



Vår ref.: 18/00026/327.0
Saksbehandler.: Annette Andersen
Dato: 25.05.2018

Tilsyn ved sykehuset Telemark HF – tema strålevern ved nukleærmedisinsk virksomhet

1. Innledning

Statens strålevern ved seksjon medisinsk strålebruk (MED) gjennomførte tilsyn ved sykehuset Telemark HF 13.-15. februar 2018, med hjemmel i § 60 i forskrift av 16. desember 2016 om strålevern og bruk av stråling. Tilsynet var temarettet med en gjennomgang av sykehuset Telemark HFs arbeid med strålevern og implementering av regelverket ved bruken av nukleærmedisin.

Tilsynet ble utført i samarbeid med seksjon miljø og atomsikkerhet (MOA) ved Strålevernet. Tilsynet fra MOA omhandlet håndtering av radioaktivt avfall og utslipp, sett opp mot forurensningsregelverket. Tilsynsrapportene er utarbeidet separat.

Kontaktperson ved sykehuset Telemark HF var strålevernkoordinator Iren Bårøy.

Revisjonsteamet fra MED bestod av:

- Annette Andersen, seniorrådgiver
- Trude Dahl Jørgensen, seniorrådgiver

Rapporten omhandler generelle inntrykk, og avvik og anmerkninger som ble avdekket i henhold til det lovverket som MED forvalter.

2. Aktuelt regelverk

- Lov av 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling (strålevernloven).
- Forskrift 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften).
- Forskrift 6. desember 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften).
- Spesielle krav gitt i godkjenningen GE06-14.

3. Bakgrunn, omfang og gjennomføring

Hensikten med tilsynet var å kontrollere hvordan virksomheten har organisert arbeidet med strålevern og hvordan kravene i relevant regelverk blir ivaretatt innenfor fagområdet nukleærmedisin.

Tilsynet fokuserte på temaer innen følgende områder (hvis ikke annet er angitt, refererer de ulike paragrafene til strålevernforskriften):

- Virksomhetens organisering av strålevern, implementering av strålevern i HMS-arbeid, strålevernutvalg og funksjonene strålevernkoordinator og strålevernkontakt (jf. §§ 16 og 17)
- Kvalitetssystem og avvikssystem (jf. § 5 i internkontrollforskriften og §§ 16 og 55 i strålevernforskriften)
- Kompetansekrav og krav til opplæring i strålevern, strålebruk og apparatspesifikk opplæring (jf. §§ 16 og 49)
- Kompetanse og ressurser innen medisinsk fysikk og aktiviteter/oppgaver utført av medisinsk fysiker innen nukleærmedisin, som f.eks. optimalisering, kvalitetskontroll, kalibrering, prosedyreutvikling, m.m. (jf. §§ 40, 41, 50 og 53)
- Kvalitetskontroll og vedlikehold av nukleærmedisinsk apparatur (jf. § 53)
- Medisinsk kompetanse og kompetanse til å betjene apparatur (jf. §§ 47 og 48)
- Rutiner for levering, mottak og transport av radiofarmaka (jf. §§ 11 og 16)
- Isotoplaboratorium og arbeid med åpne radioaktive kilder (jf. §§ 21 og 25 – 29)
- Skjerming av rom og klassifisering og merking av arbeidsplassen (jf. §§ 6 og 30)
- Persondosimetri (jf. §§ 31 - 33)

Tilsynet ble gjennomført ved åpningsmøte, intervjuer, befaringsgjennomgang av etterspurt dokumentasjon, verifikasjoner og sluttmøte.

Etterspurt dokumentasjon:

- Oversikt over virksomhetens organisasjon og organisering av strålevern.
- Innholdsfortegnelsen til internkontrollen.
- Funksjonsbeskrivelse for strålevernkoordinator og ev. strålevernkontakt.
- Prosedyre for håndtering av avvik.
- Risikovurdering (nukleærmedisin, avfalls- og utslippshåndtering).
- Oversikt over nukleærmedisinsk apparatur og strålekilder (gammakamera, aktivitetsmålere, kalibreringskilder, etc.)
- Prosedyrer for opplæring innen strålevern og strålebruk, med kort beskrivelse av innhold (tema) i opplæringsprogram (generelle/interne) for ulike personellkategorier.
- Oversikt over tester utført ved kvalitetskontroller (mottaks- og periodiske kontroller) på nukleærmedisinsk apparatur (gammakamera, aktivitetsmålere) siste år.
- Prosedyre(r) for hjerte hvile/stress undersøkelser.

Alle etterspurt dokumentasjon ble mottatt innen fristen.

4. Generelle inntrykk

Tilsynsteamet ble tatt godt imot ved sykehuset Telemark HF. Intervjuer og befaringsgjennomføring etter planen, og all tilgjengelig dokumentasjon ble fremvist for tilsynsteamet på forespørsel.

Den nukleærmedisinske virksomheten er middels stor sammenlignet med andre sykehus i Norge (ca. 1400 undersøkelser i 2016). Sykehuset Telemark HF utfører de vanligste nukleærmedisinske undersøkelsene med gammakamera eller SPECT/CT, og i tillegg nukleærmedisinske behandlinger med nukliden Ra-223 (Xofigo) for behandling av skjelettmetastaser og nukliden I-131 for behandling av hyperthyreose.

Organisering av strålevern

Funksjonen strålevernkoordinator utgjør 50% stilling og er underlagt bedriftshelsetjenesten. Fast ansatt strålevernkoordinator er medisinsk fysiker. På tidspunktet for tilsynet var stillingen besatt av vikarierende radiograf med videreutdanning i strålevern i 40% stilling. Sykehuset Telemark HF har også lokale strålevernkontakter. Det finnes funksjonsbeskrivelser både for rollen som strålevernkoordinator og rollen som strålevernkontakt ved nukleærmedisin, men strålevernkontakten var ikke sikker på hvilke oppgaver som var knyttet til denne rollen. Disse oppgavene blir i stor grad utført av driftskoordinator ved nukleærmedisin.

Strålevernkoordinator har ingen felles møtearenaer hverken med ledelsen eller med strålevernkontaktene, men har kontakt pr. epost og telefon ved behov. Størstedelen av tiden i rollen som strålevernkoordinator blir brukt til undervisning i strålevern for relevant personell utenfor radiologisk avdeling.

Kvalitetssystem, prosedyrer og avvikssystem

Sykehuset var, ved tidspunktet for tilsynet, i en overgangsfase til nytt kvalitetssystem. Det var derfor noe vanskelig å få oversikt over alle prosedyrer som omhandlet strålevern og strålebruk i virksomheten. Prosedyrene viste dato for siste revisjon, men innholdet i noen av prosedyrene var ikke oppdatert i henhold til gjeldende forskrift ved revisjonstidspunktet (ny strålevernforskrift gjeldende fra 1.1.2017). Prosedyre for gjennomføring av kontamineringskontroller ved arbeid på hotlab (i prosedyre «Rutiner på HOTLAB» ID2276) ble ikke fulgt. Dette ble bekreftet i intervju.

Strålevernet påpeker at tiltaksgrensene ved høye doseavlesninger var satt noe høy i prosedyrene, og anbefaler at tiltaksgrensen settes lavere enn dosegrensene i forskriften.

Sykehuset har et system for rapportering og oppfølging av uønskede hendelser (TQM). Alle brukere ved sykehuset kan melde hendelser i avvikssystemet og systemet brukes aktivt for å forebygge gjentakelse. Den som melder en hendelse kan følge med på status på meldingen. Avvik blir tatt opp og diskutert i fellesmøter. Det er ikke tilrettelagt for at strålevernkoordinator automatisk får beskjed om strålerelaterte hendelser. Strålevernkoordinator blir informert i de tilfeller der den som behandler meldingen vurderer at det er nødvendig. Det er utarbeidet prosedyrer for melding av uønskede hendelser. Tilsynsteamet anbefaler at det gjøres mer tydelig hvilke hendelser som varsles ved bruk av åpne radiaaktive kilder.

I henhold til en av de interne prosedyrer ved Sykehuset Telemark, er det strålevernkoordinator som er ansvarlig for å varsle Strålevernet om ulykker og unormale hendelser etter strålevernforskriften § 20. Siden strålevernkoordinator ikke får automatisk beskjed om strålerelaterte hendelser, vil det være en mulighet for at hendelser som burde vært varslet om ikke blir det.

Nukleærmedisinsk seksjon; lokaler og utstyr

Hotlab ved nukleærmedisin er nylig oppgradert med bl.a. ny LAF-benk og større sluse. Skjerming mot rom brukt som reserverom for dialyse var beregnet på grunnlag av stråledose og oppholdstid, og er verifisert med målinger. Strålevernet presiserer at skjermingen skal planlegges slik at personer som oppholder seg i tilstøtende rom ikke kan få mer enn 0,25 mSv/år. Oppholdstid må vurderes ut fra bruken av tilstøtende rom.

Slusen har plass til skifte av klær og sko, med en barriere i overgangssonen til aktivt område. Slusen inneholder bl.a. nøddusj, mulighet for håndvask, engangstøy, blyfrakker og doseratemåler. Personalet opplyste om at doseratemåleren kun blir brukt ved kjennskap til søl med radioaktivitet. Dette er i strid med egne prosedyrer. Strålevernet anbefaler at kontaminasjonskontroller utføres jevnlig for å oppdage radioaktiv kontaminering slik at man kan iverksette tiltak for å redusere risiko for stråledoser til personell og ytterligere kontaminering av andre områder.

Rengjøring av gulv i sluse og hotlab utføres av rengjøringspersonell etter prosedyre (ID9208). Det er ukjent om nåværende rengjøringspersonell har fått opplæring, men det er deres leder som er ansvarlig for dette. Prosedyren angir ikke at egen mopp skal benyttes kun i hotlab, noe Strålevernet anbefaler.

Administrering av radiofarmaka til pasient foregår i et åpent område i lokalene der nukleærmedisinsk virksomhet foregår. I dette området kan det være gjennomgangstrafikk av personell til pauserommet, hotlab og gammakamerarom. I tillegg finnes en kontorplass rett i nærheten. Beholdere for radioaktivt, biologisk avfall er plassert rett ved inngangsdøra til området, og er ikke merket med symbol for ioniserende stråling. Radioaktivt, biologisk avfall bør ikke oppbevares på hotlab, men virksomheten må vurdere om avfallsbeholderne er tilstrekkelig sikret mot uvedkomne.

Hele området for nukleærmedisinsk virksomhet er merket med strålepropell ved inngangsdøra. Området holdes låst når det ikke er noen ansatte ved nukleærmedisin tilstede. Hotlab er klassifisert som kontrollert område og er i tillegg sikret med kodelås, samt ytterligere merking med varselskilt for ioniserende stråling. Rengjøringspersonalet har egen tilgang til hotlab.

Kompetanse og opplæring i nukleærmedisin og strålevern

Virksomheten har prosedyrer og opplæringsplaner ved nyansettelser og etter lengre permisjoner. Virksomheten har et eget e-læringskurs i strålebruk for helsepersonell ved avdeling for radiologi som skal gjentas hvert 3. år (ID11898). Dette kurset er generelt og ikke tilpasset arbeidsoppgavene som utføres ved nukleærmedisinsk seksjon. Ansatte som har gjennomført e-læringskurs og apparatspesifikk opplæring registrerer dette i portalen MinGat. I tillegg til e-læringskurset har medisinsk fysiker internundervisning i strålevern rettet spesielt mot nukleærmedisinsk virksomhet. Internundervisning i strålevern blir dokumentert ved navnelister og ikke i MinGat, og det er dermed vanskelig for lederen å kunne sikre at strålevernopplæringen gjennomføres årlig for den enkelte arbeidstaker. Personalet har også en viss mulighet til å delta på utenlandske konferanser slik som EANM, og norske konferanser/kurs.

I de prosedyrene som Strålevernet fikk fremlagt, er det ikke nevnt at strålevernopplæringen skal gjennomføres årlig. Strålevernet savner et helhetlig system som bidrar til å sikre at årlig opplæring blir gitt for den enkelte arbeidstaker på nukleærmedisin, og at denne opplæringen er tilpasset den enkeltes arbeidsoppgaver i tilstrekkelig grad.

Medisinsk kompetanse

Det kom fram i intervju at nukleærmedisinsk spesialist ikke er involvert ved SPECT/CT-undersøkelser. I prosedyren «Myocardscintigrafi, stress og hvileserie» (ID 10714) står det at «pasientutvelgelse, prioritering og valg av prosedyre foretas av kardiolog». Kardiolog og radiolog tolker SPECT/CT-bildene. Denne prosedyren er hentet ut fra et kvalitetssystem som

virksomheten ikke hadde tatt i bruk ved tidspunktet for tilsynet, og kan derfor ikke ses på som gyldig. Det er krav i strålevernforskriften om at det for hybridapparat, slik som SPECT/CT, skal inngå legespesialist i nukleærmedisin og radiolog, jf. § 47 b). Kravet skal være med å sikre at undersøkelsene og behandlingene er berettiget og optimalisert ut fra den enkelte pasients individuelle forutsetninger, og at bildeinformasjonen tolkes korrekt. I Veileder 10 til strålevernforskriften gis utdypende informasjon om hvordan dette kravet skal tolkes innen nukleærmedisin, og viser gjeldende forvaltningspraksis på området.

Under sluttmøtet presenterte Strålevernet avvik på manglende involvering av nukleærmedisinsk spesialist ved SPECT/CT. Virksomheten har i ettertid kommentert dette avviket. Sykehuset har kommet med nye opplysninger som er motstridende med informasjonen som kom fram under tilsynet (dokumentgjennomgang og intervjuer). På grunnlag av dette mener Strålevernet at forholdene ikke er tilstrekkelig belyst til å gi avvik på krav om medisinsk kompetanse ved SPECT/CT-undersøkelser, men vi vil vurdere å følge opp dette ved et senere tidspunkt.

Kvalitetskontroll og vedlikehold av nukleærmedisinsk apparatur

Sykehuset Telemark HF leier medisinsk fysiker-tjenester fra Oslo universitetssykehus HF (OUS). En 120% stilling er fordelt på radiologi (80%), MR (20%) og nukleærmedisin (20%). Medisinsk fysiker gjennomfører årlig kvalitetskontroll på nukleærmedisinsk utstyr i henhold til OUS sine prosedyrer, og bistår nukleærmedisinsk virksomhet ved Sykehuset Telemark ved behov. Service og vedlikehold blir ivaretatt gjennom vedlikeholdsavtaler med leverandør av utstyr. Ingeniør følger opp avtaler i Merida, og er behjelpelig ved problemer med utstyret. Medisinsk fysiker får beskjed om når vedlikehold er planlagt, og ved ikke-planlagt service, som kan påvirke stråledose eller bildekvalitet.

Strålevern av ansatte

LAF-benken inneholder et skap for avfall. På grunn av skjevheter i konstruksjonen, er det ikke mulig å lukke døra til skapet helt igjen. Målinger under tilsynet viste at doseraten i døråpningen var opp mot 36 $\mu\text{Sv/t}$. I strålevernforskriften er det krav om at doseraten utenfor oppbevaringsplass for strålekilder ikke skal overstige 7,5 $\mu\text{Sv/t}$ (§ 25). Arbeidsplass for personalet ved tilberedelse av radiofarmaka er innen en meters avstand fra åpningen. Strålevernet vurderer det dermed slik at personalet blir eksponert for en større stråledose enn nødvendig under dette arbeidet, og antar at man med enkle tiltak kan redusere denne stråledosen.

Rapporter fra doseavlesninger av persondosimetrene viser at ansatte ved nukleærmedisin har relativt høye avleste stråledoser sammenlignet med ansatte ved andre tilsvarende virksomheter. Sykehuset benytter imidlertid en annen persondosimetritjeneste enn de fleste andre sykehus, så vi tar forbehold om at forskjellen i dosenivåene kan skyldes estimeringer relatert til bakgrunnsnivået.

Strålevern av pasienter ved nukleærmedisin

Pasientene får innlagt veneflon før injisering av radiofarmaka for å redusere sannsynlighet for subcutan injeksjon eller søl.

Ved myocardscintigrafi med stress- og hvileserier, blir undersøkelse med belastning gjennomført først. Behovet for hvileserie vurderes ut fra resultatene fra stresstesten.

Endokrinolog bestemmer aktivitet som skal tilføres pasienter ved behandling for hyperthyreose, og legespesialist i nukleærmedisin godkjenner behandlingen. Behandlingen gis

med fast aktivitet. Strålevernforskriften krever at nukleærmedisinsk behandling skal doseplanlegges individuelt. Metodene for doseplanlegging ved benigne thyroidealidelser blir stadig bedre, og nyere forskning har vist at behandlinger med beregnede aktiviteter gir noe bedre resultater enn behandling med fast aktivitet. Strålevernet anbefaler at virksomheten vurderer individuell doseplanlegging for denne behandlingen.

Risikovurdering

Virksomheten kunne ikke vise til en oppdatert risikovurdering av strålebruken ved den nukleærmedisinske virksomheten ved Sykehuset Telemark. Strålevernet observerte flere forhold hvor strålebruken kunne vært bedre optimalisert med tanke på stråledose til de som jobber der. En risikovurdering av strålebruken vil kunne bidra til å avdekke forhold hvor eksponeringen av personal, pasient og allmenheten kan reduseres.

Virksomheten må i risikokartleggingen vurdere alle tenkelige eksponeringssituasjoner for pasienter og personell som oppholder seg i området der det utøves nukleærmedisinsk virksomhet. Risikovurderingen må også ta med forhold som kan medføre eksponering av ansatte og andre personer utenfor området der det utøves nukleærmedisinsk virksomhet, for eksempel kontaminering av vaskeutstyr som kan tenkes benyttes andre steder i sykehuset. Tiltak for å redusere stråledose må settes inn der dette er vurdert nødvendig. Strålevernet har ikke observert forhold der dosegrenser kan tenkes overskredet, men påpeker ALARA-prinsippet («As Low As Reasonable Achievable»). Dette er forhold som bør komme frem av en risikovurdering av strålebruken ved nukleærmedisinsk virksomhet.

5. Funn under tilsynet - avvik og anmerkninger

5.1. Definisjoner

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

5.2. Avvik

Avvik nr. 1: Årlig opplæring

Virksomheten har ikke et helhetlig system som sikrer årlig gjennomføring og dokumentasjon av opplæring, og er ikke tilpasset den enkelte arbeidstakers arbeidsoppgaver innen nukleærmedisin.

Hjemmel

Forskrift om strålevern og bruk av stråling, § 49.

Kommentar

- Årlig strålevernopplæring (e-læringskurs) skal, etter prosedyre, gjennomføres hvert 3. år. Dette kurset er ikke tilpasset arbeidsoppgaver som utføres på nukleærmedisin.
- Krav om årlig opplæring i strålevern og strålebruk var ikke kjent blant de ansatte, og heller ikke nedfelt skriftlig.
- Dagens system vil ikke enkelt fange opp dersom noen ikke har fått opplæring.

- Strålevernet savner en prosedyre som blant annet angir innhold og omfang av årlig opplæring innen strålevern og strålebruk for nukleærmedisinsk virksomhet.
- Hvem som har ansvar for å sikre at opplæring gjennomføres, er noe uklart.

Avvik nr. 2: Risikovurdering

Strålebruken ved nukleærmedisinsk virksomhet er ikke tilstrekkelig risikovurdert.

Hjemmel

Forskrift om strålevern og bruk av stråling, § 18

Forskrift om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter, § 5, 2. ledd, pkt 6

Kommentar

Den skriftlige risikovurderingen (pr. 30.1.18) inkluderer blant annet ikke vurderinger knyttet til:

- risiko for stråledose til personell ved
 - arbeid på hotlab etter ombygging
 - arbeidsoperasjoner utenfor hotlab
 - opphold i nukleærmedisinske lokaler utenfor hotlab
- risiko for unødig eksponering av pasient
- risiko for tyveri/sabotasje

Observasjoner som underbygger behovet for en risikovurdering:

- Det blir ikke utført kontaminasjonskontroller regelmessig, hverken inne på hotlab eller på ansatt etter endt arbeid på lab. (§ 26)
- Mopp som brukes ved renhold av hotlab blir ikke kontrollert for kontaminering, og kan benyttes andre steder i sykehuset (i hht. prosedyre).
- Administrering av radiofarmaka foregår i et ikke-avskjermet område.
- Persondosimeteravlesningene viser høyere dosenivåer enn i sammenlignbare nukleærmedisinske virksomheter

Avvik nr. 3: Strålevernorganisering

Strålevernorganisasjonen med tilhørende ansvarstildeling er ikke tilstrekkelig implementert i virksomheten og fungerer ikke etter hensikten/prosedyrene

Hjemmel

Forskrift om strålevern og bruk av stråling, § 17

Kommentar

- Det er nedfelt en strålevernorganisering, men denne er ikke levende i virksomheten. Det mangler formelle møtearenaer/kontaktpunkt
 - mellom strålevernkoordinator og strålevernkontaktene
 - mellom strålevernkoordinator og ledelse
- Rollefordelingen og ansvarsområder ble oppfattet av intervjuobjekter som noe uklart. Blant annet var strålevernkontakt ved nukleærmedisinsk virksomhet ukjent med sitt ansvarsområde. Oppgaver tillagt strålevernkontakt, jf. funksjonsbeskrivelse (ID23980), blir i stor grad utført av driftskoordinator. Driftskoordinator har ingen funksjonsbeskrivelse, knyttet til strålevernoppgaver.

- Strålevernansvaret er i stor grad plassert på strålevernkoordinator og strålevernkontakter, noe som kan bidra til at ansvaret blir spredd, og som igjen bidrar til uklarhet om hvem som har det overordnede ansvaret.
- Strålevernkoordinator er tillagt ansvar for varsling av uønskede hendelser til Strålevernet, men får ikke automatisk melding om strålerelaterte hendelser. Det er heller ikke angitt i noen prosedyre at strålevernkoordinator skal ha slik melding.

Avvik nr. 4: Oppbevaring av strålekilder

Oppbevaringsplassene for strålekilder er ikke tilfredsstillende.

Hjemmel

Forskrift om strålevern og bruk av stråling, § 25.

Kommentar

- Doserate utenfor oppbevaringsplass for 99mTc-avfall overstiger gjeldende grenseverdi.
 - Doseraten ved oppbevaringsplass ble målt til over 30 µSv/time nær arbeidsplass på hotlab.
 - Doseraten utenfor oppbevaringsplass skal ikke overstige 7,5 µSv/time.
 - Tiltak avventes ett år, etter anbefaling fra leverandør, men midlertidige tiltak må gjennomføres tidligere for å ivareta strålevernet til de ansatte som jobber i hotlab.
- Avfallsbeholdere i gangen er ikke merket med fareskilt som advarer mot risiko og fare for ioniserende stråling.

5.3. Anmerkninger

Anmerkning nr. 1: Melding av strålekilder

Meldte strålekilder i Strålevernets elektroniske meldesystem (EMS) stemmer ikke overens med virksomhetens egen oversikt.

Kommentar:

- En kapslet Co-57-kilde som er tatt ut av bruk, er ikke registrert i EMS.
- Oppgitt aktivitet for Cs-137 i EMS samsvarer ikke med oppgitt aktivitet i virksomhetens egen oversikt.

Anmerkning nr. 2: Oppdatering av prosedyrer

Enkelte strålevernprosedyrer er revidert (ny dato), men innholdet er ikke oppdatert.

Kommentar

- Informasjon om ventilasjon i prepareringsrommet er ikke oppdatert etter installasjon av ny LAF-benk (ID3887).
- Krav om persondosimetri i «Retningslinje for spesielle HMS-krav...» (ID13452) er ikke oppdatert i hht. ny forskrift.

Anmerkning nr. 3: Individuell doseplanlegging

Virksomheten foretar ikke individuell doseplanlegging ved nukleærmedisinsk behandling for hyperthyreodisme.

Kommentar

- Norsk (strålevernforskriften) og europeisk (EU-Basic Safety Standard) regelverk krever individuell doseplanlegging.
- EANM European Association of Nuclear Medicine antyder i flere rapporter at det er økende evidens for at «personalisert» behandling gir bedre behandlingsutfall enn «fixed activities».
- Nukleærmedisinsk spesialist er ikke involvert i bestemmelse av stråledose.

6. Oppfølging etter tilsynet

I oversendelsesbrevet til tilsynsrapporten er det varslet pålegg om retting av avvikene, med tilhørende frister for gjennomføring. Tilsynssaken avsluttes når alle avvikene er lukket.

7. Offentlighet i forvaltningen

Denne rapporten blir lagt ut på Strålevernets hjemmeside www.nrpa.no etter at den er oversendt Sykehuset Telemark HF.

Vi takker for et godt samarbeid i gjennomføringen av tilsynet.

Med hilsen

Ingrid Espe Heikkilä
seksjonssjef

Annette Andersen
tilsynsleder (seniorrådgiver)