Patientsäkerhetsberättelse 2025

Universitetstandvården



Karolinska Institutet

Universitetstandvården

Innehåll

Förord 4

Inledning 5

Sammanfattning 6
- Prioriteringar inom patientsäkerhetsarbetet 2025 6
- Ytterligare uppdrag och kvalitetsarbete 7
- Verksamhetsvolymer 7

Grundläggande förutsättningar för säker vård 8
- Engagerad ledning och tydlig styrning 8
  - Övergripande mål och strategier 8
  - Organisation och ansvar för patientsäkerhetsarbetet 8
  - Samverkan för att förebygga vårdskador 9

Tabell över rapporterade avvikelser 11
- Informationssäkerhet 13
- Strålskydd 13

En god säkerhetskultur 13
- Adekvat kunskap och kompetens 14
- Patienten som medskapare 14

Agera för säker vård 16
- Öka kunskap om inträffade vårdskador 17
  - Har vården varit säker 17
  - Rutiner för att identifiera risker i verksamheten 18
- Tillförlitliga och säkra system och processer 18
- Säker vård här och nu 19
  - Riskhantering 19
- Stärka analys, lärande och utveckling 19
  - Avvikelser 19
  - Klagomål och synpunkter 19
- Tabell klagomål 20
- Öka riskmedvetenhet och beredskap 21
  - Kommer ni att arbeta patientsäkert i framtiden 21

Viktiga händelser under 2025 21
- Insatser för stärkt patientsäkerhet 21

Mål, strategier och utmaningar för kommande år 23

Våra största utmaningar 24

Diarienummer	Dnr föreg. version:	Beslutsdatum:	Giltighetstid:
1–223/2026	Dnr 1–285/2025		Giltighetstid

Beslut:
Patricia De Palma

Dokumenttyp:
Rapport

Handläggs av avdelning/enhet:
Universitetstandvården

Revidering med avseende på:
Årlig rapport

Förord

Patientsäkerhetsarbetet inom universitetstandvården har som övergripande mål att säkerställa att varje patient får en trygg och högkvalitativ vård, med minsta möjliga risk för vårdskador. Under 2025 har vi fortsatt att utveckla ett strukturerat, systematiskt och lärande arbetssätt där patientsäkerhet utgör en integrerad del av både det dagliga kliniska arbetet och den långsiktiga strategiska utvecklingen. Som akademisk vårdmiljö förenar vi kliniskt omhändertagande med utbildning och forskning, vilket ställer särskilt höga krav på robusta processer och pedagogiskt utformade arbetssätt.

Året har präglats av ett fortsatt fokus på riskförebyggande arbete och kvalitetsförstärkande insatser. Genom noggrann uppföljning av avvikelser, händelseanalyser och genomförda riskbedömningar har vi kunnat identifiera och åtgärda risker i verksamheten. Arbetet har kompletterats med riktade utbildningsinsatser, uppdaterade kliniska rutiner och utökad kalibrering av både medarbetare och studenter för att säkerställa en enhetlig och säker vårdpraxis.

Vi har också förstärkt de pedagogiska delarna av patientsäkerhetsarbetet, bland annat genom förbättrade moment i journalföring, klinisk vägledning och ökad användning av digitala simulatorer. Detta har både stärkt studenternas kliniska kompetens och bidragit till minskade vårdskador i samband med utbildningsmoment. Vårt arbete har skett i nära samverkan mellan ledning, klinikchefer, medarbetare och studenter, med målet att upprätthålla en trygg och säker vårdmiljö för patienter i alla åldrar – från små barn till äldre vuxna.

I denna patientsäkerhetsberättelse för 2025 redovisar vi vårt arbete, våra resultat och de förbättringsområden vi identifierat under året. Berättelsen speglar både våra styrkor och de utvecklingsområden som kommer att vara prioriterade framåt, i syfte att ytterligare stärka vår patientsäkerhetskultur och den vård vi erbjuder.

Patricia de Palma

Tandvårdschef

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 patient-säkerhetsarbete.

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

Enligt patientsäkerhetslagen ska vårdgivaren varje år upprätta en patient-säkerhetsberättelse. 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 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

Institutionen för odontologi och universitetstandvården vid Karolinska Institutet (KI) ansvarar för utbildning av tandläkare, tandhygienister och forskare inom odontologi. Verksamheten omfattar även högkvalitativ forskning, specialistutbildning samt patientbehandling vid ett flertal specialistkliniker.

Utöver grund- och vidareutbildning bedriver vi även den ettåriga kompletteringsutbildningen (KUT) för tandläkare med utländsk examen från länder utanför EU/EES och Schweiz.

Studenter inom tandläkar- och tandhygienistprogrammen genomför sin kliniska utbildning vid Universitetstandvården, tidigare benämnt studentkliniker i patientsäkerhetsberättelsen.

Kliniken för barn- och ungdomstandvård har avtal med Region Stockholm för både allmän och specialiserad tandvård för patienter i åldrarna 0–19 år. Även tandregleringskliniken och övriga specialistkliniker verkar under avtal med Region Stockholm, vilket innebär att patienter aktivt kan välja att få sin behandling hos oss.

Prioriteringar inom patientsäkerhetsarbetet 2025

Under 2025 har fokus legat på att vidareutveckla och kvalitetssäkra det kliniska arbetet genom:

- fortsatt processbeskrivning av samtliga kliniska rutiner
- kalibrering av all klinisk personal och studenter
- säkerställande av en trygg och säker arbetsmiljö för både studenter och medarbetare
- löpande riskanalyser vid identifierade behov samt genomförande av efterföljande åtgärdsplaner.

Utbildningen i patientsäkerhet för studenterna har förstärkts ytterligare genom föreläsningar och uppdaterade kursmoment inom journalföring. Journalgranskningar har genomförts på alla kliniker där studenter behandlar patienter, liksom på samtliga specialistkliniker.

Ytterligare uppdrag och kvalitetsarbete

Universitetstandvården har under 2025 fortsatt områdesansvaret för olistade barn och ungdomar från västra Huddinge och Botkyrka kommun. Ett årligt strålsäkerhetsbokslut har också upprättats enligt gällande riktlinjer.

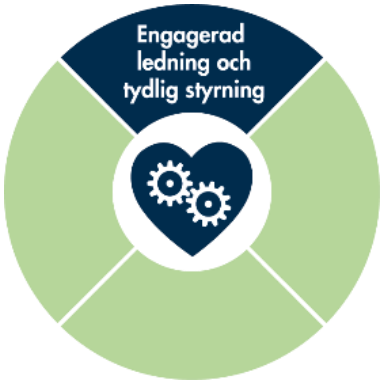
Lärarkliniken har fortsatt att ta emot nya patienter tack vare en heltidsanställd tandläkare, vilket har stärkt både utbildnings- och vårduppdraget.

Verksamhetsvolymer

Under året har Universitetstandvården genomfört totalt *36 595 patientbesök*, en ökning från *33 287 året innan*. Patienternas ålder har varierat från *1 år till 93 år*, vilket speglar det breda uppdraget inom både barn-, ungdoms- och vuxentandvård.

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 avvikelsehantering, 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 hen har det samlade ledningsansvaret för den kliniska verksamheten inom universitetstandvården. I universitetstandvårdens ledningsgrupp som består av tandvårdschef, fem klinikchefer samt enhetschef för klinikstöd, diskuteras regelbundet patientsäkerhetsfrågor.

Klinikchefsgruppen 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 avvikelsehantering i samband med att de startar sin kliniska utbildning och har sedan ansvar för att rapportera och delta i avvikelsehanteringen. Patientsäkerhetsutbildning och avvikelsehantering upprepas vid behov.

Vi har sedan några år tillbaka en patientnämnd. Patientnämnden har under 2025 bestått av en specialisttandläkare/docent, tre externa allmäntandläkare från privattandvården, en handläggare och tandvårdschefen. Nämnden utreder och fattar beslut i ärenden som inte kan hanteras på kliniknivå eller av tandvårdschef. Patientnämnden går årligen igenom avvikelser, patientklagomål, patientenkäter samt patientsäkerhetsberättelsen. Patientnämnden arbetar enligt fastställda rutiner och har under 2025 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 samt på specialisttandvårdsklinikerna.

Det har genomförts loggkontroller av tandvårdsjournaler på hela universitetstandvården i journalsystemet T4. Loggkontroller har även genomförts i

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 härdljuslampor 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.

Avvikelser rapporteras och åtgärdas. Vattenprover togs och inga unitar uppvisade avvikande värden.

Tabell över rapporterade avvikelser

Avvikelse	2025	2024	2023	2022
Anmälan till patientnämnd/klagomål	21	21	16	10
Bild/remissvar/bilaga i fel journal	1	1	2	
Ej följt hygienrutiner/rutiner	30	28	11	24
Filfraktur			1	
Frakturerat instrument/klammer	7		1	
Fyllningsmaterial/annat i studentens öga			1	
Fördröjd behandling	4	1	1	2
Försenad diagnos	4	2		
Kommunikationsproblem		1		18
Komplikation under behandling		4	1	3
Lossnad borr/Scaler	2			3
Läst journal utan att skriva daganteckningar, eller ha en vårdrelation till patienten	33	32		14
Nedsvalt föremål		5		1
Perforation vid preparation pelare		2		1
Perforation vid preparation rotbehandling		4		1
Pulpaläsion		1		10
Stickskada	10	8	11	12
Sårskada	6	3	2	4
Sårskada läpp	2	1	2	
Total	120	115	49	103

Antalet rapporterade avvikelser var 120 vilket är 5 fler än 2024. En förklaring till ökat antal avvikelser kan vara att vi har två avvikelsesystem, ett som rapporteras ifrån journalsystemet som gäller endast patientrelaterade avvikelser och ett som rapporterar personalskador, stickskador, arbetsmiljö med mera. Vi fortsätter att hålla kalibreringsmöten med all klinisktjänstgörande personal, detta kan innebära också en benängehet att anmäla alla avvikelser som upptäcks. Detta ökar patientsäkerheten och medvetenhet om säkerhet i personalgruppen.

Den vanligaste avvikelsen var att hygienrutinerna och de vanliga klinikrutinerna inte har följts korrekt. Hygienrutinerna uppdaterades under 2025 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 — Unitand.

Under 2025 jobbade vi vidare med att etablera ”hygienkörkortet”. Hygienkörkortet består av ett antal frågor och är ett obligatoriskt moment för alla som arbetar på kliniken (klinisk personal, studenter, blivande specialister med flera). Vi ser detta som ytterligare ett steg mot ökad patientsäkerhet.

Föreläsning om patientsäkerhet har hållits för nya studenter på termin 3, som ska börja 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.

Inga filfrakturer rapporterades under 2025. Studenterna har haft möjlighet att fortsätta att mängdträna på simulatorer och dockor, så övergången från övningsmiljö till riktig patient har blivit enklare och mindre riskfylld.

23 röntgenavvikelser har rapporterats och redovisas separat i strålsäkerhetsbokslutet (bilaga 1).

Övriga kommentarer:

- Behandlingsstolarna på plan 8, barntandvård och tandregleringskliniker, har under 2025 ofta gått sönder, vilket påverkade den kliniska verksamheten.
- Kärl för stickande och skärande har införts i alla bås och behandlingsrum på hela universitetstandvården.
- Tio 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.

Riskanalyser 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 (bilaga 1).

En god säkerhetskultur

SFS 2010:659, 3 kap. 10 § p 1–2

Under 2025 genomfördes processbeskrivningar på många av våra vanliga rutiner för att säkerställa att rutinerna inte är beroende av en person utan att det finns beskrivningar på när, hur och om vissa processer ska göras. Dessa är processer är fortfarande i sin linda och vi fortsätter att arbeta med dem under 2026.

Kontinuerliga riskanalyser gjordes vid behov.

- Tandvårdschefen har fortsatt att ha avstämningar med övriga lärosäten gällande olika frågor som till exempel journalsystem, patienttillgång med mera.
- Uppföljning av översyn av rutiner för inskrivning och utskrivning av patienter med vårdbehov gjordes.

- Rutiner har uppdaterats ytterligare för hantering av patientklagomål. Alla patientklagomål följs upp.
- Påminnelse om klagomålsrutinen har gått ut till alla medarbetare och studenter, för att säkerställa att patientens klagomål hanteras rätt.
- Kliniska rutiner, rutiner för avvikelser/incidenter och viktiga länkar uppdateras kontinuerligt och publiceras på hemsidan för alla studenter och behandlare.
- Narkosrum har använts regelbundet så att de patienter som behöver narkos ska kunna få det. Datorerna på klinikerna har fortsatt att bytas ut till nyare modeller.
- Datorerna på klinikerna har fortsatt att bytas ut till nyare modeller.
- Rutin för att säkerställa att alla medarbetare deltar i obligatoriska utbildningar i HLR, brandsäkerhet med flera kontrolleras regelbundet.
- Under året har 21 klagomål från patienter inkommit. Samtliga har hanterats och avslutats av tandvårdschef.
- Fortsatt käkkirurgisk verksamhet på specialistkliniken.
- Totalt har vi på universitetstandvården haft 36 595 besök, patienternas ålder har varierat mellan 1 år och upp mot 93 år.

Adekvat kunskap och kompetens



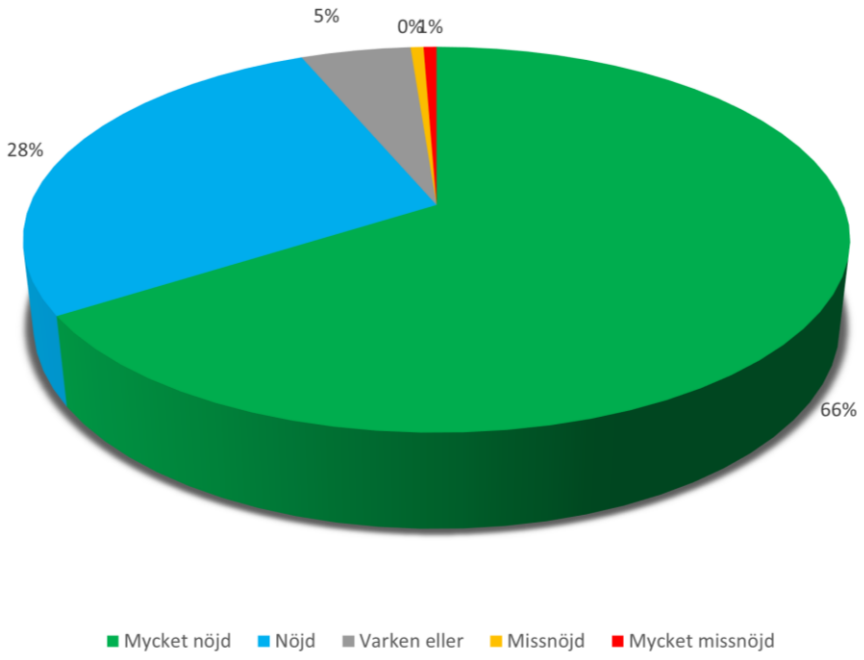
En grundläggande förutsättning för en säker vård är att det finns tillräckligt med personal som har adekvat kompetens och goda förutsättningar för att utföra sitt arbete.

Patienten som medskapare
PSL 2010:659 3 kap. 4 §

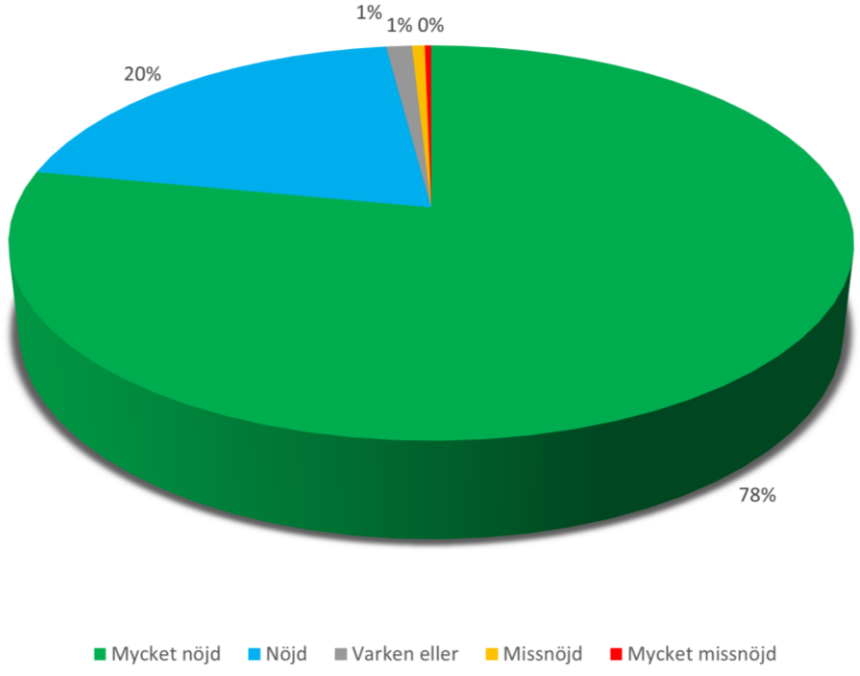


På universitetstandvården gjordes två enkätundersökningar under 2025 – en undersökning på våren och en på hösten. Resultatet av enkäten visar att patienterna är nöjda med behandlingen, 94 % (93 %), bemötande 98% (95 %) och kontakt 83 % (82 %).

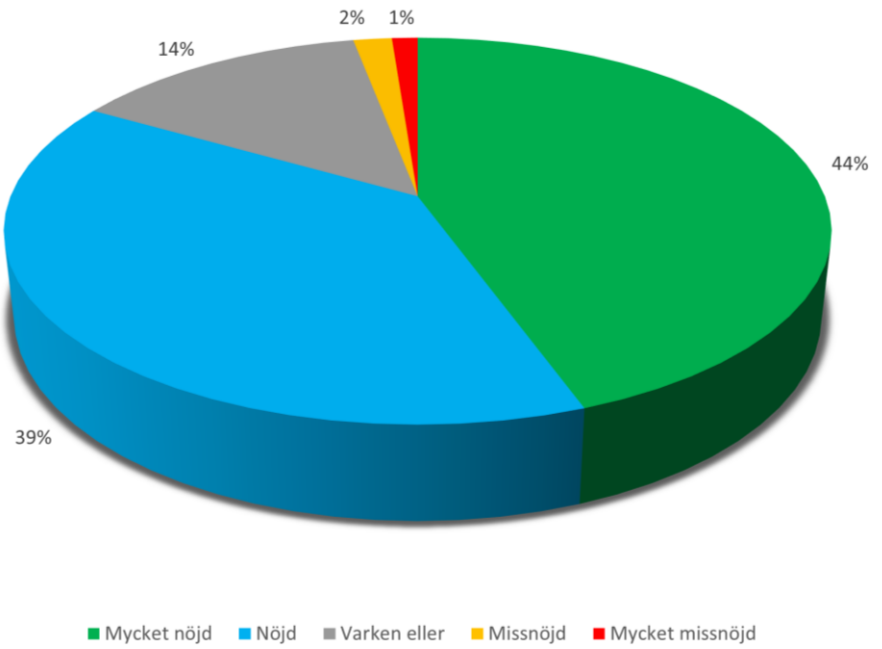
Hur nöjd är du med dagens behandling?



Hur nöjd är du med bemötandet från oss idag?



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



Rutinerna för klagomålshantering är nu etablerade och kända av både personal och patienter. Vid skriftliga klagomål lämnas skriftligt svar till patienten, men även muntligt svar ges om situationen kräver det.

Agera för säker vård

SOSFS 2011:9, 5 kap. 2 §, 7 §, 8 §, 7 kap. 2 § p 2.
PSL 2010:659, 3 kap. 10 §

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

Årlig kvalitetskontroll av 17 av 48 intraorala röntgenapparater genomfördes, en apparat underkändes (mer information finns i bilaga 1). 6st nyinstallerade utrustningar kontrollerades.
Panoramaröntgen: 1 nyinstallerad kontrollerades, 0 av 1 äldre utrustning kontrollerades.
CBCT: 2 av 2 utrustningar kontrollerades i form av leveranskontroll inklusive en extrakontroll efter byte av röntgenrör. Kontrollen visade inga avvikelser (bilaga 1).

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 2025 fanns en svensk och engelsk version tillgänglig. 36 personer genomförde den webbaserade utbildningen.

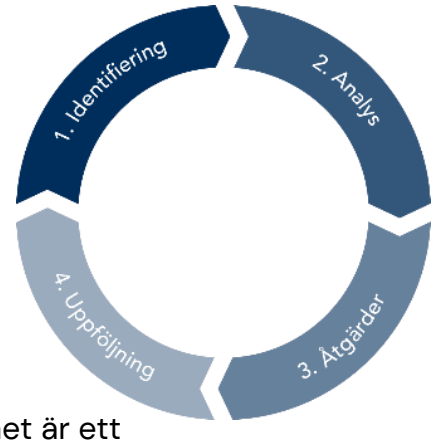
Egenkontroller av remisshantering visade att hanteringen har förbättrats.

Resultat av journalgranskning på klinikerna för vuxentandvård, barntandvård och specialisttandvård har redovisats för berörd personal och förbättringsförslag har tagits fram.

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.

Inga vattenprover visade anmärkningar.

Inga avvikelser vid kontroll av UPQ har 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, klinikchef, patientnämnd eller tandvårdschef. Informationen till patienterna om detta har uppdaterats.



Ett formulär inbyggt i journalsystemet fylls i då patientavvikelser uppkommer, det hämtas som en rapport som tandvårdschefen granskar, bedömer och sammanställer. Tandvårdschefen 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 webbsida på ki.se och klinikcheferna går därefter igenom den med sina medarbetare.

Verksamhetsberättelse för kliniken för barn- och ungdomstandvård och kliniken för 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. Under 2025 behövdes akutteamen tillkallas 1 gång.

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 tandvårds-chefen 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 kliniknivå
och genom att genomföra återkommande hygienronder.



Universitetstandvårdens lärarklinik har under 2025 haft ett stabilt läge med en ny heltidsanställd tandläkare. Detta medför att vi kan erbjuda vård även till de patienter vars vårdbehov inte passar för behandling på studentkliniken. Vi erbjuder alla Karolinska Institutets medarbetare möjlighet att vara patient hos oss på arbetstid.

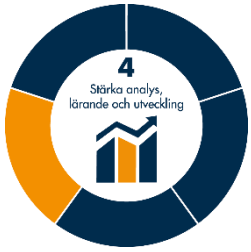
Säker vård här och nu



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

Antal rapporterade avvikelser var 120 vilket är 5 fler 2024. En förklaring till ökat antal avvikelser kan vara att vi har två avvikelse-system, ett där endast patientavvikelser rapporteras och ett som också innefattar personalskador, arbetsmiljö med mera. En annan förklaring till ökat antal avvikelser kan vara att under 2025 fortsatte vi med kalibreringsmöten med tjänstgörande klinisk 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 avvikelse och vad som hör till andra kategorier av incidenter.

Röntgenavvikelser redovisas separat i strålsäkerhetsbokslutet (bilaga 1).

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

Klagomål hanteras enligt rutiner. Vid skriftliga klagomål lämnas skriftliga svar till patienterna, men också muntligen om situationen kräver det.

På universitetstandvården gjordes två enkätundersökningar under 2025 – en under-sökning på våren och en på hösten. Resultatet av enkäten visar att patienterna är nöjda med behandlingen, 94 % (93 %), bemötande 98% (95 %) och kontakt 83 % (82 %).

Under 2025 inkom totalt 21 klagomål. Den yngsta anmälaren var 15 år och den äldsta 85 år. Av dessa var 12 kvinnor och 8 män, med en genomsnittlig ålder på 57 år. Ett ärende rörde ett barn som är två år, det är borttaget från genomsnittsåldern.

Av klagomålen rörde 9 utskrivning, 7 ekonomi och 5 kommunikationsproblem. Handläggningstiden varierade mellan 1 och 30 veckor. Genomsnitt på 15 veckor.

Tabell klagomål

Datum	Diarienummer	Skicka dokument till registrator för Dnr.	Skapa mapp Klagomål i T4, lägg in dok. i PDF-format.	Svarsbrev till patient (att mottagit ärende)	Ärende som EJ behöver diarieföras (av enklare karaktär)	TV-chef bedömt vilkenavd. ärendet ska till	Handläggande klinik	Klagomål i tandvården ärenden Typ av problem	Standardbrev skickat (pat som blivit utskriven)	Handl. av ärende: klinikchef eller tv-chef	Svar från klin.chef 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 kl-chef och tv-chef att ärendet är avslutat samt datum
250116	na	-	x	x	x	-	-	Klagomål på en dyr undersökning som hon inte blivit informerad om.	-	tvc	x	x	x	-	250422
250123	na	-	x	x	x	x	OR	Fråga om garanti gäller för en kostnad på kliniken.	-	kc	x	x	x	-	250617
250130	na	-	finns	x	x	-	-	Blivit utskriven av misstag? =JA. Kallas igen.	-	tvc	-	x	x	-	250528
250205	na	-	finns	x	x	-	-	Blivit utskriven p.g.a. svår att få tag på (bortrest i perioder).	x	-	-	x	x	-	250320
250206	na	-	finns	-	x	-	-	Står i journal att pat ej lämplig. Std brev?	x	-	-	x	x	-	250320
250212	na	-	finns	-	x	x	PoS	Utskriven, kan ej komma med kort varsel, endast komma onsdag em.	x	-	-	x	x	-	250320
250221	na	-	x	skydd	x	-	-	Ej blivit uppringd av student, problem med bro. För svårt för stud, uppmanas specialist.	-	tvc	-	x	x	-	250617
250301	na	-	x	mejl ORT	x	x	ORT	Klagomål på lång väntetid, dubbel betalning.	-	kc	x	x	x	-	251013
250317	na	-	finns	x	x	-	-	Student bokat pat. på fel dag, har ej klinik. Pat. upprörd, student bett om ursäkt.	-	tvc	-	x	x	-	250924
250404	na	-	finns	x	x	-	-	Utskriven, då patient befinner sig i Göteborg och kan ej komma 28/4, accepterat enl. journalanteckning, patient ej enig. Enl. patient skriven i Gbg vid inskrivning, men bor i Sthlm nu.	-	tvc	-	x	x	-	251001
250414	na	-	finns	x	x	-	-	Patient utskriven pga uteblivit flera ggr. Patient har missförstått, vill bli inskriven igen.	-	tvc	-	x	x	-	251001
250609	2-2639/2025	x	x	x	-	-	-	Kränkande behandling, anmält till Patientnämnden Region Stockholm. PaN V2505-0373	-	tvc	-	x	*	x	250818
250623	na	-	x	x	x	-	-	Klagar på faktura, skulle göra brygga, för svår för student. Instrument gått av, krävde spacialist. Obehag.	-	tvc	-	-	telefon	-	250924
250915	na	-	finns	x	x	-	-	Anger i klagomål bemötande, men i journal står det debitering som har lämnats till Daniela. I journal står det att pat. gått med på ytterligare MIB.	-	tvc	-	x	-	-	260217
250923	na	-	finns	x	-	-	-	Klagomål ang. debitering på 300 kr. förstår inte att besöket kostar pengar och att hon inte fått info om det. Vill makulera faktura.	-	tvc	-	x	x	-	251003
250925	na	-	finns	x	-	-	-	Oläsligt: Tolkar det missnöjd p.g.a. ej får fortsätta. Skulle aldrig ha bokats, då han ej uppfyllde kraven. Mariel godkände att han fick gå akut men han informerades om att han ej får fortsätta på skolan.	-	x	x	x	x	-	251008
251007	na	-	x	x	-	x	PoS	Blev godkänd som patient på stud.klinik, men det ändrades efter att många djupa kariesangrepp upptäckts. Pat. missnöjd med utskr. Fr. stud.klinik.	-	kc	x	x	x	-	251029
250515	na	-	x	-	-	-	ORT	Kränkande behandling, kommenterat utseende. Sinan pratat med studenter, pat kvar.	-	tvc	x	-	-	-	260216
251106	na	-	x	-	x	-	ORT	Gäller att det är svårt att få akuttider. Sinan har pratat med pappa som är nöjd.	-	tvc	x	-	-	-	260216
251202	na	-	x	x	-	-	-	Kan inte acceptera att hon blivit utskriven. Anses olämplig. Utskr. okt 24.	-	tvc	-	x	x	-	260219
251120	na	-	x	x	-	-	-	Missnöjd med utskrivning efter sjukhusvistelse. Enligt journal många uteblivanden, sena återbud samt obetald skuld.	-	tvc	-	x	x	-	260219

* Skickat bemötande till Region stockholm.

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

Universitetstandvården fortsätter att utveckla utbildningsmiljön med fokus på patientsäkerhet. Under de prekliniska kurserna har studenterna under lång tid haft möjlighet att öva på dockor. Med införandet av digitala simulatorer har möjligheterna till säker träning ytterligare förbättrats, och vi ser nu en minskning av allvarliga vårdskador i samband med kliniskt arbete. Detta är ett område vi avser att fortsätta utveckla.

De digitala simulatorerna bokas av studenter efter behov, antingen inför specifika moment som kräver mer träning eller när en schemalagd patient uteblir. Detta skapar en mer flexibel och behovsstyrd lärmiljö där studenterna kan upprätthålla kontinuitet i sin kompetensutveckling.

Vid varje terminsstart genomförs en uppdatering av information kring patientsäkerhet för både medarbetare och studenter. Syftet är att säkerställa en gemensam kunskapsbas och stärka det kontinuerliga arbetet med att identifiera och förebygga risker.

Riskanalyser kopplade till patientsäkerhet genomförs fortlöpande när behov uppstår, för att tidigt upptäcka riskområden och vidta nödvändiga åtgärder.

Viktiga händelser under 2025

Insatser för stärkt patientsäkerhet

Under 2025 har flera strategiska åtgärder genomförts med syfte att höja patientsäkerheten och förbättra vårdens kvalitet. Jourverksamheten, akuten och inskrivningen har anpassats för att bättre möta verksamhetens och patienternas behov. Dessa förändringar har resulterat i mer ändamålsenliga flöden och ökad tillgänglighet.

Arbetet med att digitalisera verksamheten har fortsatt, och e-kommunikation har implementerats i delar av organisationen. Detta skapar förutsättningar för snabbare informationsöverföring och mer effektiv kommunikation mellan medarbetare och patienter.

Tandvårdschefen har under året fortsatt arbetet med underlaget inför upphandlingen av ett nytt journalsystem. Ett modernt system bedöms vara avgörande för att stärka informationssäkerhet, spårbarhet och kliniska arbetsprocesser.

Dessutom startade den andra omgången av ortodontiassistentutbildningen under våren 2025. Utbildningen bidrar till ökad kompetens inom ortodonti, vilket i sin tur höjer kvaliteten och effektiviteten i patientarbetet.

Verksamhetsutveckling och kompetensförstärkning

Lärarkliniken har förstärkts med en ny tandläkare som anställts på heltid för att arbeta med allmäntandvård. Syftet är att utveckla klinikens utbildnings- och vårduppdrag, samt säkerställa hög kvalitet i mötet mellan studenter och patienter.

Den käkkirurgiska verksamheten återetablerades under året genom anställning av en käkkirurg som påbörjade sitt kliniska arbete i januari föregående år. Detta stärker specialistområdet och breddar klinikens samlade kompetens.

Utbildningsstödet har utvecklats ytterligare genom framtagandet av nya patientfall inom avtagbar protetik. Dessa används nu både i studentundervisning och vid sena återbesök, vilket förbättrar pedagogiken och bidrar till en mer enhetlig bedömning av kliniska moment.

Inom käkkirurgikurserna har kvalitén på undervisningsmaterialet höjts genom inköp av nya modeller för extraktion och operationsmoment. Dessa möjliggör för studenter att fördjupa sin anatomiska förståelse och de ges bättre förutsättningar att mängdträna moment i en säker lärandemiljö.

Tillgänglighet och kapacitetsökning

För att möta en ökande efterfrågan har antalet inskrivningspass utökats genom att fler team tillkommit. Denna satsning har stärkt verksamhetens kapacitet, minskat väntetiderna och förbättrat möjligheten att ta emot nya patienter.

Mål, strategier och utmaningar för kommande år

Arbetet med att förebygga vårdskador intensifieras. Universitetstandvården genomför regelbundna riskanalyser både på organisations- och kliniknivå för att tidigt identifiera riskområden och vidta förebyggande åtgärder. Personalens kunskap inom patientsäkerhet stärks genom utbildning enligt Socialstyrelsens riktlinjer, vilket bidrar till en mer robust och säker vårdmiljö.

Förbättrad anpassningsförmåga

Verksamheten fortsätter att anpassa processer och arbetssätt efter förändrade behov och yttre förutsättningar. Detta är avgörande för att säkerställa kontinuitet, kvalitet och effektivitet i en föränderlig omvärld.

Ökad digitalisering för lärande och säkerhet

Universitetstandvården avser att utöka användningen av digitala verktyg för att stärka den kliniska kompetensen, förbättra patientsäkerheten och vidareutveckla strukturerade bedömningsrutiner. Digitala verktyg förväntas bidra till en mer enhetlig utbildning, bättre dokumentation och förbättrad uppföljning av kliniska moment.

Patientenkäter som permanent kvalitetsverktyg

Patientenkäterna fortsätter som permanenta inslag i kvalitetsuppföljningen och erbjuds både i digital och analog form för att nå en bredare patientgrupp. Antalet inkomna svar har ökat, men målsättningen är att ytterligare förbättra svarsfrekvensen. Resultaten från enkäterna används aktivt för att identifiera förbättringsområden och höja kvaliteten i vården.

Extern hygienrevision för kvalitetssäkring

För att ytterligare stärka hygienrutinerna och öka patientsäkerheten kommer Universitetstandvården att genomföra en extern hygienrevision. Revisionen syftar till att säkerställa att verksamheten uppfyller gällande krav och att identifiera möjligheter till förbättring.

Utveckling av klagomålshantering

Vuxentandvårdens kliniker har välfungerande rutiner för klagomålshantering. Under kommande år intensifieras arbetet med att förbättra rutinerna även inom barn- och ungdomstandvård samt tandregleringsklinikerna. Målet är att skapa en enhetlig och rättssäker hantering av synpunkter och klagomål i hela verksamheten.

Våra största utmaningar

Universitetstandvården står inför flera viktiga utmaningar under kommande år, vilka riskerar att påverka både verksamhetens stabilitet och patientsäkerheten om de inte hanteras strategiskt.

Risk för brist på läkemedel

En fortsatt global osäkerhet kring tillgången på läkemedel, särskilt bedövningsmedel och antibiotika, utgör en betydande risk. Eventuella bristsituationer eller långsamma leveranser kan påverka möjligheten att genomföra behandlingar på ett säkert och effektivt sätt. Detta kräver noggrann bevakning och beredskap för alternativa lösningar.

Ekonomiska utmaningar kopplade till ökade kostnader

Kostnaderna för förbrukningsmaterial och lokalhyror fortsätter att öka. En central utmaning är att bibehålla en rimlig taxa för att även framöver vara ett attraktivt alternativ för patienter och remittenter. Detta ställer krav på både kostnadskontroll och effektiv resursanvändning för att inte kompromissa med kvalitet eller tillgänglighet.

Säkrad bemanning och kompetensförsörjning

Tillgången till rätt kompetens är en av de mest avgörande faktorerna för en trygg och högkvalitativ verksamhet. Att rekrytera, utveckla och behålla medarbetare med rätt kompetens är en fortsatt utmaning. Personalbrist riskerar att påverka både patientsäkerheten och utbildningsuppdraget negativt. Ett långsiktigt och strategiskt arbete med kompetensförsörjning är därför avgörande.

