



Helse Møre og Romsdal HF v/ direktør
Postboks 1600
6026 ÅLESUND

Rapport- tilsyn med ansvarsavklaring og kommunikasjon mellom intensivavdelingen og Ortopedisk avdeling ved Molde sjukehus

Fylkesmannen gjennomførte tilsyn med Helse Møre og Romsdal HF 23 og 24. mai 2017. Vi undersøkte om virksomheten, gjennom systematisk styring og ledelse, sørger for at ansvarsavklaring og kommunikasjon mellom Intensivavdelingen og Ortopedisk avdeling utføres i samsvar med aktuelle lovkrav på en slik måte at pasientene mottar trygge og gode tjenester. Legemiddelhåndtering ble valgt som et gjennomgående tema for å undersøke dette.

Tilsynet ble gjennomført som en del av årets planlagte, regionale tilsynsvirksomhet, initiert av fylkesmennene i Nord-Trøndelag, Sør-Trøndelag og Møre og Romsdal.

Fylkesmannen konkluderer med følgende:

Merknad:

Helse Møre og Romsdal HF har et forbedringspotensial hva angår å sikre enhetlig dokumentasjon på legemiddelordninger/gitte legemidler. Selv om tilsette avdelinger har iverksatt tiltak for å sikre forsvarlig overføring av legemiddel-informasjon, herunder gjennom utarbeidelse av en rekke hjelpeskjema, vurderer fylkesmannen at dagens system representerer en risiko for svikt.

Innhold

- 1. Tilsynets tema og omfang**
 - 2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet**
 - 3. Beskrivelse av faktagrunnlaget**
 - 4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag**
 - 5. Tilsynsmyndighetens konklusjon**
- Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet**

1. Tilsynets tema og omfang

Overføring av pasienter mellom nivå/enheter i spesialisthelsetjenesten er en kjent risiko for svikt. Ansvarsavklaring og kommunikasjon mellom faggrupper og organisatoriske enheter er derfor viktig for å minimere risikoene. Kunnskap fra hendelsesbaserte tilsynssaker viser at feil i forbindelse med dokumentasjon av legemidler kan gi store konsekvenser og dette er derfor pekt ut som gjennomgående tema i tilsynet. Helsedirektoratet har i Rundskriv IS-7/2015 til forskrift om legemiddelhåndtering uttalt blant annet følgende:

«Legemiddelhåndtering er et område der det er stor fare for svikt og der feil/svikt kan få alvorlige konsekvenser».

Tilsynsmyndigheten undersøkte om Helse Møre og Romsdal HF, gjennom systematisk styring og ledelse, sikrer at overføring av pasienter fra mottak som ortopedisk pasient, via operasjon/anestesi, via intensiv og til sengepost er i samsvar med kravene til et forsvarlig pasientforløp.

Pasienter omfatter i denne sammenheng personer innlagt ved Ortopedisk avdeling («moderavdeling») som øyeblikkelig hjelp, og som har ligget minimum 24 timer ved Intensivavdelingen før overflytting til sengepost.

Tilsynets hovedmålsetting var å undersøke om disse pasientforløpene kjennetegnes ved:

- Systematisk styring, inkludert ansvarsavklaring mellom faggrupper og organisatoriske enheter.
- God kommunikasjon mellom faggrupper og organisatoriske enheter, inkludert dokumentasjon av legemiddelordninger.

Pasientforløpet kan deles inn i følgende hovedfaser som alle inngikk i tilsynet:

- Overflytting fra ortopedisk operasjonsstue til Intensivavdelingen.
- Oppholdet ved Intensivavdelingen.
- Overflytting fra Intensivavdelingen til ortopedisk sengepost.



Et godt pasientforløp er avhengig av en avklart ansvarsfordeling mellom de ulike faggruppene, at disse har god kompetanse på sine områder, har god kommunikasjon mellom nivå, samt sikrer korrekt dokumentasjon underveis i pasientforløpet. Tilsynet

var derfor innrettet med hovedfokus på overføring av pasienten mellom behandlingseenhetene og ikke på selve behandlingen og avslutningsfasen.

2. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

Fylkesmannen er, i henhold til helsetilsynsloven § 2, gitt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i fylket, herunder spesialisthelsetjenesten.

Et tilsyn er en kontroll av om virksomheten opptrer i samsvar med lov- og forskriftsbestemmelser. En systemrevisjon gjennomføres ved gransking av dokumenter, ved intervjuer og andre undersøkelser.

Rapporten omhandler lovbrudd og merknader som er avdekket under revisjonen og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfatter.

- **Lovbrudd** er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift.
- **Merknad** er forhold som ikke er i strid med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift, men der tilsynsmyndigheten finner grunn til å påpeke mulighet for forbedring.

Oversikt over lov- og forskriftskrav som var aktuelle under tilsynet:

Aktuelle lov- og forskriftsbestemmelser:

Spesialisthelsetjenesteloven, herunder § 2-2 om plikt til forsvarlighet. Om rettslige standarder (utdrag fra Prp 91L 2010-2011):

«Krav om forsvarlighet er en rettslig standard. Det innebærer at innholdet bestemmes av normer utenfor loven. Forsvarlighetskravet for helse- og omsorgstjenesten Kravet om forsvarlighet (...) er forankret i anerkjent fagkunnskap, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer (...).

Forsvarlighetskravet har en dobbel funksjon. Det er en rettesnor for tjenesten og viser til normer som beskriver hvordan tjenestene bør være. Disse normene utgjør kjernen i forsvarlighetskravet og kan betegnes som god praksis».

Faglige retningslinjer og veiledere kan være ett av flere bidrag til å gi forsvarlighetskravet et innhold. Anbefalinger gitt i nasjonale faglige retningslinjer er ikke rettslig bindende, men normerende og retningsgivende ved å peke på ønskede og anbefalte handlingsvalg, jf.

<https://helsedirektoratet.no/metoder-og-verktoy>.

Helsedirektoratets Rundskriv IS-7/2015 om forskrift om legemiddelhåndtering, med kommentarer er sentral for dette tilsynet. Helsetjenesten bør etterstrebe å yte tjenester som er i tråd med slike publikasjoner. Ofte vil det likevel være et handlings-rom hvor helsehjelpen fortsatt vil kunne være forsvarlig selv om praksis avviker noe fra gitte anbefalinger.

Det vises også til

- § 2-1a om de regionale helseforetakenes ansvar for spesialisthelsetjenester, se særlig

- tredje ledd om plikten til å føre internkontroll
- § 3-2, annet ledd, jf. pasientjournalforskriften
- § 3-4a om kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet
- § 3-9 om ledelse i sykehus
- § 3-10 om opplæring, etterutdanning og videreutdanning

Pasient- og brukerrettighetsloven, herunder:

- § 2-1b om rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten

Helsepersonelloven, herunder:

- § 16 om organisering av virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester

Pasientjournalforskriften

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten:

Ny forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten trådte i kraft 1. januar 2017. I praksis innebærer ikke forskriften nye krav, men presiseringer av kravene i opphevet forskrift om internkontroll i helse- og omsorgstjenesten. Virksomhetens plikt til å arbeide systematisk for kvalitetsforbedring og pasient-sikkerhet fremgår også av spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a.

Forskrift om legemiddelhåndtering

Begrepet legemiddelhåndtering er definert i forskrift om legemiddelhåndtering § 3 bokstav e), som lyder:

«Legemiddelhåndtering: Enhver legemiddelrelatert oppgave som utføres fra legemidlet er ordinert eller rekvirert til det er utdelt eller eventuelt kassert.»

Det fremgår av samme bestemmelse, bokstav g) at ordinering skal dokumenteres i samsvar med pasientjournalforskriften.

Basert på krav beskrevet ovenfor, må blant annet følgende kunne forventes av forsvarlige spesialisthelsetjenester:

Ledelsen i helseforetaket sørger for

- innarbeidet praksis for identifisering og vurdering av risiko ved overføring av pasienter mellom nivå/enheter,
- innarbeidede rutiner for kommunikasjon, inkludert journalføring om legemiddelhåndtering – både generelt og ved overflytting av pasienter
- tilgang til kompetanse om legemiddelhåndtering, inkludert kunnskap om Helse direktoratets rundskriv IS-7/2015 om forskrift om legemiddelhåndtering, med kommentarer,
- at ansvarsfordeling, inkludert rapporteringsrutiner, er avklart og kjent under hele pasientforløpet, også hva angår legemiddelhåndtering
- rutiner som fungerer og etterleves, og at det settes inn tiltak hvis det utvikler seg en praksis som setter legemiddelhåndteringen i fare
- at sykehuset preges av en åpenhetskultur der det er trygt å melde fra om feil, mangler og uønskede hendelser som har sin årsak i uavklarte ansvarsforhold og mangelfull kommunikasjon

- at informasjon om slike feil, mangler og uønskede hendelser er kjent og brukes til kontinuerlig forbedring.

3. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Om helseforetaket:

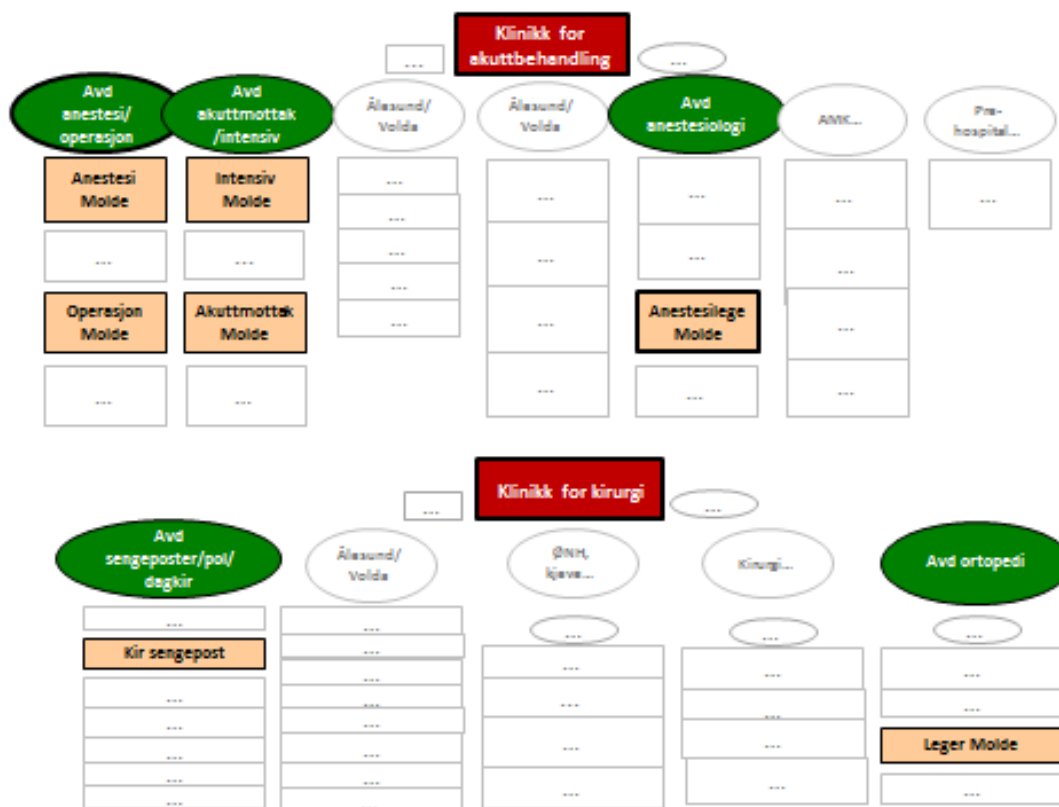
Virksomheten ved Helse Møre og Romsdal HF er fordelt mellom de fire sykehusene Ålesund sjukehus, Volda sjukehus, Molde sjukehus, Kristiansund sjukehus og flere mindre institusjoner. Helseforetaket leverer tjenester til ca. 264 000 innbyggere.

Fagområdene er nå organisert i tverrgående klinikker for alle de fire sykehusene. Helseforetaket omorganiserte fra 1. januar 2017, organisasjonskartet var klart fra 1. mai 2017.

Tilsynet omfattet i denne sammenheng Klinikk for akuttbehandling og Klinikk for kirurgi ved Molde sjukehus.

Intensiv, operasjon, anestesileger og -sykepleiere er organisert i Klinikk for akuttbehandling, fordelt på tre avdelinger. Ortopedisk sengepost og ortopediske leger er organisert i hver sin avdeling under Klinikk for kirurgi.

Illustrasjon av helseforetakets organisasjonsmodell (kun tilsette nivå/enheter er markert):



Tilsynet rettet seg mot:

- Klinik for akuttbehandling og tjenester/ansatte ved
 - Avdeling for anestesi og operasjon - Molde og Kristiansund – enhetene
 - Anestesi - Molde
 - Operasjon - Molde
 - Akuttmottak og intensiv - Molde og Kristiansund
 - Intensiv - Molde
 - Akuttmottak - Molde
 - Avdeling for anesthesiologi
 - Anestesilege - Molde
- Klinik for kirurgi og tjenester/ansatte ved
 - Avdeling for sengeposter, poliklinikk, dagkirurgi - Molde og Kristiansund – enhetene
 - Kirurgisk sengepost B – Molde
 - Avdeling ortopedi HMR – enhet
 - Leger - Molde

Beskrivelse av pasientforløpet, herunder informasjonsoverføring:

Mottak- og operasjonsfase:

Mottakende lege skriver innleggelsesskriv/journal og starter føring av *hovedkurve* med legemiddelliste (i papirform). Pasient meldes til operasjon i operasjons-planlegger; *OpPlan*, hvor aktiviteter ved operasjonen føres elektronisk, samt at koding (av blant annet diagnose), videre behandlingsforløp og sjekklister «*Trygg kirurgi*» registreres. Programmet kommuniserer enveis inn i *DocuLive* (elektronisk pasientjournalssystem).

Pasientopplysninger legges også inn i grønnskjema, se ID 12165 - Intern henvisning til operasjon (ortopedi + kirurgi). Picis (elektronisk kurve tilpasset akuttfasen i spesialisthelsetjenesten, fortrinnsvis ved operasjon- og intensivenheter, inkludert anestesi) benyttes ikke.

Sykepleier fortsetter føring i *OpPlan* når pasient kommer til operasjon og anestesi starter da opp sitt anestesiskjema. Sjekklister «*Trygg kirurgi*» starter i slusen inn til operasjon.

Overføring til intensivheten:

Informasjonsoverføring fra operasjon til intensiv gjennomføres blant annet ved at anestesisykepleier, samt operasjonssykepleier eller anestesilege, alltid er med når pasient flyttes fra operasjonsstue til intensiv.

Anestesisykepleier/operasjonssykepleier avgir muntlig rapport til intensivsykepleier. I tillegg finnes opplysninger om pasienten i *OpPlan*, i operasjonsrapport og i sykepleierrapport, se ID 12706 - Operasjonsbeskrivelse/operasjonsrapport. Det vises også til ID 13674 - Operasjon: Pasientobservasjon ved avslutning av operasjon.

Rapportering skjer umiddelbart etter at pasienten er koblet til nødvendig utstyr. I intervju fremkommer at rapporteringen enkelte ganger oppleves som travel og hektisk, og at dette er uheldig, spesielt i forhold til nyansatte.

Legene skriver operasjonsbeskrivelse, jf. ID 12706 - operasjonsbeskrivelse/-operasjonsrapport, i DocuLive. Verifikasjon viser at videre plan alltid er beskrevet.

Opphold ved intensivheten:

Pasienter som har ligget ved intensiv i mer enn ett døgn mottar visitt hver formiddag av intensivlege, intensivsykepleier, og ortoped, i hovedsak sammen. Verifikasjon viser at det gjennomgående skrives journalnotat daglig, både av intensivlege og ortoped. Medisinske spørsmål i vakttid ivaretas av intensivlege først og denne ringer ortoped ved behov. Intensivlege har ansvaret for behandlingen mens pasienten befinner seg ved intensiv, se ID 15840 - Legeoppgaver i anesthesiavdelingen.

Hovedkurve ajourføres en gang i døgnet, ansvaret ligger på lege. Alle legemidler dokumentert gitt under intensivoppholdet skal fremgå av hovedkurve, se ID 13316 -Føring av kurve. Verifikasjon viser at kurve fylles ut i henhold til rutine, men at føring oppleves som utfordrende på grunn av plassmangel.

Intensivlegene rapporterer om pasienter som ligger ved intensiv om morgenen og kl. 1500. Vakthavende anestesilege (avtroppende) rapporterer i kirurgenes morgenmøte. Leger dokumenterer daglig i pasientjournal.

Overføring til sengepost:

Intensivsykepleier/intensivlege skal skrive overføringsnotat/utskrivningsnotat ved overflytting til sengepost, se ID 15440 - Postoperativt mottak og overvåkning av pasient og ID 23557 - Sjukepleiedokumentasjon under opphold. Overføringsnotat fra intensivsykepleier, samt i de fleste tilfeller fra intensivlege, ble funnet ved journalgjennomgang.

Sykepleier fra sengepost henter pasient fra intensivavdeling og mottar muntlig rapport, samt mottar mappe inneholdende skjema som har fulgt pasienten under operasjons- og intensivoppholdet.

Det er utarbeidet en rekke rutiner/prosedyrer for å ivareta arbeidsoppgaver under pasientforløpet. Det er videre utarbeidet funksjonsbeskrivelser, generelt på enhets- og avdelingsnivå, og spesielt på individnivå.

Fremlagte rutiner/prosedyrer/funksjonsbeskrivelser har ikke gjennomgående blitt oppdatert innen opprinnelig frist. Tilsynsmyndigheten legger likevel til grunn at disse er gjeldende for virksomheten på tilsynstidspunktet.

Stikkprøver i pasientjournaler gjennomføres etter GTT (*Global Trigger Tool*), et system for strukturerte journalundersøkelser som skal bidra til å avdekke pasientskader over tid.

Det har ikke blitt gjennomført systematisk risikovurdering i forbindelse med overflytting av pasienter. Overflytting er likevel identifisert som en risikosituasjon. Under intervju ble det nevnt flere aktuelle risikoscenario:

- Hastverk under rapportering.
- Flere ulike system som ikke snakker sammen.
- Hovedkurve beskrives som ubrukelig på grunn av blant annet for liten plass til å føre endringer. Korrigerende tiltak av medisinskfaglig ansvarlig sikrer imidlertid at sårbarheten reduseres.

Avvikssystem finnes i EQS og beskrives i ID 4079 - Organisering av kvalitetsarbeidet og behandling av meldinger i HMR-HF. Sykepleiergruppen benytter avvikssystemet i ulik grad; - i intensivavdelingen tas alvorlige avvik opp i personalmøter, eventuelt også i møter etter spesiell innkalling. I tillegg legges referat fra kvalitetsråd og avdelingsmøter i egen blogg. Det meldes få avvik ved operasjonsavdelingen, kun vedrørende det som er særlig alvorlig.

Leger melder få avvik, men tar opp uønskede hendelser i morgenmøter, eventuelt i undervisningsmøter hver torsdag. Det oppleves å ta lang tid å få tilbakemelding etter meldte avvik, samt at tilbakemeldingen ikke oppleves som nyttig i forbedrings-sammenheng.

Tilsynsmyndigheten har fått tilgang til fem avviksmeldinger registrert i perioden 22. februar 2016 – 9. mars 2017, hvorav det i tre av disse beskrives at omtalt hendelse skjer ukentlig/månedlig. Antall fremlagte avviksmeldinger tilsier lav meldingsfrekvens.

Øvrige observasjoner:

Kompetanse:

Operasjon-, anesthesi- og intensivsykepleierne har ukentlig internundervisning. Intensivseksjon har faste studiedager for alle ansatte i sin arbeidsplan hver 12. uke. Alle berørte seksjoner har 1 -2 fagdager per år. Sykepleiere ved intensivavdelingen oppfordres til å ta videre-utdanning hvis de ikke har spesialutdanning. Helseforetaket har stipendordninger for sykepleiere, for 2017 utgjør disse 10 stipend.

LIS og spesialister har fast internundervisning hver uke, samt morgenmøter hvor både pasient og fag gjennomgås. Overlegene har permisjon og ti kursdager per år.

Vikarer brukes i noen grad. Disse er verifisert fra innleid byrå som Helse Midt-Norge har godkjent etter anbudsprosess. Det fremkommer at det ikke foregår noen systematisk opplæring av disse, men at opplæringen foregår i henhold til «Mester-Svenn»-prinsipper.

Kompetanse hva angår legemiddelhåndtering:

Det fremgår av kvalitetssystemet at alle aktuelle ansatte skal gjennomgå E-læring knyttet til legemiddelprosessen. Det er i tillegg utarbeidet et system for sertifisering hva angår legemiddelsamstemming. Det vises til ID 19485. Tildeling av oppgaver i legemiddelprosessen knyttes opp mot konkrete kunnskapskrav. Det er den ansattes leder som kontrollerer/godkjenner gjennomgang og sertifisering.

Brukermedvirkning:

Muligheten til brukermedvirkning sikrer at pasient/pårørende opplever større trygghet under sykehusoppholdet. God samhandling mellom intensivheten, pasienten og sengeposten, kan forebygge funksjonsfall etter overflytting og risiko for retur til intensiv. God informasjon til pasient/pårørende om mulige belastninger på grunn av gjennomgått alvorlig sykdom, kan bidra til å forstå og redusere belastningen.

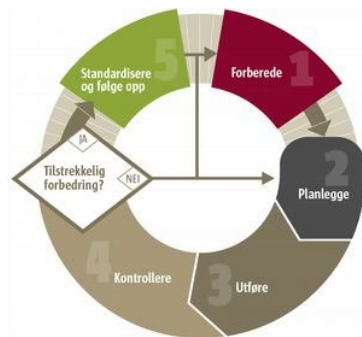
De kliniske farmasøytene har utviklet et kurs i intervjueteknikk for alle som skal intervju pasienter om legemiddelbruk.

Oppfølgingsamtale gjennomføres etter dødsfall, pårørendesamtaler gjennomføres også ellers ved behov.

4. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Helselovgivningen setter krav til ledelse og systematisk styring for å sikre forsvarlige helsetjenester. Nødvendige tiltak skal planlegges, iverksettes, evalueres og, om nødvendig, korrigeres.

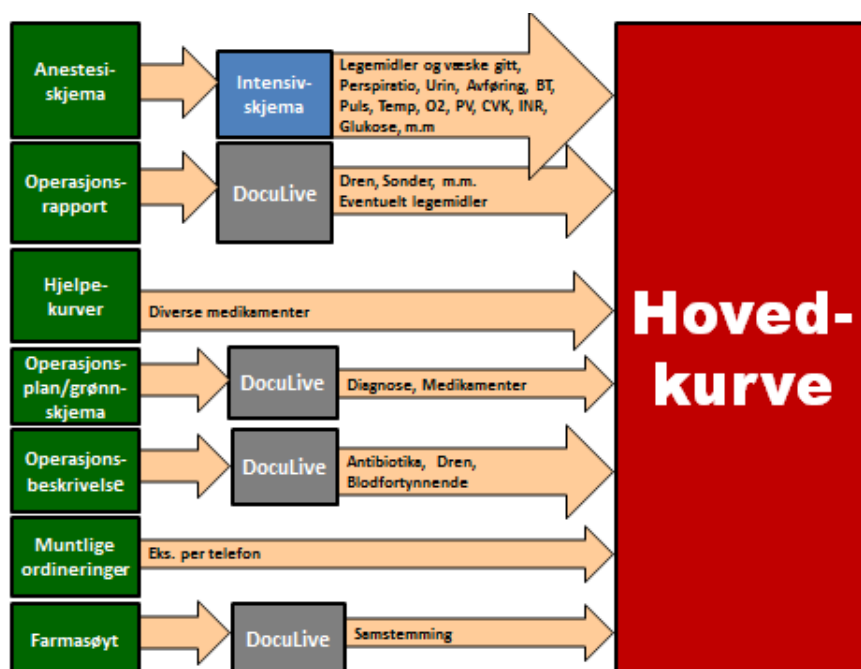
Demings sirkel:



Overføring av pasienter mellom nivå/enheter er en kjent risikofaktor. Ansvars- og kommunikasjonsforhold i et helhetlig pasientforløp er komplekse og stiller særlig store krav til organisering, struktur og kontinuitet i utførelsen av de ulike oppgavene.

God og tilgjengelig journaldokumentasjon er nødvendig for å kunne ivareta pasientsikkerheten og sikre forsvarlige pasientforløp. Helseforetaket erkjenner at det er komplisert og krevende å få en god oversikt når ansatte må forholde seg til mange ulike journalsystem ved overflytting av pasienter mellom nivå/enheter. Dataprogrammet Picis benyttes ikke.

Illustrasjon: Hovedkurvens betydning for kommunikasjon i pasientflyten mellom nivå/enheter i spesialisthelsetjenesten:



Ved gjennomgang av 12 pasientjournaler for pasienter med opphold fra to til 14 døgn ved intensivheten, ble det blant annet sett på om legemidler ordineres flere steder. Tilsynsmyndigheten vurderte også skriftlig rapportering mellom nivå/enheter fra sykepleiere og leger. Innholdet i hovedkurven var gjennomgående i samsvar med øvrige skjema og fremsto som oversiktlig og forståelig.

Helse Møre og Romsdal HF har definert hovedkurven som det dokument som til enhver tid skal vise hvilke legemidler pasienten har fått og skal få under oppholdet. I praksis dokumenteres legemidler i ulike skjema som så sammenfattes i kurve en gang i døgnet. Det er tilsynsmyndighetens oppfatning at manglende elektronisk dokumentasjon medfører omfattende bruk av papirskjema, en praksis som i utgangspunktet ser ut til å fungere godt. Legemiddelhandtering er en kompleks prosess og antallet skjemaer og de ulike grensesnittene disse har, gjenspeiler kompleksiteten i denne prosessen.

Feil i legemiddelhandtering er en kjent risiko, noe som krever ekstra årvåkenhet i alle ledd av prosessen fra ordinerings til legemiddel gis. Det erkjennes at dagens system for føring av legemiddelhandtering gir et potensiale for svikt. Helseforetakene i Midt-Norge, både regionalt og lokalt, har forsøkt å etablere fungerende elektronisk kurve, men har foreløpig ikke lyktes med dette.

Forsvarlig pasientbehandling krever at legemiddelordinerings er tydelig og formidles på en slik måte at pasienten får riktig legemiddel til rett tid. Noen av legemidlene som benyttes av aktuell pasientgruppe er potente og kan gi stor risiko for skade dersom feil oppstår. Det fremkom av intervju at det kan skje feil i legemiddelhandteringen, spesielt i forhold til blodfortynnende og antibiotika.

5. Tilsynsmyndighetens konklusjon

Fylkesmannen konkluderer med følgende:

Merknad:

Helse Møre og Romsdal HF har et forbedringspotensial hva angår å sikre enhetlig dokumentasjon på legemiddelordninger/gitte legemidler. Selv om tilsette avdelinger har iverksatt tiltak for å sikre forsvarlig overføring av legemiddel-informasjon, herunder gjennom utarbeidelse av en rekke hjelpeskjema, vurderer fylkesmannen at dagens system representerer en risiko for svikt.

Fylkesmannen i Møre og Romsdal anser med dette tilsynet som avsluttet og ønsker virksomheten lykke til i videre forbedringsaktivitet.

Med hilsen

Grete Teigland e.f.
Direktør

Ingrid Karin Heggvold
Revisjonsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent og har ingen signatur.

Vedlegg:

- 1 gjennomføring av tilsynet

Kopi:

Fylkesmannen i Nord- Trøndelag	Postboks 2600	7734	STEINKJER
Fylkesmannen i Sør-Trøndelag	Postboks 4710 Sluppen	7468	TRONDHEIM
Statens helsetilsyn	Postboks 8128 Dep	0032	OSLO

Vedlegg: Gjennomføring av tilsynet

Varsel om tilsynet ble sendt 8. mars 2017

Tilsynet ble gjennomført ved Helse Møre og Romsdal HF, Molde sjukehus, og innledet med et kort informasjonsmøte 23. mai 2017. Journalgjennomgang ble gjennomført samme dag. Oppsummerende møte med gjennomgang av funn ble avholdt 24. mai 2017.

En del dokumenter var tilsendt og gjennomgått på forhånd, mens andre dokumenter ble mottatt og gjennomgått i løpet av tilsynsbesøket. Følgende dokumenter ble gjennomgått og vurdert som relevante for tilsynet:

Styrende dokumenter:

- Informasjon på helseforetakets hjemmeside, inkludert organisasjonskart.
- ID 14614 – Organisasjonsplanar og organisasjonskart – prosedyre for utarbeiding og vedlikehold
- Organisasjonskart som trådte i kraft 1. mai 2017
- ID 20902 – Funksjonsbeskrivelse/stillingsbeskrivelse for avdelingssjef i Klinikk for kirurgi-Molde
- ID 14200 – Møteplan og legevisitter i Klinikk for kirurgi. Molde.
- ID 17350 – Vakt samarbeid kirurgi og ortopedi. Pasienthåndtering for AMK Nordmøre og Romsdal og Legevaktssentralen Kristiansund sykehus-Sh M/Kr.
- ID 18405 – Postoperative komplikasjoner – kommunikasjon og varsling.
- ID 19295 – Elektive pasienter til totalprotese. Fast-track-Molde.
- ID 19255 – Fast-track hofteprotese. Oppfølging etter operasjon.
- ID 15687 – Legemiddelhandteringsprosessen – ansvar og leiing.
- ID 22583 – DocuLive, Overordna opplæringsplan.
- ID 4586 – Godkjenning/signering/kvittering i DocuLive.
- ID 13809 – Standardtekst sykepleiedokumentasjon: Prosedyre for utarbeidelse, godkjenning og revisjon.
- ID 13316 – Førings av kurve.
- ID 12165 – Intern henvisning til operasjon (ortopedi + kirurgi).
- ID 19485 – Konkrete kunnskapskrav legemiddelhandtering.
- ID 10387 – Preoperativ anestestilsyn.
- ID 15440 – Postoperativ mottak og overvåking av pasient.
- ID-15840 – Legeoppgaver i anestesiavdelingen.
- ID 12706 – Operasjonsbeskrivelse/operasjonsrapport.
- ID 13674 – Operasjon: Pasientobservasjon ved avslutning av operasjoner.
- ID 12902 – Dagkirurgi – Legens oppgaver. Klinikk for kirurgi Molde Sjukehus.
- ID 12922 – EPJ elektronisk signering av prøvesvar RoS.
- ID 6723 – Skanning av pasientjournal – hovedprosedyre HMR.
- ID 23557 – Sjukepleiedokumentasjon under opphold.
- ID 4079 – Organisering av kvalitetsarbeidet og behandling av meldinger i HMR-HF.
- ID 22797 – Organisering av kvalitetsarbeid. Klinikk for kirurgi Molde sykehus.
- ID 21653 – Internrevisjon. Klinikk for kirurgi. Molde.
- ID 21063 – Funksjonsbeskrivelse/stillingsbeskrivelse for seksjonsleder i Klinikk for kirurgi.
- Operasjonssykepleierrapport.

- Anestesijournal.
- Postoperativ pleiejournal.
- Mal for hovedkurve.
- Henvisning til operasjon/anestesi.

Resultatdokumenter:

- Fem meldinger om avvik for perioden 23. februar 2016 – 9. mars 2017.06.21
- Pasientjournaler for 12 pasienter med opphold på fra to til 14 døgn ved intensivheten.

I tabellen under gir vi en oversikt over hvem som ble intervjuet, og hvem som deltok på oppsummerende møte under tilsynsbesøket.

Navn	Funksjon/stilling	Intervju	Oppsummerende møte
Kirsti Hamar	Seksjonsleder, Kir B	X	X
Gunn Eli Kvalsund	Avdelingssjef anestesi og operasjon, Kristiansund og Molde		X
Marianne Johansen (deltok i informasjonsmøte)	Kvalitetsrådgiver, Kirurgisk klinikk		
Tordis Hovde	Rådgiver, Klinikk for akuttbehandling		X
Anne-Kathrine Sættem	Operasjonssykepleier	X	X
Astrid J. Brandshaug	Klinikksjef, Kirurgisk klinikk	X	
Kjersti Bergjord	Klinikksjef, Klinikk for akuttbehandling	X	
Inger Kvam	Anestesisykepleier	X	X
Hildegunn Fagerli	Anestesilege	X	X
Gry Rønning	Seksjonsleder, intensiv	X	
Jens Stutzer	Ortoped, seksjonsleder, ortopedi	X (2)	X
Eivind Kvittingen	Ortoped (LIS)	X	
Charlotte Råmkes	Sykepleier, Kir B	X	X
Sigurd Heian	Seksjonsleder, anestesileger		X
Lutz Fehrle	Intensivlege	X	
Turid Oppigård Nilssen	Intensivsykepleier	X	

Disse deltok fra tilsynsmyndigheten:

- Avdelingsdirektør Grete Teigland, Fylkesmannen i Møre og Romsdal
- Seniorrådgiver Håkon Lien, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
- Seniorrådgiver Mariann Markussen, Fylkesmannen i Nord-Trøndelag
- Assisterende fylkeslege Inger Williams, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag
- Seniorrådgiver Ingrid Karin Hegvold, Fylkesmannen i Sør-Trøndelag, revisjonsleder