

Årsrapport Internrevisjon 2023

Sykehuset Telemark HF

Versjon 1.0/Sak: 067-2024

Innholdsfortegnelse

[1. Om årsrapporten](#)

[2. Metode og omfang](#)

[3. Revisjonsplan og revisjonstema 2023](#)

[4. Revisjonstema internrevisjon 2023](#)

[5. Oppsummering](#)

[6. Vurderinger og anbefalinger](#)

[7.1 Meldekultur/EQS](#)

[7.2 Håndhygiene/arbeidsantrekk](#)

[7.3 Opplæring/reopplæring legemiddelhåndtering](#)

[7.4 Antibiotikabehandling](#)

[7.5 Uthenting av blodprodukter fra blodbanken](#)

[7.6 Utfylling av følgeskjema og retur til blodbanken](#)

[7.7 NEWS - Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand](#)

[7.8 Medisinsk akutteam \(MAT\) for håndtering av medisinske dårlige pasienter](#)

[7.9 Uønskede hendelser og meldeplikter ved bruk av medisinsk utstyr, elektromedisinsk utstyr og strålegivende utstyr](#)

[7.10 Krav til journalføring](#)

[7.11 Vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvang](#)

[7.12 Pasientadministrasjon – feilsendte arbeidsoppgaver i DIPS](#)

[7.13 Når er det lov å slå opp i pasientjournal?](#)

[7.14 Varsling av kritikkverdige forhold](#)

[7.15. Lokal plan for bruk av bedriftshelsetjenesten](#)

[7.16 Risikovurdering og nivåbasert opplæring vold og trusler](#)

[7.17 Kjemikaliehåndtering og bruk av nødvendig verneutstyr](#)

[7.18 Brannvernopplæring](#)

[7.19 Sikkerhet elanlegg medisinske rom](#)

[7.20 Kompetanse og opplæring - Kompetanseportalen](#)

[7.21 Oppfølging av tilsyn og revisjoner](#)

[8. Sykehusapotekenes fellesrevisjon](#)

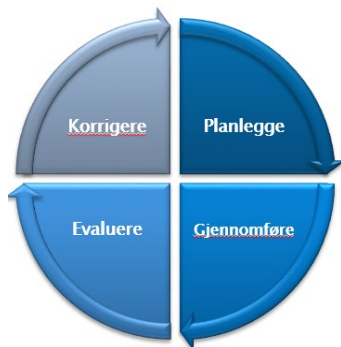
[9. Evaluering av internrevisjon](#)

1. Om årsrapporten

Om årsrapporten

Formålet med årsrapporten er å gjøre resultatene fra internrevisjonen lett tilgjengelig for læring og forbedring.

Internrevisjonen bygger på metodikken i forbedringsmodellen, i tråd med Forskrift om ledelse og forbedringsarbeid i helse- og omsorgssektoren og Internkontrollforskriften HMS:



For mer informasjon, se HELIKS [ID 7360 Internrevisjon](#)

Internrevisjon ved Sykehuset Telemark HF

Interne revisjoner skal identifisere gode eksempler og behov for forbedring og korrigerende:

- Avklare om styrende krav i lover og forskrifter, faglige standarder samt sykehusets egne krav, er identifisert og dokumentert på en hensiktsmessig måte i styrende dokumenter
- Avklare om styrende dokumenter som prosedyrer og retningslinjer er kjent, etterleves og fungerer i praksis
- Bidra til forbedring og læring i den reviderte enhet, i klinikken og på tvers i foretaket

Årsrapporten behandles av AMU, adm. direktørs ledergruppe og sykehusets styre.

Klinikkene behandler årsrapporten i ledergrupper/ kvalitets- og pasientsikkerhetsutvalg (KPU-klinikk).

Forbedringsarbeidet etter revisjonene evalueres i ledelsens gjennomgang (LGG) både i klinikkene og for sykehuset som helhet.

2. Metode og omfang

Internrevisjonen i Sykehuset Telemark er en kombinasjon av elektroniske egenvurderinger og stedlige systemrevisjoner.

Elektroniske egenvurderinger

De elektroniske egenvurderingene skal bidra til et mer effektivt og målrettet forbedringsarbeid:

- Bevisstgjøring av leders ansvar for kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og HMS
- Bred involvering – personell og enheter
- Fleksibel gjennomføring - egenvurderingen kan gjennomføres når det passer i enheten/for den enkelte
- Med få ressurser blir viktige tema gjennomgått i mange enheter
- Reduksjon i antall heldagsrevisjoner

- Tema og spørsmål filtreres, slik at enhetene får spørsmål som er mest relevant for dem.
- I tillegg til faste svaralternativ er det mulig å legge inn kommentarer og forslag til forbedringer

Stedlige systemrevisjoner

- Skal kvalitetssikre om egenvurderingen er holdbar –og en reell kilde til forbedring og læring
- Enhetene velges på bakgrunn av resultatene i egenvurderingen
- Proaktiv tilnærming – forbedringstiltak identifiseres i på bakgrunn av egenvurderingen – og kan gjennomføres i forkant av den stedlige revisjonen

3. Revisjonsplan og revisjonstema 2023

3-årig rullerende revisjonsplan

- Ca. 120 seksjoner/avdelinger inngår i sykehusets 3-årige rullerende revisjonsplan.
- Ca. en tredjedel av enhetene revideres hvert år

Elektroniske egenvurderinger

Elektroniske egenvurderinger ble sendt til 34 enheter. Svarprosent 100 %

Stedlige systemrevisjoner

- Stedlige oppfølgingsrevisjoner er gjennomført i 6 enheter
- Sykehusapotekenes årlige fellesrevisjon i Helse Sør-Øst ble gjennomført i 5 enheter

Revisjonstema

Faste revisjonstema med utvalgte fokusområder på bakgrunn av blant annet nye/endrede krav, uønskede hendelser, risiko- og hendelsesanalyser, klager, tilsyn og revisjoner.

4. Revisjonstema internrevisjon 2023

Faste revisjonstema	Fokusområder 2023
Meldekultur. Avviks- og klagebehandling	Gevinstrealisering nytt avviks- og forbedringssystem EQS. Melding av skade på ansatt og pasient i EQS.
Legemiddelsikkerhet	Handlingsplan for legemiddelsikkerhet 2023. Handlingsplan for legemiddelsikkerhet/opplæring/reopplæring. Antibiotikabehandling Tema fellesrevisjon 2023: Bruk av Metavision – Opplæring og oppgaver innen legemiddelhåndtering
Transfusjon av blod og blodprodukter	Uthenting av blodprodukter fra blodbanken og følgeskjema
Smittevern	Basale smittevernrutiner – Håndhygiene. Bruk av arbeidstøy – ingen smykker, ringer eller klokker.
Pasientsikkerhet. Innsatsområder og faglige råd.	Opplæring/reopplæring NEWS; Tidlig oppdagelse og rask respons av forverret somatisk tilstand. Opplæring/reopplæring Medisinsk Akutteam (MAT) for håndtering av medisinsk dårlige pasienter ved STHF
Samtykkekompetanse	Vurdering av samtykkekompetanse når pasienten motsetter seg helsehjelpen
Personvern og informasjonssikkerhet	Når er det lov å slå opp i pasientjournalen? (DIPS, RAD, Lab mv.) Vurdering av samtykkekompetanse
Pasientadministrasjon og elektronisk pasientjournal (EPJ)	Feilsendte arbeidsoppgaver i DIPS. Krav til journalføring (EPJ).
Miljø/grønt sykehus	Oppfølging av miljømål i overordnet HMS handlingsplan: Kjemikaliehåndtering og bruk av nødvendig verneutstyr Stedlige miljørevisjoner: Bruk av lystgass
HMS	Vold og trusler: Gjennomføring av risikovurdering vold og trusler og planlagt nivåbasert opplæring innen vold og trusler Planlagt bruk av Bedriftshelsetjenesten (BHT): Gjennomføring av vurdering/ risikovurdering av behov for tjenester fra BHT – med tiltak i egen HMS handlingsplan. Varsling om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen
Medisinsk teknisk utstyr	Uønskede hendelser og meldeplikter ved bruk av medisinsk utstyr, elektromedisinsk utstyr og strålegivende utstyr
Strålevern	Uønskede hendelser og meldeplikter ved bruk av medisinsk utstyr, elektromedisinsk utstyr og strålegivende utstyr
Brannvern og elsikkerhet	Sikkerhet elanlegg medisinske rom. Brannvernopplæring
Kompetanse og opplæring	Kompetanseportalen (stedlige oppfølgingsrevisjoner)
Tidligere tilsyn og revisjoner	Oppfølging og læring på tvers i organisasjonen etter tidligere tilsyn og revisjoner

5. Oppsummering

- Det er gode resultater innen de fleste revisjonstema. Samtidig er det variasjoner mellom enhetene.
- Oppsummert synes de fleste styrende krav og dokumenter å være godt kjent, de etterleves og oppleves som hensiktsmessige i forhold til enhetenes behov.
- Kommentarer og forbedringsforslag fra de reviderte enhetene viser interesse og engasjement for forbedringsarbeid blant ledere og medarbeidere.
- EQS har fokus. Mange melder behov for mer opplæring, spesielt innen meldekultur og NOKUP (klassifisering og uttak av rapporter).
- Innen HMS trekkes det spesielt fram at det er god kjennskap til enhetens helse- og/eller miljømessige risikoforhold knyttet til bruk av kjemikalier.
- Det er samsvar mellom resultatene fra enhetenes egenvurderinger og de stedlige oppfølgingsrevisjonene.

5. Oppsummering (forts.)

På bakgrunn av resultatene er det anbefalt forbedringstiltak innen hvert revisjonstema.

Gjennomgående fremheves følgende utfordringer:

- Leders ansvar for å sikre etterlevelse av krav i styrende dokumenter og tilrettelegging for kurs og opplæring
- Medarbeidernes ansvar for å gjøre seg kjent med og etterleve krav i styrende dokumenter
- Tid til å gjennomføre kurs og opplæring i Kompetanseportalen, både for ledere og medarbeidere

I enkelte enheter kan mangelfull kjennskap til og etterlevelse av krav innen følgende områder, medføre økt risiko:

- Håndhygiene/arbeidsantrekk
- Opplæring/reopplæring legemiddelhåndtering
- Uthenting av blodprodukter fra blodbanken
- Krav til journalføring og prinsipper for oppslag gjelder alle deler av EPJ - ikke bare DIPS
- Behov for mer systematisk og praktisk rettet opplæring - til vurdering av samtykkekompetanse når pasienten motsetter seg helsehjelpen
- Innen HMS-området bør det prioriteres å gjøre varslingsordningen bedre kjent og sikre at den enkelte enhet utarbeider lokal plan for bruk av Bedriftshelsetjenesten
- Systematisk bruk av eksterne tilsyn og revisjoner til læring på tvers

6. Vurderinger og anbefalinger

- Resultatene fra de elektroniske egenvurderingene og de stedlige oppfølgingsrevisjonene, er sammenstilt under hvert tema
- På bakgrunn av resultatene gis det anbefalinger om forbedringstiltak innen hvert tema
- Flere av de anbefalte forbedringstiltakene er forslag fra de reviderte enhetene
- Arbeidet med de kliniske fagrevisjoner startet i 2023. De vil følges opp videre i 2024.

7.1 Meldekultur/EQS

For å lære av feil og hindre at de skjer igjen, må det være trygt å si fra om uønskede hendelser. En god meldekultur forutsetter tydelige ledere og bevisste medarbeidere som er åpne, støtter hverandre og systematisk prioriterer pasientsikkerhet, kvalitetsforbedring og HMS. Uønskede hendelser/avvik skal registreres og behandles i avvikssystemet EQS.

Oppsummering:

- De fleste (28 av 34) svarte at kravene er kjent i seksjonen. 6 svarer delvis.
- 28 svarte at e-læringskurset i EQS dekker grunnleggende opplæringsbehov, 5 svarte delvis og 1 svarte nei.
- 26 svarte at obligatorisk lederkurs i EQS dekker opplæringsbehovet, 7 svarte delvis og 1 nei.
- 25 svarte ja og 9 svarte delvis at enhetens uønskede hendelser blir registrert og fulgt opp i EQS.
- 33 svarte ja og 1 delvis på om kravene er forståelig beskrevet.

Medarbeidere har fokus på å melde uønskede hendelser i EQS, men noen ganger er hva som skal meldes uklart. Det er fokus på pasientsikkerhet i registreringen av meldinger, men det blir oppgitt at det registrering av uønskede hendelser som gjelder brudd på informasjonssikkerhet (personvern) virker å være mangelfull. Det varierer hvordan ledere prioriterer å følge opp meldingene.

7.1 Meldekultur/EQS fort.

Anbefalte forbedringstiltak:

- Medarbeidere gjennomfører obligatorisk basiskurs: Innføring i EQS.
- Ledere prioriterer oppfølging av meldinger i EQS – med tilbakemelding til melder/enheten.
- Kurs i EQS for ledere, saksbehandlere og lederstøtte, i både systemopplæring EQS og kodeverket NOKUP gjennomføres jevnlig.
- Felles opplæring i meldekultur for seksjoner og avdelinger.
- Flere standardiserte EQS-rapporter for uttak av NOKUP-statistikk for enhetene.
- Behov for videre systemutvikling av EQS, samt kodeverk (NOKUP og HMS).

7.2 Håndhygiene/arbeidsantrekk

HELIKS ID 8972 Håndhygiene beskriver sykehusets krav til håndhygiene og gjelder alle ansatte som har pasientkontakt og/eller bruker sykehusets arbeidstøy.

Oppsummering:

- De fleste enheter er kjent (29/32) med HELIKS ID 8972 Håndhygiene. Noen ganske få svarer delvis kjent (2/32), mens en enhet oppgir å ikke kjenne til retningslinjen (1/31).
- 19/32 svarte at retningslinjen blir etterlevd, mens 13/32 svarte at den blir delvis etterlevd.
- Bruk av armsmykker i kombinasjon med arbeidstøy: under halvparten av enhetene (12/32) svarte at det ikke brukes armsmykker i kombinasjon med arbeidstøy, mens samme andel (12/32) svarte at det delvis blir brukt. De resterende enhetene (8/32) svarte at armsmykker blir brukt i kombinasjon med arbeidstøy.
- Kortklippede negler: Litt over halvparten av enhetene (18/32) svarte ja til at de har kortklippede negler, mens ca. en tredjedel (10/32) svarte at de følger krav om kortklippede negler delvis. Antall enheter som svarte nei er fire (4/32).
- De aller fleste (31/32) svarte at det er enkelt å forstå retningslinjen, én (1/32) enhet svarte at den er delvis enkel å forstå.

7.2 Håndhygiene/arbeidsantrekk (forts.)

Oppsummering (forts.)

Behov for økt fokus på god håndhygiene og nulltoleranse for kombinasjonen arbeidstøy – armsmykker/klokker og neglepynt/neglelakk.

Kunnskap om sammenheng mellom smitte og bruk av neglelakk er mangelfull i kliniske seksjoner.

Det er samsvar mellom resultater fra de elektroniske egenvurderingene og de stedlig oppfølgingsrevisjonene.

Anbefalte forbedringstiltak:

- Ledere må sikre at obligatorisk kurs i håndhygiene blir gjennomført og at kravene til håndhygiene og arbeidsantrekk blir etterlevd.
- Medarbeidere har ansvar for å gjøre seg kjent med og etterleve krav i styrende dokumenter.

7.3 Opplæring/reopplæring legemiddelhåndtering

Helsepersonell som håndterer legemidler skal ha tilstrekkelig kompetanse. Leder skal sørge for at ansatte får opplæring i legemiddelhåndtering og foreta løpende vurdering av om de er kvalifisert til å utføre oppgavene.

Oppsummering:

- De fleste er kjent (20/22) eller delvis kjent (2/22) med krav til opplæring/reopplæring i legemiddelhåndtering.
- Opplæring: Den obligatoriske opplæringen gjennomføres helt (15/22) eller delvis (5/22) av et flertall. Noen få (2/22) gjennomfører ikke den obligatoriske opplæringen.
- Reopplæring: Den obligatoriske reopplæringen gjennomføres helt (10/22) eller delvis (7/22) av et flertall, og 5/22 gjennomfører ikke den obligatoriske reopplæringen.
- De fleste synes at det er helt (17/22) eller delvis (4/22) lett å finne frem til informasjon om kurstilbud/påmelding for opplæring/reopplæring i legemiddelhåndtering. Noen få (1/22) svarte nei på om det er lett å finne frem.
- Leder og annet nøkkelpersonell som fagutviklingssykepleier, er kjent (19/22) eller delvis kjent (3/22) med STHFs Handlingsplan for legemiddelsikkerhet.

7.3 Opplæring/reopplæring legemiddelhåndtering (forts.)

Oppsummering

Det er variasjon mellom seksjonene på gjennomføring av opplæring/reopplæring som tyder på at det er behov for å holde et kontinuerlig fokus på dette.

Legemiddelhåndtering er et høyrisikoområde som må følges tett opp ved utvikling av nye/endrede tjenester.

Det er samsvar mellom resultater fra de elektroniske egenvurderingene og de stedlig oppfølgingsrevisjonene.

Anbefalte forbedringstiltak

- Ledere sikrer at opplæring/reopplæring (e-læring/klasseromskurs/fagdager) blir gjennomført.
- Medarbeidere gjør seg kjent med og etterlever krav i styrende dokumenter - og gjennomfører opplæring/reopplæring.
- Lokalt tilpasset opplæring/reopplæring med farmasøyt i avdelingsmøter, fagdager etc.

7.4 Antibiotikabehandling

Målet med all antibiotikabehandling er best mulig effekt for pasienten og minst mulig bivirkninger og resistensutvikling. Forbruket av bredspektret antibiotika skal kontrolleres og reduseres. HELIKS ID 9014 Antibiotikabehandling - Prinsipper for behandling beskriver STHFS krav til antibiotikabehandling og gjelder alle leger som forskriver antibiotika. Antibiotikabehandlingen skal vurderes daglig på tavlemøter for å sikre effekt og motvirke bivirkninger og resistensutvikling. All oppstart og endring av antibiotikabehandling skal begrunnes og dokumenteres i MetaVision og DIPS.

Oppsummering

Elektroniske egenvurderinger:

- De fleste er kjent (7/9) eller delvis kjent (1/9) med [HELIKS ID 9014 Antibiotikabehandling - Prinsipper for behandling](#), en (1/9) enhet svarte nei.
- Tavlemøter med vurdering av antibiotikabehandlingen: 4 av 9 svarte at de gjennomfører tavlemøter, mens 5 av 9 svarte at de ikke gjennomfører tavlemøter i forbindelse med antibiotikabehandling.
- Dokumentasjon antibiotika: tre enheter (3/9) svarte ja på at de begrunner og dokumenterer oppstart og endring av antibiotika, fem (5/9) svarte delvis og en svarte nei.
- De fleste (8/10) synes at prosedyren er enkel å forstå. En svarte nei (1/9).

7.4 Antibiotikabehandling (forts.)

Oppsummering (forts.)

Resultatene viser at prinsippene for antibiotikabehandling må gis økt oppmerksomhet.

Anbefalte forbedringstiltak:

- Leder må sikre at kravene er kjent og etterleves; [HELIKS ID 9014 Antibiotikabehandling - Prinsipper for behandling](#)
- Innføre daglig vurdering av antibiotikabehandling (tre spørsmål) antibiotikabehandling
- Særskilt fokus på antibiotikastyring i sykehusets forbedringsarbeid.

Antibiotikastyring er tema for Sykehusapotekenes fellesrevisjon i 2024.

7.5 Uthenting av blodprodukter fra blodbanken

Feil ved uthenting av blod utgjør en alvorlig pasientsikkerhetsrisiko. Det er derfor strenge krav til opplæring.

- [HELIKS ID 12181 Transfusjon av blod og blodprodukter](#)
- [HELIKS ID 17017 LabCraft - registrering av SAG og trombocyttkonsentrat](#)

Alle medarbeidere skal ha gjennomført og dokumentert opplæring før de kan ta ut blod fra Blodbanken.

Krav til ID-kontroll: Pasientens fulle navn og personnummer må medbringes fra avdeling for ID-kontroll ved uthenting av blod

Oppsummering

- Kravene til uthenting av blodprodukter fra blodbanken er kjent for alle (14/14).
- 12/14 svarte at de etterlever kravene, 2/14 svarer delvis.
- Alle svarte at kravene er beskrevet slik at de er lett å forstå (14/14).

7.5 Uthenting av blodprodukter fra blodbanken

Anbefalte forbedringstiltak:

- Ledere sikrer etterlevelse av krav i styrende dokumenter og tilrettelegger for kurs og opplæring.
- Medarbeidernes ansvar for å gjøre seg kjent med og etterleve krav i styrende dokumenter.

7.6 Utfylling av følgeskjema og retur til blodbanken

På grunn av høy risiko er det strenge krav til sikkerhet ved blodtransfusjon. Det kreves derfor at kritiske målinger og observasjoner, blir dokumentert på blodposens følgeskjema.

Etter transfusjonen skal ferdig utfylt følgeskjema returneres til Blodbanken. Ved komplikasjoner skal også blodpose og iv sett leveres sammen med skjemaet. [HELIKS ID 12181 Transfusjon av blod og blodprodukter](#)

Oppsummering

- Alle er kjent med (13/13) med kravene til sikkerhet og dokumentasjon på følgeskjema.
- 7/13 etterlever kravene. 4/13 svarer delvis, mens 2/13 svarer at nei.
- 12/13 svarer at kravene er beskrevet slik at de er lett å forstå, mens 1/13 svarte nei.

7.6 Utfylling av følgeskjema og retur til blodbanken

Anbefalte forbedringstiltak

- Ledere sikrer etterlevelse av krav i styrende dokumenter og tilrettelegger for kurs og opplæring.
- Medarbeidernes ansvar for å gjøre seg kjent med og etterleve krav i styrende dokumenter.

7.7 NEWS - Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand

NEWS er et sentralt innsatsområde innen pasientsikkerhet. NEWS gjelder pasienter over 16 år og skal gjennomføres både i akuttmottak og døgnposter i somatikk.

[HELIKS ID 8791 NEWS - Tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand](#)

[HELIKS ID 14262 Krav til opplæring, godkjenning og vedlikehold av kompetanse for NEWS](#)

Oppsummering

- Alle svarte at krav og tiltak for NEWS er kjent (9/9).
- 5/9 svarte at krav og tiltak blir etterlevd. 4/9 svarte delvis.
- Flesteparten (8/9) svarte at krav og tiltak er beskrevet slik at de er eller delvis er (1/9) lett å forstå.

Høy kjennskap til krav og tiltak for NEWS. Det kan være utfordrende å dokumentere NEWS ved høyt belegg/lite bemanning – overflyttinger kan være et risikoområde.

Anbefalte forbedringstiltak

- Ledere må sikre at medarbeidere har NEWS-kompetanse og at NEWS-målinger blir fulgt opp.
- Medarbeidernes ansvar for å gjøre seg kjent med og etterleve krav.
- Fokus på å utføre, følge opp og dokumentere NEWS, spesielt ved overflyttinger.

7.8 Medisinsk akutteam (MAT) for håndtering av medisinske dårlige pasienter

Medisinsk akutteam (MAT) skal begrense sykdomsutvikling og redde liv hos pasienter med tidskritiske, akutte, non-traumatiske problemstillinger. Det skal sikres gjennom rask varsling, kompetent personell tilstede og godt samarbeid i teamet, samt optimal og tidseffektiv bruk av ressursene. [HELIKS ID 12226 Medisinsk Akutteam \(MAT\) ved STHF](#) og [HELIKS ID 14367 ISBAR og Closed loop kommunikasjon](#)

Oppsummering

- Et flertall svarte at varslingskriterier, ansvar og oppgaver var kjent (8/11) eller delvis (3/11) kjent.
- Et flertall svarte at kravene blir etterlevd (9/11) eller delvis (2/11) blir etterlevd.
- Et flertall svarte at varslingskriterier, ansvar og oppgaver MAT, er helt (10/11) eller delvis (1/11) beskrevet slik at er lett å forstå.

Medisinsk akutteam (MAT) er kjent for de aller fleste og kravene blir etterlevd.

Anbefalte forbedringstiltak

- Ledere kontinuerer oppfølgingen av at MAT med varlingskriteriene, ansvar og oppgaver er kjent og blir brukt blant medarbeidere.
- Medarbeidernes ansvar for å gjøre seg kjent med og etterleve krav.

7.9 Uønskede hendelser og meldeplikter ved bruk av medisinsk utstyr, elektromedisinsk utstyr og strålegivende utstyr

Uønskede hendelser knyttet til medisinsk utstyr, elektromedisinsk utstyr og stråling skal meldes i EQS som uønsket pasienthendelse og/eller som uønsket hendelse HMS/ansatt. Alvorlige hendelser og dødsfall knyttet til utstyr skal også meldes til Direktoratet for medisinske produkter (tidligere Statens legemiddelverk) og Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB). Ved ulykker og unormale hendelser ved bruk av strålekilder, er det varslingsplikt til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA). [HELIKS ID 8563](#) [Behandling av uønskede hendelser](#) og [HELIKS ID 11996](#) [Varslingsplikt ved unormale hendelser knyttet til strålegivende utstyr](#)

Oppsummering

- 21 av 28 enheter svarer at de er kjent med meldepliktene ved bruk av medisinsk utstyr, elektromedisinsk utstyr og strålegivende utstyr. 4 svarer delvis og 3 nei.
- 18 enheter svarer at uønskede hendelser ved bruk av slikt utstyr meldes som avvik i EQS og til tilsynsmyndighetene, 5 svarer delvis og 5 svarer nei.
- På spørsmål om meldeplikten er beskrevet på en forståelig måte svarer 24 ja, 2 delvis og 2 nei.

Enkelte melder at temaet er uaktuelt da de har lite/kun delvis/ikke bruker slikt utstyr.

Anbefalte forbedringstiltak

- Ledere må sikre at kravene til oppfølging av uønskede hendelser er kjent og etterleves.
- Medarbeidere gjør seg kjent med og følger kravene.

7.10 Krav til journalføring

Alle som yter helsehjelp har dokumentasjonsplikt. Journalføringen skal ha god kvalitet og bidrar til god pasientbehandling. All kontakt (også telefonkontakt) med eller om pasienten skal dokumenteres i pasientjournalen dersom det vurderes som relevant. Det skal dokumenteres hvilken informasjon pasienten har fått og om pasienten har samtykket til helsehjelpen. [HELIKS ID 6971 Journalhåndbok – Generelle krav til føring av journal](#)

Oppsummering

- De aller fleste (24 av 27) enheter svarer at de er kjent med kravene til journalføring. Tre enheter (3/27) svarer nei.
- Et flertall (19/27) svarer at kravene blir fulgt eller delvis (4/27) blir fulgt. Fire enheter (4/27) svarer nei.
- Flesteparten (24/27) svarer at kravene er beskrevet på en forståelig måte, tre enheter (3/27) svarer at de ikke er skrevet på en forståelig måte.

De fleste er kjent med og følger kravene til journalføring. Resultater fra enkelte enheter tyder på at forståelsen for at dette gjelder hele pasientjournalen, og ikke kun er begrenset til DIPS er mangelfull.

Anbefalte forbedringstiltak

- Ledere må sikre at krav til journalføring er kjent og etterleves.
- Helsepersonells ansvar for å gjøre seg er kjent med og etterleve kravene til journalføring.

7.11 Vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvang

[HELIKS ID 12439 Helsehjelp til pasienter med manglende samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen](#) beskriver krav og tiltak som skal sikre at pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelp, får nødvendig somatisk helsehjelp. Helsehjelpen skal som hovedregel gis uten bruk av tvang, men ved hjelp av tillitsskapende tiltak. Dersom det blir nødvendig med tvang, skal det fattes vedtak om å yte den somatiske helsehjelpen med tvang etter denne prosedyren.

Oppsummering

- De fleste enhetene er kjent (13/23) eller delvis kjent (8/23) med kravene. Tre (3/23) er ikke kjent med kravene.
- De fleste bekreftet at kravene blir etterlevd (14/23) eller delvis etterlevd (7/23). Tre (3/23) etterlever ikke kravene.
- De fleste svarte at kravene er forståelige (16/23) eller delvis forståelige (6/23). To (2/23) svarer at kravene ikke er forståelige.

7.11 Vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvang (forts.)

Oppsummering (forts.)

Resultatene viser at de aller fleste enhetene er kjent med og etterlever kravene til vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvang. Det gis imidlertid tilbakemeldinger på at selv om kravene er forståelige, kan de være utfordrende å følge i praksis. Det tegnes et komplisert og sammensatt bilde med behov for mer undervisning, som lukke avstanden mellom teori og praksis. Det kommer også frem at somatiske enheter ofte søker råd i psykiatrien. Enkelte enheter oppgir at tema ikke er relevant for dem.

Anbefalte forbedringstiltak

- Jevnlig undervisningstilbud (praktisk rettet) om vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvang i somatikken.
- Teste ut simulering som del av opplæringen.
- Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A om vurdering av samtykkekompetanse og bruk av tvang gjelder for somatikken, ikke psykiatrien.

7.12 Pasientadministrasjon – feilsendte arbeidsoppgaver i DIPS

Alle kan få feilsendte arbeidsoppgaver til egen eller felles arbeidsgruppe i DIPS. Feilsende oppgaver må straks videresendes til rett mottaker. Feilsendte arbeidsoppgaver i DIPS er en trussel mot pasientsikkerheten.

[HELIKS ID 9964 DIPS Arena oppgaver / Brukerveiledning for håndtering av feilsendte arbeidsoppgaver i arbeidsflyt \(Metodebok\)](#)

Oppsummering

- De fleste svarer at det er kjent (13/26) eller delvis kjent (9/26) hvordan feilsendte arbeidsoppgaver i DIPS skal videresendes. Fire (4/26) svarer at det ikke er kjent.
- De fleste svarer at feilsendte oppgavene videresendes straks (13/26) eller delvis videresendes straks (9/26) til rett person. Fire (4/26) svarte nei.

Resultatene viser at de aller fleste er kjent med og straks videresender feilsendte arbeidsoppgaver i DIPS til rett mottaker. Manglende videresending kan medføre en stor pasientsikkerhetsrisiko, og håndtering av feilsendte oppgaver i DIPS krever derfor kontinuerlig oppmerksomhet.

Anbefalte forbedringstiltak

- Leder må sikre at medarbeiderne er bevisst risikoen og kan håndtere feilsendte arbeidsoppgaver i DIPS.
- Medarbeidere må sette seg inn hvordan feilsendte oppgaver håndteres, og etterleve kravene.

7.13 Når er det lov å slå opp i pasientjournal?

Hovedregelen er at det bare er lov å slå opp i pasientjournal når det foreligger tjenstlig behov. Det er mange nyanser og vurderinger knyttet til hva som er et tjenstlig behov. Det er viktig for pasientens personvern og ansattes rettssikkerhet at reglene er kjent blant ansatte og ledere.

[HELIKS ID 9915 Prinsipper for tilgangsstyring](#) inneholder viktig informasjon om forhold som: Leders tilgang til journal, Forskeres tilgang til journal, Tilgang til journal for internkontroll og kvalitetssikring, Tilgang til journal for eget læringsarbeid og kvalitetssikring av pasienter helsepersonell tidligere har ytt helsehjelp til.

Oppsummering

- Resultatet viser at prosedyren er kjent (20/29) eller delvis kjent (7/29) for de fleste enheter. Noen få er ikke kjent med prinsippene (2/29).
- De fleste har fått opplæring (17/29) eller delvis (10/29) opplæring i bruk av pasientjournal og når det er lovlig å slå opp i journalen. Noen få har ikke fått opplæring (2/29).
- De fleste medarbeiderne er kjent (14/29) eller delvis kjent (8/29) med at de kan slå opp i journal for egen læring og kvalitetssikring til pasienter de tidligere har ytt helsehjelp til. En mindre andel (7/29) svarte nei.
- På spørsmål om rådgivere og ledere har satt seg inn i når tilgang til journal kan være rettmessig, svarte de fleste ja (24/29), to (2/29) svarte delvis og tre (3/29) svarte nei.

7.14 Når er det lov å slå opp i pasientjournal? (forts.)

Oppsummering (forts.)

- På spørsmål om tilgang til journal i forbindelse med kvalitetsforbedringsarbeid forankres hos leder, svarer de fleste ja (24/29) eller delvis (5/29).
- Alle svarte at de etterlever (24/29) eller delvis (5/29) etterlever reglene for oppslag i pasientjournal. Resultatene viser at prinsippene for tilgangsstyring – oppslag i pasientjournal - er godt kjent.

Resultatene fra egenvurderingen og oppfølgingsrevisjonen samsvarer.

Kommentarer fra egenvurderingen kan imidlertid tyde på usikkerhet om de samme prinsippene for tilgangsstyring også gjelder for andre deler av pasientjournalen enn DIPS, som Partus, Metavision, RIS/Pacs, FLEX-lab etc.

Anbefalte forbedringstiltak

- Prinsippene for tilgangsstyring i DIPS bygger på lovverket om tilgang til journal som gjelder for alle journalsystemer. De som benytter et annet journalsystem må også kjenne og følge disse prinsippene.
- Den som er systemeier for et journalsystem uten tilgangsstyring, må sørge for at det etableres prinsipper for tilgangsstyring for systemet.

7.14 Varsling av kritikkverdige forhold

Varslingsordningen er en del av sykehusets HMS arbeid. Ordningen skal bidra til at det blir sagt fra om kritikkverdige forhold på arbeidsplassen, og at håndteringen av slike varsler skjer på en sikker og effektiv måte som ivaretar de involverte partene. Sykehuset Telemark har egen [temaside om varsling på intranettet](#).

[HELIKS ID 7187 Saksbehandling av varslingssaker](#) beskriver hvordan et varsel om kritikkverdige forhold skal håndteres.

Oppsummering

Resultatene viser at varslingsordningen er kjent for de aller fleste lederne. Varslingsordningen har vært tema på personalmøter og det er sendt ut e-post til ansatte.

- Halvparten (17/34) svarer at varslingsordningen er gjort kjent i enheten, de resterende er fordelt på (8/34) delvis og (9/34) nei.
- De aller fleste lederne (30/34) er kjent med saksbehandlingen av varslingssaker, tre (3/34) svarer delvis og en (1/34) svarer nei.
- De fleste (28/34) svarer at beskrivelse av varslingsordningen er lett å forstå, fem (5/34) svarer delvis og en (1/34) svarer nei.

Anbefalte forbedringsforslag

- Ledere og medarbeidere gjør seg kjent med varslingsordningen.
- Leder informerer medarbeidere om varslingsordningen og om at «all info» er tilgjengelig på [temaside om varsling på intranettet](#).

7.15. Lokal plan for bruk av bedriftshelsetjenesten

Målet er at ingen medarbeidere skal bli skadet eller syke på eller av jobb.

[HELIKS ID 14702 Utarbeidelse av lokal plan for bruk av BHT](#) beskriver hvordan den enkelte enhet årlig skal kartlegge risikoer knytte til arbeidsmiljøet sitt og utarbeide lokal plan for bruk av BHT.

Oppsummering

- På spørsmål om kravene til å utarbeide lokal plan for bruk av BHT er kjent for enheten svarer et lite flertall (18/34) ja, de resterende fordeler seg på 9/34 delvis og 7/34 nei.
- Prosedyre for utarbeidelse av lokal plan for bruk av BHT er kjent for 21/34 ledere, delvis kjent for 8/34 ledere og ikke kjent for 5/34 ledere.
- På spørsmål om prosedyren er lett å forstå svarte 24/34 ja, 6/34 delvis og 4/34 nei.

Resultatet viser at [HELIKS ID 14702 Utarbeidelse av lokal plan for bruk av BHT](#) ikke er tilstrekkelig kjent/etterleves.

Anbefalte forbedringsforslag

- HMS/HR deltar i møte med ledelsen i alle klinikker og informerer om krav til lokal plan for bruk av BHT (planlagt i 2024).
- BHT henvender seg til alle enheter og etterspørre planen i starten av nytt år for å innlede godt samarbeid og plan for året.

7.16 Risikovurdering og nivåbasert opplæring vold og trusler

Vold og trusler kan få store konsekvenser for ansatte som opplever dette. Den enkelte enhet skal årlig gjennomføre risikovurdering innen vold og trusler og følge opp med relevante tiltak i henhold til prosedyre [HELIKS ID 7070 Risikovurdering](#).

Oppsummering

- Kravene til gjennomføring av årlig risikovurdering på vold og trusler er godt kjent i de fleste enheter; 25/34 svarte ja, 3/34 delvis og 6/34 svarte nei.
- Krav til å etablere nivåbasert opplæring innen vold og trusler i Læringsportalen er ganske godt kjent, 23/34 svarte ja, 3/34 delvis og 8/34 svarte nei.
- Prosedyren oppfattes som lett å forstå, 31/34 svarte ja, 1/34 delvis og 2/34 svarte nei.

Anbefalte forbedringsforslag

- Fortsatt fokus på vold og trusler og krav til at enhetene har oversikt over eget vold og trusselbilde i aktuelle fora som AMU, HMS opplæring og HMS informasjon til klinikkene.
- Følge opp gjennomføring av nivåbasert vold og trussel-opplæring via Læringsportalen og Sim/MAP og eventuelt sende ut informasjon med tilbud om opplærings ved lav gjennomføring.

7.17 Kjemikaliehåndtering og bruk av nødvendig verneutstyr

[HELIKS ID 7202 Kjemikaliehåndtering og stoffkartotek \(Eco online\)](#) beskriver krav til gjennomføring av risikovurdering og tiltak for håndtering av enhetens kjemikaliebruk.

Ut ifra kartlagt risiko ved bruk av det enkelte kjemikalie skal det iverksettes tilstrekkelige tiltak for å sikre riktig oppbevaring, bruk og avhending, og bruk av nødvendig verneutstyr.

Oppsummering

Svarene viser at de fleste er kjent med enhetens helse- og/eller miljømessige risikoforhold knyttet til bruk av kjemikalier. Flere påpeker at de bruker lite kjemikalier i enheten.

- De fleste (27/34) svarer at risikoforhold ved enhetens kjemikaliebruk er kjent, 6/34 svarer delvis og 1/34 svarer nei.
- På spørsmål om nødvendig verneutstyr brukes i henhold til risikoforhold ved enhetens kjemikaliebruk svarer de fleste (27/34) ja, 5/34 svarer delvis og 2/34 svarer nei.

Anbefalte forbedringsforslag

- Fortsatt fokus på opplæring av nye Eco online-ansvarlige og jevnlig tilbud om workshop.

7.18 Brannvernopplæring

[HELIKS ID 10133 Brannvernopplæring](#) beskriver hvordan alle ansatte skal sikres nødvendig brannvernopplæring. Brannvernopplæringen består av seks opplæringspakker.

Oppsummering

- Alle (34/34) svarer ja på spørsmål om kravene til brannvernopplæring er kjent.
- På spørsmål om kravene blir fulgt svarer 24/34 ja, 9/34 svarer delvis og 1/34 svarer nei.
- På spørsmål om kravene er lett å forstå svarer alle (34/34) ja.

Resultatene viser svært god kjennskap til krav om brannvernopplæring. Nesten alle gjennomfører pålagt brannopplæring helt eller delvis. Alle synes kravene er lett å forstå.

Resultatene viser samsvar mellom egenvurderingen og de stedlige oppfølgingsrevisjonene.

Tilbakemeldingene er tydelige på at brannvern har høy prioritet og krever kontinuerlig opplæring og gjennomgang av rutiner.

Anbefalte forbedringstiltak

- Gjennomføre brannvernopplæring etter reviderte opplæringspakker.
- Oppdatere innholdet i opplæringspakkene i Kompetanseportalen.

7.19 Sikkerhet elanlegg medisinske rom

Det skal være samsvar mellom bruk av medisinske rom og sikkerheten i rommenes elektriske anlegg. Dette gjelder medisinske rom som brukes til medisinske prosedyrer og høyteknologisk medisinsk utstyr. Ved bruksendringer kreves det derfor særskilt godkjenning. [HELIKS ID 9954 Klassifisering av rom for medisinsk bruk](#) og [HELIKS ID 10486 Arealdisponering](#)

Oppsummering

- De fleste svarer at de kjenner til kravene (13/20) eller delvis er kjent med (2/20) kravene ved bruksendring. En mindre andel (5/20) svarer nei.
- Alle svarer at det ikke finnes (20/20) arealer som er omdisponert, uten at dette er vurdert sykehusets Eiendomsutvikling.
- De fleste (16/20) svarer at krav, ansvarsforhold og fremgangsmåte ved behov for bruksendring, er beskrevet på en forståelig måte. Fire (4/20) svarer delvis.

De fleste har god kunnskap om kravene til sikkerhet i elanlegg i medisinske rom. Ingen har rom som er omdisponert uten påkrevd vurdering.

Anbefalte forbedringstiltak

Ledere må sørge for at kravene i [HELIKS ID 9954 Klassifisering av rom for medisinsk bruk](#) og [HELIKS ID 10486 Arealdisponering](#), er kjent og følges – og søke råd og veiledning hos Eiendomsutvikling ved behov.

7.20 Kompetanse og opplæring - Kompetanseportalen

Kompetanseportalen er fremdeles i oppstartsfasen og er derfor ikke tema i selve egenvurderingen i denne omgang.

På de stedlige oppfølgingsrevisjonene er det tatt ut statusrapporter på gjennomføring av kurs innen de ulike revisjonstemaene.

Hovedfunn:

- Gjennomføringsgraden av kurs og opplæring varierer mellom enhetene.
- Enhetene melder at det er utfordrende med tid til gjennomføring av alle kurs i kompetanseportalen.

7.21 Oppfølging av tilsyn og revisjoner

Hvert år gjennomføres ulike myndigheter en rekke tilsyn og revisjoner ved Sykehuset Telemark, blant annet Statsforvalteren, Statens helsetilsyn, Konsernrevisjonen i Helse Sør-Øst, Arbeidstilsynet og Riksrevisjonen.

De reviderte enhetene skal følge opp revisjonsrapportene og sikre at forbedringsarbeidet har effekt over tid. Dette forbedringsarbeidet har læringsverdi på tvers i organisasjonen. Sykehusets intranett har egen side med [oversikt over eksterne systemtilsyn og revisjoner](#).

[HELIKS ID 12928 Eksterne tilsyn og revisjoner](#) beskriver sykehusets arbeidet med eksterne tilsyn og revisjoner. Det rapporteres på status for eksterne tilsyn og revisjoner i virksomhetsrapportene.

Oppsummering

- På spørsmål om de har fulgt opp tidligere tilsyn og revisjoner, svarte de fleste (20/34) ja. To svarte (2/34) delvis. 12/34 svarte at det ikke er aktuelt.
- På spørsmål om det blir kontrollert at forbedringstiltakene har effekt over tid, svarte de fleste ja (20/34). Fem svarte (5/34) delvis, mens en (1/34) svarte nei. 13/34 svarte ikke aktuelt.
- På spørsmål om de har gjennomført forbedringstiltak på bakgrunn av tilsyn og revisjoner i andre enheter, svarte 13/34 ja. Fire (4/34) svarte delvis. To (2/34) svarte nei. 15/34 svarte ikke aktuelt.

7.21 Oppfølging av tilsyn og revisjoner (forts.)

Oppsummering (forts.)

Resultatene viser at de fleste følger opp egne tilsyn og revisjoner og kontrollerer at forbedringstiltakene har effekt over tid.

Halvparten av enhetene har gjennomført forbedringer og lært av tilsyn og revisjoner i andre enheter.

Samtidig tyder resultatene på at mange enheter har et uutnyttet potensial til læring og forbedring på tvers etter tilsyn og revisjoner.

Anbefalte forbedringstiltak

- Spre informasjon om enhetenes gode eksempler for læring på tvers etter tilsyn og revisjoner.
- Systematisk bruk av eksterne tilsyn og revisjoner i relevante fora som KPU-klinikk, til læring på tvers mellom enheter.

8. Sykehusapotekenes fellesrevisjon

8. Sykehusapotekenes fellesrevisjon 2023

Bruk av MetaVision - Opplæring og oppgaver innen legemiddelhåndtering (5 seksjoner)

Oppsummering

Positiv observasjoner:

- Generelt ganske god opplæring av sykepleiere i daglig bruk av *MetaVision*.
- Etablert superbruker (sykepleier) i alle reviderte seksjoner

MetaVision - Opplæring og reopplæring

MetaVision forvaltning: ingen merknader

- Det er utarbeidet prosedyre for beredskap både ved planlagt nedetid av og ved akutt nedetid for MetaVision.
- E-læringskurs for nyansatte er obligatorisk. Avdelingsleder og seksjonsleder er ansvarlig for den videre opplæringen.

8. Sykehusapotekenes fellesrevisjon 2023 (forts.)

Sykepleiere:

- Dobbeltkontroll ved håndtering av legemidler med krav om dobbeltkontroll (injeksjoner/infusjoner, A-preparater), gjennomføres ikke konsekvent.
- Dokumentasjon av produkt (riktig synonympreparat) gjennomføres i liten grad.

Leger:

- Daglig signering av lege gjennomføres ikke systematisk (i liten grad).
- Dokumentasjon av legemiddelsamstemming i MetaVision gjennomføres i liten grad.
- Anbefaling om reopplæring av leger i MetaVision.

Felles for sykepleiere og leger:

Nødprosedyren for ikke-planlagt nedetid av MetaVision er lite kjent.

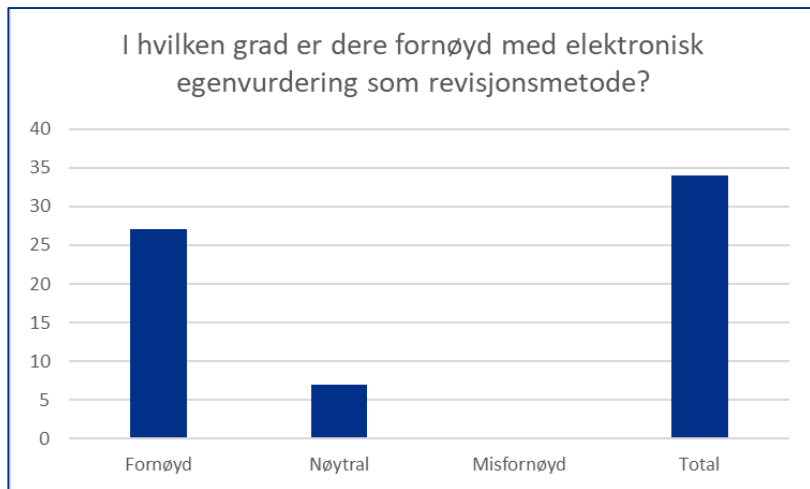
Medisinrom (2 seksjoner)

- Temperaturkontroll av legemidler dokumenteres ikke konsekvent.
- Regnskap for A-preparater (opioider) blir ikke konsekvent dobbeltkontrollert.

9. Evaluering av internrevisjon

9.1 Evaluering av internrevisjon som elektronisk egenvurdering

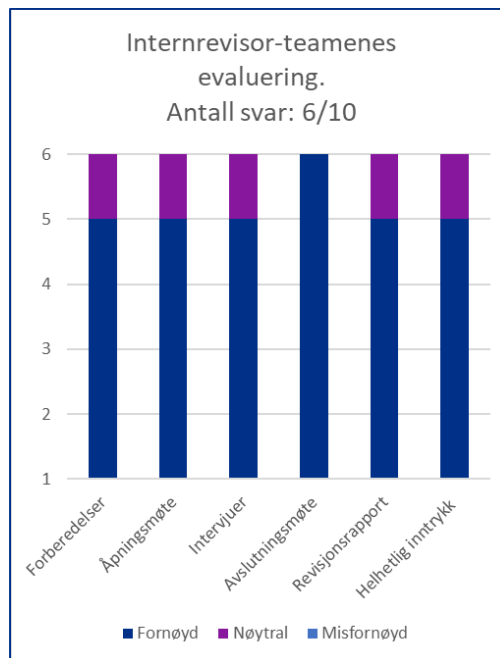
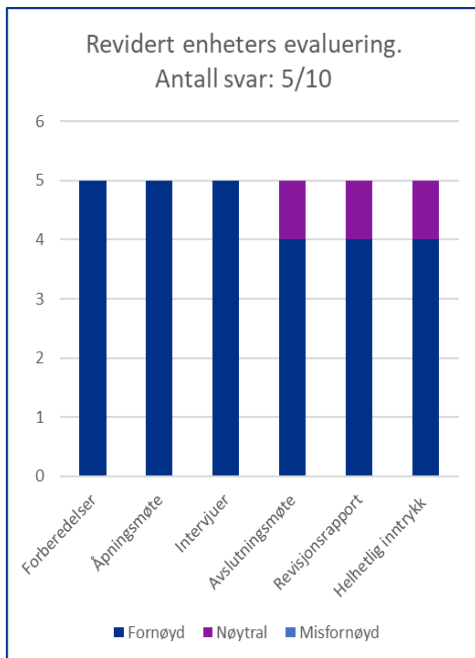
Evalueringen viste god oppslutning om elektronisk egenvurdering som metode.



Kommentarer og forbedringsforslag

- Bra å kunne gjennomføre revisjon elektronisk
- Tidsbesparende
- På enkelte spørsmål savnet vi et alternativ uaktuelt/ikke relevant
- Flott måte og bevisstgjøre behov for oppfriskning
- Forenkle innledende tekster
- Samkjøre tema/risikoområder med LGG - unngå overlapping
- Ressurseffektivt. Felles gjennomgang i avd.møte. Viktig og nyttig felles refleksjon.
- Revisjonen bør spisses mer slik at den oppfattes som relevant. Det er stor forskjell på en sengepost, en legeseksjon og en poliklinikk, selv om kravene er de samme, særlig med tanke på ansvar og daglig befatning med temaområdene.
- Ukjent for oss at et slikt verktøy eksisterer
- Burde hatt lenger tid til å forberede oss

9.2 Evaluering internrevisjon som stedlige oppfølgingsrevisjoner



- Evalueringene viser gjennomgående høy tilfredshet. De reviderte enhetene gir full score på forberedelser, åpningsmøte og intervjuer. Internrevisorene gir også gjennomgående høy score, men kun full score i avslutningsmøtet.
- Generelt er inntrykket fra de stedlige revisjonene at ledere og medarbeidere er godt forberedt og viser stort engasjement for arbeidet sitt
- Resultatene brukes til forbedring i neste års oppfølgingsrevisjoner