglig kvalitet. Revisjonen vil også undersøke om operasjoner som er utført er i tråd med funksjonsfordelingen og med forventet kvalitet. Dette gjelder både operasjoner utført av aktuelle lege og andre operatører ved sykehuset i Flekkefjord.

Revisjonen vil ikke omfatte:

- undersøkelser knyttet til sykehuset i Arendal.
- vurderinger av om operasjonsvirksomheten er hensiktsmessig fordelt i helseforetaket.
- handlinger med mål om å kartlegge kultur for å melde avvik i helseforetaket.

Konsernrevisjonen vil utforme anbefalinger knyttet til helseforetakets intern styring og kontroll. Det inngår ikke i konsernrevisjonens rolle å vurdere om det er grunnlag for å ilegge administrative reaksjoner overfor personell eller virksomhet på bakgrunn av de forhold som måtte fremkomme i revisjonen.

Utformet av	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Versjon	Oppdragsplan Revisjon etter uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF
Dato	17.02.2020

Side 3 av 5

Oppdragsplanen er utformet med bakgrunn i den informasjonen som er kjent for konsernrevisjonen på oppstartstidspunktet. Revisjonsutvalget vil bli løpende orientert under gjennomføringen. Konsernrevisjonen vil vurdere behovet for å endre omfang, avgrensning og tilnærming underveis basert på den informasjonen som fremkommer i revisjonen og fremlegge dette for revisjonsutvalget.

4 Prosess og fremdrift

Revisjonen påbegynnes i februar 2020. Det er mål om å fullføre arbeidet innen utgangen av april, men dette må avklares gjennom videre planlegging og detaljering av aktiviteter. Konsernrevisjonen vil vurdere om det kan være hensiktsmessig med delleveranser underveis.

5 Revisjonsgrunnlag og metode

Revisjonsgrunnlaget som blir lagt til grunn for revisjonen vil være relevante lover og forskrifter, samt rammeverk for virksomhetsstyring, intern styring og kontroll i Helse Sør-Øst. Videre kommer faglige standarder for ortopediske operasjoner og for operasjoner innen eventuelle andre fagområder som vil vise seg aktuelle for å nå målet med revisjonen.

Dokumentgjennomgang og intervjuer vil bli benyttet som metode for å kartlegge blant annet hendelsesforløpet og hvilke tiltak som er iverksatt for å håndtere hendelser og sikre god kvalitet.

Revisjonen vil gjennomgå journaler for å undersøke kvaliteten på arbeidet den aktuelle legen har utført etter overflytting til utdanningsstilling som lege i spesialisering ved sykehuset i Kristiansand. Videre vil revisjonen hente ut data og gjennomgå journaler fra operativ virksomhet ved sykehuset i Flekkefjord for å undersøke kvalitet på operativ aktivitet, verifisere at funksjonsfordelingen er etterlevd, verifisere at eventuelle tiltak som er besluttet for å sikre god kvalitet på operasjoner ved sykehuset i Flekkefjord er innført som forutsatt og verifisere at ansvar, myndighet og oppgaver er i tråd med legers kompetanse ved sykehuset i Flekkefjord. Utvalget av journaler som skal gjennomgås, herunder hvor stort omfang av den aktuelle legens arbeid i Flekkefjord som skal undersøkes, vil fremkomme av videre kartlegging og planlegging.

6 Rapportering

Oppdraget skal rapporteres i henhold til standard rapporteringsprosedyre for konsernrevisjonen. Når resultatet av revisjonen er verifisert med helseforetaket, sendes revisjonsrapporten til helseforetakets styre som er overordnet ansvarlig for helseforetakets styring og kontroll, og til administrerende direktor som har det utøvende ansvaret. Kopi av revisjonsrapporten sendes revisjonsutvalget og administrerende direktor i Helse Sør-Øst RHF.

7 Ressurser og kompetanse

Konsernrevisjonen har satt tre internrevisorer med bred og relevant erfaring på oppdraget. Revisorene er også engasjert i andre oppdrag, men revisjonen ved Sørlandet sykehus HF vil ha prioritet.

Det er behov for å leie inn fagrevisor med spesialistkompetanse innen ortopedi. Avhengig av hva kartleggingen av situasjonen ved sykehuset i Flekkefjord viser kan det også bli aktuelt å leie inn fagrevisor med annen spesialitet, som for eksempel gastroenterologisk kirurgi.

Revisjonsteamet vil bestå av:

Oppdragseier: Espen Anderssen

Oppdragsleder: Anders Ledsaak Nordlund

Internrevisor: Liv Lüdemann

Utformet av	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst	Side 4 av 5
Versjon	Oppdragsplan Revisjon etter uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF	

Internrevisor: Mazhar Bashir Ahmad
Fagrevisorer etter behov.

Utformet av	Konsernrevisjonen Helse Sor-Øst	Side 5 av 5
Versjon	Oppdragsplan Revisjon etter uønskede hendelser ved Sorlandet sykehus HF	
Dato	17.02.2020	

Utformet av	Konsernrevisjonen Helse Sor-Øst	Side 5 av 5
Versjon	Rapport 6/2020	
Dato	17.09.2020	

Tillegg til oppdragsplan

Revisjon 6/2020 Uønskede hendelser ved Sørlandet sykehus HF

Aktivitet	Navn	Dato
Godkjent av:	Revisjonsutvalget (RU)	22.06.2020
Oversendelse RU:	Konsernrevisor	19.06.2020
Informasjon til:	Oversendt administrerende direktør RHF	15.06.2020
Utarbeidet av:	Oppdragsleder og internrevisorene	15.06.2020

Utformet av	Konsernrevisjonen Helse Sør-Øst
Versjon	Tillegg til oppdragsplan - revisjon 6/2020
Dato	22.06.2020

Side 1 av 3

Versjon	Rapport 6/2020
Dato	17.09.2020

DISTRIBUSJON

Utkast oppdragsplan distribueres til revisjonsutvalget i Helse Sør-Øst RHF for godkjenning¹. Før oversendelse til revisjonsutvalget oversendes utkast oppdragsplan til administrerende direktør Helse Sør-Øst RHF for informasjon og forankring.

INNHold

1	Bakgrunn.....	2
2	Formål.....	2
3	Prosess og fremdrift.....	3
4	Ressurser og kompetanse.....	3

1 Bakgrunn

Revisjonsutvalget behandlet i møte 11. juni foreløpig rapport fra revisjon 6/2020 om uønskede hendelser. Formålet var å vurdere om rapporten var dekkende vurdert mot oppdragsplanen. Revisjonsutvalget konkluderte med at rapporten ivaretok oppdragsplanen, men besluttet å utvide oppdragsplanen med to nye områder. Utvalget ønsker at konsernrevisjonen undersøker helseforetakets ivaretagelse av pasienter som er operert av vedkommende lege. Videre ber utvalget om at konsernrevisjonen undersøker hvilken praksis for registrering av pasientrelaterte avvik som var ved kirurgisk avdeling i Flekkefjord i årene frem mot 2019. Det ønskes også nærmere undersøkelser for å få et bedre bilde av arbeidsforholdene og klima i avdelingen frem til 2019, når det gjelder meldekultur og usikkerhet knyttet til å opprettholde sykehuset som lokalsykehus.

2 Formål

Ivaretagelse av tidligere pasienter

Konsernrevisjonen vil undersøke om helseforetaket nå har en hensiktsmessig tilnærming for å følge opp tidligere pasienter som er behandlet av legen. Konsernrevisjonen vil kartlegge planer og status for dette arbeidet, og hvordan styret er informert. Videre vil vi undersøke om det er etablert en tilfredsstillende dialog med pasientene, der alle pasienter som har tatt kontakt blir fulgt opp videre. Formålet vil være å undersøke om tidligere pasienter av legen er tilfredsstillende ivarettet av helseforetaket. Arbeidet vil både omfatte Flekkefjord og Kristiansand.

Uønskede hendelser i Flekkefjord

I perioden 2016-2018 oppstod en del pasientrelaterte, uønskede hendelser knyttet til vedkommende lege ved Flekkefjord sykehus. Flere av disse fremkom i ettertid som tilsynssaker etter klage fra pasienter, men var ikke innmeldt som interne avvik ved sykehuset. I samme periode fremkom det imidlertid bekymringsmeldinger og HMS-avvik knyttet til legens adferd.

Konsernrevisjonen har hittil kartlagt omfanget på uønskede hendelser i perioden, og hvordan registrerte avvik knyttet til den aktuelle legen er fulgt opp. Formålet med utvidelsen vil være å få et bedre bilde av meldekultur og arbeidsmiljømessig klima ved kirurgisk avdeling da disse

¹ Følger av Instruks for konsernrevisjonen Helse Sør-Øst og er i tråd med IIA standard 2200 Oppdragsplanlegging.

hendelsene fant sted, og ledelsens håndtering av dette. Det er behov for å se hva slags arbeidskultur og arbeidsklima som sykehusledelsen enten la opp til eller aksepterte, og som var rammebetingelser for den enkelte medarbeider. Dette vurdert opp mot de krav som stilles til virksomheten.

Gjennomgangen vil kunne gi et bedre grunnlag for å forstå de underliggende årsakene til at avvik ikke har blitt registrert. Videre vil det kunne gi et bedre grunnlag for helseforetakets forbedringsarbeid knyttet til registrering og ledelsesoppfølging av pasientrelatert avvik.

Gjennomgangen vil bli avgrenset til samtaler med et mindre utvalg medarbeidere og gjennomgang av medarbeiderundersøkelsen for de aktuelle årene. Dette innebærer en begrenset gjennomgang, der hensikten er å supplere tidligere utført revisjonsarbeid knyttet til uønskede hendelser i kirurgisk avdeling ved Flekkefjord sykehus. Gjennomgangen innebærer ikke en kartlegging av det totale arbeidsmiljøet i sykehuset.

3 Prosess og fremdrift

Tillegget til revisjonen gjennomføres med umiddelbar oppstart. Fremdrift og varighet på gjennomføringen vil være avhengig av tilgang på intervjuobjekter og dokumentasjon.

4 Ressurser og kompetanse

Oppdragseier: Espen Anderssen

Oppdragsleder: Hans Petter Eide

Internrevisorer: Mazhar Bashir Ahmad og Anders Tømmerås