

# Tilbakemelding fra SSF til SHT tilsynsrapport 2021

## Innhold

Bakgrunn for saken .....	1
Spørsmål 1 .....	1
Spørsmål 2 .....	1
Spørsmål 5 .....	2
Spørsmål 6 .....	3
Spørsmål 7 .....	4
Spørsmål 8 .....	5

## Bakgrunn for saken

SSF svarer ut punktene 1,2,6,7,8 slik de foreligger i bestillingen fra Statens Helsetilsyn i tilsynsrapporten.

## Spørsmål 1

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

Svar:

SSF implementerer ansettelsesrutiner etter rutinene slik de er beskrevet i felles SSHF prosedyre. Ved ansettelse av leger fyller avdelingssjefene ved SSF ut alle relevant informasjon til modulene i Webcruiter. Videre arkivering til Public 360 foretas deretter av arkivavdelingen. (I modulene i Webcruiter inngår en beskrivelse av faglige kvalifikasjoner, personlig egnethet, attester og referanser, inkludert hva som er fremkommet i samtalen. Det er et tett samarbeid mellom avdelingssjef og seksjonsoverlege/fagansvarlig lege for den aktuelle spesialitet som også deltar i tilsettingsprosessen både i forhold til vurdering av kompetanse, referanseinnhenting og egnethet. For ansettelser av vikarer har SSF utviklet et eget skjema for dokumentasjon av vurderingene som blir gjort med hensyn til kompetanse og kvalifikasjoner. Dette skjemaet gjennomgås av den aktuelle seksjonsoverlege / fagansvarlige lege i den aktuelle spesialiteten og avdelingssjefen for avsjekk av prosess og krav til vikaren. Det lagres i Personalportalen / Public 360 for den enkelte vikar.

## Spørsmål 2

*Helseforetakets vurdering etter gjennomgang av de ti siste ansettelsene av overleger ved avdeling for kirurgiske fag ved SSF for 2020.*

Svar:

SSF har ikke ansatt mange i avdeling for kirurgiske fag over de siste årene. I samråd med Statsforvalteren, Organisasjonsdirektør, Fagdirektør og Administrerende Direktør svarer SSF derfor ut for de 4 siste ansettelsene i tillegg til ansettelser av de 6 siste vikarene for tilbakemeldingen. Vi har valgt å sette opp dokumentasjonen i en tabell. I tillegg foreligger et referat fra møte med alle ansvarlige for ansettelsene av de 4 overlegene med dokumentasjon av deres vurderinger ved ansettelsene. SSF gjennomført alle prosedyrer gjeldende for ansettelser av overleger og vikarer. Som det fremgår også av spørsmål 1 er det et tett samarbeid mellom avdelingssjef og seksjonsoverlege/fagansvarlig lege for den aktuelle spesialitet som også deltar i tilsettingsprosessen

både i forhold til vurdering av kompetanse, referanseinnhenting og egnethet. For ansettelse av vikarer har SSF utviklet et eget skjema for dokumentasjon av vurderingene som blir gjort med hensyn til kompetanse og kvalifikasjoner. Dette skjemaet brukes av den aktuelle seksjonsoverlege / fagansvarlige lege i den aktuelle spesialiteten og avdelingsjefen for avsjekk av prosess og krav til vikaren. Det lagres i Personalportalen / Public 360 for den enkelte vikar.

## Spørsmål 5

«Helseforetakets vurdering etter gjennomgang av journaler og avviksmeldinger for de 30 siste pasientene innlagt ved avdeling for kirurgiske fag ved SSF og de 30 siste pasientene innlagt ved ortopedisk avdeling ved SSK i desember måned 2020. Dette for å kunne evaluere om tiltakene som er iverksatt for å forbedre det faglige samarbeidet mellom klinikkene og for å bedre meldekulturen, har fungert».

Svar:

Malen for gjennomgang er utarbeidet av Fagdirektør Susanne Hernes. Identifikasjon av aktuelle pasienter ble gjort ved uttrekk fra DIPS utført av EVD, SSHF. Identifikasjon av meldte uønskede hendelser ble utført av seksjon for Kvalitet og pasientsikkerhet.

Oppsummert etter gjennomgang:

Spørsmål	Resultat	Kommentar
<b>Type innleggelse</b>	26 akutt innleggelse 1 Elektiv dagkirurgi 2 overflyttinger	1 pasient har 2 oppføringer for samme innleggelse. Derfor er det ikke vurdert 30 pasienter.
<b>Ønske om tilsyn</b>	13 av 29 Ja	
<b>Gjennomført tilsyn</b>	14 av 29 Ja	Tilsyn registrert også på en pasient der det ikke er registrert ønske om det
<b>Type tilsyn</b>	7 Medisinsk avdeling SSF 1 Infeksjonsoverlege SSK 1 Operatør Ullevål 1 Ortoped SSK 1 Radiologi SSK 1 Gastrokirurgi SSK 1 Gynekologi SSK 1 Karkirurgi SSK 1 Urolog SSK	Tilsyn flere enn 14 da flere instanser har vært konsultert for noen av pasientene
<b>Er uønsket hendelse registrert</b>	Nei 28 Ja 1	Registrert av EVD
<b>Er det vurdering i journalen om det kunne vært registrert en uønsket hendelse</b>	27 Nei 2 Ja	Ang pasienter med «ja»: Pas1 kvinne 19 år: Pasient satt opp til operasjon med mistenkt appendicitt etter klinisk vurdering, men operasjon viste at det ikke var en appendicitt. Riktig diagnose var ileitt. Uønsket hendelse kunne ha vært meldt etter gjeldende prosedyre siden resultat av operasjon ikke ble som planlagt. For tiltak se spørsmål om styrking av meldekultur og gjennomførte tiltak ved SSF, inkludert innføring av daglig oppfølging av Grønt kors og daglig

		<p>logging av uønskede hendelser som burde vært meldt.</p> <p>Pas2 mann 40 år: Pasient operert for Appendicitt samt navlebrokk. Reinnlagt 10 dager etter operasjon med abcess som krevde sårrevisjon og antibiotika pga infeksjon etter kirurgi. Uønsket hendelse burde vært registrert pga reinnleggelse. Tiltak som beskrevet over (pasient 1).</p>
<b>Er vurdering av operasjonsresultat dokumentert i journalen</b>	<p>Av 12 operert</p> <p>11 Ja</p> <p>1 Nei</p>	<p>Vedrørende «Nei»:</p> <p>Pasienten var inne som dagkirurgisk pasient for fjerning av ostemat ve ankel som skulle følges opp av fastlege uten behov for oppfølgingsnotat ved SSF. Under oppholdet på PO fikk han anfall av ventrikulær takykardi. Og han ble da lagt inn som en medisinsk pasient for utredning av dette. Ved fjerning av ostemat som dagkirurgisk pasient er oppfølging fra kirurg for vurdering av resultat ikke rutine, men følges opp av fastlege.</p>
<b>Er melding sendt til SFV / NPE</b>	29 Nei	

Det er vår vurdering at tilsyn mellom avdelinger internt og konferering eksternt fungerer tilfredsstillende, og at det også er stor og daglig bevisstgjøring for å bidra til god og riktig meldekultur. Det er gjennomført målrettede tiltak for å styrke meldekultur i avdelingene. Disse inkluderer daglig gjennomgang av pasienter og logging i morgenmøter om uønsket hendelse burde vært meldt, ISBAR, Grønt kors m.m. I tillegg har SSF vedtatt å innføre regelmessig journalgjennomganger for gjennomgang av kvalitetsparametere knyttet til dokumentasjon.

## Spørsmål 6

*Gjennomgang av de 30 siste henvisningene ved SSF der det har vært anmodet om kirurgisk tilsyn på pasienter innlagt på medisinsk avdeling. Ved hvor mange av disse anmodningene har pasientene fått kirurgisk tilsyn, eventuelt hvorfor ikke?*

Klinikken har ikke hatt rutine for å anmode skriftlig om tilsyn, og det er derfor ikke mulig for oss å finne en oversikt over de 30 siste henvisningene med anmodning om tilsyn. En ber som oftest om tilsyn muntlig, men noen ber også om tilsyn via «gul lapp» i DIPS. Det dokumenteres ikke i DIPS før etter tilsyn er utført. Det dokumenteres da med journalnotat av den som utfører tilsynet, og registreres med tjenestekode N10 i DIPS.

Det er innhentet oversikt fra enhet for virksomhetsdata, over alle tilsyn i perioden august 2020 – januar 2021, som er registrert i DIPS med tjenestekode N10. Tabellen under viser antall registrerte tilsyn fra måned 8 (aug. 2020) til mnd. 1 (jan. 2021):

Antall	Omsorgsnivå/Tilsynsdato_Måned Vanlig innleggelse
--------	---

Lokasjon/Intern kode/Avdeling	8	9	10	11	12	1
<b>Flekkefjord</b>	<b>43</b>	<b>37</b>	<b>35</b>	<b>29</b>	<b>52</b>	<b>45</b>
<b>N10</b>	<b>43</b>	<b>37</b>	<b>35</b>	<b>29</b>	<b>52</b>	<b>45</b>
Kirurgisk avdeling	12	11	12	9	15	15
Kvinneklinikken	2	3	3	3	3	8
Medisinsk avdeling	23	17	17	16	31	12
Ortopedisk avdeling	6	6	3	1	3	10
<b>Totalsum</b>	<b>43</b>	<b>37</b>	<b>35</b>	<b>29</b>	<b>52</b>	<b>45</b>

Oversikten fra Enhet for virksomhetsdata inneholder også detaljer i fht. hvilke pasienter det er registrert at det har vært tilsyn på.

Det har for kirurgisk avdeling vært logget på legenes morgenmøter siden uke 44 i 2018 og for medisinsk avdeling siden uke 43 samme år, på om det har vært utfordringer i fht. samarbeid, kommunikasjon og om det har vært gjennomført tilsyn siste døgn. Dersom det hadde vært utfordringer i fht. tilsyn, ville det fremkommet av loggskjemaet.

Medisinsk avdeling fører daglig logg, hvor et av spørsmålene er:

**«Utfordring ifm. behov for tilsyn av kir/ort ?».**

Dette spørsmålet har vært logget på siden uke 24/2020. De aller fleste dagene står det nei eller OK i loggen på dette spørsmålet. Noen dager står det 1, 2, 2 OK, Ja 1, – og etter gjennomgang av journaldokumentasjon i DIPS ser vi at det har logget litt forskjellig på dette punktet. Noen dager har en logget på antall tilsyn og ikke om det har vært utfordringer knyttet til tilsyn av kir/ort.

Loggskjemaene er gjennomgått, og på alle dager der det står 1, 2 eller 3 (selv om en antar at dette er antall gjennomførte tilsyn), er sjekket opp mot listen fra Enhet for virksomhetsdata (uttrekk fra DIPS) over gjennomførte tilsyn. Det er enkelte dager ikke samsvar mellom loggskjemaet og rapporten fra DIPS (forskjellig antall tilsyn). Dette kan ha sin årsak i at ikke tjenestekode N10 er registrert inn i DIPS eller at en har logget feil. To av tilsynene er ikke dokumentert med eget notat fra kirurg. Dette gjelder tilsyn 15.10.20 på pas. id. 130810 og tilsyn 26.10.20 på pas. id. 10222591. Ett tilsyn er det anmodet skriftlig om med eget dokument «Tilsynsforespørsel». Dette gjelder tilsyn 16.12.20 på pas. id. 116797.

Det er ikke noe i loggskjemaene som tyder på at det har vært utfordringer i forbindelse med tilsyn fra kir/ort. De dager det er logget 1, 2 eller 3 i loggskjemaet, er sett opp mot journaldokumentasjon i DIPS, og det står ikke i noen notat at det har vært utfordringer knyttet til tilsyn på innlagte pasienter i medisinsk avdeling disse dagene. Spørsmålet i loggskjemaet ble utarbeidet med tanke på «å ta tempen», og prøve å fange opp om det var utfordringer i forbindelse med tilsyn, ikke for detaljert dokumentasjon, og dette kan være grunn til at det er «logget litt ulikt» på dette spørsmålet.

## Spørsmål 7

*Hvordan vil foretaket beskrive dagens situasjon med hensyn til samarbeid mellom kirurgisk og medisinsk avdeling i SSF*

Svar:

SSF svarer dette ut først ved en oppsummering av nevnte loggføring ved begge avdelingene. Det vises til antall utfordringer, innhold i utfordringene og utvikling. Se også vurderingene som beskrevet av kirurgisk avdeling og medisinsk avdeling i spørsmål 8.

For logg medisinsk avdeling:

Har det vært kirurgiske utfordringer (hvor ofte, type, utvikling over tid)

Medisinsk avdeling opplever samarbeidet med kirurgisk avdeling som godt. Dette understøttes av loggskjema, og spørsmålet om det har vært noen «utfordringer i forbindelse med behov for tilsyn av kir/ort.». Det understøttes også av at det ikke er meldt saker i kvalitetssystemet som går på dårlig samarbeid avdelingene imellom. LIS1 legene i akuttmottaket, sier at terskelen for å tilkalle kirurgisk/ortopedisk bakvakt (overlege) er høyere enn å tilkalle bakvakt (LIS2) i medisinsk avdeling. Hovedårsaken til denne forskjellen beskrives å være forskjellen i måten vaktlagene er rigget, der medisin har LIS 2 og kirurgi overlege i bakvakt. Denne terskelen jobber avdelingen med å redusere ved gjentatt og spesifikk opplæring av LIS 1, bakvakter og vikarer i varslingsprosedyrer, (se spørsmål 8), plan for høy aktivitet med spesifiserte roller, gjennomgang på morgenmøter i tillegg til den nevnte daglige loggingen. Innføring av et LIS 2 sjikt også i kirurgi er en prosess som krever ytterligere utredning og vil være avhengig av et enda større samarbeid på tvers i foretaket.

For logg kirurgisk avdeling:

*Har det vært kommunikasjonsutfordringer (hvor ofte, type, utvikling over tid)*

Fra kirurgisk side oppleves samarbeidet med medisinsk avdeling som godt. Det har blitt foretatt en gjennomgang av loggskjema fra ortopedi og generell kirurgi fra uke 44 i 2018 frem til uke 9 i 2021. Vi har sjekket listen ut fra punktene «Har bakvakt konferert med bakvakt» og «Har det vært kommunikasjonsutfordringer». I loggskjemaene er det registrert 581 dager der det blitt konferert mellom bakvakt og bakvakt. Det er ikke blitt lagt til kommentarer om kommunikasjonsproblemer knyttet til noen av disse konfereringene. En gjennomgang av det grønne korset viser heller ikke at det er registrert konkrete avvik på konfereringen mellom bakvakt og bakvakt.

Dette spørsmålet blir også beskrevet i spørsmål 8.

Som det fremgår av beskrivelsene over er det SSF og klinikkdirektøren sin vurdering at utfordringene ikke er store mellom kirurgisk og medisinsk avdeling når pasientene først er lagt inn på SSF.

## Spørsmål 8

*Hvordan vil foretaket beskrive dagens situasjon når det gjelder kulturen og praksis for å tilkalle vakthavende kirurg ved SSF?*

Svar:

SSF svarer ut dette spørsmålet på 2 måter. Først henvises til eksisterende rutiner relevante for samarbeidet mellom kirurgisk og medisinsk avdeling i følgende tabell:

Prosedyre	Relevans
Akutte magesmerter – diagnostikk SSF	Prosedyren avklarer ansvarsforhold knyttet til pasientgruppen slik at det er tydelig for involverte i situasjonen hvem som skal kontaktes og hvem som har ansvar for oppfølging.
Varsling bakvakt-kirurgisk avdeling SSF	Prosedyren beskriver når tid bakvakt kirurgisk avdeling skal tilkalles og avklarer ansvarsforhold.
Morgenmøte ortopedi og Morgenmøte kirurgi	Prosedyren viser at avdelingen daglig etterspør hvordan samarbeid med andre avdelinger har foregått i løpet av siste døgn.
Daglig loggskjema kirurgisk avdeling SSF	Beskriver hva som blir etterspurt på daglig basis i morgenmøter for ortopedier og for generell kirurger

	ved kirurgisk avdeling SSF. Loggskjema endres etter behov, for eksempel etter uønskede hendelser eller andre tilbakemeldinger fra andre enheter.
Daglig pasientsikkerhetsarbeid og kommunikasjonsprinsipper kirurgisk avdeling SSF	Prosedyren beskriver hvilke overordnede prinsipper som skal gjelde ved kommunikasjon for ansatte ved kirurgisk avdeling. Prosedyren henviser også til registrering av uønskede hendelser.
Ansvarsfordeling for utvalgte pasientgrupper kirurgisk avdeling SSF	Prosedyren avklarer ansvarsforhold knyttet til pasientgruppen slik at det er tydelig for involverte i situasjonen hvem som skal kontaktes og hvem som har ansvar for oppfølging.
Plan for høy aktivitet	<i>Akuttmottaket</i> Kirurgisk sengepost Samdrift Intensiv
Opplæring vikarer og nyansatte, Ansvar på vakt rutiner side 11 / vedlegg 3	Kirurgisk avdeling: Opplæringsplan for vikarer og nyansatte, vedlegg 3 beskriver hva som er dagrutine for vakthavende.
LIS1 – introduksjonsprogram ved SSF LIS1 - introduksjonsprogram fellesdager ved SSK.	Introduksjon beskriver samhandling og kommunikasjonsrutiner
Beredskapsplan kirurgiske leger SSF	Beskriver roller og kommunikasjon ved beredskap
Aktivering av traumeteam SSHF	Beskriver roller og kommunikasjon ved beredskap

### Tilbakemelding fra medarbeidere og linjeldelse SSF

Videre er dette spørsmålet også tatt opp i lederlinjen og i egne møter med leger og enhetsledere.

LIS1, LIS2, overleger og enhetsledere på tvers av avdelingene konkluderer med at det er et godt samarbeid mellom kirurgisk og medisinsk avdeling i SSF. Prosedyrer for konferering er godt kjent, og brukes. Også andre prosedyrer for kommunikasjon (ISBAR) er godt kjent og brukes mellom aktørene. En av medarbeiderne oppsummerte det slik «Det er en fin stemning. Det fungerer bedre enn det gjorde før».

Tilbakemeldingene beskriver også forslag til forbedring. Disse kommenteres av avdelingsledelsen senere i dokumentet. Selv om gjennomførte tilsyn dokumenteres godt, er det et forbedringspotensial for å dokumentere tilsynsforespørsler mellom avdelingene, særlig på grunn av at forholdene er små og aktørene kjenner hverandre godt. Flere er fornøyd med at det er gjennomført en rekke tiltak og styrkede prosedyrer for å bedre kommunikasjon og dokumentasjon (som beskrevet i tilbakemelding fra avdelingene nedenfor). Et eksempel på styrkede rutiner rundt kommunikasjon om pasienter er fra intensiv avdeling der det tidligere har vært uklart hvem som har ansvaret for pasienten. Dette er nå tydelig knyttet til hvilken moderavdeling pasienten tilhører. Det er også ønskelig med enda lettere tilgang til spesialister på andre sykehus for konferering om diagnostisering og behandling. Det meldes fra LIS 1 at det på grunn av manglende LIS 2 på kirurgisk avdeling oppleves annerledes å tilkalle bakvakt kirurgi / ortopedi enn å tilkalle LIS 2 på medisinsk avdeling. Dette fordi LIS 2 medisinsk avdeling ofte er i akuttmottaket og lettere fysisk tilgjengelig, men også fordi det er en oppfatning av at det krever bedre forberedelse og at overlegene er opptatt med operasjoner andre steder på sykehuset. Det er stor enighet blant LIS legene om at det ville lettet på kommunikasjon dersom avdeling for kirurgiske fag også hadde et LIS 2 lag i akuttmottaket.

### Vurdering ved avdelingsledelsene:

Etter gjennomgang av spørsmålet fra SHT, og tilbakemeldingen fra medarbeidere og linjeledelse, har avdelingsledelsen gitt følgende vurdering av praksis, kultur og systemforhold som er relevante for å beskrive samarbeid med vakthavende kirurg:

#### Tilbakemelding fra ledelse kirurgisk avdeling:

Ledelsen er enig i at det er et godt samarbeid mellom kirurgisk og medisinsk avdeling i SSF, slik også gjennomgang av daglig loggskjema viser. LIS1 deltar også på morgenmøter og har anledning til der å gi tilbakemelding hvis samarbeid ikke har fungert optimalt. Dette fremkommer tydelig i sengepostliste og i DIPS hvilken moderavdeling pasienten tilhører, og derfor også hvem som har ansvaret for pasientene. Det er også prosedyrefestet at det alltid er vakthavende overlege på moderavdeling som har oppfølgingsansvar for pasienten når denne ligger på intensivavdeling. Dette er også beskrevet i prosedyre «Intensivpasienter – samarbeid mellom avdelingene» samt under beskrivelse av Dagsrutine ved vakt kirurgisk avdeling / kirurgisk sengepost i vedlegg «Opplæringsplan vikarer og nyansatte kirurger og LIS kirurgisk avdeling SSF». Det er implementert en rekke tiltak for å styrke kommunikasjon med blant annet innføring av ISBAR og Closed loop, også disse med daglig påminning i morgenmøtet for leger. Se listen i tabellen over. Det er overlege som skal konferere med spesialister på andre sykehus. Overleger har tilgang til å konferere med spesialister der det er nødvendig, nødvendige telefonnummer er blant annet tilgjengelig i GAT. I opplæringsplan vikarer og nyansatte beskrives også hvilke fagavdelinger SSF i hovedsak samarbeider med. Prosedyren i fht. konferering med SSK/andre sykehus er godt kjent i kirurgisk avdeling, og ledelsen er av den oppfatning at prosedyren følges. I legenes morgenmøte diskuteres alltid om det ble konferert eller burde vært konferert med andre dersom det var tilleggsutfordringer i fht. pasienter som skulle legges inn.

Ledelse ved kirurgisk avdeling SSF er enig med tilbakemeldingen fra LIS 1 i at mangelen på et LIS 2 vaktlag gjør tilkalling annerledes enn ved medisinsk avdeling og andre sykehus. Innføring av et LIS 2 sjikt også i kirurgi er en prosess som krever ytterligere utredning og vil være avhengig av et enda større samarbeid på tvers i foretaket. Ledelsen vurderer ellers tilbakemeldingen fra medarbeidere og linjeledere til å være en bekreftelse på at terskel for å snakke med overlege på vakt er lav.

#### Tilbakemelding fra ledelse medisinsk avdeling:

Avdelingsledelsen i medisinsk avdeling er også enige i beskrivelsen fra medarbeidere og linjeledere om at samarbeidet mellom medisinsk avdeling og avdeling for kirurgiske fag fungerer bra, både ved SSF og ved samarbeid med SSK

Vi deler tilbakemeldingen i fht. at det hos oss er korte linjer og at en del ting noen ganger tas muntlig, uten at det blir skriftlig dokumentert. Vi ser at det er områder til forbedring her, og har blant annet innført skriftlig anmodning om tilsyn, selv om vi ikke har opplevd å ikke få tilsyn ved muntlig anmodning. Ved gjennomgang av uønskede hendelser vil vi også tilstrebe å fange opp om det er områder som går igjen, som må skriftliggjøres mer enn det gjøres i dag.

Medisinsk avdeling deler i hovedsak ikke inntrykket om det er vanskelig å ta kontakt med legespesialister på andre sykehus for å diskutere ting man er i tvil om, men enkelte ganger har en nok følt seg «devaluert» i fht. at overlege hos oss må forholde seg til en mindre erfaren lege ved annet sykehus. Vi er nå enige innad i SSHF om at konferering skal være overlege til overlege og LIS2 til LIS 2. Det rapporteres fra medisinsk avdeling om godt samarbeidsklima med både SSK og SSA innfor de aller fleste fagområdene i medisinsk avdeling.

For enkelte pasientgrupper er det særlig viktig at kommunikasjonen med kirurgisk bakvakt fungerer godt. Pasienter meldt som akutt abdomen kan være utfordrende å plassere på «riktig» avdeling, og ledelsen er enige om viktigheten av tett dialog mellom vakthavende indremedisiner og kirurg ved innkomst, for å få en helhetlig vurdering i fht. hvilken avdeling pasienten skal legges inn på. Etter tidligere uønskede hendelser har våre interne prosedyrer blitt endret slik at pasienter med akutte magesmerter og/ eller oppkast som hovedregel blir definert som kirurgiske og knyttet til kirurgisk avdeling. Unntak fra regelen må avtales direkte mellom bakvaktene. Etterlevelsen av retningslinjen blir kontrollert på hvert morgenmøte. Det skal være lav terskel for kontakt med bakvakt, og dette presiseres jevnlig, i undervisning, ved gjennomgang av pasienthendelser og i veiledningssamtaler.

Prosedyren i fht. konferering med SSK/andre sykehus er godt kjent i medisinsk avdeling, og ledelsen er av den oppfatning at prosedyren følges. Som for kirurgisk avdeling diskuteres det også i legenes

morgenmøte på medisinsk avdeling alltid om det ble konferert eller burde vært konferert med andre dersom det var tilleggsutfordringer i fht. pasienter som skulle legges inn.

Medisinsk avdeling har i tillegg til tilstedeværende LIS1, LIS2 som bakvakt som konferer med overlegen ved behov. Dialogen mellom bakvaktene fungerer slik at det er LIS2-bakvakt som tar kontakt med bakvakten i kirurgi. Vi opplever at kommunikasjonen mellom LIS2 og overlege i kirurgi fungerer godt, noe som bekreftes av daglig loggskjema.

Vi deler også inntrykket fra tilbakemeldingene om at det i mindre grad er samtidighetsutfordringer når man tar kontakt med bakvakt medisin enn med bakvakt kirurgi. Dette fordi medisinsk avdeling har et LIS2 lag som har vakt foran overlegen. Å ha et sterkt og godt LIS2 lag er svært viktig for medisinsk avdeling.

Som avdelings sjef opplever jeg at det er lav terskel for tilkalling av bakvakt i medisinsk avdeling.

Bruk av ISBAR i kommunikasjon er noe vi har arbeidet mye med i medisinsk avdeling, og er implementert som et verktøy i kommunikasjonen mellom avdelingene og med bakvaktene. Closed loop er også et verktøy vi har vært opptatt av å bruke, og vi deler oppfattelsen om at det nok kan brukes mer på sengeposten i visitt sammenheng. Tiltak for å øke bruken av closed loop kan være å sette opp undervisning omkring dette på fagdag for sykepleiere.

I siste ForBedringsundersøkelse scorerer medisinsk avdeling blant de beste i SSHF i fht. samarbeid på tvers og at de forskjellige yrkesgruppene samarbeider godt seg imellom.

### Vurdering - oppsummering

Det er klinikkdirektørens vurdering at SSF har innført nye rekrutteringsrutiner og også gjennomført gode vurderinger av linjeledelse og fagansvarlige leger ved ansettelser av overleger og vikarer. Videre er det klinikkdirektørens vurdering av det er gode rutiner for dokumentasjon i journal. Selv om meldefrekvensen ved SSF er stigende og relativt sett god, arbeides det videre med å bli enda bedre til å melde alle uønskete hendelser for ytterligere bruk av dette verktøyet til kvalitetsforbedring. Det er til slutt også klinikkdirektørens vurdering at samarbeidet mellom avdelingene, mellom vaktlagene i avdelingene og mellom avdelinger og fag i foretaket er godt med lav terskel for konferering og felles håndtering av pasienter. Det arbeides videre med å sikre at dokumentasjon av tilsyn, konferering og tilsynsforespørslar blir enda bedre.

### **Notat slutt**