

## Årsrapport interne systemrevisjoner 2017

### Innledning

De planlagte interne systemrevisjonene for 2017 er utført i henhold til revisjonsplan<sup>1</sup> vedtatt i Foretaksledelsen. Det er gjennomført revisjon ved 8 nivå 2- enheter.

### Status interne systemrevisjoner 2017

Årsrapporten tar for seg hvilke nivå 2-enheter som er revidert i perioden, hvilke tema det ble revidert på, status for lukking av revisjonene, samt restanser på oppfølging av tidligere revisjoner.

Årsrapporten suppleres med en treårig evalueringsrapport, interne systemrevisjoner 2014-2017<sup>2</sup>. Rapporten vil gi en oppsummering per revisjonstema. Evalueringsrapporten har til hensikt å bruke funn fra internrevisjoner i perioden som en kilde til å utlede behov for kvalitetsforbedring. Det systematiske kartleggingsarbeidet gjennom disse tre årene gir anledning til å peke på områder som bør være prioritert for forbedringsarbeid. Dette kan være svikt som har stort nedslagsfelt (for eksempel at det gjelder mange enheter) eller er alvorlige (kan ha høy konsekvens for ansatte/pasienter/driften). En del av funnene går også på innretning og bruk av verktøyene i styringssystemet, og derfor vil en del av forbedringsarbeidet som blir påpekt også ligge til stabsenhetene å følge opp. Evalueringsrapporten skal videre legge grunnlaget for hva som skal prioriteres i revisjonsarbeid i 2018 og i årene som kommer.

I vedlegg 1 oppsummeres funnlister for hvert revisjonstema. De reviderte enhetene saksbehandler avvik og merknader i Synergi. Relevant dokumentasjon lagres i ePhorte. Revisjonene lukkes når tiltak er iverksatt. I noen tilfeller kan også revisjonene lukkes med plan.

Tema	Hjerte-avd.	Økonomi og finans avd.	Klinikk for hode-hals	Drift/teknisk divisjon MTA	Kirurgisk klinikk	Medisinsk avd.	Nevro klinikken	Divisjon Psykisk helsevern
Systematisk HMS arbeid	x	x	x		x	x	x	x
Systematisk pasientsikkerhetsarbeid	x		x		x	x	x	x
Systematisk internkontrollarbeid				x				
Strålebruk			x		x			
El-sikkerhet/Medisinsk utstyr (MU)/Brann	x		X (ikke MU)				x (ikke MU)	
Organisering av forskning					x	x		x
Smittevern	x			x		x		
Legemiddelhåndtering			x				x	x
Transfusjonsvirksomhet	x				x	x		
Ergonomi		x						
Matsikkerhet			x				x	x
Status for lukking av revisjonene	Lukket	Lukket	Lukket	Saksbehandling pågår	Saksbehandling pågår	Saksbehandling pågår	Saksbehandling pågår	Saksbehandling pågår.

<sup>1</sup> [Revisjonsplan 2017 - interne systemrevisjoner](#)

<sup>2</sup> Evalueringsrapport, interne systemrevisjoner Helse Bergen HF Haukeland universitetssjukehus 2014-2017

## Restanser tidligere revisjoner

Enhet	Status	Merknad
Hudavdelingen(2015)	Frist mars 2016	Saksbehandling pågår
DPH, Psykiatrisk klinikk(2015)	Frist august 2016	Saksbehandling pågår
Drift teknisk divisjon TA (2016)	Frist mai 2017	Saksbehandling pågår

## Systemforbedringer og læring på tvers

Målet med de interne systemrevisjonene er å bistå lederne i det systematiske kvalitetsarbeidet for å forbedre pasientsikkerheten og helse, miljø og sikkerhet for medarbeidere. Gjennom revisjonene avdekkes områder hvor det er svikt, risiko for svikt og hvor det er mulighet for forbedring. I arbeidet med å lukke funn bistår stabsenhetene med støtte og veiledning.

Hensikten med årsrapporten er å se de ulike aktiviteter i internkontrollarbeidet i sammenheng. Det vil være nyttig læring både for de reviderte enhetene, linjeledelsen og for revisjonsteamene.

Funnene fra 2017 er i stor grad samsvarende med funnene referert i årsrapporten Interne systemrevisjoner 2016, [styresak 46/17](#). Tematikk/intervjuguider er videreført også for 2017 for å fullføre den 3-årige kartleggingen av nivå 2-enhetene.

I det følgende trekkes det frem noen hovedområder i det systematiske internkontrollarbeidet som går igjen, og som foretaket kan lære av på tvers. Det vises til evalueringsrapporten for oppsummering på de enkelte deltema.

## Styringssystemet/kvalitetssystemet

Det pekes fortsatt på utfordringer når det gjelder implementering og bruk av verktøyene EK, Synergi og Kompetanseportalen. Det er variasjon i bruken av disse som ledelses- og styringsverktøy for å oppnå kvalitetsforbedring.

## System for oversikt over risikoområder og gjennomføring av risikovurderinger

Et gjennomgående funn fra de interne systemrevisjonene er fortsatt manglende oversikt over risikoområder og dokumentasjon av risikovurderinger. Prosjekt «Utvikling og implementering av risikomodul» er igangsatt, og modulen blir pilotert februar 2018.

For stoffkartoteket er det utarbeidet 2 nye regionale e-læringskurs. Det første kurset «Stoffkartotek (kjemikaliereregister)» er tiltenkt brukere av kjemikalier. Det andre kurset «Stoffkartoteket – les og skriv» er utviklet for medarbeidere som har redigeringsrettigheter i stoffkartoteket. Her lærer man blant annet hvordan man risikovurderer kjemikalier.

## Uønskede hendelser

Det er fremdeles utfordrende å ta ut rapporter fra Synergi til bruk i kvalitetsarbeid, og det er variasjon i kvaliteten på saksbehandling og kategorisering av uønskede hendelser.

Helse Bergen vedtok Handlingsplan for Uønskede hendelser i mai 2015, [styresak 46-16](#).

Handlingsplanen ble behandlet i ledelsen på nytt i desember 2016, der tiltakene ble konkretisert med ansvars plassering, status og målsetning. Tiltakene følges opp i 2018.

## Styrende dokumentasjon

Revisjonen ser fremdeles at det er behov for forbedring, både på systematikk, innhold og tydeligere samsvar mellom lokal dokumentasjon og overordnet dokumentasjon innenfor mange av revisjonsområdene.

Et langsiktig arbeid for å forbedre utvikling og bruk av styringsdokumentene er i gang. Det vises her til Forbedringsprosjekt styrende dokumentasjon. Målet for arbeidet er blant annet forenkling og samordning av de mange styringsdokumentene som finnes i foretaket, og dermed enklere tilgjengelighet og utvidet bruk blant medarbeiderne.

### ***Internkontroller matsikkerhet***

Drift/teknisk divisjon Hospitaldrift Matforsyning har i 2017 gjennomført kontroller/inspeksjoner vedrørende etterlevelse av IK-mat systemet «Retningslinjer for matservering», som er tilpasset enkel buffèt-servering ved spisestueene (9) og caféene (2).

En representant for matserveringen er med under kontrollen. En enkel rapport sendes til avdelingsleder eller den som er ansvarlig for matserveringen i avdelingen. Avvik vedrørende disse retningslinjene registreres i Synergi og behandles videre der. Det er funnet noen behov for vedlikehold og det oppdateres noen skjema i EK for å dekke internkontrollen fullt ut. Dette er enheter som driftes av Drift/teknisk divisjon Hospitaldrift Matforsyning, så det er ikke meldt avvik til andre enheter.

### ***Legemiddelinspeksjoner***

Sjukehusapoteka Vest, Avdeling for farmasøytiske tjenester har i 2017 gjennomført legemiddelinspeksjoner i 18 enheter. Inspeksjoner er et virkemiddel i legemiddelhåndteringen som den enkelte nivå 2-leder kan benytte. Disse inspeksjonene gjennomføres av farmasøyt på oppdrag fra aktuell nivå-2 leder. Se vedlegg 2 for funn.

Oppsummering etter inspeksjonene

- Ved flere enheter deler sykepleier ut behovslegemidler uten ordinasjon fra lege eller etter skriftlig prosedyre
- Utdeling av behovslegemidler etter utdaterte generelle skriftlige direktiv forekommer
- Ikke alle enheter har rutiner for at behovsordinasjoner ført av sykepleier i kurve blir signert for av lege samme dag/neste dag
- Ikke alle enheter har rutiner som sikrer at all behovsmedisinering blir dokumentert i pasientens kurve

## Vedlegg 1. Revisjonsfunn ved de interne systemrevisjonene

Her oppsummeres funn, avvik og merknader som er gitt innenfor hvert revisjonstema i perioden.

Følgende endringer ble gjort i revisjonsplanen for 2017:

- ✓ Revisjonstema MU (medisinsk utstyr) utgikk fra to planlagte revisjoner, Nevroklinikken og Klinikkk for Hode-hals, grunnet foretaksovergrepene oppfølging etter avvik fra DSB i 2016.

An tall	Avviksbeskrivelse	An tall	Merknadsbeskrivelse
	<b>Systematisk pasientsikkerhets-arbeid</b>		
6	Manglende etterlevelse av foretakets rutiner for arbeid i skyllerom samt mangler vedrørende opplæring av ansatte.	30	Vurdering av hvilken dokumentasjon som skal ligge i henholdsvis EK og Kompetanseportalen og i andre publiseringssystemer, for eksempel egne nettsider (5)
	Har ikke lokale retningslinjer for hvem som skal varsle alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn (2)		Oversikt, vurdering, dokumentasjon risikoområder (7)
	Institusjonstøy håndteres ikke i henhold til foretakets retningslinjer		Uønskede hendelser; forbedring av melderutiner, saksbehandling, kategorisering og rutiner for regelmessig gjennomgang av hendelser (9)
	Pasient- og pårørendesenger rengjøres ikke mellom innleggelse.		Beskrive mandat og funksjon forkvalitetsutvalg/ komplikasjonsutval (2).
	Det benyttes ikke uniform i pasientrelatert arbeid.		Oppdatering av EK, dokumenter som enten er utgått eller i skrivemodus i EK, intervaller på revisjon av dokumenter, arkivering av dokumenter, struktur i EK og navneendring på enheter (2) .
			Gjennomgå og kvalitetssikre opplysninger i Samlepunktet og Orfu for å sikre at ansvars- og myndighetsområder er korrekt registrert
			Oppfølging av plikten til å planlegge, gjennomføre og evaluere egne oppgaver og mål, og de tilhørende ansvarsforholdene.
			Komplettere listen over funksjonsbeskrivelser i EK
			Formalisere stedfortrederfunksjon og sikre at utnevnte stedfortredere har alle nødvendige tilganger og funksjoner (2)
	<b>Systematisk internkontrollarbeid</b>		
4	Ikke signert tilleggsavtaler med alle ledere i verneområde.	9	Bruk av Kompetanseportalen i større grad.
	Manglende risikovurdering av kjemikalier i det elektroniske stoffkartoteket.		Avsatt tid til verneombudsarbeid i avtalen mellom leder og verneombud.
	Kontroll av avtrekkskap er ikke gjennomført.		Resultatene fra HMS-kartleggingen bør i større grad legges til grunn ved utarbeidelse av HMS-
	Enheten har ikke sikkerhetsdatablad for kjemikalier på vaskerommet/skyllerom.		Utarbeide, tilgjengeliggjøre oversikt over enhetens risikoområder i EK. (2)
			Melderutiner og tiltak som sikrer en tilfredsstillende saksbehandling av uønskede hendelser i
			Gjennomgå og oppdatere styrende dokumenter i EK.
			Gjennomgå behovet for og bruken av skyllerom, og vurdere om rommet er egnet til arbeidsoppgaver
			Enheten bør utbedre hull i tak og mangel på takplater på hovedverkstedet.

Legemiddel-håndtering			
16	Enhetenes retningslinjer og praksis er utdatert/ikke i tråd med overordnede retningslinjer. (5)	4	Retningslinjer ikke oppdatert (2)
	Sykepleiere gir smertestillende legemidler som ikke er ordinert av lege i pasientens kurve.		Dokumentasjon opplæring i legemiddelhåndtering i Kompetanseportalen.
	Sykepleiers utdeling av legemidler uten legeordinasjon blir i varierende grad signert for i ettertid av lege.		Rutiner for god orden på medisinerommet.
	Nivå-3 retningslinjer for legemiddelhåndtering inneholder i stor grad kopi av nivå-1 retningslinjene.		
	Helsefagarbeidere som gir inhalasjoner skal ha opplæring i praktisk bruk av de ulike inhalasjonslegemidlene. Det foreligger ikke dokumentasjon for opplæringen.		
	Anbrutt ampulle Midazolam inj.væske på arbeidsbenk.		
	Ikke beskrevet rutiner for foreldres/foresattes administrasjon av legemidler til barn.		
	Utfører ikke A-preparat regnskap hvert kvartal slik enhetens egne- og overordnede retningslinjer tilsier		
	Manglende rutine som sikrer at legegodekjenning av ordinasjon i elektronisk kurve er utført før		
	Kassering/avfallshåndtering av A- og B-preparater avviker fra overordnet prosedyre.(2)		
	Temperaturmåler i kjøleskap på medisinerom har ikke mulighet for avlesning av maksimum- og minimumstemperatur.		
	<b>Smittevern pasientrelatert</b>		
3	Lokal prosedyre vedrørende hygiene og smykker er ikke i tråd med overordnede retningslinjer	3	Det bør utarbeides handlingsplan for Smittefritt.
	Enheten har ikke tatt i bruk «Daglig sjekkliste – spyledekonterminator» eller «daglig sjekkliste vaskedekontaminator/industrivaskemaskin		Praksis for isolering av pasienter og behov for lokal prosedyre utover infeksjonskontrollprogrammet.
	Vaskedekonterminator mangler kjemi.		Gjennomgang av punktene i «Spyle- og vaskedekontaminator – sjekkliste opplæring» for å sikre disse er inkludert i opplæring av ansatte.

Smittevern felles Pasientsikkerhet og HMS		
10	Manglende rutiner for å sikre at utstyr som viser seg kontaminert når det demonteres, rengjøres og desinfiseres før det håndteres og settes sammen.	5 Enhet bør iverksette tiltak for å sikre at de kliniske enhetene følger overordnede retningslinjer for renhold av MTU.
	Dokumentet «Ansvaret og myndighet medisinsk utstyr» samsvarer ikke med overordnede retningslinjer.	Generelle utsendte tilbud om vaksinerings anbefales å dokumenteres på fellesområde.
	Retningslinjer som omhandler arbeidstøy og håndhygiene etterleves ikke (2)	Resultater fra prevalensregistreringen bør rutinemessig gjøres kjent i nivå 2-enheten.
	Manglende etterlevelse av egne rutiner for renhold av verktøy, rydding og renhold av lokaler.	Enheten bør velge to innsatsområder innen «Smittefritt» og utarbeide målsetning og handlingsplan for disse to innsatsområdene.
	Gul boks med sprøytespisser er i bruk uten lokk	Det anbefales at enhet iverksetter tiltak som sikrer: 1)Opplæring i grunnleggende smittevern 2)Smittevernet ivretas i arbeid og oppdrag i kliniske enheter.
	Skjema for «Ansettelse og gjeninntredelse etter permisjon» blir ikke sendt til HMS-senteret	
	Manglende oppfølging av stikkskadeprosedyrene slik at smitte av biologiske faktorer ikke kan utelukkes.	
	Manglende bruk av «Opplysningskjema ved ansettelse og gjeninntredelse etter permisjon» slik at smitte av MRSA og Tuberkulose ikke kan utelukkes.	
	Enheten har ikke tatt i bruk daglige sjekklister på spyledekontaminator og instrumentvaskemaskin.	
Transfusjons-virksomhet		
7	Manglende dokumentasjon og oppfølging etter registrert transfusjonsreaksjon.	8 Styrke implementeringen av foretakets overordnede prosedyrer innen transfusjon. (5)
	Tilbakerapportering av transfusjonsopplysninger i Interinfo for blodprodukter som transfunderes er ikke i samsvar med Blodforskriften (3)	Rutiner for dokumentasjon i DIPS ved transfusjoner
	Ikke gjennomført identitetskontroll ved transfusjon etter gjeldende retningslinjer (2).	Øke gjennomføringsprosenten på e-læringskurs i transfusjon.
	Ikke oppdatert versjon av prosedyre om blod og blodprodukter i Medisinsk metodebok i EK.	Undersøke tilgjengeligheten til blodposer 24 timer etter gitt transfusjon.
Forskning		
4	Ikke sendt inn sluttmelding til REK på flere avsluttede forskningsprosjekter (2)	5 Beskrivelse og lagring av egen forskningsstrategi i EK (3)
	Forskningsansvarlig fører ikke tilstrekkelig kontroll med gjennomføring og avslutning av forskningsprosjekter. (2)	Etablere rutiner for å sikre tilstrekkelig kompetanse vedrørende organisering og gjennomføring av forskningsaktiviteter.
		Dokumentere risikovurderinger som er nødvendig for å drive forsvarlig forskning.

Matsikkerhet		
6	Mangelfull kvalitetssikring og implementering av kontrollrutiner. Herunder dokumentasjon av opplæring, temperaturstyring, avvikshåndtering og rengjøringskontroll (4).	6 Oppdatering av rutine i EK for å sikre samsvar med foretakets rutiner
	System for internkontroll av matserveringen er ikke oppdatert.	Gjennomføring av risikovurdering og dokumentere tiltak i forhold til enhetens utfordringer med
	Arbeidstøy benyttes ikke ved matservering.	Gjennomføring av tiltak med henblikk på barnesikring av kjøkkenfasiliteter
		Rutiner for bruk av arbeidstøy og personlig hygiene ved håndtering av mat.
		Utarbeide driftsavtale mellom enheten og Hospitaldrift renhold som avklarer fordelingen av ansvar og arbeidsoppgaver i forbindelse med matservering.
		Enheten bør gjøre en vurdering av utforming av kjøkken og bruken av kontormøblement, for å oppnå bedre funksjonalitet og sikre et tilfredsstillende renhold.
Systematisk HMS-arbeid		
34	Mangler ved/manglende HMS-handlingsplaner (3)	27 Enhet bør vurdere tiltak for å øke svarprosent på HMS-kartlegging/systematisk gjennomgang av
	Manglende tilgjengeliggjøring av sakliste og referat til AMU-møter (3)	Mangler ved HMS-handlingsplaner (tiltaksansvarlig, tidsfrist, miljømål mv) (6)
	Manglende HMS-opplæring av ledere, verneombud og AMU-medlemmer (5)	Enheter bør vurdere tiltak for å bedre meldekultur, saksbehandling og læring fra uønskede hendelser (5)
	Mangler ved/manglende avtaler mellom verneombud og ledere (4)	Enhet bør utarbeide dokument som beskriver lokal organisering av AMU og vernetjenesten
	Manglende organisering, risikovurderinger av kjemikalier/manglende sikkerhetsdatablad (9)	Enheter bør gjennomgå hvilke styrende dokumenter innen HMS som skal være tilgjengelig i EK eller andre plattformer / bør oppdatere relevante HMS-dokumenter i EK/intranett (4)
	Manglende systematisk gjennomføring/dokumentasjon av vernerunder (3)	Enhet bør vurdere om etterlevelse av rutiner ved innkjøp av kjemikalier/vaskemidler er i samsvar med anskaffelsesrutiner
	Manglende verneombudstilgang i Synergi	Enhet bør avklare om avtrekkskap er underlagt kontrollrutiner
	Manglende oppdatering av HMS-dokumenter i EK	Enheter bør vurdere gjennomgang av risikovurdering av kjemikalier/har noen mangler ved risikovurdering av kjemikalier (2)
	Manglende tidsstyring av småelektrisk utstyr (2)	Enhet bør iverksette tiltak som sikrer trygg plassering av kaffemaskin på besøksrom
	Manglende registreringsliste for daglig sjekk av maskin knyttet til renhold og funksjonalitet	Mangler ved utfyllelse av HMS-årsrapport
	Enhet må sikre at oppbevaring av legemidler holder ønsket kvalitet i henhold til pasientsikkerhet og kassasjon	Mangler ved utfyllt avtale mellom verneombud og leder
	Manglende kjennskap til stikkskadeplakat og prosedyre	Enhet bør sikre at verneområder er avklart og oppdatert Enhet bør avklare mulighet for kildeforter av mat
Strålebruk		
1	Manglende merking av strålekilde	5 Manglende merking av rom med strålekilde (2)
		Enhet bør sammen med Strålevernansvarlig, oppdatere excel-arket, spesielt med tanke på «Lege med strålefarelig ansvar».
		Informasjon om strålebruk bør til ledelsen bør inngå i enhetens årshjul
		Enhet bør, sammen med Strålevernansvarlig, gå gjennom forventede stråledoser, slik at en kan bli enige om hvilke medarbeidere som bør/ skal bære persondosimeter.

	<b>Medisinsk utstyr (MU)</b>		
1	Manglende systematisk og dokumentert opplæring på medisinsk utstyr	1	Rutine for melding av uhell og næruhell med medisinsk utstyr bør gjøres bedre kjent i enheten.
	<b>Ergonomi og forflytning</b>		
0		0	
	<b>Smittevern ansattrelatert</b>		
4	Opplæring og undervisning innen smittevern ansatte, er ikke systematisk fulgt opp i enheten	1	Enheten bør utarbeide oversikt over medarbeidere som har fått tilbud om hepatitt B-vaksine.
	Manglende kartlegging av hvilke risikoområder som finnes i forhold til ansattssikkerhet. Risikovurderinger er ikke skriftliggjort.		
	Medarbeidere ved enhet gjennomfører ikke hele rutinen for stikkskader (kutt/sprut/bitt/blodsøl), slik at smitte av biologiske faktorer fra kildeperson til medarbeider kan utelukkes.		
	Manglende systematisk bruk av «Opplysningsskjema ved ansettelse og gjeninntredelse etter permisjon»		
	<b>Vold og trusler om vold</b>		
3	Manglende dokumentert risikovurdering av vold og trusler om vold	0	
	Ikke i tilstrekkelig grad implementert prosedyre vold og trusler om vold		
	Ikke avsatt tid til opplæring eller trening når det gjelder vold og trusler om vold		
	<b>Brannvern</b>		
0		5	Manglende oppdatering av brannbøker i EK (2)
			Manglende risikovurdering av brannvern
			Det kan ta flere uker før nyansatte, vikarer og studenter får tilstrekkelig brannvernopplæring
			Hindringer i rømningskorridor
	<b>El-sikkerhet</b>		
8	Bruk av skjøteledning og småelektrisk utstyr mangler timer (4)	2	Interne el-dokumenter bør revideres og oppdateres mot overordnet dokumentasjon (2)
	Manglende opplæring/kjennskap til fargekoder på stikkontakter (2)		
	Manglende risikokartlegging/-vurdering av bortfall av elektrisk infrastruktur		
	Stikkontakter fra UPS og nødstrømsanlegg var ikke korrekt fargemerket		

## Vedlegg 2: Legemiddelinspeksjoner gjennomført av Sjukehusapoteka Vest, Avdeling for farmasøytiske tjenester

Følgende 18 avdelinger hadde inspeksjoner innen legemiddelhåndtering i 2017:

Barne- og ungdomsklinikken	Kvinneklinikken	Revmatologisk avdeling
Kirurgisk klinikk	Lungeavdeling	Øye avdeling
Medisinsk avdeling	Kirurgisk serviceklinikk	Psykiatrisk divisjon
Kreft avdeling	Klinikk for hode/hals	Nordås rehab
Hjerteavdeling	Nevroklinikken	Mottaksklinikken
Hudavdeling	Voss sykehus	Ortopedisk klinikk

Funn som ble gitt:

Emne	Avvik	Merknad
<a href="#">Legesignering/godkjenning av behovsmedisiner som er registrert av sykepleier i kurve</a>		
Manglende legesignering	11	3
<a href="#">Ordinering</a>		
Gitt legemiddel uten ordinasjon/prosedyre	29	2
Anbefaling om innføring av prosedyre		3
Mangelfull ordinasjon (tid/dose /legemiddelform)	2	2
Anbefaling ang. ordinering i kurve.		3
<a href="#">Utdeling etter generelt skriftlig direktiv (GSD) for behovsmedisiner</a>	A	M
Utdeling etter GSD praktiseres	14	4
<a href="#">Ordinering gjennom skriftlig prosedyre</a>	A	M
Mangler ved eksisterende prosedyre	12	19
Anbefaling om færre preparater i prosedyren		2
Forutsetninger for bruk av prosedyre ikke oppfylt. Prosedyre anvendes også når lege er tilgjengelig	1	
Bruker prosedyre fra annen enhet		1
Bruker utdatert prosedyre		4
Manglende prosedyre. Finnes ikke i EK/upresis formulering		3
Anbefaling om å lage ny/innføre prosedyre		1
Prosedyren ikke kjent for ansatte	5	
<a href="#">Kurveføring</a>	A	M
Manglende dokumentasjon av behovsmedisinering	17	3
Uklar kurveføring	1	1
Anbefaling ang. korrekt kurveføring (lege/sykepleier)		4
Manglende dokumentasjon av generisk bytte	1	
Mangler ved kurveføring for faste legemidler/kur-legemidler (ikke behovslegemidler)	2	3
<a href="#">Pasienters selvadministrering av legemidler</a>	A	M
Anbefaling om rutiner for oppfølging av pasient v/selvmedisinering		2
<a href="#">Opplæring</a>	A	M
Manglende opplæring/informasjon		4
<a href="#">Annet</a>	A	M
	1	1