

Vår ref.: 19/00889
Saksbehandler.: Anders Widmark
Dato: 30.10.2019

Tilsyn ved Finnmarkssykehuset HF

1. Innledning

Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA) gjennomførte tilsyn ved Finnmarkssykehuset HF 7.-10. oktober 2019, med hjemmel i § 60 i forskrift av 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften). Tilsynet omfattet enhetene ved Hammerfest sykehus, Spesialistpoliklinikken Alta, Spesialistlegesenteret i Karasjok og Kirkenes sykehus. I Karasjok var det kun en befarings av de nye lokalene og røntgenapparatet som skal settes i drift i nær fremtid. Fokus for tilsynet var strålevern og strålebruk knyttet til diagnostikk og behandling. Det ble avdekket 2 avvik og gitt 4 anmerkninger under tilsynet.

Kontaktperson ved virksomheten var sentral strålevernkoordinator Lill Tove Erikstad.

Revisjonsteamet fra DSA bestod av:

Anders Widmark, seniorrådgiver

Nils Heimland, seniorrådgiver

Denne rapporten omhandler generelle inntrykk, avvik og anmerkninger i forhold til det regelverket DSA forvalter.

2. Aktuelt regelverk

- Lov av 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling (strålevernloven).
- Forskrift av 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften).
- Forskrift av 6. desember 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften).
- Godkjenning GG07-35 og GS07-31 (Medisinsk bruk av røntgen og MR).

3. Bakgrunn, omfang og gjennomføring

Hensikten med tilsynet var å kontrollere om strålevernforskriften og kravene i internkontrollforskriften er implementert og blir ivaretatt ved virksomheten.

Tilsynet omhandlet følgende tema:

- Optimalisering, jf. strålevernforskriften § 40.
- Kompetanse og krav til opplæring i strålevern, strålebruk og apparatspesifikk opplæring, jf. strålevernforskriften §§ 48 og 49.
- Medisinsk kompetanse og kompetanse til å betjene apparatur, jf. strålevernforskriften §§ 47 og 48.

- Kompetanse og ressurser i medisinsk fysikk, jf. strålevernforskriften § 50
- Personelldoser, dosemonitorering, representative doser og oppfølging av høye pasientdoser jf. strålevernforskriften §§ 45 og 56.

Dersom ikke annet er presisert, viser de ulike paragrafhenvisingene i denne rapporten til strålevernforskriften.

Etterspurt dokumentasjon

- Organisasjonskart
- Oversikt over virksomhetens og avdelingens organisering av strålevern.
- Funksjonsbeskrivelser for strålevernkoordinator, eventuelt lokal strålevernkontakt for avdelingen og fagradiografer for konvensjonell røntgen og CT.
- Prosedyrer for opplæring i strålevern og strålebruk, med kort beskrivelse av innhold for ulike personellkategorier.
- Oversikt over utførte kvalitetskontroller og kalibreringer av doseangivende utstyr på konvensjonelt utstyr og CT i 2018/19 (mottaks- og periodiske kontroller).
- Oversikt over røntgenapparater ved helseforetaket, for eksempel utskrift fra Merida.

Tilsynet ble gjennomført ved gjennomgang av etterspurt dokumentasjon, åpningsmøte i Hammerfest, Alta og Kirkenes, befaring, intervjuer og sluttmøte i Hammerfest og Kirkenes hvor DSA presenterte inntrykk fra tilsynet. Avvik ble presentert ved sluttmøtet i Kirkenes.

DSA mottok etterspurt dokumentasjon innen gitt frist og bestod av utskrifter fra dokumenthåndteringssystemet DocMap.

4. Generelle inntrykk

Strålevernorganisering

Finnmarkssykehuset HF er organisert med en sentral strålevernkoordinator i Kirkenes og en strålevernkontakt i Hammerfest. Det er ikke strålevernkontakter ved enhet operasjon i Hammerfest og Kirkenes. Funksjonen som strålevernkontakt er ikke definert for operasjonsenheter. Med hensyn til de store geografiske avstandene i Finnmark, kan det være en løsning å ha en strålevernkoordinator i Hammerfest også. Det ble oppfattet at strålevernkoordinator og kontakt samarbeidet. Alta har nylig utvidet sin virksomhet med MR og CT. Per dags dato er det ikke noen strålevernkontakt ved enheten, men det ble antydnet at det ville bli etablert.

Organisasjonsbeskrivelse og rapporteringslinjer for strålevern er uklare, og dokumentasjon av strålevernsorganisasjon er ikke konsistent. Det er vanskelig å lese dokumenter i forhold til organisasjonskartet, da det ikke er samsvar med begreper i DocMap og organisasjonskart. Det overordnede ansvaret for strålevern i virksomheten er utydelig. Tilsendt dokumentasjon viser to alternative rapporteringsveier for strålevernkoordinator, en prosedyre oppgave nærmeste avdelingsleder, mens en annen oppgave direktør (DocMap PR19090 og PR11631). I praksis så det ut å være avdelingsleder Kirkenes som er nærmeste overordnede for strålevernkoordinator. I intervjuer ble det imidlertid hevdet at det var fagsjef utpekt av direktør det ble rapportert til. Dette ble imidlertid ikke verifisert i noen prosedyrer. Ved gjennomgang av den innsendte dokumentasjonen framsto det som om Klinikk Hammerfest og Klinikk Kirkenes til en viss del opptrer som to ulike helseforetak. Dette inntrykket ble bekreftet ved intervjuer.

De fleste av de strålevernrelaterte prosedyrene som er tilsendt, er kun gjeldende for Kirkenes, mens noen er gjeldende for hele Finnmarkssykehuset HF. Det er uklart om det er tilsvarende og/eller andre prosedyrer som kun er gjeldende for Klinikk Hammerfest og Alta som ikke sendt til DSA.

I stillingsinstruksen til strålevernkoordinator er det ikke definert tid for hennes arbeidsoppgaver. Det ble sagt at det var avsatt 20 % i den stillingen. Imidlertid ble det hevdet at det var vanskelig å få avsatt tid i det daglige arbeidet.

Det er etablert et strålevernutvalg som har videomøter minimum to ganger per år. Utvalget består av fagsjef som er leder, strålevernkoordinatorer i radiologi og UV, avdelingsledere fra Klinikk Hammerfest og Kirkenes, to strålevernkontakter, HMS-rådgiver og ved behov medisinsk fysiker. Strålevernkoordinator er ikke medlem av HMS utvalget.

Medisinske og realfaglige ressurser

Finnmarkssykehuset HF har problemer med å besette radiologstillinger. Som en følge av det, utføres mye av radiologien av vikarer. Størst er problemet i Hammerfest, der det kun er én fast ansatt radiolog som må ta et stort ansvar for kvalitetssystem, planlegging, rutiner, ulike komitéer og arbeidsgrupper etc.

Helseforetaket har kontrakt med Universitetssykehuset Nord-Norge for innleie av realfaglig kompetanse. Foreløpig har kontrakten omfattet 0,66 årsverk, men den er planlagt å øke til 1 årsverk fra 1. januar 2020. Økningen vil i hovedsak knyttes til oppgaver på MR. Det er ikke noe formalisert samarbeid om når service og kvalitetskontroll gjennomføres på apparaturen, men den geografiske avstanden er en faktor som vanskeliggjør et effektivt samarbeid. De medisinske fysikerne har laget et forslag til handlingsplan for det videre arbeidet i helseforetaket.

Berettigelse

De radiologiske avdelingene i foretaket har gode rutiner for å vurdere berettigelse av undersøkelser. Henvisninger vurderes av både radiolog og radiograf. For Alta vurderes alle henvisninger til CT, MR og større konvensjonelle undersøkelser av radiolog i Hammerfest. Henvisninger til undersøkelser av småskjelett og mer akutte undersøkelser som gjennomføres i Alta, vurderes av leger på Legevakten og radiografer som utfører undersøkelsen.

Avvikshåndtering

Helseforetaket bruker DocMap for avviksmeldinger. DocMap ble beskrevet som et greit system etter å ha brukt det en del ganger. Gjennom intervjuene i Hammerfest kom det frem at ansatte selv mente at det var dårlig meldekultur. De hadde nylig gjennomført et kurs i avvikssystemet, så det var forhåpninger om at antallet meldte avvik skulle øke. I Kirkenes og Alta fremsto meldekulturen som noe bedre. Det var ikke meldt noen strålevernrelaterte avvik. I intervjuer fremkom det imidlertid at avvik som feil pasient, feil organ/side, etc. ble meldt som pasientskade. Det kan ofte være vanskelig å angi én årsak til et avvik, da f.eks. feil bildetaking av organ kan være relatert til manglende opplæring, feil på apparatur og er samtidig også strålevernrelatert. Strålevernkoordinator har bare tilgang til å se strålevernrelaterte avvik. DSA anbefaler at strålevernkoordinatoren også skal ha tilgang til å se alle HMS og pasientrelaterte avvik, fordi disse også kan være strålevernrelaterte.

Undervisning og opplæring

Det blir gjennomført grunnleggende undervisning for LIS leger i turnus og LIS i radiologi. Undervisningen gis av strålevernkoordinator eller strålevernkontakt og varer i ca. 1,5 time.

Det finnes en del dokumenter i DocMap, men det er uklart hvem prosedyrene gjelder for. Helse Nord benytter et felles system, Campus, for e-læring. Det ble informert om at det er noe sentral opplæring i strålevern i Campus, men dette ble ikke beskrevet i tilsendt dokumentasjon eller forevist DSA ved tilsynet.

Ved enhet radiografer og enhet radiologer i både Hammerfest og Kirkenes, blir det gitt ca. 1,5 time med opplæring ved nytilsettinger. Det er strålevernkontakt eller strålevernkoordinator som gir opplæring. Opplæringen dokumenteres ikke. Apparatspesifikk opplæring gis av applikasjonsspesialist for leverandør av ny apparatur, ellers av fagradiograf eller bruker som kan apparatet godt. Det foreligger ingen

opplæringsplan. Representanter for enhet radiologer og enhet radiografer deltar på seminarer hos leverandørene.

Det er ukentlig undervisning i avdelingene, der tema kan være strålevern. Dette følger ingen plan og det dokumenteres ikke hvem som har gjennomgått opplæring.

Kirkenes skal ha strålevernseminar på Svanhøvd i oktober, som gjennomføres i samarbeid med medisinske fysikere fra Universitetssykehuset Nord-Norge.

Det finnes en «Strålevern - Sjekkliste for ansatte, studenter og eksterne brukere» (SJ2339), DSA finner feil som formuleres som «1/4 dels regelen» i denne.

I Hammerfest er det lite kontakt mellom strålevernkontakt og Operasjonsenheten og det er usikkert hvordan opplæring foregår her. Kirkenes har tidligere hatt en egen strålevernkontakt ved Enhet operasjon, men denne har gått av med pensjon og har ikke blitt erstattet. Strålevernkoordinator har kontakt med enhetsleder operasjon ved spørsmål.

5. Funn under tilsynet - avvik og anmerkninger

Dette avsnittet omhandler avvik og anmerkninger som ble avdekket ved virksomheten under tilsynet. Det ble avdekket 2 avvik og gitt 4 anmerkninger.

5.1. Definisjoner

- Avvik – manglende etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov.
- Anmerkninger – forhold som er nødvendig å påpeke, men som ikke omfattes av definisjonen for avvik.
- Kommentar – benyttes for å forklare eller underbygge avvik eller anmerkninger.

5.2. Avvik

Avvik nr. 1

Avvik: Organisering og dokumentasjon av strålevernsorganisasjonen er mangelfull

Hjemmel: Forskrift om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften), § 16, tredje ledd, internkontrollforskriften § 5, punkt 5 og godkjenningen GG07-35 og GS07-31.

Kommentarer: Tilsendt dokumentasjon viste to ulike rapporteringsveier for SVK (nærmeste linjeleder/direktør (PR19090, PR11631)). I intervju fremkom det at det var fagsjef som det ble rapportert til (foreløpig ikke skriftlig dokumentert). I praksis ser det ut som at avdelingsleder er nærmeste overordnet. Det er vanskelig å lese dokumenter i forhold til organisasjonskartet. Det er ikke samsvar med begreper i DocMap og organisasjonskart. Strålevernkoordinator har ikke avsatt tid for strålevernarbeid i sin stillingsinstruks. Etter kontakt med avdelingsleder Medisinsk Service ble det sagt at hun har 20 % avsatt for sitt arbeid med strålevern. Det er ikke utpekt strålevernkontakt(er) på operasjonsenheten. Denne funksjonen må enten dekkes av eksisterende strålevernkontakter, eller det må utpekes egne kontakter for enhetene. Strålevernutvalget har ikke med representanter for operasjonsenheten.

Avvik nr. 2

Avvik: Virksomheten kan ikke dokumentere at leger og sykepleiere på operasjonsenheten har gjennomgått opplæring i strålevern, strålebruk og apparatspesifikk opplæring.

Hjemmel: Forskrift om strålevern og strålebruk (strålevernforskriften), § 49 og interkontrollforskriften § 5, punkt 2 og 7.

Kommentarer: Det er ikke mulig å finne dokumentasjon på at personalet har gjennomgått opplæring i strålevern, strålebruk og apparatspesifikk opplæring tilpasset deres arbeidsoppgaver. Strålevernkoordinator har ikke tilgang til kompetanseportalen for andre enheter.

5.3. Anmerkninger

Anmerkning 1: Avvikssystem

Kommentarer: Strålevernkoordinator har tilgang til alle strålevernrelaterte meldte avvik i avvikssystemet for Finnmarkssykehuset HF. Det bør vurderes om hun også skal ha tilgang til alle HMS relaterte avviksmeldinger. Dette fordi at avvik som er meldt pga. en gitt årsak også kan ha strålevernrelaterte konsekvenser. Mange avvik som sannsynligvis også er strålevernrelaterte, blir merket som «pasientskade».

Anmerkning 2: Avvikssystem 2

Kommentarer: Intervjuer avdekket at det meldes få avvik knyttet til strålevernrelaterte hendelser. For å kunne bruke avvikssystemet til læring og å forebygge hendelser, er det viktig at det er i bruk. Noen intervjuobjekter visste ikke hvordan meldesystemet fungerte. Det er nylig avholdt et kurs i meldesystemet (Hammerfest).

Anmerkning 3: Strålevernutvalg

Kommentar: Dokumentasjon viser at det ikke er representanter fra enhet operasjon i Kirkenes og Hammerfest i strålevernutvalget. Det bør vurderes om de også skal representeres i strålevernutvalget.

Anmerkning 4: Internrevisjon

Kommentar: Helseforetaket har ikke gjennomført og har ikke en plan for å gjennomføre overordnet internrevisjon for strålevernområdet.

6. Oppfølging etter tilsynet

Virksomheten har mulighet til å kommentere tilsynsrapporten og de identifiserte funn. Dersom DSA ikke mottar noen kommentarer til rapporten ansees denne rapporten som endelig.

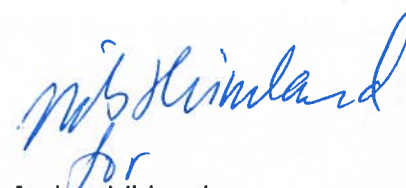
Vi takker for god tilrettelegging under tilsynet. Vi ønsker dere lykke til med videre strålevernarbeid.

7. Offentlighet i forvaltningen

Denne rapporten vil bli lagt ut på DSA sin hjemmeside, www.dsa.no etter at den er endelig.

Med hilsen


Ingrid Espe Heikkilä
seksjonssjef


Anders Widmark
seniorrådgiver

