



Statens helsetilsyn

Postboks 231 Skøyen
0213 OSLO

Saksbehandler, innvalgstelefon

Heidi Danielsen Liane, 37 01 75 79

Oversendelse til Statens helsetilsyn for videre tilsynsmessig oppfølging av Sørlandet sykehus HF, gjelder gastrokirurgisk seksjon ved sykehuset i Arendal

Bakgrunn

Statsforvalteren i Agder (SFAG) har med hjemmel i helsetilsynsloven § 4 nylig avsluttet til sammen sju tilsynssaker som dreier seg om alvorlige uønskede hendelser ved gastrokirurgisk seksjon ved kirurgisk avdeling i Arendal ved Sørlandet sykehus HF (SSHF).

I tre av disse sju sakene har vi i tillegg til å føre tilsyn med SSHF også ført individtilsyn med kirurg Saib Adnan Al-Qadi HPR nr. [REDACTED] (heretter omtalt som «kirurgen».) Vi har i dag også sendt en sammenstilling av individsakene i eget brev til dere for vurdering av administrativ reaksjon.

I dette brevet sammenstiller vi de sju systemsakene samt oppsummerer funn og vurderinger som ligger til grunn for vår vurdering av at det er nødvendig at Statens helsetilsyn igangsetter en ytterligere tilsynsmessig oppfølging av SSHF. Dette for å sikre at tilsynsmyndigheten oppnår formålet med tilsyn, nemlig å bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten, jf. helsetilsynsloven § 1.

Vi viser ellers til dialogmøter mellom SFAG og Statens helsetilsyn 24.01.25 og 05.06.25. Det vises også til muntlig kontakt mellom saksbehandler ass. fylkeslege Aud Henriette Garmann Askevold og seniorrådgiver/gastrokirurg i Statens helsetilsyn, Marianne Kjølsten.

Skjematisk oppsummering av de sju systemsakene

Sak	Saksnr. Sthil	Saksnr. SFAG	Saksnr. SSHF	Når og hvem meldte	Hendelsen fant sted	Kort om vår oppfølging og pasientstatus
1	[REDACTED]	25/5752	[REDACTED]	[REDACTED] kir.	[REDACTED]	Denne saken ble avdekket under revisjonen, og vi har avsluttet med behandlingsmåte 1.



				avd. SSA		- Informasjonsbrev til pasienten ble sendt 03.06.2025 - Brev til SSHF ble sendt 05.06.2025. Vi har innhentet avviksmeldingen fra SSHF - pasienthendelse nr. [REDACTED] Se møtereferat fra møtet 04.06.25 om sykehusets oppfølging av denne hendelsen. Pasienten måtte reopereres ved OUS, lever, fikk medhold i NPE.
2	[REDACTED]	23/4034	[REDACTED]	[REDACTED] avd. sjef Haukvik	[REDACTED]	Fulgt opp med behandlingsmåte 3, men ikke avsluttet før 08.04.25 fra vår side. Gjennomgang av saken avdekket flere svikt i systemet, og aktuell kirurg viste seg å ha vært involvert i pasientforløpet. Pasienten hadde alvorlig kreftsykdom og skulle ikke vært operert. Pasienten døde.
3	[REDACTED]	25/5750	[REDACTED]	21.05.25, kir. avd. SSA	[REDACTED]	Denne saken ble avdekket under revisjonen. Vi avsluttet med behandlingsmåte 1. - Veiledningsbrev til pasienten ble sendt 03.06.2025 - Brev til SSHF sendt 05.06.2025 Vi har innhentet avviksmelding, pasienthendelse [REDACTED] Hendelsen ble ikke fulgt opp før NPE avgjørelsen forelå, se møtereferat fra 04.05.25. Pasienten døde. NPE har gitt kritikk av en av operasjonene i forløpet.
4	[REDACTED]	24/5894	[REDACTED]	[REDACTED] kir. avd SSA	[REDACTED]	En systemsak som vi avsluttet med en forenklet behandlingsmåte 5 på et tidspunkt før vi var kjent med bekymring for aktuelle kirurg. Ingen lovbrudd.



						Aktuell kirurg var ikke involvert i første operasjon (laparoskopien) som vi vektla i vår avgjørelse. Ved reoperasjon viser det seg at aktuell kirurg operatør. Pasienten døde.
5		25/1072		kir. avd. SSA ved kst. ol. Brome (telefon)		Behandlingsmåte 5. I systemsak ikke avdekket lovbrudd. Pasienten ble operert med laparotomi Det var vurdert som risikooperasjon på grunn av forventet Skaden først avdekket etter 3 mnd. da pasienten ble reinnlagt. Saken er vesentlig individrettet, mangelfull informasjon om risiko ved inngrepet. Alvorlig pasientforløp, behov for reoperasjon. Pasienten lever.
6		24/1198 9		kir. avd SSA		Behandlingsmåte 5. I systemsak konkludert med brudd på forsvarlighet, journalføring og styring/ledelse. Pasienten ved St. Olavs hospital i 2023. ble feil. ble revidert Pasienten utviklet ileus som ikke ble riktig håndtert før 3. postoperative døgn. 12 avviksmeldinger knyttet til hendelsen. Alvorlig pasientforløp, behov for reoperasjon ved OUS. Pasienten lever.



7		25/952		kir avd SSA		Behandlingsmåte 5. I systemsak ikke avdekket lovbrudd. Pasient med ileus i svært dårlig almenntilstand – Kastet opp de døgn og hadde aspirert til lungene flere ganger aspirerte også i akutmottaket da det ble forsøkt å legge ned en nasogastrisk sonde som ble fjernet for tidlig uten god nok plan for oppfølging i etterkant. Avviksmelding pasienthendelse Pasienten døde.
---	--	--------	--	----------------	--	--

Alle våre avsluttende brev i de sju systemsakene ligger vedlagt.

Kort om dialogen mellom SFAG og SSHF

Fagdirektøren tok kontakt med fylkeslegen allerede 03.01.25 og har gitt løpende informasjon, eksempelvis om at kirurgen var tatt ut av tjeneste den 02.01.25, at det var igangsatt en ekstern revisjon og at SSHF ønsket et møte for å gjennomgå den eksterne granskningen når den forelå.

Ettersom Statsforvalteren også hadde behov for dialog omkring noen tema, ble møtet for oppsatt revisjonsgjennomgang den 04.06.25 utvidet med en time etter dialog mellom fylkeslege og fagdirektør. I dette møtet møtte fagdirektør, klinikkdirektøren (digital deltakelse), avdelingssjef og juridisk rådgiver.

Frem til 10.06.25 hadde ikke administrerende direktør (AD) vært i verken muntlig eller skriftlig kontakt med tilsynsmyndigheten. Ettersom hun er SSHFs øverste ansvarlige leder, vurderte fylkeslegen at det var behov for å kalle inn AD til dialog om sakskomplekset. Fylkeslegen anmodet den 10.06.25 AD om et møte samme dag. Fra samtalen ble det skrevet et kortfattet referat som AD fikk til gjennomlesning samme dag. Endelig referat fra dette møtet ble ferdigstilt 11.06.25.

SSHFs eksterne revisjon

Da de tre varslene ifbm sak 5, 6 og 7 ble kjent, satte SSHF i gang det som ble beskrevet som en ekstern granskning. Da revisjonen var gjennomført ønsket fagdirektøren et møte med oss for å gjennomgå rapporten. Vi ønsket å få tilsendt rapporten før møtet. Den 30.05.25 mottok vi et notat skrevet av fagdirektør til administrerende direktør på 2,5 sider med overskrift «Revisjon av virksomhet kirurgisk avd. SSHF Arendal» datert 29.05.25, notat vedlagt¹.

¹ Notatet ligger også her ifbm berammet styremøtesak 041-2025 den 12.06.25:

<https://www.sshf.no/49bdd2/siteassets/dokumenter/styredokumenter/styredokumenter-2025/2025-06/041-2025-vedlegg-1-notat-gastrokirurgi-ssa-300525-rev-030625.pdf>



Den 04.06.25 gjennomførte vi et møte med SSHF, møtoreferat vedlagt.

De tre eksterne fagrevisorene er

- Frank Lohne, gastrokirurg ved Sørlandet sykehus Kristiansand (SSK)
- Bjarte Tidemann Andersen, gastrokirurg ved sykehuset i Østfold, oppnevnt av norsk forening for gastroenterologisk kirurgi
- Muhammad Shafique, gastrokirurg ved Akershus universitetssykehus – (opplyst på møtet 04.06.25: tidligere sommervikar ved SSA)

Sykehuset sa i møtet at det forelå et mandat til revisorene som vi skulle få oversendt i etterkant. Den 10.06.25 mottok vi et skriv som etter vår vurdering ikke fremstår som et mandat for revisjonslaget.

I det følgende oppsummerer vi kort og punktvis vår vurdering av den eksterne revisjonen:

- Den ene av de tre revisorene er selv ansatt som gastrokirurg ved SSHF, han arbeider som gastrokirurg ved sykehuset i Kristiansand. Den tredje revisoren har tidligere vært vikar ved SSHF. Det er derfor etter vår vurdering noe misvisende å omtale granskningen som ekstern.
- Det er et gjennomgående individfokus i granskningen hvor det tydelig fremgår en grunnleggende antakelse om at årsaker til uheldige hendelser skyldes menneskelig svikt hos den aktuelle kirurgen. Revisjonen har ikke hatt en tilstrekkelig systemlærende innretning med oppmerksom rettet på kultur, styring og ledelse i linjeledelsen samt andre ytre rammeforhold.
- Det finnes ingen rapport som er skrevet av revisorene. Da vi mottok notatet ført i pennen av fagdirektøren adressert til AD, etterspurte vi muntlig den underliggende rapporten. Vi fikk da tilbakemelding om at det kun foreligger et «stort x-el ark og diverse kladder ført i pennen av revisorene som delvis var selvmotsigende, og at dette derfor ikke ville gi oss noe mer». Avdelingssjefen har imidlertid i sine to varsler til Statens helsetilsyn 21.05.25 klippet og limt inn tekst skrevet av nettopp revisorene (sak 1 og 3 ovenfor). Under gjengis innholdet i varslene i sin helhet:
 - Sak 1 (vår utheving): *«Det er gjennomgått flere pasientforløp ved SSA, kir avdeling, som en del av intern kvalitetskontroll etter mistanke om svikt i kirurgisk kvalitet ved kirurgisk avdeling i Arendal. I den anledning har kvalitetskontrollen funnet at operasjonen som ble gjennomført [redacted] var en alvorlig feil som burde vært meldt som 3-3a melding. Pasienten ble operert, og [redacted] pasienten måtte overflyttes OUS for omfattende operasjon. Fra revisjonene: laparoskopisk [redacted] Her har revisorene sett gjennom operasjonsvideoen, som viser at det opereres med skånsom teknikk, men at operatør begynner anatomisk sett med et grep som sitter for langt nede. Dette medfører at man ikke får visualisert [redacted] og mistolker [redacted] som [redacted] Operatøren ender derfor med å ikke [redacted] men [redacted] Inntrykket som etterlates er at det er skånsom instrumentering, men anatomiforståelse og evne til reevaluering av anatomiforståelsen mangler. Dette kan skyldes manglende strukturert opplæring for dette spesifikke inngrepet, bl.a. får ikke operatør*



visualisert "critical view of safety", hvilket er helt avgjørende i et sånt inngrep. Denne saken er også meldt til Statsforvalter med tanke på faglig uskikkethet².

- Sak 3 (vår utheving): «Denne meldingen gjelder et pasientforløp hvor en pasient ble operert for [redacted] og pasienten reopereres for dette. Revisorene stiller her spørsmål ved indikasjonen [redacted], timing av reoperasjonen som gjennomføres 2 uker etter primæroperasjonen (forventet vanskelig tilgjengelig buk), og operasjonsteknikk. Operatøren har vanskeligheter med mobilisering av [redacted] og gjør [redacted] tar [redacted] og gjennomføre [redacted] i stedet for å få hjelp med [redacted] alternativt [redacted]. Totalt sett en uortodoks tilnærming. Oppfølgingen etter reoperasjon er god, men dette gjelder ikke forløpet før reoperasjonen, hvor [redacted] kunne ses på bildediagnostikk mange dager før reoperasjon. **Manglende rettidig konstatering av [redacted] oppfattes som systemsvikt**, men grunnet avvikende operativ tilnærming er også denne saken meldt til Statsforvalter for gjennomgang. Denne melding inngår i oppfølgingen av kvalitetsrevisjonen ved sykehuset».

Samlet sett viser dette at revisorene i sitt arbeide har dokumentert kritiske vurderinger også mot systemet. Det at vi fikk innsyn i dette, er mer tilfeldig ettersom avdelingssjefen i sine varsler til Statens helsetilsyn den 21.05.25, valgte å klippe inn tekst fra revisorene. Det kan derfor tenkes at det kan foreligge liknende kritiske vurderinger av systemet i noen av de andre 37 pasientforløpene som revisorene har gransket. Så lenge fagdirektøren selv har oppsummert revisjonen i et notat, og det ikke foreligger noen rapport fra revisorene, har vi ikke fått innsyn i det. Vi stiller oss derfor spørrende til om foreliggende notat om revisjonen skrevet av fagdirektøren, gir en god nok beskrivelse av revisorenes funn og vurderinger.

- Fagdirektørens notat har beskrevet revisjonsmaterialet på side 1 under bokstav A – E. Det står: «Revisjonsmaterialet er journaldokumentasjon fra foretakets journalsystem, Dips». Under bokstav E står: «På bakgrunn av bekymring fra kollegaer ved avdelingen og gjennomgangen av system for uønskede hendelser: 20 pasientforløp (fra 2018-25)». I møtet 04.06.25 ba vi om en ytterligere utdyping av bokstav E, se møtereferat. Kort oppsummert hadde avdelingssjefen samlet leger ved gastrokirurgisk seksjon og bedt dem om å skrive ned pasientforløp som de har vært bekymret for basert på egen hukommelse, som til sammen var 20 pasientforløp. Revisorenes påfølgende granskning av forløpene har avdekket at kirurgen hadde vært involvert i 17 av disse pasientforløpene. Disse pasientforløpene ble også identifisert på bakgrunn av journaldokumentasjon. I møtet kom det frem at det ikke er undersøkt hvorvidt disse pasientforløpene var meldt som avvik i sykehusets kvalitetssystem eller ikke.

Manglende formalkompetanse hos to av overlegene ved seksjonen

Som det fremgår av referat etter møtet 04.06.25, vektlegger SSHF realkompetansen tyngre enn formalkompetansen hos kirurger.

Saib Adnan Al-Qadi, kirurgen som er tatt ut av tjeneste fra 02.01.25, ble ansatt som generell kirurg og har også norsk godkjenning som dette. Kort oppsummert hadde kirurgen høy grad av tillit hos seksjonsoverlegen, og kirurgen gjennomførte større gastrokirurgiske inngrep. Avdelingssjefen har

² SFAG kan ikke se at vi tidligere har fått noen varsel/melding om denne saken før vi fikk varselsaken oversendt fra Statens helsetilsyn



også skriftlig den 11.03.25 oppgitt at kirurgen er «gastrokirurg»³ noe vi stilte spørsmål ved og som senere derfor ble rettet opp i nytt brev av 18.03.25. Det fremstår for oss som at kirurgen i miljøet har blitt oppfattet som og blitt behandlet som om han var gastrokirurg.

Vi fikk også i møtet 04.06.25 opplyst fra avdelingssjefen at en annen lege som i flere år har arbeidet som overlege på seksjonen, heller ikke innehar nødvendig formalkompetanse. Legen heter [REDACTED] og har hpr. nr. [REDACTED]. Denne legen har slik som det fremgår av helsepersonellregisteret som vi har tilgang til, hatt norsk godkjenning som lege med lisens, dvs. [REDACTED] har ikke noen godkjent spesialistgodkjenning som generell kirurg i de årene [REDACTED] har arbeidet ved seksjonen som overlege fra [REDACTED].

Etter vårt møte med AD 10.06.25 fikk vi imidlertid en e-post om at denne legen er en erfaren [REDACTED] og at [REDACTED] hele tiden har hatt fagområdelisens-godkjenning fra Helsedirektoratet, jf. helsepersonelloven § 49. Dette har ikke vi noen særskilt kunnskap om, men slik vi forstår lovhjemmelen er dette en begrenset autorisasjon som blant annet kan «gjelde i tid, til en bestemt stilling, til visse undersøkelses- eller behandlingsmåter»⁵. Vi fikk opplyst i den nevnte e-posten at denne legen har hatt følgende godkjenninger (fagområdelisens):

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]

Dette er altså ikke opplysninger som Statsforvalteren får bekreftet via oppslag i våre tilgjengelige registre, men som vi ikke har noen grunn til å betvile at stemmer. I samme e-post fikk vi videre opplyst at:

[REDACTED]

Det kom også frem i møtet 04.06.25 at [REDACTED]

[REDACTED]

Vi stiller oss spørrende til at en overlege har arbeidet som overlege ved seksjonen siden [REDACTED]. Det er arbeidsgiver som ved ansettelser har ansvar for å sørge for at helsepersonell [REDACTED] godt nok til å tilby forsvarlig helsehjelp⁶.

Styring og ledelse i praksis ved gastrokirurgisk seksjon

Av de sju tilsynssakene har vi avdekket lovbrudd i sak 4. Imidlertid har vi gjennom vår overordnede gjennomgang av sakskomplekset fått et større innblikk i hvordan styring og ledelse i praksis har vært, og som gir grunn til bekymring utover det som er fremkommet i hver av de sju enkeltsakene. Når det gjelder funn knyttet til ledelsens sikring av rett kompetanse på rett sted til rett tid samt krav til [REDACTED] viser vi til ovenstående.

³ Brev av 11.03.2025, i sak 2025/1072 (journalpost 13)

[REDACTED]

⁵ [Vilkår for autorisasjon, lisens og spesialistgodkjenning - Helsedirektoratet](#)

⁶ [Arbeidsgivers ansvar - Helsedirektoratet](#)



I møtet 04.06.25 kom det frem at nåværende avdelingssjef hadde et møte med Lis 2 gruppen i avdelingen i overgangen 2022/2023, som oppfølging etter en ForBedrings-undersøkelse som avdekket mangelfull trygghet på jobb. Det kom da frem at noen LIS-2-leger blant annet var utrygge på vakt når den aktuelle kirurgen var bakvakt. I sak 6 kommer denne «konflikten i avdelingen» knyttet til aktuelle kirurg, ytterligere frem. Slik vi ser det har dette sammenheng med kulturen i avdelingen, rutiner for risikostyring og rutiner for å melde avvik og hendelser til rett tid.

I møtet 04.06.25 tok vi ellers kort opp noen spørsmål om den operasjonelle risikostyringen i lederlinja knyttet til pasientsikkerhet, altså mellom legene/ seksjonsoverlegen og mellom seksjonsoverlegen /avdelingssjefen, se møtereferat - møtetema 3. Kort oppsummert kom det frem i dette møtet at avdelingssjefen ikke aktivt etterspør fra sin seksjonsoverlege eller blir aktivt spurt fra sin nærmeste leder (klinikkdirektør) om det er noen pågående bekymringer/hendelser som kan true pasientsikkerheten. Det er imidlertid opp til den underordnede å eventuelt selv ta opp slike forhold med sin nærmeste leder. Forhold som kan true pasientsikkerheten, men som ikke aktivt etterspørres og/eller meldes inn som avvik i kvalitetssystemet vil da, etter år vurdering, kunne stå i fare for å ikke bli avdekket.

Det er viktig for oss at vi i vår oppfølging av sakskomplekset på ingen måte har gjort noen kartlegging av SSHFs systematiske risikostyring, men det ovenstående sier noe om funn knyttet til operasjonell risikostyring i daglig drift utenom SSHFs kvalitetssystem, hvor blant annet avvikssystemet inngår. Vi fikk imidlertid i møtet den 04.06.25 opplysninger om at det hadde vært utfordringer knyttet til samarbeid og meldingskultur i seksjonen over tid både før og etter at nåværende avdelingssjef tiltrådte i september 2022.

Vi har ellers spurt helseforetaket om å få oversendt alle avviksmeldinger/pasienthendelser, i tillegg til aktuelle saker, som omhandler aktuelle kirurg. Det foreligger ingen, utover et HMS-avvik registrert 02.01.25 som var medvirkende til at kirurgen samme dag ble tatt ut av tjeneste.

Aktuelle orienteringssaker fra administrerende direktør til foretaksstyret

SFAG er via styredokumenter som ligger åpent tilgjengelig på internett kjent med at AD orienterte styret om «Driftssituasjon kirurgi SSA»⁷ den 27.02.25. I møtet med AD 10.06.25 fremkom det at hun også muntlig hadde orientert styreleder og nestleder 21.01.25 om at en kirurg var tatt ut av tjenesten. Etter møtet fikk vi også forelagt godkjent protokoll fra dette møtet hvor det fremgår at AD ga en muntlig orientering om kirurgen uten at det kom frem fra notatet som fulgte saken⁸. Styret ble imidlertid ikke orientert om at seksjonsoverlegen som hadde hatt stillingen der siden 2008, hadde blitt fratatt sin funksjon fra 10.02.25, fordi det ble ansett som en personalsak.

SFAG er også kjent med at AD i styremøte 12.06.25 skal informere styret om «Alvorlig uønskede hendelser ved kirurgisk avdeling Arendal»⁹.

⁷<https://www.sshf.no/492e3c/siteassets/dokumenter/styredokumenter/styredokumenter-2025/2025-02/009-2025-sak---orientering-ved-administrerende-direktor.pdf>

⁸ <https://www.sshf.no/496004/siteassets/dokumenter/styredokumenter/styredokumenter-2025/2025-04/014-2025-sak---godkjenning-av-protokoll-styremote-27.02.2025.pdf>

⁹ <https://www.sshf.no/49bdd2/siteassets/dokumenter/styredokumenter/styredokumenter-2025/2025-06/041-2025-sak-orientering-ved-administrerende-direktor.pdf>



Oppsummering

Enkelt sakene gir etter vår vurdering et tilfredsstillende helhetsbilde av systemet. Det har vært bekymringer over tid i forhold til aktuelle kirurg, uten at det har vært skrevet avviksmeldinger om dette, før høsten 2024. Det har også vært alvorlige hendelser knyttet til aktuelle kirurgs virksomhet, som ikke i sanntid har vært varslet etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a. Det er derfor etter vår vurdering flere forhold som bør følges opp med ytterligere tilsyn av systemet som knytter seg opp til styring og ledelse.

SSHF har plikt til å gi pasienter forsvarlig helsehjelp, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Og det følger av forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten §§ 6-9 at det er ledelsen som må legge til rette for å følge opp at tjenestene er i tråd med gjeldende regelverk. Dette innebærer at ledelsen må ha kunnskap om tjenestekvalitet og områder med risiko for svikt, og iverksette tiltak ved behov.

Vi vurderer at det er nødvendig at Statens helsetilsyn igangsetter en ytterligere tilsynsmessig oppfølging av SSHF, for å sikre at tilsynsmyndigheten oppnår formålet med tilsyn, nemlig å bidra til å styrke sikkerheten og kvaliteten i helse- og omsorgstjenesten og befolkningens tillit til helsepersonell og helse- og omsorgstjenesten, jf. helsetilsynsloven § 1.

Vi stiller gjerne i et snarlig dialogmøte, og vi vil allerede nå understreke at vi gjerne bidrar inn med ressurser i et videre tilsyn under ledelse av Statens helsetilsyn.

Med hilsen

Aase Aamland (e.f.)
fylkeslege/avdelingsdirektør

Heidi Danielsen Liane
seksjonsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg:

- 1 Sammenstilling av dokumenter
 - 1 Varselvurdering
 - 2 Informasjon - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF [REDACTED]
 - 3 Tilbakemelding - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
 - 4 Oppfølging hos statsforvalteren
 - 5 Informasjon om tilsynssak - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
 - 6 Avgjørelse i tilsynssak - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
 - 7 Journaldokumentasjon - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF [REDACTED]
 - 8 Varselvurdering



- 9 Tilbakemelding - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 10 Tilbakemelding - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 11 Varselfvurdering - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
- 12 Varselfvurdering - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 13 Rettelse til varsel om tilsynssak - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF [REDACTED]
[REDACTED]
- 14 [REDACTED] melding V [REDACTED]
- 15 Dokumentasjon - tilsynssak - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 16 Avgjørelse - tilsynssak - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 17 Varselfvurdering
- 18 Telefonsamtale med varslers 6. jan. 2024
- 19 Telefonsamtale med avdelingssjef 8. jan. 2024
- 20 Varselfvurdering - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
[REDACTED]
- 21 Varselfvurdering - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
[REDACTED]
- 22 Kommentarer - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
[REDACTED]
- 23 Oversender journaldokumentasjon - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
- 24 Dokumentasjon - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
[REDACTED]
- 25 PAS [REDACTED] PDF
- 26 Uttalelse Haukvik [REDACTED]
- 27 Pas [REDACTED] ikke ferdig behandlet
- 28 Oversendelse av dokumenter - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
[REDACTED]
- 29 Tilleggsopplysninger - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
[REDACTED]
- 30 Kommentar til dokumenter - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
[REDACTED]
- 31 Kommentar til sak - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
[REDACTED]
- 32 Telefonsamtale med [REDACTED] - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
[REDACTED]
- 33 Oversendelse av opplysninger - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
[REDACTED]
- 34 IMG [REDACTED].jpg
- 35 Uttalelse - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
[REDACTED]
- 36 Korrigering av opplysninger - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
[REDACTED]
- 37 Avgjørelse - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
[REDACTED]



- 38 Informasjon til pårørende - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal -
[REDACTED]
- 39 Varcel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 40 Klage / opplysninger - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 41 [REDACTED] uttalelse avdsjef KIR
- 42 Kopi - svar på klage - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 43 Varcel om tilsynssak - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 44 Kommentarer - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 45 Pasientjournal - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 46 Journal [REDACTED] komplett [REDACTED]
- 47 Labsvar [REDACTED]
- 48 Journaldokumentasjon - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 49 Dokumentasjon - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 50 Pasientklage
- 51 Svar på klage etter alvorlig hendelse - [REDACTED]
- 52 [REDACTED] uttalelse avdsjef KIR
- 53 Oppfølging av varsel om alvorlig hendelse etter helstetilsynsloven § 4 - [REDACTED]
[REDACTED]
- 54 Svar OUS -Oppfølging av varsel om alvorlig hendelse [REDACTED]
[REDACTED]
- 55 Oversender avviksoppfølging fra OUS - [REDACTED]
- 56 Uttalelse Haukvik [REDACTED]
- 57 Pas [REDACTED] ikke ferdig behandlet
- 58 Hendelsesanalyse [REDACTED] PDF
- 59 Oversendelse av opplysninger - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF -
[REDACTED]
- 60 Avgjørelse - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
[REDACTED]
- 61 [REDACTED]
- 62 [REDACTED]
- 63 [REDACTED]
- 64 [REDACTED]
- 65 [REDACTED]
- 66 [REDACTED]
- 67 [REDACTED]
- 68 [REDACTED]
- 69 [REDACTED]
- 70 [REDACTED]
- 71 Oversender avviksmeldinger - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF -
[REDACTED]
- 72 [REDACTED]
- 73 [REDACTED]



- 74 Informasjon til pasienten - avgjørelse - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
- 75 Varselvurdering
- 76 Varsel om tilsynssak - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
- 77 Kommentarer - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
- 78 Pasientjournal - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
- 79 Labsvar [REDACTED]
- 80 Ettersendelse av journaldokumentasjon - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
- 81 [REDACTED]
- 82 Uttalelse - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
- 83 Uttalelse fra avd sjef Haukvik på vegne av ledelsen pas [REDACTED]
- 84 Dokumentasjon - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
- 85 PAS [REDACTED] Hendelsesanalyse ileuspasient
- 86 Pas [REDACTED] ikke ferdig behandlet
- 87 Notat Haukvik P360 [REDACTED]
- 88 Telefonsamtale med pårørende - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
- 89 Avgjørelse - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF Arendal - [REDACTED]
- 90 Anmodning om dokumenter - spesialisthelsetjeneste - revisjon - Sørlandet sykehus HF - Arendal - gastrokirurgisk - lege Saib Adnan Al-Qadi
- 91 Kopi - rapport - spesialisthelsetjeneste - revisjon - Sørlandet sykehus HF - Arendal - gastrokirurgisk - lege Saib Adnan Al-Qadi
- 92 Anmodning om dokumenter - spesialisthelsetjeneste - revisjon - Sørlandet sykehus HF - Arendal - gastrokirurgisk - lege Saib Adnan Al-Qadi
- 93 Ytterligere opplysninger - spesialisthelsetjeneste - revisjon - Sørlandet sykehus HF - Arendal - gastrokirurgisk - lege Saib Adnan Al-Qadi
- 94 Ettersender Pas [REDACTED]
- 95 Ettersender uønsket hendelse Pas [REDACTED]
- 96 Ettersender uønsket hendelse Pas [REDACTED]
- 97 HMS melding [REDACTED]
- 98 Oversendelse av endelig referat - møte 04.06.2025
- 99 Møtereferat 04.06.2025
- 100 Varsel om tilsynssak - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
- 101 Varsel om tilsynssak - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]
- 2 Journal [REDACTED]
- 3 Pasientjournal - [REDACTED]
- 4 Journal [REDACTED]
- 5 [REDACTED]
- 6 Dokumentasjon - tilsyn - varsel om alvorlig hendelse - Sørlandet sykehus HF - [REDACTED]



7 Journal [REDACTED] komplett

Kopi til:

Sørlandet sykehus HF

Postboks 416

4604

KRISTIANSAND S