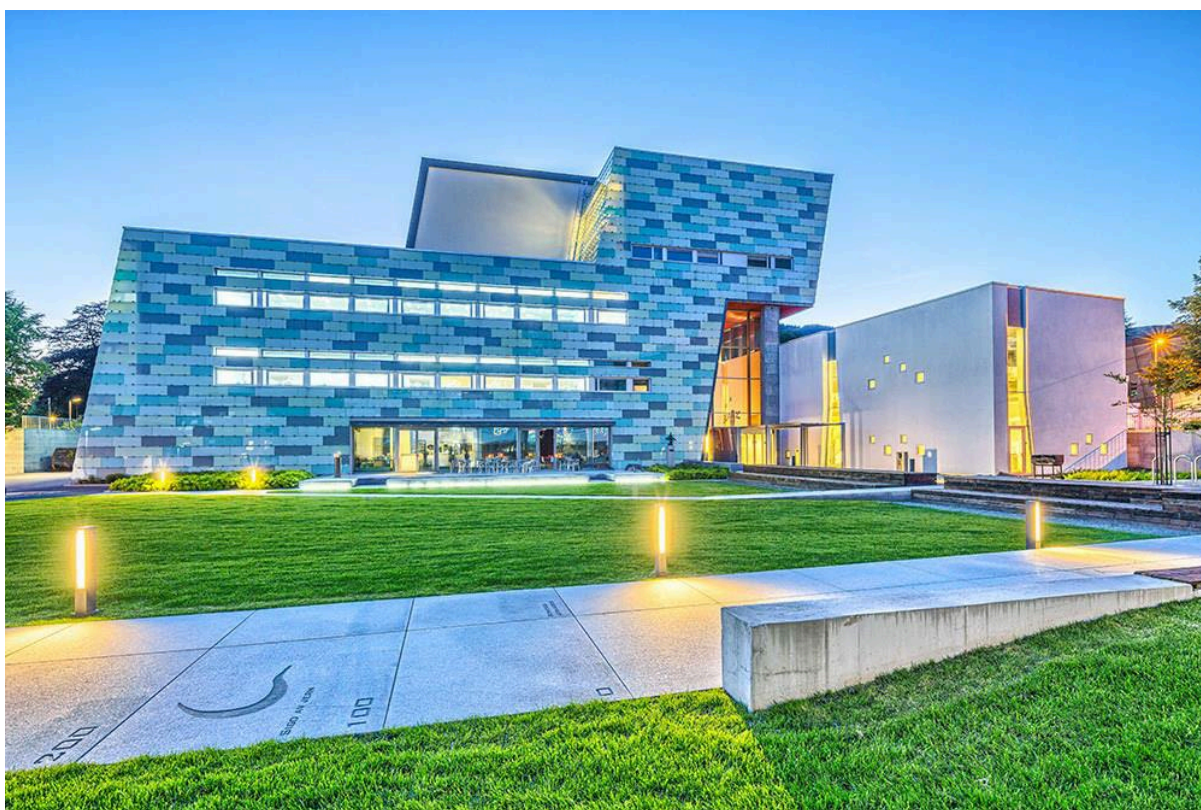


KVALITETSHÅNDBOK FOR ODONTOLOGISK UNIVERSITETSKLINIKK VED UNIVERSITETET I BERGEN



INTERNKONTROLL OG KVALITETSSYSTEM

Innhold

Årshjul	4
1. Innledning – generelt	5
1.1. Beskrivelse av kvalitetssystemet	5
1.2. Hvordan kvalitetssystemet formidles og gjøres kjent i organisasjonen – oversikt	5
1.3. Formål og oppgaver.....	6
1.4. Overordnet myndighets- og ansvarsstruktur	7
1.5. Organisasjonskart for IKO	8
1.6. Råd og utvalg.....	9
2. Roller og ansvar ved klinikken	10
2.1. Klinikkleder	10
2.2. Vitenskapelig ansatte og instruktører.....	11
2.3. Team og teamledere.....	12
3. Administrasjon og drift knyttet til klinikken.....	13
3.1. Pasientinnskrivningen.....	13
3.2. Hovedresepsjonen.....	13
3.3. Andre nøkkelfunksjoner	13
4. Journalføring	14
5. Pasient- og brukerrettigheter.....	15
5.1. Samtykke til helsehjelp - kostnadsoverslag	15
5.2. Om videre bruk av journalopplysninger	15
5.3. Rett til medvirkning og informasjon	16
5.4. Innsyn i pasientjournal	16
5.5. Rett til vern mot spredning av personopplysninger (taushetsplikt).....	17

5.6. Klagerett	17
6. Personvern, informasjonssikkerhet og databehandlingsansvar	17
7. Rapportering – klinikkmelding	17
8. Internrevisjon og internkontroll	18
9. Kompetansekrav for ansatte	18
10. Risikostyring.....	19
11. HMS, smittevern og strålevern.....	20
11.1. Smittevern.....	20
11.2. Strålevern	20
12. Avvikssystem	22
13. Brukermedvirkning – kvalitetsforbedring.....	23
14. Lover, forskrifter og retningslinjer.....	23
14.1.Lover og forskrifter.....	23
14.2. Veiledere og retningslinjer	25

Årshjul

Når	Hva	Ansvarlig for utførelse	Mottaker
<i>Januar</i>			
<i>Februar</i>	Utarbeide klinikkmelding etter mal fra fakultetet.	Klinikkleder	Ledergruppe
<i>Mars</i>	Klinikkmelding legges frem for Klinikutvalget og instituttrådet, og behandles i Fakultetsstyret.	Klinikkleder	Instituttråd Fakultetsstyret
<i>April</i>	Gjennomgang av funn i Klinikkmelding, utarbeide tiltak.	Klinikkleder	Instituttleder. Legges frem for Instituttrådet.
<i>Mai</i>	Revisjon av HMS-håndbok. Revisjon av Kvalitetshåndbok og overordnet skjema- og rutinesamling	Leder av HMS-utvalget. Klinikkleder	HMS-håndbok og Kvalitetshåndbok legges fram for Instituttråd. Instituttleder
<i>Juni</i>	Revisjon av Klinikkhåndbøker, og skjema- og rutinesamlinger.	Seksjonsleder	Klinikkleder og instituttleder
<i>Juli</i>			
<i>August</i>	Studiestartuke: Orienteringsmøter. Studentene signerer taushetserklæring*)	Fakultetet arrangerer med innledere fra OUK	Alle nye studenter
<i>September</i>	Gjennomføre brukerundersøkelser.	Klinikkleder	Utvalgte pasienter
<i>Oktober</i>			
<i>November</i>			
<i>Desember</i>			

*) I tillegg får hvert kull introduksjoner til de ulike seksjonenes klinikkarbeid i tråd med undervisningsplanene, gjennom hele året. Se seksjonenes klinikkhåndbøker.

1. Innledning – generelt

Styringssystem - Enhver som yter helse- og omsorgstjenester plikter å ha et system for internkontroll og kvalitetssikring (styringssystem). Plikten til å ha et styringssystem følger av helsetilsynsloven § 3, og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Styringssystemet er de aktiviteter, systemer og prosesser som tas i bruk for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten slik at den samsvarer med krav fastsatt i eller i medhold av helse- og omsorgslovgivningen. Styringssystemet skal tilpasses virksomhetens størrelse, egenart, aktiviteter og risikoforhold og ha det omfang som er nødvendig. Systemet skal dokumenteres i den form og det omfang som er nødvendig ut fra virksomhetens art, aktiviteter, risikoforhold og størrelse.

Ved Odontologisk Universitetsklinikk (OUK), Spesialistutdanningsklinikken og Kvalifiseringsprogrammet ytes det helsehjelp i form av tannhelsetjenester. Enhetene plikter dermed å ha et styringssystem i tråd med reglene som nevnt over. Styringssystem skal bidra til faglig forsvarlige tjenester, kvalitetsforbedring, pasientsikkerhet og sikre etterlevelse av øvrige krav i helselovgivningen.

Ansvar og bruk av delegasjon - Den som er ansvarlig etter Kvalitetshåndboken her, har ansvaret for at den aktuelle oppgaven blir utført til rett tid og på rett måte. Det vises ellers til UiBs myndighetskart, hvor det også redegjøres for de generelle delegasjonsprinsippene.

1.1. Beskrivelse av kvalitetssystemet

Denne håndboken er en del av kvalitets- og styringssystemet til Odontologisk Universitetsklinikk, og beskriver de overordnede rammene for klinikken. OUK er en del av Institutt for klinisk odontologi (IKO) ved Det medisinske fakultet, UiB. Målgruppene for denne håndboken er ledere, alle yrkesgrupper ved klinikken, samt studenter. Systemet består av tre deler: 1) Kvalitetshåndboken, som er felles for hele OUK, 2) Klinikkhåndboken, én for hver av de 9 kliniske seksjonene, og 3) Skjema- og rutinesamlinger, en felles overordnet og en for hver av de 9 kliniske seksjonene.

Kvalifiseringsprogrammet og Spesialistutdanningsklinikken har også sine egne klinikkhåndbøker med tilhørende skjema- og rutinesamlinger.

De enkelte delene av kvalitets- og styringssystemet skal oppdateres i henhold til årshjulet. Instituttleder, klinikkleder og seksjonslederne er ansvarlige i denne prosessen, og de kan delegere oppgaver til andre ansatte etter hva som er hensiktsmessig. Som en del av årshjulet inngår også en årlig klinikkmelding, der instituttet rapporterer til fakultetet om virksomheten foregående år etter de rapporteringskrav som fakultetet til enhver tid setter.

1.2. Hvordan kvalitetssystemet formidles og gjøres kjent i organisasjonen – oversikt

Den overordnede Kvalitetshåndboken og seksjonenes klinikkhåndbøker vil ligge åpent tilgjengelig på IKO sine nettsider. Skjema- og rutinesamlingene vil ligge på klinikkens servere, og vil være tilgjengelig for ledelsen og alle ansatte med klinikktilhørighet, samt for studenter.

De tre delene av Kvalitetssystemet vil inngå i Introduksjonsprogrammet for alle nyansatte ved klinikken. For de nyansatte blir kvalitetssystemet gjennomgått, jf. Rutine for mottak av nyansatte.

Endringer i lovverket, og forskrifter som har betydning for klinikkdriften blir fortløpende formidlet til ansatte og veiledere i faste møter på de enkelte seksjoner og med instituttledelsen, og via instituttets nyhetsavis. Kvalitetshåndbøkene og eventuelle rutiner oppdateres i henhold til årshjulet.

For oversikt over Kvalitetssystemets oppfølgingsansvar, se Årshjulet i punkt 1.

1.3. Formål og oppgaver

Utdanningsklinikken har en overordnet strategi om å gi pasienter et tilbud av høy faglig kvalitet. Utrednings- og behandlingstilbudet skal være evidensbasert, adekvat, forsvarlig og i samsvar med god faglig og fagetisk praksis. Dette innebærer at tilbudet skal bygge på aktuell kunnskapsstatus i faget og være i tråd med nasjonale retningslinjer og skal reflekteres både i de metoder, instrumenter og prosedyrer som benyttes. Det aktuelle behandlingstilbudet skal utarbeides i samråd med pasienten (ev. foresatte). Behandlingstilbudet skal involvere pasientene og gi dem reell innflytelse på de valg som foretas.

Omlag 400 pasienter får daglig behandling ved OUK i studentaktive perioder. Omtrent 300 studenter, i overkant av 110 instruktører og drøyt 60 tannhelsesekretærer og sykepleiere deltar i klinikkaktivitetene pr. dag. OUK har 180 behandlingssenheter fordelt på 9 seksjoner. Vi har dessuten 4 operasjonsrom, 7 steriliseringsrom, 2 CBCT, 2 OPG, 1 CO₂ Laser, 2 Low Level Laser og 60 intraorale røntgenapparat plassert i klinikkarealene.

Der er også et ferdighetssenter som har 52 arbeidsplasser med "fantomhoder" for opplæring. I Ferdighetssenteret er det også plassert 5 Simodonter, det vil si avanserte maskiner for simulert tannbehandling. Et tannteknikerlaboratorium ligger plassert ved Ferdighetssenteret.

Utdanningsklinikken er ikke en del av den ordinære private- eller fylkeskommunale tannhelsetjenesten, men er en virksomhet som yter tannhelsetjenester i forbindelse med opplæring av studenter i integrert master i odontologi og bachelor i tannpleie. Universitetsklinikken kan derfor ikke defineres som en del av den ordinære tannhelsetjenesten, men fungerer i praksis som et supplement til denne.

Dersom pasientens behov krever dette, skal behandlingen skje i samarbeid og samhandling med annet kvalifisert (helse-) personell. All behandling skal evalueres på individuelt nivå. Dette foregår ved kontinuerlig godkjenning av hvert behandlingstrinn, og ved endelig avlevering av pasienten. I tillegg vil klinikken utvikle prosedyrer og legge til rette for mer generell tilbakemelding. All klinisk virksomhet ved klinikken skal være i tråd med lovverket. Alle studenter og ansatte skal kjenne til lovverk som er beskrevet i kvalitetshåndboken.

Vitenskapelig ansatte (både professorer, førsteamanuenser, spesialtannleger og instruktørtannleger) som er tilknyttet OUK bør ha deltidsstilling i tannhelsetjenestene for å opprettholde sin kliniske kompetanse.

Som utdanningsklinik er det et hovedformål å gi studenter i bachelor tannpleie og integrert master i odontologi praktisk og teoretisk innføring i helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid og i utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med anomalier, smerte, ubehag og sykdommer i munnhulen, kjeve, tenner og tilhørende vev.

Den følgende beskrivelsen redegjør for hvordan klinikkdriften er organisert, og videre hvordan

systemansvaret er bygget opp.

Institutt for klinisk odontologi (IKO) er organisert i 11 fagseksjoner. Av disse er det 9 kliniske seksjoner, 1 paraklinisk seksjon (-seksjon for biomaterialer) og 1 forskning seksjon (senter for translasjonell dentalforskning).

De kliniske fagseksjonene er:

- Seksjon for endodonti
- Seksjon for kariologi
- Seksjon for kjeveortopedi
- Seksjon for oral kirurgi og oral medisin
- Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi og pasientinnskrivning
- Seksjon for pedodonti
- Seksjon for periodonti
- Seksjon for oral protetik
- Seksjon for forebyggende tannpleie, gerodontologi og samfunnsodontologi

I tillegg til de 9 kliniske fagseksjonene har man Kvalifiseringsprogrammet og Spesialistutdanningsklinikken. Alle har sine egne klinikkhåndbøker.

1.4. Overordnet myndighets- og ansvarsstruktur

Institutt for klinisk odontologi har siden 2011 vært et av 5 institutter ved Det medisinske fakultet.

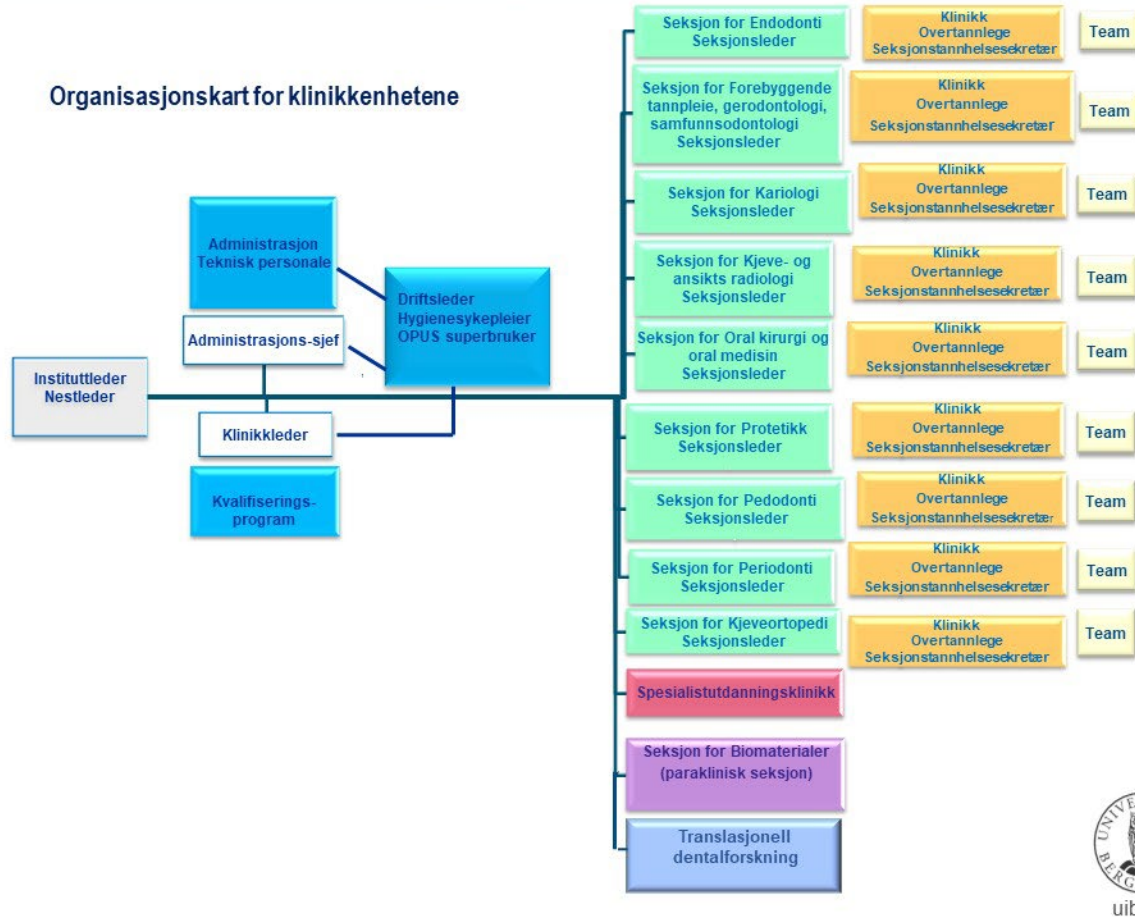
Fakultetet har enhetlig ledelse, der dekanen har et overordnet ansvar for instituttet, inkludert OUK, og delegerer til fakultetsdirektør ansvaret for kvalitets- og styringssystemet som et lederverktøy. Dekanen har det overordnede ansvaret for det faglige innholdet i kvalitetssystemet. Fakultetsdirektør har fått delegert et overordnet systemansvar for internkontroll og kvalitetssikring og skal sikre at kvalitetssikringssystemet er funksjonelt og operativt og innenfor lovverket sine krav. Fakultetsdirektør har også et overordnet ansvar for administrative støttefunksjoner. Det operative ansvaret er delegert til instituttleder og klinikkleder, som samarbeider om all daglig drift, og operative og strategiske avgjørelser. De skal sørge for et administrativt system for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere klinikkdriften i henhold til kvalitetssystemet.

Klinikkleder rapporterer til instituttleder, som rapporterer til dekanen. Likedan rapporterer fakultetsdirektør til dekanen, og dekanen rapporterer til rektor.

Instituttleder er den øverste faglige/økonomiske leder ved instituttet, og får sin myndighet etter delegasjon fra fakultetet og har dekanen som nærmeste overordnede. Instituttleder godkjenner sammen med dekan større endringer i denne Kvalitetshåndboken, mens mindre endringer godkjennes av instituttleder alene.

Instituttleder har det øverste ansvar for budsjett og økonomistyring og kan delegere sin myndighet til administrasjonssjef og utvalg ved instituttet, dersom annet ikke er fastsatt i lov, forskrift eller fakultetets delegasjonsvedtak. Instituttleder svarer til fakultetsdirektør vedrørende administrative forhold, og til dekan vedrørende faglige forhold. Instituttleder har delegert ansvaret for den daglige klinikkdriften til klinikkleder. Instituttleder har personalansvar for seksjonslederne, klinikkleder og administrasjonssjef. Administrasjonssjef, programutvalgsleder, studieleder, forskningsleder, klinikkleder og innovasjonsleder utgjør instituttets ledergruppe, sammen med instituttleder som leder gruppen

1.5. Organisasjonskart for IKO



Instituttets ledelse består av instituttleder og den ledergruppen instituttleder setter sammen. Sammen utgjør disse instituttets høyeste nivå. Instituttleder drøfter viktige strategiske og operative saker med sin ledergruppe før beslutning tas.

Klinikkleder har overordnet ansvar for den daglige klinikkdrift i samarbeid med driftsleder. Klinikkleder ligger i linje under og rapporterer til instituttleder.

Seksjonslederne ved 9 av 10 seksjoner på instituttet har en tilhørende klinikk, og har det faglige og administrative ansvaret for sin fagseksjon delegert fra instituttleder. Senterleder er leder for Senter for translasjonell oral forskning, og er på nivå med seksjonslederne og skal delta i seksjonsledermøtene. Senterleder har det faglige og administrative ansvaret for teknisk personale og prosjektansatte i forskningsmiljøet.

Personalansvaret for spesialtannleger, instruktørtannleger, instruktørtannpleiere, tannhelsesekretærer og annet helse-/tannhelsepersonell vil normalt være delegert til overtannlege/overtannpleier.



1.6. Råd og utvalg

Instituttrådet: Et rådgivende organ for instituttleder, og velges i tråd med UiBs valgreglement. Medlemmene representerer sin gruppe. Instituttrådets rolle og kompetanse går fram av [Regler for styringsorganene ved fakultetene og instituttene](#).

Klinikkutvalget: Et rådgivende organ for klinikkleder med hensyn til undervisning og drift av Odontologisk universitetsklinikk. Klinikkleder har mandat – ved behov – til å etablere og aktivere Klinikkutvalget.

Blokkutvalget: Per dags dato eksisterer det kun ett blokkutvalg, dvs. Blokkutvalg for allmennodontologi. Blokkleder allmennodontologi har ansvar for teoretisk og klinisk undervisning i blokken. Blokkleder leder utvalget. Allmennkoordinator sørger for bemanning som dekker de ulike disiplinene som inngår for at den kliniske aktiviteten i blokken foregår i henhold til etablerte planer. Koordinator er sekretær i blokkutvalget. I ny studieplan som implementeres vildet bli opprettet semesterstyrer med egen leder for hvert semesterstyre.

HMS-utvalget: Institutt for klinisk odontologi har et eget HMS-utvalg med smitte- og strålevern som fokusområde.

Utvalgets mandat (oppdatert 2021):

Utvalget skal være et rådgivende tverrfaglig organ for hele instituttet. Utvalget skal være synlig og tilgjengelig. Utvalget skal sørge for at det alltid foreligger oppdaterte retningslinjer og rutiner som er i tråd med myndighetskrav og interne UiB-regler. Utvalget skal medvirke til å implementere vedtak i samarbeid med IKOs ledelse. Utvalget skal bistå instituttledelsen i HMS-relaterte saker og sørge for fremdrift i systematisk HMS-arbeid ved instituttet, inkludert oppfølging av ROS som en kontinuerlig prosess for risiko- og sårbarhetsvurdering av instituttets virksomhet. Være pådriver i instituttets HMS-arbeid, herunder bidra i arbeidet med å oppnå høy deltakelse i medarbeiderundersøkelser, som ARK-undersøkelsen. Utvalget skal bistå ledelsen med årlige HMS-møter, vernerunder, trivselsundersøkelser og relevant opplæring. Bidra til bedre erfaringsdeling og læring.

Utvalget skal søke samarbeid med tilsvarende organer på landets øvrige odontologiske læresteder for mest mulig lik praksis. Best praksis basert på kunnskap, lov og retningslinjer. Utvalget rapporterer til instituttleder.

HMS-utvalget kan kontaktes på: hms@iko.uib.no

Smittevernutvalget: Dette utvalget ble etablert under pandemien i 2020, og utvalgets aktivitetsnivå skal være behovsstyrt, under ledelse av klinikkleder. Fast medlem i utvalget er hygiesykepleier. Andre representanter kan bli tilknyttet utvalget etter behov. Smittevernutvalgets epost-adresse er smittevern.iko@uib.no, og denne adressen blir brukt når utvalget er aktivt.

Overtannlegeforum: Uformelt forum for overtannleger som diskuterer driftssaker knyttet til undervisning, rutiner, team mm., før videresending til andre utvalg (f.eks. Programutvalget eller Instituttrådet).

Temporære utvalg

- Under arbeidet med ny studieplan har Studieutvalget blitt reaktivert, og det har blitt opprettet undergrupper i denne prosessen (p.t. kalt semesterstyrer).

2. Roller og ansvar ved klinikken

2.1. Klinikkleder

- Klinikkleder har det overordnede faglige og administrative ansvaret for klinikkdriften
- Klinikkleder inngår i IKOs ledergruppe
- Klinikkleder og instituttlederen har jevnlig dialog
- Klinikkleder tar opp klinikk-relaterte spørsmål i ledergruppen

Funksjon:

- Daglig leder for klinikkdriften
- Leder for klinikkvirksomheten på tvers av alle seksjonene og enheter ved IKO
- Rapporterer til Instituttleder, IKO
- Dialog med seksjonsleder i klinikkrelaterte saker

Arbeidsoppgaver:

- Klinikkdrift i samarbeid med driftsleder, inkludert drift av Opus og klinikkenes IT-system. Driftsleder rapporterer faglig underlagt klinikkleder
- Sørge for at klinikken driftes i tråd med de økonomiske rammene og i henhold til IKOs budsjett.
- Delta og involveres i klinikkdriftens økonomi og budsjettprosesser
- Bidra til gjennomføring av budsjettprosessen i klinikken innenfor fastsatte tidsplaner og økonomiske rammer for budsjettarbeidet
- Ha faglig dialog med økonomikoordinator, og bidra til avklaring av klinikkspesifikke forhold
- Ansvarlig for at klinikkens ressurser disponeres forsvarlig, i samråd med instituttleder og økonomiansvarlig
- Personalansvaret for tilsatte tannhelsesekretærer i Kvalifiseringsprogrammet. (Dette punktet skal revideres i 2021/2022 i forbindelse med etablering av Oral Diagnostikk Enhet)
- Driftsansvar for spesialistutdanningsklinikken. (Dette punktet skal revideres i 2021/2022 i forbindelse med etablering av Oral Diagnostikk Enhet)

- Pasientrettigheter
- Pasientrekruttering og tilsyn med pasientbehandling
- Hovedansvar for bemanningsplaner, koordinering og prioritering av personell mellom seksjonene/blokkene, og kvalifiseringsprogrammet. Alle feriesøknader som er godkjent av seksjonsleder i semester med full klinikkaktivitet skal forankres hos klinikkleder.
- Godkjente feriesøknader for driftstekniker, hygieneesykepleier og OPUS superbruker under periode med full klinikkdrift skal meddeles klinikkleder.
- Deltar i forum for overtannleger/overtannpleier
- Leder av alle tilsettingsprosesser for klinikkpersonell / tannleger / tannpleiere i samråd med seksjonsleder og instituttleder
- Leder og aktiverer smittevernvalget og klinikkutvalget etter behov.
- Ansvarlig for at klinikken bedrives i henhold til gjeldende hygienerutiner i samråd med hygieneesykepleier, som rapporterer faglig underlagt til klinikkleder.
- Ha oversikt over pasientrekrutteringsbehov og ha tilsyn med pasientbehandlingen ved klinikken
- Fordele arbeidsoppgaver og organisere klinikkdriften med hensyn til kliniske rutiner, journal og utstyr i samarbeid med overtannlege/tannpleier
- Ansvarlig for at drift av journalsystem (Opus) skjer i henhold til gjeldende regler og lovverk i samråd med OPUS superbruker, som rapporterer faglig underlagt klinikkleder.
- Intern informasjonsflyt som gjelder klinikkaker
- Sørge for godt arbeidsmiljø i klinikken
- Være involvert i planlegging og koordinering av klinikkresurser for forskning
- Utvikle gode rutiner for debitering av pasienter
- Koordinering av klagebehandling

2.2. Vitenskapelig ansatte og instruktører

Vitenskapelig ansatte, overtannleger, overtannpleiere, spesialtannleger, instruktørtannleger og instruktørtannpleiere har et selvstendig behandlingsansvar. De er ansvarlig for at det opprettes og føres journal for pasienter som utredes og behandles ved klinikken. Dette inkluderer vurdering av behov for videre oppfølging og tiltak når det oppstår behov for opplysnings- eller meldeplikt.

Alle seksjonsledere underviser 2 økter per uke i klinikken og går inn som øktansvarlig. Seksjonslederne har journalansvaret ved sine seksjoner delegert fra klinikkleder, som har det overordnede journalansvaret for klinikkene ved alle seksjoner. Seksjonsleder har personalansvaret for alle som er ansatt på seksjonen. De øvrige vitenskapelig ansatte i 100% stilling har 2 kliniske økter + en økt som bakvakt per uke. Dette reguleres ihht stillingsprosent.

Overtannleger/overtannpleiere rapporterer til seksjonsleder og har det daglige ansvaret faglig og administrativt for den prekliniske og kliniske virksomhet ved seksjonen. Overtannlege/overtannpleier er medansvarlig for at seksjonens klinikk drives effektivt i samsvar med lovverket, planer og tildelt budsjett og systemer. Overtannleger/overtannpleiere kan ha delegert personal- og HMS-arbeid fra seksjonsleder (for ytterligere spesifisering av roller og ansvar, se Organisasjonsutviklingsprosjektet: <https://bit.ly/3brh25M>)

Øvrige kliniske instruktører har antall kliniske økter etter sin stillingsbrøk. Den enkelte instruktør/veileder i klinikken har behandlingsansvar for sine pasienter.

Seksjonstannhelsesekretær har sammen med overtannlege/overtannpleier ansvar for aktuell klinisk seksjon og er sammen med disse ansvarlig for at seksjonen drives effektivt etter lovverket, planer og systemer. Til stillingen ligger et overordnet hygieneansvar og ansvar for seksjonens utstyr, materialer og oversikt over seksjonens pasienter. Det tilligger stillingen ansvar for det daglige samarbeidet med øvrige seksjoner og enheter i klinikken. Seksjonstannhelsesekretæren rapporterer til

overtannlege/overtannpleier (for spesifisering av roller og funksjon – se Organisasjonsutviklingsprosjektet: <https://bit.ly/3brh25M>)

2.3. Team og teamledere

Den kliniske undervisningen organiseres i «TEAM» som består av en instruktørtannlege eller instruktørtannpleier, en tannhelsesekretær, og 6 studenter. Tannlege/tannpleier er leder av «teamet». Om det er behov for ekstra faglig hjelp, kontaktes øktansvarlig, deretter overtannlege/overtannpleier, og til slutt seksjonsleder. Den kliniske undervisningen er obligatorisk.

Klinikkundervisningen i teamet:

Instruktørtannlegen/instruktørtannpleieren leder planleggingen av pasientbehandlingen og legger til rette for arbeidet i økten. De følger studentene tett under klinikkøktene. Instruktøren hjelper studenten i den kliniske behandlingen, eller demonstrerer det praktiske arbeidet dersom det er nødvendig. Instruktøren vurderer (sammen med «teamets» tannhelsesekretær) studentene innen oppsatte frister, og gir tilbakemelding til overtannlege/overtannpleier (jfr. studieplanen). Instruktøren fyller ut studentvurderingsskjema og har utviklingssamtale med studentene på fastsatt vurderingstidspunkt (jfr. vedlegg til studieplanen). Instruktøren gir studentene fortløpende konkrete tilbakemeldinger om hvordan en vurderer studenten sitt nivå mht. kunnskaper, ferdigheter, og generell kompetanse, og legger planer for at den enkelte student skal kunne oppfylle målsettingen for den kliniske undervisningen. Instruktøren melder tilbake til overtannlege/overtannpleier i løpet av semesteret dersom dette trengs, eller ved fastsatt vurderingstidspunkt.

Teamets klinikkøkt

Instruktørtannlegen/instruktørtannpleieren:

- Veileder studenten i journalføring, og ser til at utført arbeid belastes pasienten.
- Sørger for at eventuelle trygderefusjoner føres riktig i journalen.
- Har ansvar for utarbeiding av henvisninger, epikriser og godkjenning av klinisk arbeid, og utskrivning av pasienter i samsvar med etablerte rutiner.
- Fører følgeseddel i Opus og fakturerer tannteknikertjenester.
- Kontrollerer at arbeidsseddel er fullstendig utfylt og at tilstrekkelig informasjon sendes til tanntekniker (modeller, voksindeks, avtrykk etc. Ved reklamasjoner skal arbeidet som reklameres returneres og det skal stå på arbeidsseddel)
- Ser til at studentene avslutter arbeidet i rett tid
- Signerer i journalsystemet
- Tar seg av seksjonens akuttpasienter dersom det er behov for det

Studentenes/kandidatenes rolle i temaet:

Tannlege- og tannpleierstudenter, samt spesialist- og kvalifiseringskandidater er under veiledning og har **ikke** selvstendig behandlingsansvar under arbeid i klinikken. Dette betyr at de under hele behandlingsforløpet skal de følge teamets råd og anvisninger. Ved tvil skal studenten/kandidaten kontakte veileder for avklaring. Dersom veileder ikke er tilgjengelig, skal studenten/kandidaten kontakte seksjonsleder.

Studenter regnes som helsepersonell når de i forbindelse med helsefaglig opplæring, for eksempel tannbehandling, yter helsehjelp. Dette følger av helsepersonelloven § 3. Helsepersonelloven regulerer

all yrkesutøvelse der man opptrer i kraft av å være helsepersonell. Dette innebærer at lovens bestemmelser om blant annet faglig forsvarlighet (§ 4), bruk av medhjelpere (§ 5), dokumentasjonsplikt (§ 39 flg.) og taushetsplikt (§ 21 flg.) gjelder for studenter når de yter helsehjelp under opplæring ved IKO. Studentene er ellers også bundet av Studenterklæringen ved UiB.

3. Administrasjon og drift knyttet til klinikken

3.1. Pasientinnskrivingen

Pasientinnskrivingen er slått sammen med Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi etter Instituttrådets vedtak, og personalansvaret ved denne enheten ligger under seksjonsleder ved Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi og pasientinnskriving.

Pasientinnskrivingen har to formål:

- Screening og utvelgelse av pasienter til studentklinikken
- Studentundervisning i journalopptak og behandlingsplanlegging

På Pasientinnskrivingen tas en forundersøkelse av pasienter som er:

- Nye pasienter som har henvendt seg på eget initiativ til OUK
- Henviste pasienter (eksterne)
- Pasienter som har hatt behandling på OUK tidligere, men trenger en ny helhetlig generell undersøkelse før ny henvisning til studentklinikken.

I noen perioder er det kun instruktørtannleger fra de ulike enhetene som står for pasientundersøkelse og henvisning. I enkelte perioder er det derimot studenter som gjør dette, etter seminar og veiledning av instruktørtannleger i forkant av klinikkøkten.

3.2. Hovedresepsjonen

Hovedresepsjonen ligger i 1. etasje ved inngangen til bygget i nord.

Ansatte i Hovedresepsjonen hjelper og assisterer pasienter og gjester, de besvarer telefon og overfører samtaler til seksjonene, og hjelper pasienter på vegne av seksjonene utenfor seksjonenes telefontider. Hovedresepsjonen tar imot beskjeder fra pasienter utenfor seksjonenes telefontid, og legger inn beskjeder i studentklinikkenes timebok. Betaling mottas, men kun via kort.

De ansatte i Hovedresepsjonen er også ansvarlige for å svare eller videresende e-poster som har kommet inn til pasient@uib.no. Resepsjonen har i tillegg hovedansvar for post; Post som skal ut av huset blir frankert, og innkommende post blir brakt videre eller levert.

Overtannlege ved Pasientinnskrivingen har personalansvar for de ansatte i Hovedresepsjonen, og Hovedresepsjonen samarbeider tett med Pasientinnskrivingen. Organiseringen av Hovedresepsjonen skal revideres i forbindelse med etablering av digitale betalingsløsninger.

3.3. Andre nøkkelfunksjoner

Administrator/Opus superbruker har ansvar for opplæring av studenter og ansatte i det digitale journalsystemet Opus, og se til at systemet brukes i tråd med lover og regler.

Administrator/Opus superbruker skal sikre at pasientene betaler for behandlingen etter gjeldende satser, og at HELFO-refusjoner foretas i samsvar med retningslinjene. Konsulenten har ansvar for oppdatering av satsene.

Driftsleder har ansvar for alt dentalutstyr i klinikken, og har ansvar for innkjøp av utstyr, deler og programvare til klinikk, eventuelt i samråd med fagmiljøene på seksjonene. Driftsleder har ansvar for vedlikehold av dentalutstyret, og har tett kontakt med leverandørene med tanke på service og vedlikehold.

Materialkontoret skal sørge for å levere dentalvarer til klinikk, og ha oversikt over utleverte varer og lagerbeholdning til enhver tid. De ansatte ved Materialkontoret bestiller inn varer til lageret etter behov.

Husøkonomkontoret: Den/de ansatte ved Husøkonomkontoret har ansvar for at det er rent klinikkutrustning tilgjengelig for studenter og ansatte som skal arbeide i klinikk. Husøkonom har direkte kontakt med vaskeri ang. vask og levering av tøy. I tillegg har husøkonomen ansvar for at ansatte og studenter har skap og at garderobeforholdene er tilfredsstillende. Avvik i renhold av lokalene skal meldes inn via Lydia, UiBs meldingssystem for drift, transport og renhold, og husøkonom har et særskilt ansvar i å melde inn avvik i renholdet i klinikknære områder.

Journalarkiv: Det er p.t. 1,3 stillinger knyttet til OUKs journalarkiv, og de ansatte der har ansvar for å systematisere og ivareta journalarkivet i tråd med gjeldende lover og retningslinjer, hva gjelder innsyn, innsynsrett og håndtering av personopplysninger. De har ansvar for å hente ut journaler for pasienter som har bedt om innsyn. OUK har fått kassasjonsvedtak fra Arkivverket, slik at papirjournaler som er skannet inn kan kasseres fortløpende. Et kassasjonsvedtak er et viktig ledd i kvalitetsarbeidet knyttet til journalarkivet.

Hygienesykepleier har det overordnede ansvaret for det systematiske hygiene- og smittevernarbeidet ved OUK. Hygienesykepleier har også ansvar for følgende: Se til at den lokale hygieneplanen korresponderer med [Faglige anbefalinger for smittevern i klinisk odontologisk praksis](#), og sørge for at det blir holdt førstehjelpskurs for ansatte og at akutt-førstehjelpsutstyret i klinikken er i orden. Hygienesykepleier er lokal saksbehandler i UiBs avvikssystem, og er en sentral aktør ifm rutineutvikling i klinikken.

4. Journalføring

Studentene fører journal, men det er instruktør som godkjenner og signerer journalnotater. Brukermanual for bruk av Opus finnes i klinikkmappen.

OUK benytter "Opus elektronisk pasientjournal". Man har utvidet og gjort små endringer siden 1997, men leverandøren står ansvarlig for at systemet er i tråd med dagens lovverk til enhver tid.

Systemet er plassert i et lukket system på en server hos IT-avdelingen ved UiB og det er kun tilgang til dette systemet via spesifikke datamaskiner. IT-avdelingen vedlikeholder og betjener server, og foretar oppdatering av programvaren og installasjon på maskiner til ansatte og studenter.

Alle ansatte og studenter som skal jobbe med Opus, skal ha et grunnleggende kurs, og seinere veiledning og oppdatering hos administrator/superbruker.

Tilgangen til Opus styres av systemadministrativ ansatt på instituttet og administrator på IT-avd. Tilgangen fordeles av administrator/superbruker ut fra behandlergrupper; tannlege, tannpleier,

tannhelsesekretær og student. Alle behandlergrupper må ha brukerkonto fra UiB for å få tilgang til klinikkserver. Tilgang til server gis av IKT-seksjonen på grunnlag av navnelister med bruker-id levert av administrator/superbruker hvert semester. Tilgangskatalogen ajourføres hvert semester og tilgangperiode begrenses til ansattperiode for klinikkpersonale og klinikkpraksisperiode for student.

Ved lengre fravær/permisjon blir både ansatte og studenter registrert som inaktive i Opus av administrator/superbruker.

Studentene fører journal, men det er instruktør som godkjenner og signerer journalnotater. Brukermanual for bruk av Opus finnes i klinikkmappen.

5. Pasient- og brukerrettigheter

Pasient- og brukerrettighetsloven regulerer pasienter, brukere og pårørendes rettigheter i helse- og omsorgstjenesten:

- Samtykke til helsehjelp
- Om bruk av journalopplysninger
- Rett til medvirkning og informasjon
- Innsyn i pasientjournal
- Rett til vern mot spredning av opplysninger
- Klagerett

Se punkt 15 her i Kvalitetshåndboken for lenke til blant annet pasient- og brukerrettighetsloven.

5.1. Samtykke til helsehjelp - kostnadsoverslag

Helsehjelp (her tannhelsehjelp) kan bare gis når pasienten har samtykket til dette. For at et samtykke skal være gyldig må pasienten ha fått tilstrekkelig informasjon om tilstanden og tiltaket. Samtykket kan gis enten eksplisitt, for eksempel muntlig, eller ved samtykkende adferd. Sistnevnte innebærer at pasienten ved sin handlemåte tilkjenner at han eller hun samtykker til tiltaket. Et samtykke til helsehjelp kan når som helst trekkes tilbake. Undervisningsklinikken er en læringsarena for studenter/kandidater. Personer som får utført tannbehandling ved klinikken omfattes dermed av undervisningen. Pasientens samtykke må derfor også omfatte selve undervisningssituasjonen.

Behandlingsplan/kostnadsoverslag legges frem for instruktørtannlege/instruktørtannpleier, som gjennomgår dette før det signeres av pasient og ansvarlig instruktør. Signert kostnadsoverslag skannes inn i Opus, og linjen signeres. Pasienten får med seg originalen. Ved behov for endringer underveis i behandlingsforløpet, lages det et nytt kostnadsoverslag som ved oppstart.

Reglene om samtykke til helsehjelp er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4.

5.2. Om videre bruk av journalopplysninger

En pasientjournal består av alle skriftlige opplysninger, røntgenbilder, kliniske bilder, modeller og lignende. Tilgang til en journalinformasjon skal være restriktiv, og krever alltid et lovgrunnlag. Ledelsen har et ansvar for å være orientert om de rettsregler som styrer virksomheten og har et tilretteleggingsansvar for å motvirke lovbrudd. Studenter har tilgang til pasientjournaler for pasienter

som de er involvert i behandlingen av. Studenter kan ikke lese andre pasientjournaler for egen interesse og læring.

Det kan være behov for å bruke journalopplysninger i forbindelse med undervisning, forskning og studentoppgaver.

For å kunne bruke journalopplysninger til undervisningsformål må alle personidentifiserende opplysninger fjernes/sladdes. Kasuistikker og liknende kan på denne måten benyttes i opplæringsammenheng uten at pasientens identitet ikke røpes. Pasientene får et informasjonsskriv om dette, som pasienten skal signere. Bruken av dette skjemaet (Bruk av journalopplysninger) er beskrevet i egen rutine.

Når det gjelder bruk av journalopplysninger i forbindelse med forskning og/eller studentoppgaver, se Retningslinje for behandling av personopplysninger/[Personvernportalen](#).

5.3. Rett til medvirkning og informasjon

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelp, herunder valg og utforming av tiltak. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, har nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten.

Det skal legges til rette for at pasienten får medvirke ut fra sine individuelle forutsetninger for å gi og motta informasjon. Barn som kan danne seg egne synspunkter skal gis informasjon og høres. Det skal legges vekt på hva barnet mener ut fra barnets alder og modenhet.

Retten til medvirkning blir ivaretatt ved at det fra time til time avtales hvilke undersøkelser som skal gjøres og hvilke tiltak som skal settes i verk. Valgene blir begrunnet ut fra faglige vurderinger av pasientens tilstand og behov og aktuelle valg av arbeidsmodell. Diagnostiske funn, faglige vurderinger og eventuelle testresultater blir informert om, forklart og gjennomgått sammen med pasienten. All informasjon skal gis på en hensynsfull måte ut fra pasientens individuelle forutsetninger for å forstå informasjon.

Rett til medvirkning og informasjon følger av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3.

5.4. Innsyn i pasientjournal

Pasienten har rett til innsyn i hele sin pasientjournal med vedlegg. Innsynsretten omfatter også rett til kopi av journalen og rett til en enkel og kortfattet forklaring av innholdet, så som faguttrykk eller lignende, i journalen.

Pasienten kan nektes innsyn i egne journalopplysninger dersom dette er påtrengende nødvendig for å hindre fare for liv eller alvorlig helseskade for pasienten selv eller innsyn er klart utilrådelig av hensyn til personer som står vedkommende nær. Pasienten kan likevel oppnevne en representant for seg som kan gis innsyn, for eksempel advokat.

Det skal fremgå av pasientjournalen hvem som har gjort oppslag/logget seg inn i journalen, og pasienten har rett innsyn i denne loggen. All aktivitet i journalen blir logget i Opus.

Retten til journalinnsyn følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1.

5.5. Rett til vern mot spredning av personopplysninger (taushetsplikt)

Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6 regulerer retten til vern mot spredning av opplysninger. Retten til vern mot spredning av personopplysninger må ses i sammenheng med helsepersonells taushetsplikt, melde- og opplysningsplikt og opplysningsrett. Helsepersonellets taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikter og meldeplikter reguleres i helsepersonelloven kapittel 5, 6 og 7.

5.6. Klagerett

Pasienter har klagerett. Det er utarbeidet en egen rutine om krav til saksbehandling, dokumentasjon, frister og klagerett. Rutinen finnes i klinikkmappen.

Ved spørsmål om klage kan pasienten kontakte klinikkresepsjonen ved oppmøte, telefon eller e-post. Pasienter som ønsker å klage, kan sende skriftlig klage per brev til den aktuelle seksjonen, levere klagen personlig i resepsjonen eller sende denne per e-post (post@iko.uib.no). Dersom klager benytter e-post, må svaret sendes per vanlig post, fordi personopplysninger ikke kan sendes per e-post av hensyn til taushetsplikten.

Foruten en konkret beskrivelse av hva eller hvem klagen gjelder, bør den inneholde opplysninger om pasientens navn, fødselsnummer og kontaktinformasjon (postadresse og telefonnummer).

Klager kan få hjelp med å formulere og levere inn en klage dersom vedkommende ønsker dette. Klager står fritt til å formulere innholdet i klagen. Mer informasjon om klageadgang finnes her:

[Klagebehandling | Institutt for klinisk odontologi | UiB](#)

Retten til å klage er regulert i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7.

6. Personvern, informasjonssikkerhet og databehandlingsansvar

Instituttleder er ansvarlig for personvern, informasjonssikkerhet og databehandling ved IKO/OUK, og har det overordnede ansvaret på dette området. OUK samarbeider med IT-avdelingen ved UiB om sikker behandling av pasientenes helse- og personopplysninger. Klinikkleder har ansvar for den daglige oppfølgingen av relevante prosedyrer/rutiner samt opplæring.

[Bransjenorm for informasjonssikkerhet og personvern - Direktoratet for e-helse](#) legges til grunn som et utgangspunkt for arbeidet med personvern, informasjonssikkerhet og databehandlingsansvar.

UiB har en personvernerklæring for pasienter, som gjelder for våre opplæringsklinikker. UiB har et eget [personvernombud](#) (se UiB sin egen [nettside](#)) Personvernombudets hovedoppgave er å informere og gi råd om de forpliktelsene UiB har etter personvernlovgivningen til behandlingsansvarlige, samt til de ansatte som utfører behandlingen av personopplysninger.

OUK fører en samlet og oppdatert oversikt over alle behandlinger av helse- og personopplysninger i virksomheten i UiBs [GDPR-oversikt](#). Denne oppgaven ivaretas av klinikkleder. Rutineutvikling er i prosess.

UiB har et [Styringssystem for informasjonssikkerhet](#) som del av sin overordnede regelsamling.

7. Rapportering – klinikkmelding

Klinikkmeldingen skrives av instituttet på oppdrag fra fakultetet, etter deres frist. Klinikkmeldingen må inneholde beskrivelse av måloppnåelse, status og prioriteringer. Det skal blant annet rapporteres om

avvik, uønskede hendelser, evalueringer, klager og brukererfaringer.

8. Internrevisjon og internkontroll

Universitetsstyret eller universitetsledelsen kan initiere internrevisjon ved behov. Universitetsdirektøren har delegert ansvar for internkontroll til fakultetsdirektøren.

9. Kompetansekrav for ansatte

Instituttleder er den øverste lederen ved instituttet og er ansatt etter utlysning i 100% stilling for en åremålsperiode på 4 år. Det kreves at instituttleder har førsteamanuensis- eller professorkompetanse innen et relevant fagfelt, og erfaring fra faglig ledelse innen UH-sektoren.

Klinikkleder skal være tannlege med norsk autorisasjon, og ha fullført klinisk spesialisering. Ledererfaring og erfaring fra organisering av helse-/ tannhelsetjeneste, gode administrative og strategiske evner, og dokumentert evne til å lede en virksomhet.

Administrasjonssjef leder administrasjonen ved instituttet og har ansvar for utvikling, iverksetting og oppfølging av administrative prosedyrer og rutiner. Administrasjonssjefen skal også drive saksbehandling og utredning. Mastergrad og ledererfaring er et krav.

Professor/førsteamanuensis tilknyttet de kliniske seksjonene skal bl.a. ha norsk autorisasjon som tannlege, godkjent doktorgrad og spesialitet i tilhørende disiplin.

Seksjonsleder – seksjonslederrollen er et verv for vitenskapelig ansatte (professor/førsteamanuensis), fortrinnsvis ansatt i 100% stilling. Kvalifikasjonskrav er dobbelkompetanse (spesialitet og doktorgrad samt omfattende pedagogisk og administrativ erfaring), med unntak av Seksjon for Forebyggende tannpleie, gerodontologi og samfunnsodontologi, Seksjon for kariologi og Seksjon for biomaterialer - som ikke har spesialistutdanning. (Se ellers Instituttrådssak 19/02 om seksjonslederrollen.)

Instruktørtannleger ved instituttet må ha norsk autorisasjon som tannlege, og det er ønskelig med tidligere undervisningserfaring. Det kreves også at instruktørtannlegene har stilling som tannlege også utenfor instituttet for å opprettholde egne kliniske ferdigheter.

Overtannlege/overtannpleier: faste stillinger med stillingsstørrelse tilpasset seksjonens behov. Godkjent spesialitet eller fullført videreutdanning ved aktuell klinisk seksjon, omfattende pedagogiske kvalifikasjoner, administrativ erfaring og omfattende klinisk erfaring

Tannpleierne driver teoretisk og praktisk undervisning av studenter i klinikken, og veileder studentene i deres behandling av pasienter. Tannpleiere må ha godkjent utdanning og ha norsk autorisasjon.

Sykepleiere har tilpassede oppgaver ved den aktuelle kliniske seksjonen, og må ha godkjent utdanning som sykepleier, samt norsk autorisasjon.

Seksjonstannhelsesekretær har sammen med overtannlege/overtannpleier ansvar for aktuell klinisk seksjon og er sammen med overtannlege/overtannpleier ansvarlig for at seksjonen drives effektivt etter

lovverket og etablerte strategier, planer og systemer. Det kreves godkjent utdannelse som tannhelsesekretær, samt administrativ erfaring.

Tannhelsesekretærene assisterer tannleger/tannpleiere og studenter, har ansvar for oppfølging av pasienter og en rekke andre oppgaver knyttet til den daglige driften i klinikken. Tannhelsesekretærer må ha autorisasjon som tannhelsesekretærer.

Overingeniør/tanntekniker arbeider med undervisning av studenter i klinikken, og utfører også andre relevante oppdrag innad i klinikken. Utdannelse som tanntekniker er en BA-grad, og fullført grad vil være et krav for ansettelse i en slik stilling.

Radiograf arbeider selvstendig i klinikk med å ta bilder som danner grunnlag for diagnostisering og videre behandling. Radiografen arbeider tett sammen med de andre yrkesgruppene i klinikken.

Arbeidet krever godkjent utdanning som radiograf (3-årig BA-grad).

Driftsleder for klinikken er ansatt ved instituttet, og skal ha relevant medisinsk-teknisk utdanning. Det er også et krav at vedkommende skal ha Samtykke til reparasjon av elektromedisinsk utstyr, utstedt av Direktoratet for samfunnssikkerhet og beredskap (DSB).

Husøkonom: Det kreves relevant fagutdanning fra videregående skole, eller tilsvarende kvalifikasjoner oppnådd gjennom praksis. Det er ønskelig med erfaring fra vedlikehold av tekstiler og fra renhold.

10. Risikostyring

Universitetet i Bergen har [varslingsrutiner](#) og en overordnet [beredskapsplan](#). I tillegg har Det medisinske fakultet en [egen beredskapsplan](#) for fakultetsnivået. Planene beskriver roller, ansvar og rutiner i en beredskapssituasjon. Det gjennomføres jevnlig en rekke risikovurderinger (Risiko- og sårbarhetsanalyser - ROS analyser) ved hjelp av det elektroniske risikovurderingssystemet CIM. Dette gir ledelsen oversikt over risiko ved egen enhet, samt bidra til forsvarlig drift gjennom å gi grunnlag for oppdatering av rutiner, retningslinjer og beredskapsarbeid.

Fakultetsdirektøren har overordnet ansvar for oppfølging av fakultetets beredskaps- og ROS-arbeid. Instituttleder og administrasjonssjef har ansvar for lokal, daglig oppfølging av beredskaps- og ROS-arbeidet, samt å sammen med klinikkleder foreslå og gjennomføre nye ROS-analyser på aktuelle felt.

I henhold til [Forskrift for ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten](#), § 6 plikter man å ha oversikt over områder i virksomheten hvor det er risiko for svikt eller mangel på etterlevelse av myndighetskrav og områder hvor det er behov for vesentlig forbedring av kvaliteten på tjenesten og pasient- og brukersikkerhet.

I [veileder til forskriften](#) presiseres det at det i kravet ligger en plikt til å ha rutiner for systematiske gjennomganger av virksomhetens tjenester og resultater. Målet med kartlegging er å identifisere områder der svikt kan inntre ofte, identifisere områder der svikt kan få alvorlige eller uønskede følger for pasienter, brukere eller andre, samt forebygge svikt og uønskede hendelser.

I tillegg vil seksjonene ha sine respektive rutiner for risikostyring, se Klinikkhåndbøker for seksjonene.

11. HMS, smittevern og strålevern

Instituttet har et eget HMS-utvalg som arbeider med spørsmål innen helse, miljø og sikkerhet, herunder også smittevern og strålevern. Instituttleder er øverste leder for HMS-arbeidet ved instituttet.

Egen HMS-håndbok for instituttet er tilgjengelig på vår [hjemmeside](#), og denne omfatter også klinikken:

Alle ansatte har oppdatering i førstehjelp med 1,5 års mellomrom, studenter følger opplæring etter studieplan. Det finnes en gruppe med superbrukere som har egen opplæring/øvelse i førstehjelp hver 3.mnd, se oversikt i HMS-håndboken. Avdelingssykepleier er ansvarlig for dette.

Alle ansatte har også jevnlig oppdatering/kurs i brannvern hvert annet år, og nyansatte får gjennomgang av aktuell plassansvarlig. Studieseksjonen har ansvar for at det arrangeres kurs for studentene.

11.1. Smittevern

Smittevern er samlede systematiske tiltak for å forebygge, registrere og behandle smittsomme sykdommer.

Økt internasjonalisering og økende forekomst av antibiotikaresistens har aktualisert behovet for felles retningslinjer for smittevern for all odontologisk praksis. De tre odontologiske lærestedene har sammen med Den norske tannlegeforening (NTF) og Folkehelseinstituttet utarbeidet slike felles anbefalinger. HelseDirektoratet og Kompetansesentret for dekontaminering ved Oslo universitetssykehus har bidratt i arbeidet.

Målet med faglige anbefalinger er å legge til rette for god praksis ved å gi oppdatert kunnskap og anbefalinger om smittevern i klinisk odontologisk praksis. Anbefalingene gir et faglig rammeverk for utforming, implementering og evaluering av interne infeksjonskontrollprogram, retningslinjer og prosedyrer knyttet til smittevern innen den norske tannhelsetjenesten. Fra klinikken deltar i nåværende periode én førsteamanuensis i oral kirurgi/oral medisin og én hygienesykepleier i dette arbeidet.

Faglige anbefalinger for smittevern i klinisk odontologisk praksis finnes [her](#).

Smittevern utgjør en vesentlig faktor i HMS-arbeidet der det er kontakt med biologisk materiale. Biologisk kontakt er både kontakt mellom mennesker og kontakt med annet biologisk materiale.

Opplæring i smittevern og basale smittevernrutiner er et prioritert område på OUK. Klinikken følger Faglige anbefalinger for smittevern i klinisk odontologisk praksis, og det er laget opplæringsplan for smittevern for alle studenter og ansatte. OUK har en [egen hygieneplan](#) som bygger på de faglige anbefalingene for smittevern. Egen hygienesykepleier er ansatt og det er etablert hygienekontakter på de enkelte seksjoner. Ansatte og studenter signerer på at de har lest hygieneplanen og er selv ansvarlige for å lese hygieneplanen jevnlig for være oppdatert på endringer. Detaljerte rutiner for sterilarbeid og hygienearbeid på klinikken er å finne i klinikkmapper på klinikkmaskinene.

Høsten 2020 ble et eget Smittevernutvalg etablert for å overvåke smittevernet ved OUK i forbindelse med Covid-19. Utvalget er et rådgivende organ som følger retningslinjene fra myndighetene, og foreslår nødvendige tiltak og endringer.

11.2. Strålevern

Strålevernarbeid omfatter forsvarlig bruk av stråling, å forebygge skadelige virkninger av stråling på menneskers helse og bidra til vern av miljøet. Stråling fra røntgenapparat (dentaleapparat, OPG/Ceph og CBCT) er ioniserende stråling med høy energi og potensielt skadelige virkninger. Stråling fra optiske

strålekilder (herdelamper og laser) er ikke-ioniserende og har lavere energi, men kan likevel gi skadelige virkninger. Strålevern omfatter både ioniserende og ikke-ioniserende stråling.

Ved OUK benyttes røntgenstråling (dentalapparat, OPG/Ceph og CBCT), og optisk stråling (herdelamper og laser). Praktiske strålevernsrutiner finner man i klinikkhåndbøkene på den aktuelle klinikk. Målet er å sikre god diagnostikk og behandling, med så lav risiko som mulig til pasient, operatør og allmennhet.

Organisering av strålevernsarbeidet

Universitetsdirektøren har overordnet ansvar for alt arbeid med strålekilder ved Universitetet i Bergen. Universitetsdirektøren har delegert oppgaven med den praktiske gjennomføringen av strålevernsarbeidet til Sentral strålevernkoordinator.

Beskrivelse, oppgaver og ansvarsforhold er beskrevet her ([HMS portal](#))

Strålevernskoordinator

Virksomheter som er underlagt godkjenningsplikt etter § 9 (CBCT) eller § 10 (sterke laserpekere) eller meldeplikt etter § 13 (dentalapparat, OPG, laser klasse 4) skal ha system som ivaretar strålevern. Dette gjelder også for virksomheter som anvender eller installerer sterke ikke-ioniserende strålekilder.

OUK har flere lokale strålevernskoordinatorer. Disse befinner seg på Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi, Seksjon for oral kirurgi og oral medisin, Studentklinikken, Seksjon for pedodonti og Seksjon for kjeveortopedi. Disse strålevernskoordinatorer koordinerer det lokale strålevernet på sin seksjon og er underlagt den sentrale strålevernskoordinatorer ved UIB, og rapporterer direkte til denne.

Oppgaver og ansvarsforhold til strålevernskoordinator er beskrevet i [HMS portalen](#) her.

Krav til opplæring i strålevern og strålebruk

I følge § 16 og § 49 i strålevernforskriften skal virksomheter som bruker medisinsk stråling ha tilstrekkelig kompetanse innen strålevern samt årlig oppdatering. All opplæring på dokumenteres i form av omfang og innhold.

Et e-læringsverktøy for alle ansatte er under arbeid. Kurset vil være en del av den årlige opplæringen i strålevern og vil omfatte både lover og forskrifter, samt teoretisk og praktisk strålevern innen røntgen og optisk stråling. Apparatspesifikk opplæring (dentalapparat, OPG, Ceph, herdelamper, lasere) vil foregå på de aktuelle seksjonene, med egne skriftlige prosedyrer (protokoller).

Uhell og uønskede hendelser

Virksomheten skal straks varsle ulykker og unormale hendelser til Direktoratet for strålevern og atomsikkerhet (DSA), tidligere Statens Strålevern (§ 20 og § 55 i Strålevernforskriften). Det er overtannlege eller seksjonstannhelsesekretær ved den enkelte seksjon/klinikk som skal varsle om ulykken/hendelsen til lokal strålevernskoordinator. I tillegg skal det varsles som HMS-avvik via [UIBhjelp](#). Lokal strålevernskoordinator vurderer hendelsen og melder videre til klinikkleder, som i dialog med UiBs sentrale strålevernskoordinator varsler DSA, dersom nødvendig.

Stråledosene for diagnostisk tannrøntgen er generelt forholdsvis lave, og derfor er det få hendelser som er så alvorlige at de skal varsles til DSA. Eksempel på en alvorlig hendelse med bruk av røntgenutstyr er feil eksponeringsparametere benyttet ved røntgenopptak av et flertall pasienter.

Ved bruk av laser eller herdelamper er reell eller mistenkt øyeskade på pasient eller operatør et alvorlig

avvik. Virksomheten kan varsle Strålevernet per e-post eller telefon så raskt som mulig, jf. rutine over. Slik varsling må skje senest innen tre virkedager (§ 20).

Gangen i meldingen oppsummert:

1. Melde avviket som HMS avvik via [UIBhjelp](#)
2. Varsle overtannlege eller seksjonstannhelsesekretær
3. Overtannlege eller seksjonstannhelsesekretær varsler lokal strålevernskoordinator
4. Lokal strålevernskoordinator vurderer hendelsen og melder videre til klinikkleder, som i dialog med UiBs sentrale strålevernskoordinator varsler DSA, dersom nødvendig.

Fra hendelsen skjer, skal punkt 1-4 følges **INNEN tre dager**.

Risikovurdering

I følge § 18 i Strålevernforskriften skal virksomheter som bruker eller planlegge å bruke strålekilder, utarbeide skriftlig risikovurdering knyttet til strålebruken.

Bruk av laser og herdelamper kan gi øyeskader og må risikovurderes. Skader på annet vev må også vurderes. Bruk av røntgenapparater (dentalapparat, OPG/Ceph og CBCT) representerer veldig liten risiko ved optimal strålebruk, men skal likevel risikovurderes.

Risikovurderinger som er gjort i forhold til herdelamper, laser og ulike typer røntgen ligger under den aktuelle seksjon/klinikk, og skal jevnlig revideres av lokal strålevernkoordinator ved den enkelte seksjon/klinikk.

12. Avvikssystem

Vi skiller mellom HMS-avvikssystem og ulike andre typer avvik i klinikken, i tillegg til driftsavvik.

HMS-avvik

HMS-avvik meldes via [UIBhjelp](#).

Vi har et støttesystem i tillegg til det elektroniske meldesystemet for UIB for å kunne ivareta ansatte/studentere og pasienter som er involvert i hendelser i klinikken. Vi har rutine ifht. stikk- og kuttskader og rutine ifht. øyeskader. Dette er rutiner som er utarbeidet spesifikt for OUK ifht. hvilke samarbeidsinstanser i helsevesenet vi har for blodprøvetaking og oppfølging av både den skadde og smittekilden ved ulike personskader som nevnt innledningsvis.

Avvikene meldes i det elektroniske avvikssystemet, og følges også opp og behandles der av instituttets saksbehandler, som for tiden er hygienesykepleier. Saksbehandler behandler avviket og dokumenterer oppfølging ved å registrere tiltak og fylle ut sjekklister. Ved personskade som medførte legebehandling fyller saksbehandler sammen med den skadede ut skademeldingsblankett til NAV. Når alle aktuelle tiltak er bekreftet utført og sjekklister er fylt ut, kan avviket ferdigstilles. Den som melder avviket mottar mail fra avvikssystemet når avviksmeldingen registreres, får saksbehandler og ferdigstilles.

Avviksrapport lages ved hvert årsskifte. Det er en kort oppsummering av hvor avvikene oppstod og hva de består av. Stikk- og kuttskader klassifiseres for seg, og oppsummeringen gir oversikt over fordeling på kull, seksjoner og hvilke instrumenter skaden skjedde med. Rapporten leveres til instituttleder, administrasjonssjef, klinikkleder, leder i HMS-utvalget, og bedriftssykepleier ved HMS-seksjonen.

Andre avvik

Herunder har vi definert pasientskader (evt. også skader på pårørende). Slike skader kan ikke meldes inn i HMS-avvikssystemet til UiB, da disse omhandler skader på en tredjeperson, og ikke ansatte eller studenter. Slike skader har egne rutiner for oppfølging og evt. henvisning til samarbeidsinstanser i helsevesenet, og meldes på eget skjema som er tilgjengelig i klinikkmappe på klinikkmaskinene.

Utfylt skademeldingsskjema leveres til hygienesykepleier, men ansvar for journalføring og oppfølging ligger på ansvarlig tannlege i den aktuelle situasjonen i henhold til rutinen.

I klinikkammenheng har vi også definert ulike avvik under overskrifter som omhandler rutiner ved anafylaksi, bivirkning, brudd på hygieneplan, skade på pasienttøy og stenging av klinikk. Disse ivaretas gjennom egne rutiner som er tilgjengelig i klinikkmappe på klinikkmaskinene. De ulike rutine gir informasjon om hvem som har ansvar for oppfølging i de ulike situasjoner.

I tillegg vil det være avvik som er fagspesifikke. Dette beskrives i de aktuelle seksjoners klinikkhåndbøker.

Driftsavvik

Omhandler forhold med innvirkning på mulighet for normal drift (se kapittel 14 i [HMS-håndboken](#)). Ulike typer avvik gir ulike rutiner for hvem og hvordan avviket skal meldes.

Hvordan melde avvik

HMS-avvik meldes i det elektroniske systemet til UiB, slik beskrevet over. Andre typer avvik meldes på egne skjema i henhold til felles rutiner og seksjonsvise rutiner avhengig av hvilke avvik det dreier seg om.

13. Brukermedvirkning – kvalitetsforbedring

OUK skal arbeide for brukermedvirkning. På et individuelt nivå vil pasientenes erfaringer knyttet til utredning og behandling bli tematisert. På systemnivå vil deres erfaringer med tjenestene bli samlet inn gjennom en brukerundersøkelse.

Ved UiB har man i dag et system «Red Cap» i pilot. Systemet er knyttet mot SAFE hvor man kan håndtere personsensitive data på en sikker måte. OUK jobber med en løsning sammen med IT-avdelingen. Løsningen må være tilstrekkelig brukervennlig og ivareta informasjonssikkerheten.

14. Lover, forskrifter og retningslinjer

Under finnes en samling med sentrale lover, forskrifter og retningslinjer med betydning for klinikkvirksomheten. Ledere, ansatte og studenter gjøres kjent med disse gjennom Kvalitetshåndboken, veiledning og internseminarer.

14.1. Lover og forskrifter

Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven)

Helsepersonelloven regulerer yrkesutøvelsen til helsepersonell, herunder helsepersonells plikter og ansvar. Lovens formål er å bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helsetjenesten samt

sikre befolkningens tillit til helsepersonell og helsetjenesten.

Forskrift om pasientjournal

Forskriften gir på en del områder mer detaljerte regler enn loven, og den fyller ut loven også på noen felter hvor loven ikke har egne regler, men kun en hjemmel for departementet til å gi forskrift. Noen bestemmelser i forskriften har liten selvstendig betydning, men viser til annet relevant regelverk og er tatt med for oversiktens skyld.

Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)

Lovens formål er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang til tjenester av god kvalitet, både ved å gi pasienter/brukere rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten og ved at disse sikres prosessuelt. Loven skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient/bruker og helse- og omsorgstjenesten samt ivareta respekten for den enkelte pasient/brukers liv, integritet og menneskeverd. Rettighetene som følger av pasient- og brukerrettighetsloven må ses i sammenheng med motsvarende plikter for helsepersonellet i helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. (helsetilsynsloven) - Lovdata

Statens helsetilsyn har det overordnede faglige tilsyn med helse- og omsorgstjenesten i landet og skal utøve myndighet i samsvar med det som er bestemt i lover og forskrifter.

Fylkesmannen er tillagt myndighet til å føre tilsyn med helse- og omsorgstjenesten og er da direkte underlagt Statens helsetilsyn.

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Forskriften regulerer plikten til å ha et fungerende internkontrollsystem. Helsedirektoratet har utgitt en veileder (IS-2620) til forskriften.

Lov om helseregistre og behandling av helseopplysninger (helseregisterloven)

Formålet med loven er å legge til rette for innsamling og annen behandling av helseopplysninger, for å fremme helse, forebygge sykdom og skade og gi bedre helse- og omsorgstjenester. Loven skal sikre at behandlingen foretas på en etisk forsvarlig måte, ivaretar den enkeltes personvern og brukes til individets og samfunnets beste.

Lov om barneverntjenester (barnevernloven)

Formålet med loven er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.

Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven 2018)

Loven gir generelle bestemmelser om behandling av personopplysninger, dvs. opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til en fysisk person. Loven gjennomfører EU-forordningen General Data Protection Regulation (GDPR) i norsk rett.

Lov om strålevern og bruk av stråling

Formålet med loven er å forebygge skadelige virkninger av stråling på menneskers helse og bidra til

vern av miljøet.

[Lov om tannhelsetjenesten \(tannhelsetjenesteloven\)](#)

Regulerer den offentlige tannhelsetjenesten. Loven er planlagt opphevet, men oppheving er ikke tredd i kraft enda.

[Lov om arkiv \(arkivlova\)](#) [Forskrift om offentlige arkiv](#)

[Forskrift om håndtering av medisinsk utstyr](#)

[Forskrift om strålevern og bruk av stråling \(strålevernforskriften\)](#)

[Forskrift om smittefarlig avfall fra helsetjeneste og dyrehelsetjeneste](#)

14.2. Veiledere og retningslinjer

[Veiledere fra FHI](#)

[Norm for informasjonssikkerhet \(«Normen»\)](#)

[Veiledere fra Helsedirektoratet](#)



Dato opprettet: 20.06.2019 Dato sist oppdatert og godkjent: 30.06.2023
Gjelder fra: 30.06.2023 – 31.05.2024
Godkjent av: Asgeir Bårdsen