



KVALITETSHÅNDBOK FOR ODONTOLOGISK UNIVERSITETSKLINIKK VED UNIVERSITETET I BERGEN

INTERNKONTROLL OG KVALITETSSYSTEM

Innhold

1.	Årshjul.....	4
2.	Innledning - generelt	5
2.1.	Beskrivelse av kvalitetssystemet.....	5
2.2.	Hvordan kvalitetssystemet formidles og gjøres kjent i organisasjonen - oversikt	5
2.3.	Formål og oppgaver.....	6
2.4.	Overordnet myndighets- og ansvarsstruktur	7
2.5.	Organisasjonskart.....	8
2.6.	Råd og utvalg ved IKO.....	9
3.	Roller og ansvar ved klinikken.....	10
3.1.	Klinikkleder	10
3.2.	Vitenskapelig ansatte og instruktører	10
3.3.	Team og teamledere.....	11
4.	Administrasjon og drift knyttet til klinikken	12
4.1.	Pasientinnskrivningen	12
4.2.	Hovedresepsjonen	12
4.3.	Andre nøkkelfunksjoner	12
5.	Journalføring.....	13
6.	Pasient- og brukerrettigheter.....	14
6.1.	Samtykke til helsehjelp - kostnadsoverslag.....	14
6.2.	Om videre bruk av journalopplysninger	14
6.3.	Rett til medvirkning og informasjon	15
6.4.	Innsyn i pasientjournal	15
6.5.	Rett til vern mot spredning av personopplysninger (taushetsplikt).....	15
6.6.	Klagerett	16
7.	Personvern, informasjonssikkerhet og databehandlingsansvar...	16
8.	Rapportering - klinikkmelding.....	16

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 2
-------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	--	--------

9. Internrevisjon og internkontroll	16
10. Kompetansekrav for ansatte	17
11. Risikostyring	18
12. HMS, smittevern og strålevern	18
12.1. Smittevern.....	19
12.2. Strålevern	19
13. Avvikssystem	20
14. Brukermedvirkning – kvalitetsforbedring	22
15. Lover, forskrifter og retningslinjer	22
15.1. Lover og forskrifter	22
15.2. Veiledere og retningslinjer.....	23

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 3
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	--------

1. Årshjul

Når	Hva	Ansvarlig for utførelse	Mottaker
Januar			
Februar	Utarbeide klinikkmelding etter mal fra fakultetet.	Klinikkleder	Klinikkutvalg
Mars	Klinikkmelding legges frem for Klinikkutvalget og instituttrådet, og behandles i Fakultetsstyret.	Klinikkleder	Instituttråd Fakultetsstyret
April	Gjennomgang av funn i Klinikkmelding, utarbeide tiltak.	Klinikkleder	Instituttleder. Legges frem for Instituttrådet.
Mai	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. Godkjennes av instituttleder og dekan.
Juni	Revisjon av Klinikkhåndbøker, og skjema- og rutinesamlinger.	Seksjonsleder	Klinikkleder og instituttleder
Juli			
August	Studiestartuke: Orienteringsmøter. Studentene signerer taushetserklæring*)	Fakultetet arrangerer med innledere fra IKO	Alle nye studenter
September	Gjennomføre brukerundersøkelser.	Klinikkleder	Utvalgte pasienter
Oktober			
November			
Desember			

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

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 4
-------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	--	--------

2. 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, 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.

2.1. Beskrivelse av kvalitetssystemet

Denne håndboken er en del av kvalitets- og styringssystemet til Odontologisk universitetsklinikk (OUK), 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 delegerer 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.

2.2. 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.

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 5
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	--------

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

2.3. 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 IKO i studentaktive perioder. I overkant av 250 studenter, i overkant av 110 instruktører og drøyt 60 tannhelsesekretærer og sykepleiere deltar i klinikkaktivitetene pr. dag. IKO har 148 behandlingssenheter fordelt på 9 seksjoner. Vi har dessuten 4 operasjonsrom, 6 steriliseringsrom, 61 røntgenrom, 2 CBCT, 2 OPG, 1 CO2 Laser, 2 Low Level Laser og 60 intraorale røntgenapparat er plassert i behandlingsrommene.

Der er også et Ferdighetssenter som har 54 arbeidsplasser med "fantomhoder" for opplæring. I Ferdighetssenteret er det også plassert 4 såkalte simodonter, det vil si avanserte maskiner som med simulerer 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 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, kjever, tenner og tilhørende vev.

Den følgende beskrivelsen redegjør for hvordan klinikkdriften er organisert, og videre hvordan systemansvaret er bygget opp.

Institutt for klinisk odontologi er organisert i 10 fagseksjoner, hvorav 9 kliniske seksjoner, og én paraklinisk seksjon, Seksjon for biomaterialer. De kliniske fagseksjonene er:

- Seksjon for endodonti
- Seksjon for kariologi
- Seksjon for kjeveortopedi

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 6
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	---------------

- Seksjon for oral kirurgi og oral medisin
- Seksjon for kjeve- og ansiktsradiologi
- 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.

2.4. Overordnet myndighets- og ansvarsstruktur

Ifølge [Organisasjonsutviklingsprosjektet](#) ved Odontologisk Universitetsklinikk er OUK organisatorisk og faglig forankret i Institutt for klinisk odontologi. Institutt for klinisk odontologi er siden 2008 et av 5 institutt ved Det medisinske fakultet.

Fakultetet har enhetlig ledelse, der dekan har et overordnet ansvar for klinikkdriften, og delegerer til fakultetsdirektør ansvaret for kvalitets- og styringssystemet som et lederverktøy for denne. Dekan har ansvaret for det faglige innholdet i kvalitetssystemet. Fakultetsdirektør har delegert systemansvar for internkontroll og kvalitetssikring og skal sikre at kvalitetssikringssystemet er funksjonelt og operativt og innenfor lovverket sine krav.

Fakultetsdirektøren har videre fått delegert det overordnede ansvaret for klinikkens administrative støttefunksjoner. Fakultetsdirektøren skal sørge for et administrativt system for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere klinikkdriften i henhold til kvalitetssystemet.

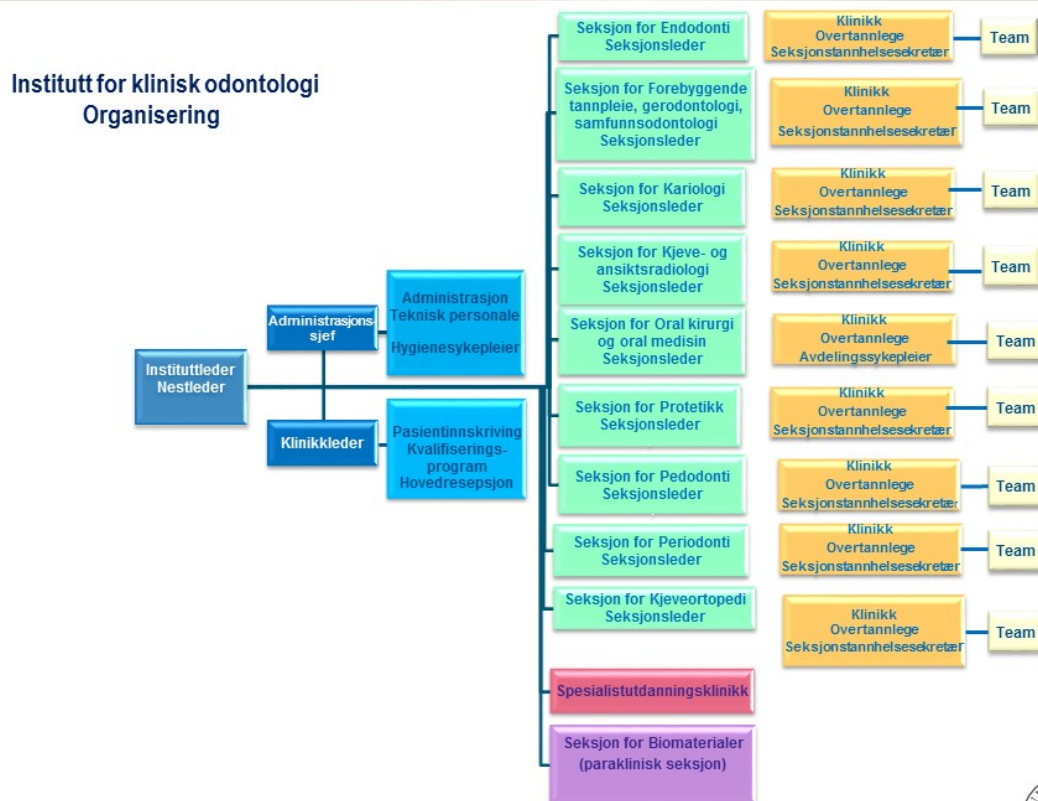
Dekan rapporterer til rektor, mens fakultetsdirektør rapporterer til dekanen.

Instituttleder er den øverste faglige/økonomiske leder ved instituttet, 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 fakultets 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 og klinikkleder utgjør instituttets ledergruppe.

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 7
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	--------

2.5. Organisasjonskart



* Justert organisasjonskartet i forhold til originalen for å synliggjøre ansvar og roller i klinikken

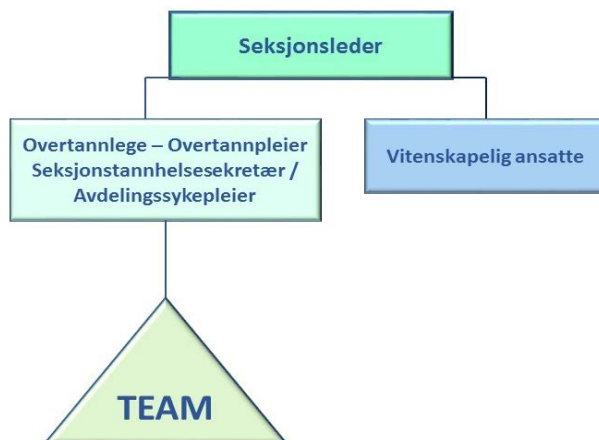
Klinikkleder har overordnet ansvar for den daglige klinikkdrift i samarbeid med driftsleder. Klinikkleder ligger i linje under og rapporterer til instituttleder.

Seksjonslederne ved de 10 seksjoner på instituttet, hvorav 9 har en tilhørende klinikk, har det faglige og administrative ansvaret for sin fagseksjon delegert fra instituttleder.

Personalansvaret for spesialtannleger, instruktørtannleger, instruktørtannpleiere, tannhelsesekretærer og annet helse /tannhelsepersonell vil normalt være delegert til overtannleger/overtannpleiere.

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 8
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	--------

Seksjonsstruktur ved IKO



2.6. Råd og utvalg ved IKO

Instituttrådet sin 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. Saksfeltet til utvalget er: Drift av klinikk, koordinering på tvers av seksjoner inkludert kvalifiseringsprogrammet, spesialistutdanningsklinikken og ferdighetssenteret, samhandling med DOT, rutineutvikling innen områder som journal, hygiene, valg av utstyr og pasientrekruttering. Utvalget bidrar til at klinikkdriften er i tråd med klinikkens helhetlige kvalitetssystem og klinikkens ressurser disponeres i tråd med budsjettet.

Blokkutvalg: Per dags dato eksisterer det kun et blokkutvalg ved IKO- nemlig Blokkutvalg for allmenodontologi. Blokkleder allmenodontologi har ansvar for teoretisk og klinisk undervisning i blokken. Blokkleder leder utvalget. Allmenkoordinator 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. Instituttrådet har tatt initiativ til å utarbeide tydeligere mandat for hhv. blokkleder og allmenkoordinator (Instituttrådssak 18/2018). Det avventes rapport fra den oppnevnte arbeidsgruppen i saken.

HMS-utvalget: HMS-utvalget har fokus på HMS, smitte- og strålevern. Utvalget skal være et rådgivende tverrfaglig organ for hele instituttet. Utvalget skal være synlig og tilgjengelig. Utvalget skal bistå instituttledelsen i HMS-relaterte saker og sørge for fremdrift i HMS-arbeid ved instituttet, inkludert oppfølging av ROS som en kontinuerlig prosess for risiko- og sårbarhetsvurdering av instituttets virksomhet. Utvalget skal sørge for at det foreligger oppdaterte retningslinjer og rutiner som er i tråd med myndighetskrav og interne UiB-regler. Utvalget skal hjelpe til å implementere vedtak i samarbeid med IKOs ledelse. Utvalget skal søke samarbeid med tilsvarende organer på landets øvrige odontologiske læresteder for mest mulig lik praksis. Utvalget skal bistå ledelsen med årlige HMS-vernerunder, trivselsundersøkelser og relevant opplæring. Utvalget rapporterer til instituttleder.

Overtannlegeforum: Uformelt forum for seksjonsledere og overtannleger der saker vedrørende studenter, rutiner, team med mer diskuteres før videresending til klinikkutvalg og instituttråd.

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 9
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	--------

3. Roller og ansvar ved klinikken

3.1. Klinikkleder

Klinikkleder har ansvar for driften av klinikken, og skal legge til rette for at alt helsepersonell i klinikkene kan utføre sine oppgaver forsvarlig, og at taushetsplikt, dokumentasjonsplikt og opplysningsplikt overholdes. Klinikkleder rapporterer til instituttleder.

Klinikkleder har ansvar for klinikkdriften, i samarbeid med driftsleder, inkludert drift av Opus og klinikkens IT-system. Klinikklederen har videre ansvar for:

- pasientrekruttering og tilsyn med pasientbehandlingen
- koordinering av klagebehandling
- bemanningsplaner
- koordinering og prioritering av personell mellom seksjonene/blokkene
- spesialistutdanningsklinikken
- kvalifiseringsprogrammet,
- utvikle gode rutiner i forbindelse med pasientrelatert økonomi
- personalansvar for ansatte ved Pasientinnskrivningen, Hovedresepsjonen og Kvalifiseringsprogrammet
- arbeidsledelse for driftsleder.

Klinikkleder er leder for Klinikkutvalget, og deltar i Forum for overtannleger og overtannpleiere. I tillegg skal klinikkleder holde seminar, kurs og forelesninger ved behov, og ta del i tilsettingsprosess av klinikkpersonell/tannleger/tannpleiere i samråd med seksjonsleder og instituttleder. Klinikkleder er også helse-, miljø- og trygghets-koordinator for klinikkene. Klinikkleder skal være aktiv blant klinikkansatte, og bidra til å løse de daglige utfordringene gjennom direkte dialog. Klinikkleders plikt til 20% klinisk tjeneste ved en bestemt seksjon, ble justert i mai 2017, slik at klinikkleder skal være aktiv ved alle seksjoner daglig.

Klinikkleder skal se til at journalforskriftene følges, og for øvrig følge opp lovpålagte internkontrollsystemer.

3.2. 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 har 2 kliniske økter + en økt som bakvakt per uke.

Overtannleger/overtannpleiere rapporterer til seksjonsleder og har det daglige ansvaret faglig og administrativt for den prekliniske og kliniske virksomhet ved seksjonen. Overtannlegen/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).

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 10
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	----------------

Øvrige kliniske instruktører har antall kliniske økter etter sin stillingsbrøk. Antall kliniske økter følger måltall som er spesifisert for hver seksjon. Den enkelte instruktør/veileder i klinikken har behandlingsansvar for sine pasienter.

Seksjonstannhelsesekretær har sammen med overtannleger/overtannpleiere 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 de øvrige seksjoner og enheter i klinikken. Seksjonstannhelsesekretæren rapporterer til overtannlege/overtannpleier. (for spesifisering av roller og funksjon – se Organisasjonsutviklingsprosjektet).

3.3. 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 trykdefusjoner 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 akutt pasienter dersom det er behov for det

Studentenes/kandidatenes rolle i temaet

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 11
-------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	--	----------------

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 opptre 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.

4. Administrasjon og drift knyttet til klinikken

4.1. Pasientinnskrivningen

Pasientinnskrivningen har ingen seksjonstilhørighet, og personalansvaret ved denne enheten ligger under klinikklederen.

Pasientinnskrivningen har to formål:

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

På Pasientinnskrivningen tas en forundersøkelse av pasienter som er:

- Nye pasienter som har henvendt seg på eget initiativ til IKO
- Henviste pasienter (eksterne)
- Pasienter som har hatt behandling på IKO 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.

4.2. Hovedresepsjonen

Hovedresepsjonen ligger i 1. etasje ved inngangen til IKO-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.

4.3. Andre nøkkelfunksjoner

Klinikksystemkonsulent 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.

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 12
-------------------------------	------------------------------------	--	--------------------------------------	--	----------------

Klinikksystemkonsulenten skal sikre at pasientene betaler for behandlingen etter gjeldende satser, og at HELFO-refusjoner foretas i samsvar med retningslinjene.

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/husholdsbestyrer 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/husholdsbestyrer har et særskilt ansvar i å melde inn avvik i renholdet i klinikknære områder.

Journalarkiv: Det er p.t. 1,3 stillinger knyttet til IKOs 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. Det pågår et arbeid med å få et kassasjonsvedtak fra Arkiveret, 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.

5. Journalføring

Institutt for klinisk odontologi (IKO) ved UiB 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

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 13
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	----------------

av administrator/superbruker hvert semester. Tilgangskatalogen ajourføres hvert semester og tilgangsperiode 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.

Helfo-kurset arrangeres årlig - av og ved - en representant fra Helfo. Kurset handler om oppdaterte regler for trygderefusjon.

6. 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.

6.1. 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 ved IKO 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.

6.2. 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.

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 14
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	---------

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](#).

6.3. 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.

6.4. 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.

6.5. 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. Helsepersonellens taushetsplikt, opplysningsrett, opplysningsplikter og meldeplikter reguleres i helsepersonelloven kapittel 5, 6 og 7.

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 15
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	----------------

6.6. 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](#).

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

7. Personvern, informasjonssikkerhet og databehandlingsansvar

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

[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.

IKO fører en samlet og oppdatert oversikt over alle behandlinger av helse- og personopplysninger i virksomheten i UiBs [GDPR-oversikt](#). Denne oppgaven ivaretas av klinikksjef.

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

8. Rapportering - klinikkmelding

Klinikkmeldingen skrives på instituttet på oppdrag fra fakultetet, etter deres mal og frist.

Klinikkmeldingen må inneholde beskrivelse av måloppnåelse, status og prioriteringer. Det skal blant annet rapporteres om avvik, uønskede hendelser, evalueringer, klager og brukererfaringer.

9. Internrevisjon og internkontroll

Universitetsstyret eller universitetsledelsen kan initiere internrevisjon ved behov.

Universitetsdirektøren har delegert ansvar for internkontroll til fakultetsdirektøren.

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 16
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	----------------

10. 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 professorkompetanse innen ett eller flere av instituttets 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.

Førsteamanuensis/professor skal ha norsk autorisasjon som tannlege og godkjent doktorgrad.

Seksjonsleder – seksjonslederrollen er et verv for vitenskapelig ansatte (førsteamanuensis/professor), 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 - som ikke har spesialistutdanning. (Se ellers Institutttrådssak 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 utdanning 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. Utdanning 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).

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 17
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	---------

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/husholdsbestyrer: 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.

11. 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 Kvalitetshåndbøker for seksjonene.

12. 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 [her](#), 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.

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 18
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	----------------

12.1. 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 OUS 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 instituttet deltar en professor i oral kirurgi/oral medisin og hygiene-sykepleier 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 IKO. Instituttet følger Faglige anbefalinger for smittevern i klinisk odontologisk praksis, og det er laget opplæringsplan for smittevern for alle studenter og ansatte. IKO har en [egen hygieneplan](#) som bygger på de faglige anbefalingene for smittevern. Egen hygiene-sykepleier er ansatt og det er etablert hygiene-kontakter på de enkelte seksjoner (og laboratoriet). 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.

12.2. 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 (dentalapparat 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 IKO benyttes røntgenstråling (dentalapparat, OPG/ Ceph, 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.

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

Strålevernskoordinator

Virksomheter som er underlagt godkjenningsplikt etter § 9 (CBCT) eller § 10 ([Strålevernsforskriften](#)) 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.

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 19
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	----------------

IKO har lenge hatt et system med en lokal strålevernskoordinator på Seksjon for Kjeve- og ansiktsradiologi. Fra mars 2019 er det i tillegg utnevnt ytterligere 3 strålevernskoordinatorer. Lokal strålevernskoordinator rapporterer direkte til Sentral strålevernskoordinator.

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 og skal ferdigstilles i løpet av 2019. Dette 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 ståling. Apparatspesifikk opplæringen (dentalapparat, OPG, Ceph, herdelamper, lasere) vil skje på de aktuelle seksjonene, prosedyrer beskrives nærmere lokalt.

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). Ved IKO skal en melde avvik via [HMS portalen](#). Sentral strålevernskoordinator vurderer hendelsen og melder videre til DSA dersom nødvendig.

Stråledosene for 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, senest innen tre virkedager (§ 20).

Virksomheten skal ha et system for melding og oppfølging av uønskede hendelser (avvikshåndteringssystem) der formålet er læring for å hindre gjentakelse av tilsvarende avvik (§ 55). I avvikshåndteringssystemet skal uønskede hendelser registreres og håndteres internt avhengig av alvorlighetsgraden som mulig og senest innen tre virkedager.

Risikovurdering

I følge § 18 i Strålevernforskriften skal virksomheter som bruker eller planlegge å bruke strålekilder, utarbeide skriftlig risikovurdering knyttet til strålebruken, se [Strålevernforskriften](#).

Bruke av laser og herdelamper kan gi øyeskader og må risikovurderes. Skader på annet vev må også vurderes. Bruk av vanlige røntgenapparater representerer imidlertid 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.

13. Avvikssystem

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

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 20
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	----------------

HMS-avvik

HMS-avvik meldes via [UIB sitt system for elektronisk avviksmelding](#).

Vi har et støttesystem i tillegg til det elektroniske meldesystemet for UIB for å kunne ivareta ansatte/studenter 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 IKO 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, hovedverneombud på fakultetet 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 klinikkprogrammene 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 klinikkprogrammene på klinikkmaskinene. De ulike rutinene 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 [her](#)). 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.

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 21
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	----------------

14. Brukermedvirkning – kvalitetsforbedring

Klinikkleder vil hvert år samle inn erfaringer fra pasienter (og evt. pårørende) omkring helsetjenestene ved klinikkene. På et individuelt nivå vil deres erfaringer knyttet til utredning og behandling bli tematisert. På systemnivå vil deres erfaringer med tjenestene bli samlet inn gjennom en brukerundersøkelse. Her spør vi blant annet om hvordan de har opplevd å bli møtt, deres erfaringer med de fysiske omgivelsene ved klinikken og totalinntrykk av tjenestene de har mottatt.

Ved UiB har man i dag et system «Sikkert skjema» i pilot. Systemet er knyttet mot SAFE hvor man kan håndtere personsensitive data på en sikker måte. «Sikkert skjema» fungerer ved at man sender ut mail til respondentene.

15. 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.

15.1. 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 m.m. (helsetilsynsloven)

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.

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 22
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	---------

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 behandling av personopplysninger \(personopplysningsloven\)](#)

Formålet med denne loven er å beskytte den enkelte mot at personvernet blir krenket gjennom behandling av personopplysninger. Loven skal bidra til at personopplysninger blir behandlet i samsvar med grunnleggende personvern hensyn, herunder behovet for personlig integritet, privatlivets fred og tilstrekkelig kvalitet på personopplysninger.

[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](#)

15.2. Veiledere og retningslinjer

[Veiledere fra FHI](#)

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

[Veiledere fra Helsedirektoratet](#)

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 23
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	----------------

Dato opprettet: 20.06.2019	Dato sist oppdatert: 20.06.2019	Godkjent av: A. N. Åstrøm P. Bakke	Dato sist godkjenning: 20.06.2019	Gjelder fra-til: 20.06.2019 19.06.2020	Side 24
-------------------------------	---------------------------------------	--	---	--	---------

