

Patientsäkerhetsberättelse 2023

Universitetstandvården



Universitetstandvården



**Karolinska
Institutet**

Innehåll

Inledning	4
Sammanfattning	5
Grundläggande förutsättningar för säker vård	6
Engagerad ledning och tydlig styrning	6
Övergripande mål och strategier	6
Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet	6
Samverkan för att förebygga vårdskador	7
Tabell över rapporterade avvikelser	9
Informationssäkerhet	11
Strålskydd	11
En god säkerhetskultur	11
Adekvat kunskap och kompetens	13
Patienten som medskapare	13
Agera för säker vård	15
Öka kunskap om inträffade vårdskador	16
Har vården varit säker	16
Rutiner för att identifiera risker i verksamheten	17
Tillförlitliga och säkra system och processer	17
Säker vård här och nu	18
Riskhantering	18
Stärka analys, lärande och utveckling	18
Avvikelser	18
Klagomål och synpunkter	18
Tabell klagomål	19
Öka riskmedvetenhet och beredskap	20
Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden	20
Mål, strategier och utmaningar för kommande år	21
Bilaga 1. Strålsäkerhetsboks slut	23

Diarienummer	Dnr föreg. version:	Beslutsdatum:	Giltighetstid:
Dnr 1-254/2024	1-231/2023	2024-02-14	2025-02-14
Beslut:		Dokumenttyp:	
Patricia De Palma		Rapport	
Handläggs av avdelning/enhet:			
Universitetstandvården			
Revidering med avseende på:			
Årlig rapport			

Inledning

Mallen för patientsäkerhetsberättelsen utgår från lagkrav och följer strukturen för den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. I de fall lagkrav finns görs hänvisningar under respektive rubrik.

Fullständiga lagtextbeskrivningar finns i dokumentet:

Korsreferenslista för lagkrav kopplat till mallen för patientsäkerhetsberättelse.

Mallen utgår även från metodiken för systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patientsäkerhetsberättelse. Syftet med patientsäkerhetsberättelsen är att öppet och tydligt redovisa strategier, mål och resultat av arbetet med att förbättra patientsäkerheten.

Patientsäkerhetsberättelsen ska ha en sådan detaljeringsgrad att det går att bedöma hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten har bedrivits i verksamhetens olika delar samt att informationsbehovet hos externa intressenter tillgodoses.

Patientsäkerhetsberättelsen ska vara färdig senast den 1 mars varje år, finnas tillgänglig för den som vill ta del av den och den bör utformas så att den kan ingå i vårdgivarens ledningssystem för patientsäkerhet.



Källa: Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020–2024"

Mallen är framtagen inom ramen för kunskapsstyrningsorganisationen, på uppdrag av den nationella samverkansgruppen (NSG) inom patientsäkerhet, 2021-09-23.

Sammanfattning

På institutionen för odontologi och universitetstandvården, vid Karolinska Institutet (KI), utbildar vi tandläkare, tandhygienister samt forskare inom ämnet odontologi. Vi bedriver även högkvalitativ forskning, specialistutbildning och behandlar patienter vid våra specialisttandvårdskliniker.

Vi ansvarar även för en ettårig kompletteringsutbildning av tandläkare med utländsk examen från land utanför EU/EES och Schweiz, KUT.

Studenterna inom tandläkar- och tandhygienistprogrammen får sin kliniska utbildning vid universitetstandvården (i tidigare patientsäkerhetsberättelser kallat studentkliniker).

Kliniken för barn- och ungdomstandvård har avtal med Region Stockholm för allmän och specialiserad tandvård i åldrarna 0–23 år. Även kliniken för tandreglering har avtal med Region Stockholm och patienter kan välja att få behandling här.

Fokus för patientsäkerhetsarbetet under 2023 har delvis varit att processbeskriva alla kliniska rutiner, kalibrera all klinisk personal och studenter och att säkerställa att studenter och medarbetare kan arbeta på ett säkert sätt. Riskanalyser har tagits fram löpande när behov funnits vid kliniskt arbete, och åtgärdsplaner har sedan genomförts.

Utbildningen för studenterna i patientsäkerhetsfrågor har uppdaterats ytterligare genom föreläsningar och nytt upplägg för momentet journalföring i utbildningsplanerna. Dessutom har journalgranskning genomförts på alla kliniker där studenter tar emot patienter (tidigare benämnt studentklinikerna) och specialistklinikerna.

En ny rutin för remisshantering har färdigställts och rutiner för patientadministration har uppdaterats på klinikerna för vuxentandvård.

Universitetstandvården fortsatte under året 2023 med områdesansvar för olistade barn och ungdomar från västra Huddinge kommun och Botkyrka kommun.

Ett årligt strålsäkerhetsbokslut har upprättats, lärarkliniken utökades med fler medarbetare.

Totalt har vi på Universitetstandvården haft 40 671 besök, patienternas ålder har varierat mellan 0 år och upp mot 80 år.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Engagerad ledning och tydlig styrning



En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning och tydlig styrning av hälso- och sjukvården på alla nivåer.

Övergripande mål och strategier

SFS 2010:659, 3 kap. 1 § och SOSFS 2011:9, 3 kap. 1 §

Målet för patientsäkerhetsarbetet är att våra patienter ska få vård av god kvalitet, ett gott omhändertagande och bemötande som präglas av omtanke och respekt.

Vi vill genom ett systematiskt arbete med avvikelshantering, gemensamma rutiner och riktlinjer för vård, hygien och smittskydd, egenkontroll och informationssäkerhet samt tillvaratagande av patienters synpunkter uppnå minskat antal vårdskador och klagomål på vård och bemötande. Därför pågår ett ständigt förbättringsarbete vid universitetstandvården.

Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet

PSL 2010:659, 3 kap. 1 § och 9 §. SOSFS 2011:9, 7 kap. 2 § p 1

Prefekten har ansvar för all verksamhet vid institutionen för odontologi och universitetstandvården. Tandvårdschefens delegation innebär dock att hon har det samlade ledningsansvaret för den kliniska verksamheten inom universitetstandvården. Universitetstandvårdens ledningsgrupp, som består av tandvårdschefen, sex klinikchefer samt enhetschefen för klinikstöd, diskuterar regelbundet patientsäkerhetsfrågor.

Ledningsgruppen gör riskanalyser och enas om gemensamma riktlinjer och rutiner. Rutiner finns för hantering av patientavvikelser, incidentrapportering och hantering av klagomål och synpunkter från patienter och anhöriga.

Klinikchefen ansvarar för den tandvård som bedrivs inom kliniken, och att verksamheten tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet i vården. Klinikchefen ansvarar för att åtgärder vidtas och att arbetssätt ändras så att vårdskador förhindras.

Medarbetarna har kännedom om rutinerna och har ansvar att rapportera tillbud och händelser på klinikerna samt klagomål till närmaste chef.

Studenterna får kännedom om patientsäkerhet och avvikelshantering i samband med att de startar sin kliniska utbildning och har sedan ansvar för att rapportera och delta i avvikelshandlingen. Patientsäkerhetsutbildning och avvikelshantering upprepas vid terminsstart och vid behov.

Vi har sedan några år tillbaka en patientnämnd. Patientnämnden består av två specialisttandläkare, två externa allmäntandläkare från privattandvården, en handläggare och tandvårdschefen. Nämnden utreder och fattar beslut i ärenden som inte kan hanteras på klinisknivå eller av tandvårdschef. Patientnämnden går årligen igenom avvikelser, patientklagomål, patientenkäten samt patientsäkerhetsberättelsen. Patientnämnden arbetar enligt fastställda rutiner, och har under 2023 haft två sammanträden.

Samverkan för att förebygga vårdskador

SOSFS 2011:9 4 kap. 6 § och 7 kap. 2 § p 3

För vissa processer finns gemensamma rutiner för egenkontroll och för några av dessa genomförs uppföljning vid alla kliniker av en person eller arbetsgrupp. För andra processer har klinikerna i dag egna rutiner för egenkontroll. Gemensamma rutiner finns emellertid för rapportering av patientavvikelser.

Egenkontroller av remisshantering har genomförts på klinikerna. Granskning av studenternas journalanteckningar görs som ett led i lärandet och signeras alltid av legitimerad personal.

Journalgranskning enligt framtagen mall har genomförts på klinikerna som har tandläkar- och tandhygieniststudenter och på specialisttandvårdsklinikerna.

Loggkontroller av patientdata inom ramen för sammanhållen journal görs månadsvis. Loggkontroll av tandvårdsjournaler på hela universitetstandvården i journalsystemet T4 har också genomförts. Loggkontroller har också genomförts månadsvis på sjukvårdens journalsystem TakeCare där några få medarbetare har behörighet att arbeta med systemet.

På odontologisk röntgen arbetar man systematiskt med strålsäkerhetsbokslut och kalibrering av röntgenapparater. Resultaten diskuteras med sjukhusfysiker och specialister och åtgärdsplan tas fram.

Via föreskrift för läkemedelshantering tillses att rutiner följs för utdelning av smärtstillande medel, antibiotika för profylax samt användning av narkotiska preparat. Kontroll av förbrukning av narkotikaklassade läkemedel görs på den klinik där preparaten används.

Systematisk genomgång av förbrukningsmaterial i förråd görs regelbundet. Kontroll av hårdljuslampor görs på samtliga enheter enligt särskilt protokoll. Vattenprover för att säkra kvaliteten på vattnet i unitarna tas årligen.

Sterilcentralen har skriftliga rutiner för kontroll av alla maskiner och UPQ (upprepad prestandakontroll) utförs årligen på diskdesinfektorer och autoklaver. Detta görs på samtliga diskdesinfektorer inom universitetstandvården. Rutin för spårbarhet av sterilt gods tillämpas. Avvikelse rapporteras och åtgärdas. Vattenprover är tagna och tre unitar uppvisade för höga värden. Klinikcheferna underrättades och felsökning med åtgärder av de fel som hittades är utförda. Nya vattenprover är tagna.

Tabell över rapporterade avvikelser:

Avvikelse	2023	2022	2021	2020
Anmälan till patientnämnd	16	10	1	2
Bild/remissvar/bilaga i fel journal	2		12	2
Brister i handledning			1	
Bärare av kanyl och ampull isär				1
Ej följt hygienrutiner/rutiner	11	24	20	7
Fel tand behandlad/ åtgärdad				2
Filfraktur	1		6	3
Frakturerad tand vid preparation				
Frakturerat instrument/klammer	1			5
Fyllningsmaterial/annat i studentens öga	1		2	
Fyllningsmaterial i patients öga				
Fördröjd behandling	1	2		2
Försenad diagnos			1	1
Kommunikationsproblem		18	10	
Komplikation under behandling	1	3	4	5
Kvarglömd pellets/tråd				
Lossnad borrh/Scaler		3		1
Läst journal utan att skriva daganteckningar		14		1
Nedsvält föremål		1		
Perforation vid preparation pelare		1	1	
Perforation vid preparation rotbehandling		1	7	1
Pulpaläsion		10	6	
Röntgen tagen innan avbondning- patient				
Röntgen, ökad strålning för patient/student			4	2
Stickskada	11	12		
Sårskada	2	4	1	4
Sårskada läpp	2		3	1
Trasigt röntgenrör				1
Total	49	103	79	41

Antalet rapporterade avvikelser var 49 vilket är 54 färre än 2022. En förklaring till minskat antal avvikelser kan vara att under 2023 hade vi fler kalibreringsmöten med tjänstgörande personal på studentklinikerna och specialisttandvården. Det visar på att det finns en ökad medvetenhet om vad en avvikelse är, och om vad som skall rapporteras som en avvikelse och det som hör till andra kategorier av incidenter.

Den vanligaste avvikelsen var att hygienrutinerna och de vanliga klinikrutinerna inte följts korrekt. Hygienrutinerna uppdaterades under 2023 och kontroller görs regelbundet för att se om dessa efterlevs. Kontrollerna rapporteras till klinikcheferna och avvikelserna presenteras på varje klinik vid befintliga klinikmöten. Information om basala hygienrutiner har funnits på våra informationsskärmar och på vårt intranät s.k. Unitand.

Föreläsning om patientsäkerhet har hållits för nya studenter på termin 3, som börjar på kliniken. Syftet har varit att informera om patientsäkerheten, patientsäkerhetslagen (PSL), basala hygienrutiner och regler att följa på kliniken. Det har varit en medveten strategi för att medarbetare och studenter ska fortsätta att arbeta med patientsäkerhet på alla nivåer.

Endast 1 filfraktur rapporterats under 2023. Studenterna har haft möjlighet att fortsätta att mängdträna på simulatorerna och övergången från övningsmiljö till riktig patient har blivit enklare och mindre riskfylld.

Röntgenavvikelser redovisas separat i strålsäkerhetsbokslutet (bilaga 1).

Övriga kommentarer:

- Ett omfattande strömavbrott skedde under senare del av höstterminen. Det innebar att studenter och medarbetare inte kunde läsa journaler, komma åt viktig information – vilket ledde till att flertalet patienter tvingades skickas hem.
- Behandlingsstolarna på plan 7 har ofta gått sönder under hösten 2023 vilket har påverkat behandlingen.
- Brist på material i ett antal läkemedel, till exempel antibiotika, smärtstillande och bedövningsmedel. Det har många gånger varit oklart om när dessa kan levereras till kliniken p.g.a. situationen i omvärlden.

- Elva stickskador bland studenter och medarbetare anmäldes till vårt incidentrapporteringssystem.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Generell IT-säkerhet hanteras av IT-chefen och de säkerhetssystem som tillhandahålls av KI.

Riskanalys för journalsystemet görs i dialog mellan systemförvaltare, IT-sektionen och styrgruppen.

Enbart behöriga har tillgång till patienters journaler och risker har beaktats vid tilldelning av behörigheter. Access till journalsystemet ges individuellt med lösenord.

Sekretessförbindelse gällande patientdata har även undertecknats av alla studenter och all personal.

Loggning av journaler sker automatiskt på detaljerad nivå, sammanställs av systemförvaltaren och rapporteras till tandvårdschefen.

Riktlinjer finns för hur patientdata ska hanteras inom lagar och förordningar. Sådana finns även för hur patientdata får hanteras i samband med examensarbeten och andra forskningsprojekt.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Ett årligt strålsäkerhetsbokslut har upprättats (Se bilaga 1).

En god säkerhetskultur

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1–2

Under 2023 genomfördes processbeskrivningar på många av våra vanliga rutiner för att säkerställa att rutinerna inte är beroende av en person utan det finns beskrivningar på när, hur och om vissa processer ska göras, dessa processer är i sin linda och vi fortsätter att arbeta med dem under 2024.

Kontinuerliga riskanalyser för att förhindra stress, arbete vid graviditet gjordes vid behov.

- Vi återgick till ett mer normalt väntrumsbeteende då vi hade mycket hårda restriktioner p.g.a. covid 19 under 2020, 2021 och 2022, då vi uppmanade patienter att komma ensamma och att de absolut inte fick ha medföljare, till exempel p.g.a. rörelsehinder.
- Handsprit fortsatte att placeras i väntrum och vissa korridorer.
- Regelbundna avstämningar med smittskydd Stockholm fortsatte att hållas då behov har funnits.
- Tandvårdschefen har haft avstämningar med övriga lärosäten gällande patienttillgång, materialtillgång, läkemedelstillgång mm.
- Översyn av rutiner för inskrivning och utskrivning av patienter med vårdbehov gjordes.
- Rutiner har uppdaterats ytterligare för hantering av patientklagomål. Alla patientklagomål följs upp från början till avslut.
- Påminnelse om klagomålsrutinen har gått ut till alla medarbetare och studenter, om att klagomål som lämnas till reception ska skannas och lämnas vidare till tandvårdschefen som fördelar klagomålet till respektive klinikchef, för att säkerställa att patientens klagomål hanteras rätt.
- Kliniska rutiner, rutiner för avvikelser/incidenter och viktiga länkar uppdateras kontinuerligt och publiceras på en för alla studenter och behandlare, tillgänglig hemsida.
- Tandläkarstudenterna har fortsatt att arbeta i par även på termin 9 och 10, så att de alltid arbetar med assistans. Även tandhygieniststudenterna på termin 1 till 5 har arbetat i par.
- De fyra simulatorerna (digitala verktyg som introducerades för några år sedan) har fortsatt att användas. Detta medför att det blir ett steg mellan att öva på plasttänder och att ha patient.
- Narkosrum har använts regelbundet så att de patienter som behöver narkos ska kunna få det, detta i ett led av tillgänglighet och jämlik vård.
- Datorerna på klinikerna har fortsatt att bytas ut till nyare modeller.
- Rutin för att säkerställa att alla medarbetare deltar i obligatoriska utbildningar i HLR och brand har implementerats.

- 21 klagomål från patienter har inkommit under året, varav 17 har hanterats och avslutats av klinikchefer och tandvårdschef. Fyra klagomål är fortfarande under beredning.
- Fortsättning av käkkirurgisk verksamhet på specialistkliniken.
- Totalt har vi på Universitetstandvården haft 40 671 besök, patienternas ålder har varierat mellan 0 år och upp mot 80 år.

Adekvat kunskap och kompetens

En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.



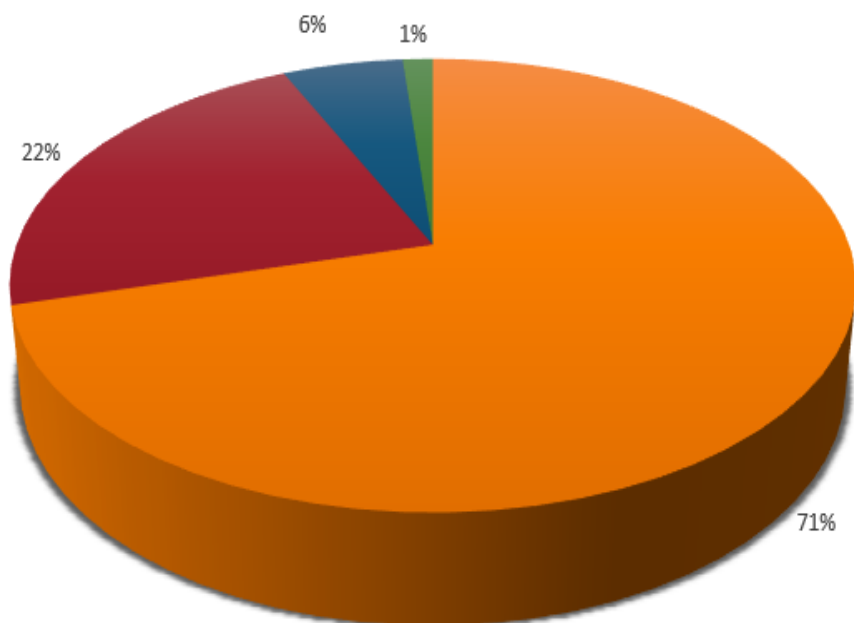
Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4 §

På Universitetstandvården gjordes två enkätundersökningar under 2023, en undersökning på våren och en på hösten. Resultatet av enkäten visar att patienterna är nöjda med behandling 93 % (80 %), bemötande 95 % (83 %), och kontakt 82 % (60 %).

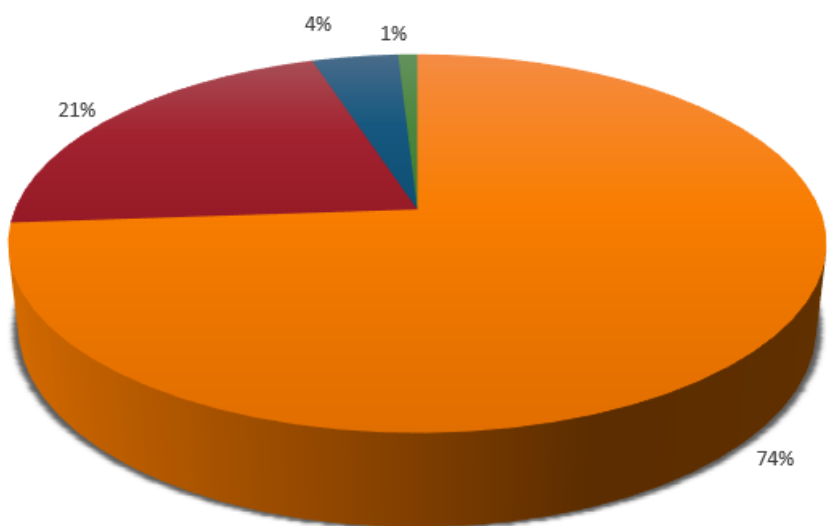


Hur nöjd är du med dagens behandling?



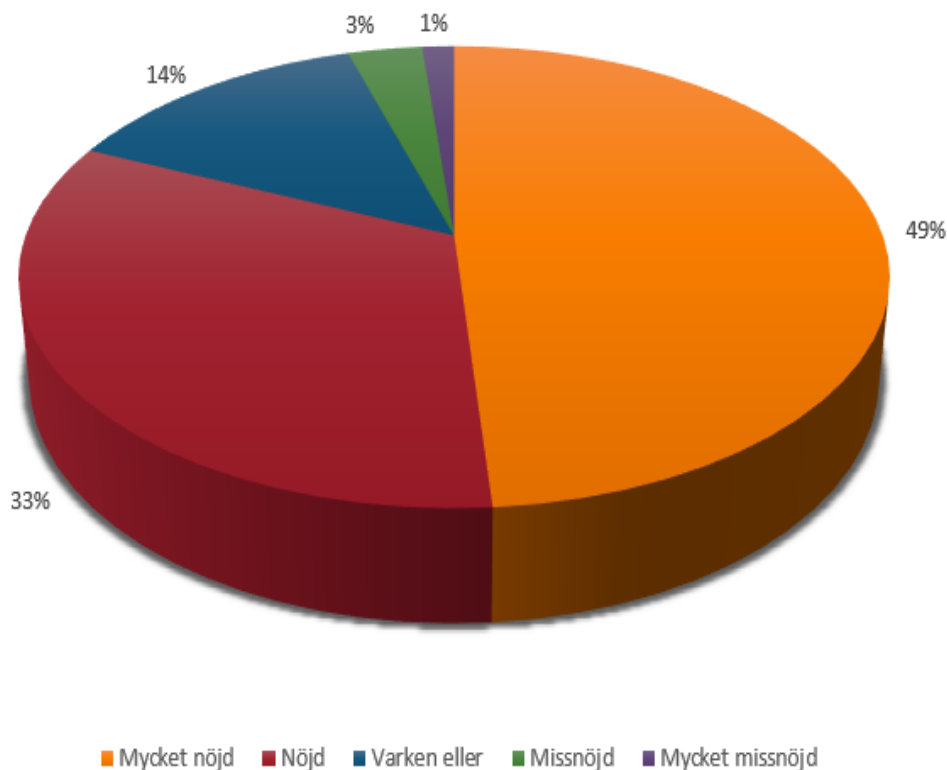
■ Mycket nöjd
 ■ Nöjd
 ■ Varken eller
 ■ Missnöjd
 ■ Mycket missnöjd

Hur nöjd är du med bemötandet från oss idag?



■ Mycket nöjd
 ■ Nöjd
 ■ Varken eller
 ■ Missnöjd
 ■ Mycket missnöjd

Hur nöjd är du med möjligheten att kontakta oss/nå oss?



En uppdaterad rutin för klagomålshantering infördes med syfte att kunna få in klagomål från patienterna. Klagomål hanteras enligt skriftliga rutiner, vid skriftliga klagomål lämnas skriftliga svar till patienterna men också muntliga om så krävs.

Agera för säker vård

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2.

PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

Avvikelse som konstaterats vid loggkontroll i journalsystemet T4 har hanterats av tandvårdschefen.

Årlig kvalitetskontroll av 48 av 49 intraorala röntgenapparater kontrollerades, varav 19 är nya apparater, mer information under bilaga 1. Panoramaröntgen, 2 av 2 utrustningar kontrollerades och de fel som hittades har justerats. CBCT visade inga avvikelser. På odontologisk röntgen har vi utrustat och öppnat ett extra röntgenbås, upphandlat sensorer och CBCT.

Strålsäkerhetsutbildningen är numera digital och finns tillgänglig i Canvas. Både en svensk och engelsk version är framtagen. Administratören för respektive klinik/avdelning skickar ut inbjudan till berörda personer. Utbildningen är obligatorisk och ska upprepas vart tredje år. Under 2023, då endast en svensk version fanns tillgänglig, genomförde 91 av 176 möjliga personer utbildningen.

Egenkontroller av remisshantering visade att hanteringen har förbättrats. Bland annat på klinikerna för vuxentandvård, då det blivit ett tydligare flöde från remitterande klinik till mottagande klinik mellan dessa kliniker.

Resultatet av journalgranskningen på klinikerna för vuxentandvård, barntandvård och specialisttandvård har redovisats för berörd personal och förbättringsförslag har tagits fram och genomförs.

Ett antal avvikelser har konstaterats vid hygienronder. Resultatet återkopplas till ledningsgruppen och skriftligt till klinikcheferna som återkopplar till sina medarbetare och påminner om vikten av följsamhet till hygienrutinerna.

Tre vattenprover visade anmärkningar och hanterades enligt rådande rutiner.

Inga avvikelser vid kontroll av UPQ har heller konstaterats.

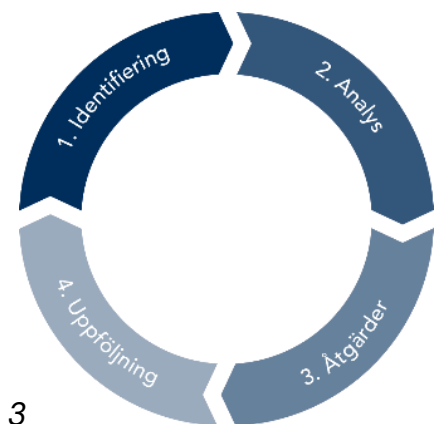
Öka kunskap om inträffade vårdskador

SOSFS 2011:9 7 kap. 2 § sista stycket. HSLF-FS 2017:40 3 kap. 1 §. PSL 2010:659 3 kap. 3 §

Har vården varit säker

Personalen anmäler avvikelser till IA-systemet. IA-systemet är ett webbaserat systemstöd för risk-, incident- och avvikelserapportering, vi får anmälan elektroniskt, ansvarig chef utreder och åtgärdar. Tandvårdschef handlägger och avslutar ärenden.

Klagomål kan lämnas skriftligt till receptionist, personal på studentexpeditionen, direkt till berörd behandlare eller student, till klinikchef, patientnämnd eller tandvårdschef. Informationen till patienterna om detta har uppdaterats.



Varje klinik sammanställer tillbud och avvikelser och rapporterar till tandvårdschefen. Tandvårdschefen sammanställer och analyserar resultatet och identifierar förbättringsområden tillsammans med klinikcheferna och enhetschefen i ledningsgruppen.

Rapporter som gäller behandling på den egna kliniken återrapporteras regelbundet till berörd personal.

Patientsäkerhetsberättelsen publiceras på universitetstandvårdens webbsajt på ki.se och klinikcheferna går därefter igenom den med sina medarbetare.

Verksamhetsberättelse för kliniken för barn- och ungdomstandvård och tandreglering upprättas årligen.

Apoteket gör kontroller av läkemedelshanteringen på barn- och ungdomstandvårdskliniken.

Universitetandvården samverkar även med Karolinska sjukhuset i Huddinge vid akuta sjukdomstillstånd, rutin finns för att tillkalla akutteam från sjukhuset via direktnummer.

Rutiner för att identifiera risker i verksamheten

SOSFS: 2011:9, 5 kap. 1 §

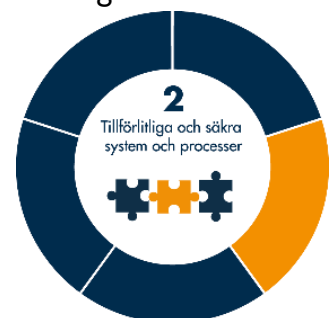
Universitetstandvårdens ledningsgrupp gör årligen en riskanalys för patientsäkerheten med åtgärdsplan och åtgärder vidtas.

Vidare ska riskanalyser göras årligen på samtliga kliniker och enheter. Alla tillbud och avvikelser analyseras och åtgärder vidtas. Varje klinik rapporterar till tandvårdschefen som ansvarar för att sammanställa avvikelser för universitetstandvården och rapportera till ledningsgruppen och patientnämnden, för att sprida kunskapen.

Tillförlitliga och säkra system och processer

Universitetstandvården fortsätter sitt arbete med att förebygga vårdskador, genom att utföra riskanalyser på organisations- och klinisknivå och genom att genomföra återkommande hygienronder.

Universitetstandvårdens lärarklinik har under 2023 utökat antal medarbetare och öppettider. Lärarkliniken bemannas av personal som delar sin tjänst mellan undervisning och klinisk verksamhet. Detta medför att vi kan erbjuda vård även till de patienter vars vårdbehov inte passar för



behandling på studentkliniken. Dessutom kan våra medarbetare bibehålla och utveckla sin kliniska färdighet. Vi erbjuder alla Karolinska Institutets medarbetare möjlighet att vara patienter hos oss på arbetstid.

Alla kliniker har under senare del av 2023 infört digital plattform för patientkontakt, ACE i stället för TeleQ. Övergången har inneburit svårigheter för personalen men framför allt har vi haft svårt att nå våra patienter.

Uppföljning av antibiotikaförskrivning på klinisknivå är ytterligare en aktivitet som vi genomför regelbundet.

Säker vård här och nu

Riskhantering

SOSFS 2011:9, 5 kap. 1 §, 7 kap. 2 § p 4

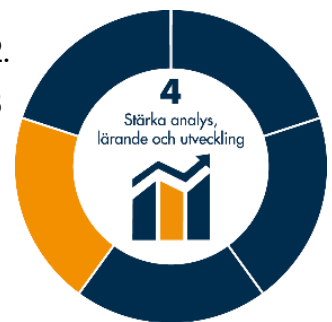
Riskanalyser om blod-, kontakt- och droppsmitta följdes upp och uppdaterades på hemsidan.



Stärka analys, lärande och utveckling

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §. SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5
Antalet rapporterade avvikelser var 49 vilket är 54 färre än 2022. En förklaring till minskat antal avvikelser kan vara att under 2023 hade vi fler kalibreringsmöten med tjänstgörande personal på studentklinikerna och specialiststandvården. Det visar på att det finns en ökad medvetenhet om vad en avvikelse är, och om vad som skall rapporteras som avvikelse och det som hör till andra kategorier av incidenter.



Röntgenavvikelser redovisas separat i strålsäkerhetsbokslutet.

Klagomål och synpunkter

SOSFS 2011:9, 5 kap. 3 §, 3 a § och 6 §, 7 kap. 2 § p 6

Klagomål hanteras enligt skriftliga och uppdaterade rutiner. Vid skriftliga klagomål lämnas skriftliga svar till patienterna men också muntliga om så krävs.

På Universitetstandvården gjordes två enkätundersökningar under 2023, en undersökning på våren och en på hösten. Resultatet av enkäten visar att

patienterna är nöjda med behandling 93 % (80 %), bemötande 95 % (83 %), och kontakt 82 % (60 %).

Tabell klagomål

Klagomål - tandvård - ärenden					Skicka dokument till registrator för Dnr	Skapa mapp Klagomål i T4, lägg in dok.	Svarsbrev till patient (att mottagit ärende)	Ärende som EJ behöver diarieföras (av enklare karaktär)	TV-chef bedömt vilken avd. ärendet ska det till	Handläggande klinik	Typ av problem	Handläggning av ärende: klinikchef eller tv-chef	Svar från klinikchef för granskning av tv-chef	Bifoga yttrande och/eller ev. andra bilagor till mapp klagomål i T4, samt signera	Svar inkl. Dnr till patient, via papperspost	Meddela registrator avslutat ärende, bifoga yttrandet med Dnr	Mail till ki-chef och tv-chef att ärendet är avslutat, samt datum
Datum	Personnummer	Namn	Dnr	PID													
230116			na		-	X	?	X	X	-	Partnskriven igen, och har tid bokad, vi avslutar ärendet	tvc	-	-	na	-	230107
230201			na		-	fms	X	X	X	POS	Vill besända faktura	KC	molemppe	X	X	na	230922
230301			na		-	X	X	X	X	OD	Tycker att endodontisk behandling på UK är för dyr. Vill besända faktura	KC	molemppe	X	X	na	230922
230306			na		-	X	X	X	X	Spec	Ifrågasätter rutiner när det gäller att remittera patient till spec	KC	X	X	X	-	230526
230317			na		-	fms	X	X	-	Spec	Känner sig illa behandlad	KC	X	X	na	-	230619
230323			na		-	fms	X	X	X	Kut	Dålig tillfällig protes, lång tid innan den ord protesen klar	KC	X	X	na	-	230619
230405			na		-	X	X	X	X	OR	Omhöret krona efter nystättning. Parcsia komma på åb och rå den slöpad lre. Mariee återkommer när patient väntar på kliniken.	KC	X	X	X	na	230922
230424			na		-	fms	-	X	-	OR	Tycker att det inte finns kontinuitet i beh. Låder av skickat mail, PDP ska besluta hur hanteras -> endast svar via mail (fåget stände).	KC	molemppe	X	X	na	230922
230725			na		-	X	X	X	X	POS	Tycker att det inte finns kontinuitet i beh. Låder av skickat mail, PDP ska besluta hur hanteras -> endast svar via mail (fåget stände).	KC	molemppe	X	X	na	230922
230814			na		-	-	-	-	X	na	Bestriker faktura, vilseledande prisinformation.	KC	na	na	na	230913	
230906			2-3433/2023		X	X	X	-	X	ORT	Klagomål på behandling	KC	X	X	X	X	230913
230731			na		-	X	X	X	X	POS	Klagomål på en viss studens ärende, mycket illdande	KC	X	X	X	-	
230903			2-350/2024		X	X	X	-	X	POS	Problem med endo, samt skuld	KC	X	X	X	-	240122
230908			na		-	fms	X	X	X	Spec	Vill ej ha bedömning, klagar på beh att den är dålig och dyr.	KC	X	X	X	-	231013
230919			na		-	X	X	X	X	na	Bro som lossnat, ej fått åtgärdat. Endast stud som undersökt. Vill ha återmail - fine samtal. Bättre kommunikation och tydligare svar på frågor. Vill ha tydligare svar på frågor. Vill ha tydligare svar på frågor. Vill ha tydligare svar på frågor.	tvc	-	X	-	-	231011
231001			na		-	fms	-	X	X	tvc	Beh till slutat, fått certifiera del. Pat överras av Niels/Agnesa	tvc	-	X	X	-	231011
231003			na		-	fms	-	X	X	tvc	Beh till slutat, fått certifiera del. Pat överras av Niels/Agnesa	KC	X	X	X	-	231011
231030			2-4446/2023		X	X	X	-	-	ORT	Klagomål på lång och påfrestande beh. Vill ej betala påna ålder.	KC	X	X	X	X	231116
231109			2-4445/2023		X	X	X	-	-	ORT	Klagomål på lång och påfrestande beh. Vill ej betala påna ålder.	KC	X	X	X	X	231122
231127			2-4974/2023		X	X	X	-	X	Spec	Rörighet i kommunikation. Bestriker faktura.	KC	X	X	X	X	
231204			na		-	X	X	X	X	POS	Ekonomiskt ärende	KC	X	X	X	X	

Öka riskmedvetenhet och beredskap

Alla delar av vården behöver planera för en hälso- och sjukvård som flexibelt kan anpassas till kortsiktigt eller långsiktigt förändrade förhållanden med bibehållen funktionalitet, även under oväntade förhållanden. I patientsäkerhetssammanhang beskrivs detta som resiliens.



Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden

Vi har under prekliniska kurser haft möjlighet att öva på docka, och nu med etableringen av digitala simulatorer i utbildningen ser vi att antal allvarliga vårdskador minskar. Det avser vi att fortsätta att arbeta med.

Studenterna bokar det digitala verktyget efter behov av övning eller när en patient uteblir.

Vid varje terminsstart ska vi fortsätta med att vidareutbilda våra medarbetare och studenter inom patientsäkerhet.

Riskanalys gällande patientsäkerhet kommer alltid att genomföras om eller när behovet uppstår.

Viktiga händelser under 2023

- Vi avslutade den gamla utbildningsplanen vårterminen -23 och under höstterminen -23 gick enbart den nya utbildningsplanen på tandläkarutbildningen.
- ATK, allmän tandvårdsklinik, implementerades under hösten 23 för termin 9.
- Jourverksamheten/akuten omstrukturerades.
- Inskrivningen omstrukturerades och togs bort från studenternas undervisning. Den är nu en helt separat enhet och sköts enbart av lärare.
- Oral diagnostik lades ner och verksamheten flyttades till övriga kliniker på vuxentandvård (prevention och sjukdomsbehandling, oral rehabilitering och klinikstöd).
- Införande av processbeskrivningar påbörjades.
- Upphandling för digital beställning av tandteknik avslutades.
- Utökad digitalisering på preklinik med 2 nya storbildsskärmar och visningskamera.
- Infört prepcheck som ett obligatoriskt moment så studenter får en rättvis bedömning av lärare vid preparation av plaständer.

- Vi har gjort arbetskort till simulatorerna, dessa finns nu tillgängliga på alla sektioner när studenter får utbildning eller sent återbud.
- Det var första gången som studenter enligt nya utbildningsplanen gick kursen i ortodonti (vårterminen) och allmäntandvårdsklinik barn (höstterminen).
- En grupp med 6 postgrad
- uate studenter tog examen i augusti.
- En ny grupp av 6 postgraduate students började i november–december.
- Alla tandsköterskor /ortodontiassistenter på tandställningsklinik har varit och auskulterat på en annan ortodontiklinik.
- Första omgången av ortodontiassistent utbildningen har genomförts.
- En diplomkurs i ortodonti har genomförts under hösten.
- Sterilen har fått kylfläktar utbytta under sommaren.
- Arbete med E- kommunikation påbörjades.
- Arbete med att bli sökbar på 1177 påbörjades.
- Inköp av fantomhuvuden till röntgen för att kunna öva panoramabildtagning för tandläkarstudenter på grundutbildningen.
- Inköp av 10 st. intraorala bildtagningsmaskiner monterade på vägg för röntgen, och 4 st. för Specialistkliniken/Lärarkliniken monterade på unit. För Specialistklinikens del är samtliga röntgenarmar utbytta och nya.
- Införskaffning av programvara som möjliggör för tandläkare och tandtekniker på kliniken att designa konstruktioner digitalt och vidare planera så man sedan går vidare med att framställa printade konstruktioner in house.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Universitetstandvården fortsätter sitt arbete med att förebygga vårdskador, genom att utföra riskanalyser på organisations- och kliniknivå och utbilda personal inom patientsäkerhet enligt Socialstyrelsens utbildning.

Universitetstandvården genomför löpande anpassningar efter behov och andra yttre omständigheter.

Universitetandvården avser att öka användningen av digitala verktyg genom att bland annat köpa ytterligare flera scanners för avtryckstagning och fortsätta utveckla rutiner för bedömning av studenter kliniska kompetens, genom at utöka användning av Work Based Assesment (WBA).



Patientenkäterna fortsätter att marknadsföras och blir tillgängliga en längre tid, både digitalt och analogt.

Vuxentandvårdens kliniker fungerar bra gällande klagomål, men på barn- och ungdomstandvård samt tandreglering behöver vi göra rutinen mer känd.

Bilaga 1. Strålsäkerhetsbokslut

Årligt strålsäkerhetsbokslut för DENTMED och UNITAND 2023

2024-01-24

Närvarande: Sophia Arledal (RALF), Nils Kadesjö (Strålningsfysikalisk Ledningsfunktion), Joannis Grigoriadis (klinikchef), Patricia de Palma (tandvårdschef)

Dagordning

1. Årlig redogörelse

- Strålsäkerhetsutbildning
- Kvalitetskontroll av röntgenutrustning
- Strålskärmning
- Strålningsrelaterade avvikelser

2. Uppföljning av föregående års åtgärdsprogram

- Strålsäkerhetsutbildning på engelska.
- Uppdatera rollerna i strålsäkerhetsorganisationen.

3. Åtgärdsprogram och mål för det kommande året

- Utredda problemet med exponeringar där bilden sparats i Romexis.
- Säkerställa att personalen går webbaserad strålsäkerhetsutbildning.
- Revision av rutiner för röntgen och strålsäkerhet.

4. Förnyande av tillstånd och anmälan av utrustning.

5. Revision av styrande och redovisande dokument

6. Förslag på ändringar i strålskyddsorganisationen

7. Övriga frågor

Årlig redogörelse

Strålsäkerhetsutbildning

- Strålsäkerhetsutbildningen är numer digital och finns tillgänglig i Canvas. Både en svensk och engelsk version är framtagen. Administratören för respektive klinik/avdelning skickar ut inbjudan till berörda personer. Utbildningen är obligatorisk och ska upprepas vart tredje år. Under 2023, då endast en svensk version fanns tillgänglig, genomförde 91 av 176 möjliga personer utbildningen. Patricia kommer lyfta frågan på klinikchefsmöte och be alla chefer påminna sin personal att de som inte gick kursen under förra året måste gå den under 2024. Det bör också stå i inbjudan att utbildningen ska genomföras vart tredje år. Eftersom upplägget var nytt och vi inte riktigt visste hur vi skulle göra i Canvas, kunde en person som redan gått kursen åter få en påminnelse. Sophia och Maria R får jobba vidare med det under året.

Kvalitetskontroll av röntgenutrustning

Se bilaga 1.2 för sammanställning över kontrollerna och mätprotokoll.

- Intra-oral röntgen:
48 av 49 utrustningar kontrollerades. Varav 19st av nya apparater.
3st apparater underkändes. Dessa 3 tillhör de 6 återstående apparaterna från 2001.
1st apparater vid röntgenkliniken kontrollerades för sent.

Nils tror att de underkända apparaterna dels är för gamla, dels används för sällan och antingen får de kasseras eller användas regelbundet. Joannis lyfter frågan med Mariel och Daniela (klinikchefer) om att en ny rutin för regelbundna exponeringar behöver införas. Då apparaterna är gamla och en anmälningsavgift för delar av maskinparken, där de 6 apparaterna ingår, ska förnyas 2024-05-25 får klinikcheferna överväga om det är bättre att innan dess köpa in nya intraorala röntgenapparater. Nya kommer inte att vara lika känsliga för sällananvändning som de gamla.
Att en intraoral röntgenapparat kontrollerades för sent berodde på att röntgenbåset vid tidpunkten för kontroll var upptaget.

Panoramaröntgen:

2 av 2 utrustningar kontrollerades.

I den ena apparaten har Sophia upptäckt ett återkommande fel där bilden, trots korrekta inställningar, blir något bredare på ena sidan. Detta leder till överlappningar och distorsion och gör bilden svårare att tolka. Nils har kontrollerat och kalibrerat apparaten och inte kunnat hitta några mätbara fel. Problemet kvarstår dock och kan både ses och uppmätas i den exponerade bilden. Diskussion om vi ska be Plandent (leverantören) kontrollera apparaten eller om vi ska avvakta en ny upphandling för panorama. Sophia föreslår avvakta, då apparaten är mer än 10 år gammal och mycket välanvänd. Nils kan vid behov ta fram antalet exponeringar som utförts. Panoramamaskinen används både till grundutbildningens och specialistklinikens patienter.

CBCT:

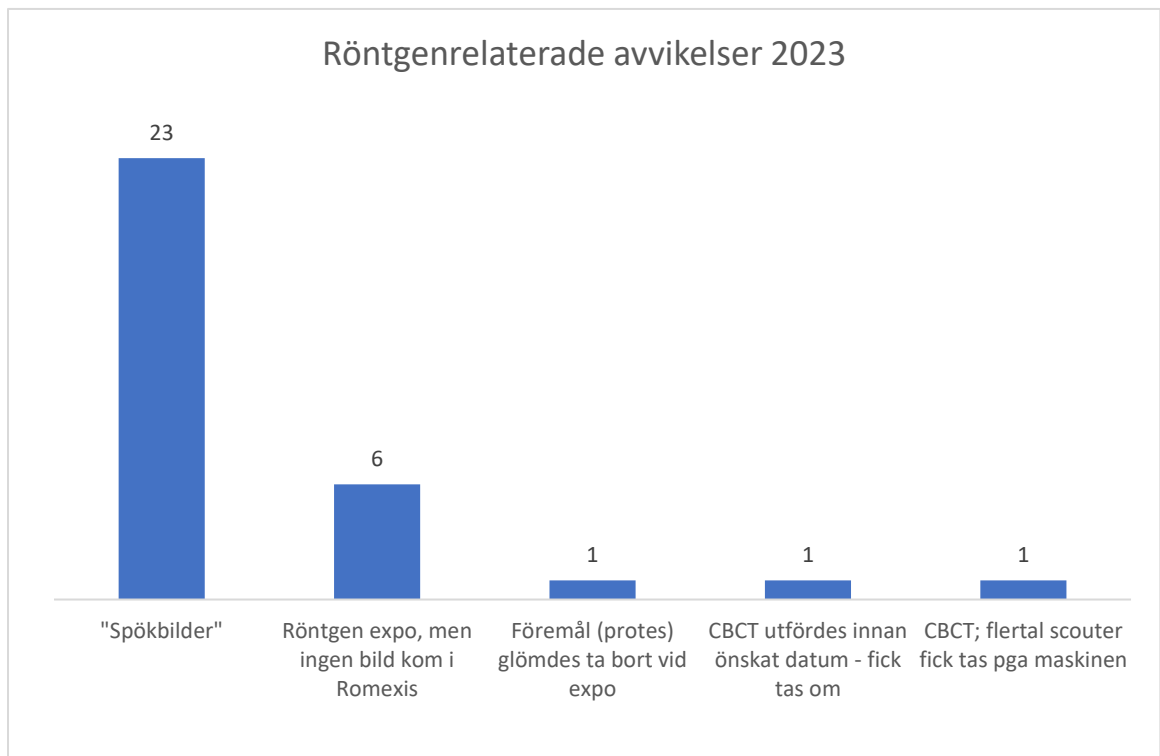
1 av 1 utrustningar kontrollerades.

Samtliga mätvärden var ok och utrustningen godkändes för kliniskt bruk.

Dock är CBCT-maskinen väldigt gammal och sliten och riskerar att gå sönder när som helst. Maskinen har sedan föregående år mekaniska problem med positionering i höjdlid. Den har servats av leverantören men vissa problem kvarstår och skulle kräva ett stort utbyte av mekanik, vilket inte bedöms motiverat för en utrustning som är i slutet av sin livslängd. Sedan föregående år har ett nytt missljud tillkommit vid exponeringar. Källan till ljudet har inte kunnat identifierats, och skulle kunna innebära en risk för att utrustningen havererar. Upphandling av ny CBCT pågår.

Önskemål finns att Nils, Sophia, Tobias och Lina ska ha administratörsbehörighet till Romexis. Patricia vill ha en riskanalys gällande att fler ska få administratörsbehörighet.

- *Strålskärning*
Inga förändringar eller nyinstallationer
- *Strålningsrelaterade avvikelser*



Spökbilder är ett känt problem där intraorala röntgensensorer läses ut innan exponering. Antagligen orsakas detta av glapp i kabeln till sensorn. Det utgör ingen direkt strålsäkerhetsrisk, men stör och fördröjer röntgenundersökningen. Rekommendationen är sedan tidigare att sensorer med detta problem ska ersättas. Ett problem, både ekonomiskt och ur miljösynpunkt, är att sensorerna sällan kan lagas utan vi måste köpa nya. Nils och Sophia, som brukar delta i ett årligt samverkansmöte med sjukhusfysiker och odontologiska radiologer från hela Sverige, tar upp frågan vid nästa möte för att höra om andra kliniker har tips på om det finns någon som kan reparera eller om de har någon annan lösning.

Röntgenexponering men ingen bild kom i Romexis är en ny kategori som inte uppmärksammats tidigare år. Då detta har rapporterats 6 gånger tycks problemet vara återkommande, och innebär en strålsäkerhetsrisk och potentiellt en patientsäkerhetsrisk. Vi rekommenderar att utreda orsaken och åtgärda problemet blir en punkt i åtgärdsprogrammet för 2024. Nils och Sophia är ansvariga.

Nils kontrollerar om han själv kan komma åt "borttappade" bilder (troligen behövs administratörsbehörighet) och om Plandent har en lathund hur man gör. Det kan finnas en tidsbegränsning hur länge en röntgenundersökning finns kvar lokalt i anslutning till röntgenapparaten, sannolikt minst en månad, för att inte hårddisken ska bli full.

2. Uppföljning av föregående års åtgärdsprogram

- *Strålsäkerhetsutbildning på engelska* **Klar**
Strålsäkerhetsutbildningen i Canvas har översatts till engelska och textats på engelska.
- *Uppdatera rollerna i strålsäkerhetsorganisationen.* **Klar**
Rollerna RALF, Strålsäkerhetsombud och Metodansvarig tandsköterska har uppdaterats för att stämma överens med verkligheten och uppfylla krav från KI:s centrala strålsäkerhetsorganisation.

RALF: Uppdragsmall har tagits fram i samråd med KIs Strålskyddsexpert och Prefekt DENTMED. Uppdraget är signerat och diariefört.

Strålsäkerhetsombud: Uppdraget ändrat till "Röntgenombud" för att skilja det från "Strålskyddsombud" som är en roll i KIs centrala strålskyddsorganisation. Två uppdragspunkter har tagit bort: 1. Instruera metodansvariga tandsköterskor i handhavande och undersökningsmetoder. 2. Medverka i framtagandet av utbildningsplaner inom röntgendiagnostik.

Metodansvarig tandsköterska: Uppdraget har ändrats till "Kontaktperson (strålsäkerhet)" och uppgifterna begränsats till:

1. Se till att det finns exponeringslista och andra relevanta instruktioner vid utrustningen.
2. Kontrollera att det finns thyroidea-skydd vid röntgenutrustningen.
3. Delta i utredningar av strålningsrelaterade avvikelser. Tillse att avvikelser rapporteras enligt mall och lämnas till röntgenombud.
4. Vara kontaktperson mellan sin klinik och resten av strålskyddsorganisationen. (Årliga strålsäkerhetsmöten har tagits bort.)

3. Åtgärdsprogram och mål för det kommande året

- *Utreda problemet med exponeringar där ingen bild sparats i Romexis.*
Ett flertal (6st) avvikelser har anmälts under 2023 där exponeringar gjorts utan att röntgenbilder sparats. Detta är en tydlig ökning från tidigare år och innebär både en strålsäkerhetsrisk och potentiellt en patientssäkerhetsrisk. Orsaken behöver utredas och åtgärdas. Åtgärds punkten ligger på Nils och Sophia. Se punkt 1.2. för mer detaljer.
- *Säkerställa att personalen går webbaserad strålsäkerhetsutbildning*
Endast 91st av 176 anmälda har gått den webbaserade strålsäkerhetsutbildningen. Delvis

så kan detta förklaras av att den engelskspråkiga versionen inte fanns tillgänglig under 2023. Nu när även den engelskspråkiga utbildningen finns tillgänglig behöver vi säkerställa att återstående personal går webb-utbildningen. Åtgärds punkten ligger på tandvårdschefen och klinikcheferna. Se punkt 1.1 för mer detaljer.

- *Revision av rutiner för röntgen och strålsäkerhet.*

Det var många år sedan vi gjorde en översyn av samtliga rutiner kring strålsäkerhet. Vi borde också se till att samtliga styrande dokument diarieförs, förslagsvis under samma diarienummer som strålskyddsorganisationen. Dokumenten ska efter uppdatering finnas tillgängliga i Gemensammappen för all personal och utvalt material på UNITAND för personal och studenter. Åtgärds punkten ligger på RALF och Strålningsfysikalisk ledningsfunktion.

4. Förnyande av tillstånd och anmälan av utrustning

Giltighetstid tillstånd för odontologisk röntgen: 2027-05-09

Närmaste datum då anmälan av intraorala röntgenapparater går ut:

2024-05-25 (24st apparater)

Anmälningsavgiften var 1850 kr per apparat under 2023, och anmälan gäller sen i 5 år. SSM kommer fakturera KI ca 45 000 kr. Nils är ansvarig för anmälan av utrustningarna.

5. Revision av styrande och redovisande dokument.

- *Utbildningsrutiner för röntgenverksamhet och strålsäkerhet*
Inga förändringar
- *Rutin för hantering av strålningsrelaterade avvikelser*
Inga förändringar
- *Regler för arbete vid skyddat område*
Inga förändringar
- *Förteckning över röntgenutrustning*
Uppdaterad enligt förändringar av röntgenutrustning
- *Förteckning över lokaler och strålskärning*
Inga förändringar
- *Rutin för prestandakontroll av röntgenutrustning vid DENTMED och UNITAND*
Inga förändringar

6. Förslag på ändringar i strålskyddsorganisationen.

Inga förändringar

7. Övriga frågor

Sophia Arledal
Radiologisk ledningsfunktion

Datum

Justerare: Nils Kadesjö

Datum

Justerare: Joannis Grigoriadis

Datum

