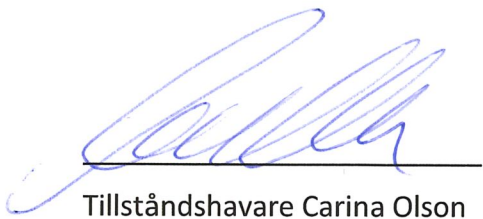


Strålskyddsbokslut för Praktikertjänst AB 2022




Tillståndshavare Carina Olson

23-2-23
Datum

Inledning

3 kap. 13 § SSMFS 2018:5

Varje år ska ett strålskyddsbokslut avseende medicinska exponeringar upprättas för verksamheten som ett led i den patientsäkerhetsberättelse som ska upprättas enligt 3 kap. 10 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

Av bokslutet ska det framgå

1. hur det systematiska strålskyddsarbetet har bedrivits i verksamhetens olika delar,
2. vilka åtgärder som har vidtagits för att upprätthålla och utveckla strålskyddet, och
3. vilka resultat som har uppnåtts i strålskyddsarbetet. Strålskyddsbokslutet ska hållas tillgängligt för den som önskar ta del av det.

Syftet med bokslutet är att synliggöra det systematiska strålskyddsarbetet i verksamheten och att identifiera eventuella brister i strålskyddet.

Resultat för verksamheter inom hälso- och sjukvården är för få för att redovisas. Arbetet, strukturen, i ledningssystemet är lika oavsett verksamhetstyp.



Källa:

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

Innehåll

SAMMANFATTNING	4
GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD	5
Engagerad ledning och tydlig styrning	5
Övergripande mål och strategier	5
Säker strålmiljö	6
Stöd och uppföljning	6
Organisation och ansvar.....	7
En god säkerhetskultur.....	7
Adekvat kunskap och kompetens	8
Patienten som medskapare	9
AGERA FÖR SÄKER VÅRD och ARBETSMILJÖ.....	10
Mått: Samtliga verksamheter med strålkälla ska ha dokumenterad och godkänd strålskärning.....	10
Mått: Deltagande i Praktikertjänsts obligatoriska kurs i strålsäkerhet (tandvården) och praktisk utbildning.....	11
Mått: Egenkontroller angående medicinska exponeringar	13
Mått: Avvikelser, risker och anmälningar till SSM	14
Mått: Tillståndspliktiga bestrålningar inom tandvården	17
Mått: CBCT-doser ska ligga inom DSN eller bedömts vara optimerade	18
Mått: signering av uppdragsbeskrivningar.....	19
Mått: info före medicinska exponeringar	20
MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR	21

SAMMANFATTNING

Inom Praktikertjänst finns runt 600 mottagningar med tillståndspliktiga och/eller anmälningspliktiga strålkällor. Majoriteten tillhör tandvården och en knapp handfull tillhör specialistvården.

Det systematiska strålsäkerhetsarbetet är invävt i ledningssystemet tillsammans med övriga områden och flera insatser som görs för att främja användningen av ledningssystemet gynnar då även strålsäkerheten.

Några viktiga åtgärder för strålsäkerheten som skett under året är

- Checklistan och rutinen för ”Riskbedömning inför förändring” har inkluderats i flödet för större investeringar. I samma flöde har information om krav kopplat till anmälnings- och tillståndsplikt inkluderats. Genom att lägga in information om lagkrav i de flöden som användarna befinner sig i, får de informationen när de behöver den och följsamheten förväntas öka.
- Strålsäkerhetsmyndigheten inspekterade berättigandeprocessen på 6 tandvårdsverksamheter. Resultaten från inspektionerna kommer att ligga till grund för framtida tillsynsintervall och lärdomarna kommer att spridas till övriga verksamheter inom Praktikertjänst.

År 2022 fokuserade på berättigande och strålskärmning. Några resultat som nåtts under året är

- Strålskärmningsprojektet är avslutat med 92 % godkända strålskärmningsredovisningar. Resterande verksamheter är under ombyggnation, inför överlåtelse eller kommer att följas upp av område Verksamhetsutveckling.
- Antal genomförda egenkontroller av medicinska bestrålningar i tandvården har fortsatt öka under 2022. Från 58 under 2021 till 138 som utförts av 118 verksamheter under 2022.
- Publicering av ett webinarium med fokus på berättigande som samtliga i Praktikertjänst kan ta del av.

År 2023 kommer att fokusera på ett projekt inom kvalitetssäkring av intraoral röntgenverksamhet.

GRUNDLÄGGANDE FÖRUTSÄTTNINGAR FÖR SÄKER VÅRD

En god patientsäkerhet och en god arbetsmiljö går hand i hand. Strålsäkerhet är ett område som har påverkan på bägge dessa områden samt ett av Sveriges 16 miljömål: ”Säker strålmiljö”. För att arbeta mot Sveriges nationella vision ”God och säker vård – överallt och alltid” och det nationella målet ”ingen patient ska behöva drabbas av vårdskada”, finns fyra grundläggande förutsättningar i den nationella handlingsplanen för ökad patientsäkerhet. De är:

- Engagerad ledning och tydlig styrning
- En god säkerhetskultur
- Adekvat kunskap och kompetens
- Patienten som medskapare

Gällande arbetsmiljö är regeringens nationella vision ett arbetsliv som erbjuder var och en som arbetar trygghet, utveckling och god hälsa. Goda arbetsvillkor och möjlighet till utveckling i arbetet och en arbetsmiljö som förebygger ohälsa och olycksfall, som motverkar att människor utestängs från arbetet, som tar hänsyn till människors olika förutsättningar och som bidrar till utveckling av både individer och verksamheter. Delmålen för arbetsmiljöstrategin är följande:

- Ett hållbart arbetsliv – alla ska kunna, orka och vilja jobba ett helt arbetsliv.
- Ett hälsosamt arbetsliv – arbetslivet ska bidra till utveckling och välbefinnande.
- Ett tryggt arbetsliv – ingen ska riskera liv eller hälsa på grund av jobbet.
- En arbetsmarknad utan brott och fusk – en bristfällig arbetsmiljö ska aldrig vara ett konkurrensmedel.

Sveriges riksdag har beslutat om 16 miljömål. Ett av dessa är ”Säker strålmiljö – Människors hälsa och den biologiska mångfalden ska skyddas mot skadliga effekter av strålning.”

Detta är preciserat i fyra punkter av regeringen och Praktikertjänsts arbete syftar till att främja följande: ”Strålskyddsprinciper – Individens exponering för skadlig strålning i arbetslivet och i övriga miljön begränsas så långt det är rimligt och möjligt.”

Strålsäkerhetsmyndighetens vision är ”Ett strålsäkerhet samhälle”.

Engagerad ledning och tydlig styrning

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

Övergripande mål och strategier

Enligt 3 kap. 5 § 1, SSMFS 2018:1 ska ledningssystemet innehålla mål och riktlinjer för strålsäkerheten. Detta finns i Praktikertjänsts ledningssystem.

Praktikertjänsts övergripande mål är ”En hållbar och säker verksamhet i hela Praktikertjänst för patienter, medarbetare, allmänhet och yttre miljö.” Det övergripande målet omfattar patientsäkerhet, strålsäkerhet, arbetsmiljö, yttre miljö, informationssäkerhet och säkerhet samt etiskt ansvar. Målet är av övergripande karaktär och är långsiktigt (2022 - 2024).



Det övergripande målet består av tre underliggande fokusområden:

- *Säker läkemedels- och kemikaliehantering* inkluderar patientsäkerhet, arbetsmiljö och miljö
- *Säker strålmiljö* inkluderar patientsäkerhet, arbetsmiljö och miljö
- *Säker och hälsosam verksamhet* inkluderar arbetsmiljö, dataskydd, informationssäkerhet och allmän säkerhet

Säker strålmiljö

Grundpelarna som strålskyddslagstiftningen står på är berättigande, optimering och dosgränser. Avgörande för alla dessa är att medarbetarna har adekvat utbildning och att verksamheten arbetar med erfarenhetsåterföring och ständiga förbättringar. Därför har fokusområdet "Säker strålmiljö" följs upp av koncernledningen via följande mål under 2022:

- Strålsäkra arbetsplatser
- Riskmedvetenhet
- Medarbetare med hög kompetens och tydliga uppdrag
- Berättigade och optimerade bestrålningar

Stöd och uppföljning

Via årskalendern (årshjulet) i ledningssystemet har varje verksamhet en överblick för de egenkontroller, riskbedömningar och övriga aktiviteter som ska ske under året. Det finns även stöd för vilka rutiner som verksamheterna själva behöver ta fram som komplettering till de centrala rutiner som gäller alla.

De aktiviteter i årskalendern som direkt berör strålsäkerhetsområdet är följande:

- Patientsäkerhetsberättelse inklusive strålskyddsbokslut
- Kontroll och underhåll Medicinteknisk utrustning
- Riskbedömning strålsäkerhet
- Egenkontroll av medicinska bestrålningar
- Avstämning av uppgifter i registret för strålkällor (Utrustningsregistret)

De aktiviteter som är gemensamma för flertalet kvalitetsområdet och där strålsäkerhet ingår är följande:

- Intern allmän revision
- Obligatoriska utbildningar
- Verksamhetsplanering
- Lagefterlevnadskontroll

Intern allmän revision (IAR) och Lagefterlevnadskontroll (LEK) följer upp verksamheternas resultat på arbetet i ledningssystemet. Praktikertjänst internrevisionsprogram omfattar alla verksamheter, inte bara dem med strålkälla. Dock är strålkälla, och typ av strålkälla, ett av urvalskriterierna.

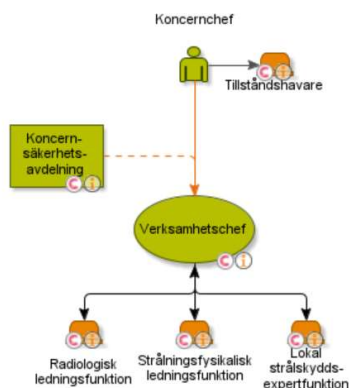
Centralt följs strålsäkerhetsarbetet upp under året via:

- genomgång med koncernledningen tre gånger per år, och
- centralt strålskyddsbokslut.

Organisation och ansvar

3 kap. §§ 1 – 2 SSMFS 2018:1

Praktikertjänsts strålskyddsorganisation finns ritad och beskriven i ledningssystemet. Där framgår tydligt att tillståndshavaren, VD för Praktikertjänst AB, har det yttersta ansvaret för strålsäkerheten. Verksamhetschefen ska se till att den egna lokala verksamheten bedrivs enligt gällande strålskyddslag, strålskyddsförordning, föreskrifter samt interna policys och rutiner med stöd av ledningssystemet. Varje roll i strålskyddsorganisationen har en uppdragsbeskrivning där bland annat uppgifter och samarbetsformer framgår. Uppdragsbeskrivningarna ska signeras av innehavaren.



Figur 1 Praktikertjänst Strålskyddsorganisation

Att egenkontroller, riskbedömningar och lagstadgade rapporteringar sker är en uppgift som främst ligger på verksamhetschefen. Denne kan dock fördela uppgiften att utföra dessa till andra i verksamheten. Exempelvis rekommenderas det att radiologisk ledningsfunktion utför egenkontrollen av medicinska bestrålningar för att på så sätt följa upp sitt arbete inom berättigande och optimering.

Praktikertjänst har ramavtalspartners med vilka det sker årliga samtal för att samverka i strålsäkerhetsfrågor. Typ av kontroller, mätprotokoll och flöde vid försäljning av strålkällor till Praktikertjänst är exempel på sådant som diskuteras för att få en samsyn mellan leverantör och beställare.

En god säkerhetskultur

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en god säkerhetskultur. Organisationen ger då förutsättningar för en kultur som främjar säkerhet.

Verksamheternas arbete med ledningssystemet följs upp via en årlig lagefterlevnadskontroll (LEK) och via intern allmän revision (IAR). Under 2021 har en central sammanställning av rapporterade avvikelser och risker inom patientsäkerhet publicerats som nyhet som alla kan ta del av. Denna öppna redovisning syftar till en öppen kommunikation kring risker och ständiga förbättringar.



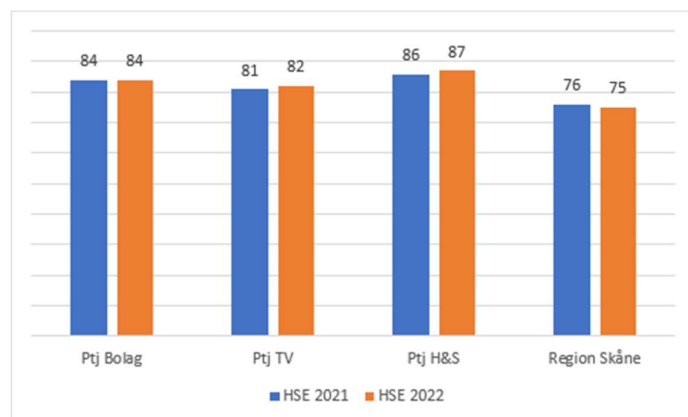
Hållbart säkerhetsengagemang, HSE-index

Hållbart säkerhetsengagemang är ett nytt mätområde från 2021. Hållbart säkerhetsengagemang (HSE) innehåller 11 frågeställningar angående patientsäkerhet motsvarande HME som är centrala för arbetet med patientsäkerhet och arbetsmiljö. Frågeställningarna kompletterar HME-frågorna för en ökad systematisk uppföljning och återkoppling till verksamheterna utifrån både arbetsmiljö och patientsäkerhetsperspektiv.

Totalt HSE-index är 84 poäng varav 82 poäng för Hälso- & Sjukvård och 87 poäng för Tandvård, fig. 2. HSE-index finns ännu ej ilagt i KOLADA, som är en öppen databasen för kommuner och regioner. För mer information om HSE-index, läs vad SKR skriver om HSE-index under Hållbart säkerhetsengagemang på deras hemsida*.

Region Skåne publicerar sitt resultat för HSE-index på deras hemsida:

<https://vardgivare.skane.se/siteassets/5.-uppfoljning/omraden/patientsakerhet/patientsakerhetskultur/hallbart-sakerhetsengagemang-hse-2020-2022.pdf>



Figur 2 Totalt HSE-index är 84 varav 82 för Hälso- & Sjukvård och 87 för Tandvård. Referens Region Skåne 75 för år 2022.

Utrustningsregister

En god säkerhetskultur säkerställer att utrustningen som används fungerar som den ska och underhålls enligt tillverkarens och leverantörens instruktioner samt kontrolleras enligt myndigheternas krav. Praktikertjänsts Utrustningsregister är ett stöd för ordning och reda bland verksamhetens medicintekniska utrustning och håller bland annat koll på datum för kontroller och service samt dokumentation från dessa tillfällen. Att ha ett register över befintliga strålkällor är dessutom ett föreskriftskrav från Strålsäkerhetsmyndigheten.

Adekvat kunskap och kompetens

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

I Praktikertjänst finns en utbildnings- och kompetensportal. Via den kan chefer hålla koll på vilka utbildningar denne själv och medarbetarna har gått, vilka utbildningar som finns kvar att göra och samla kursbevis.

Alla medarbetare som är inblandad i hanteringen av en strålkälla på patient ska gå igenom en introduktionsutbildning före självständigt kliniskt arbete och sedan få vidareutbildning. Utbildningen kring användningen av strålkällan ska vara både teoretisk och praktisk. För medarbetare inom tandvården finns en teoretisk utbildning i utbildningsportalen som alla medarbetare inblandade i röntgenbildtagning ska gå. Utbildningen ska ingå i introduktionsutbildning och sedan upprepas vart 5e år. För att underlätta för verksamheterna finns ett systemstöd som vart 5e år påminner användaren om att det är dags att upprepa utbildningen.



* <https://skr.se/skr/halsasjukvard/patientsakerhet/patientsakerhetskultur/hallbartsakerhetsengagemang.15343.html>

Verksamhetscheferna ska löpande informera alla i verksamheten om de avvikelser och risker som registreras i händelsesystemet och återkoppla kring arbetet med åtgärder och dess effekt, på exempelvis avdelningsmöten. Alla medarbetare ska uppmanas till avvikelse- och riskrapportering.

Patienten som medskapare

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.



Därför ska patienten få information om risker och fördelar med den medicinska bestrålningen*. Detta sker antingen med information i kallelsen, hänvisning till 1177.se eller via skriftlig information i väntrummet.

*Gäller vid medicinska bestrålningar från tillståndspliktiga strålkällor.

AGERA FÖR SÄKER VÅRD och ARBETSMILJÖ

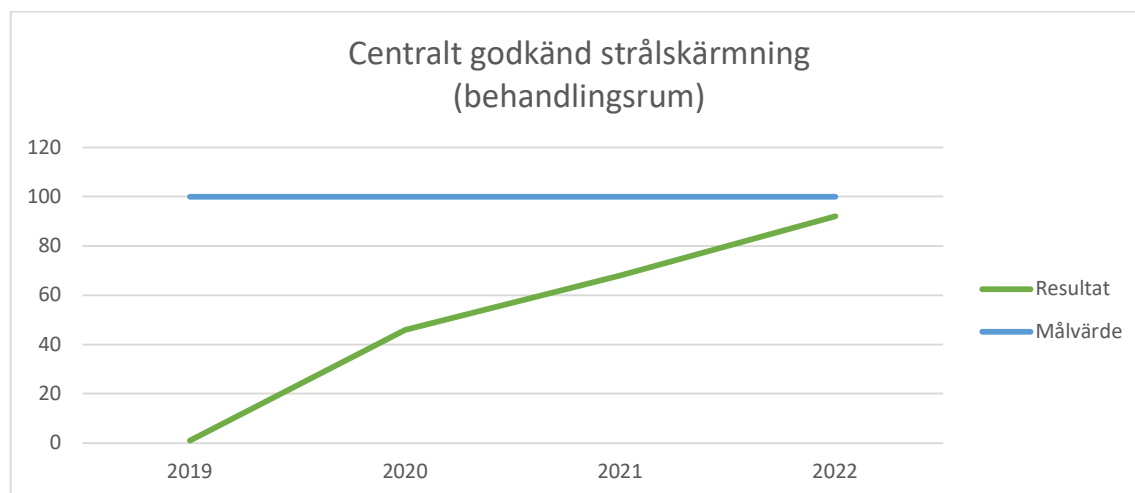
Mått: Samtliga verksamheter med strålkälla ska ha dokumenterad och godkänd strålskärmning

Anläggningar, lokaler och platser där verksamhet bedrivs ska vara utformad så att exponering av arbetstagare och personer ur allmänheten undviks. Utformningen ska vara dokumenterad. Lokaler som innehåller en tillståndspliktig strålkälla får sin strålskärmning godkänd av Strålsäkerhetsmyndigheten i samband med ansökan. Verksamheter med anmälningspliktig verksamhet ska byggas enligt föreskriften 2018:2 alternativt verifieras av en strålskärningsberäkning.

Befintliga verksamheter utvärderas löpande, i samband med att nya verksamheter startar och vid verksamhetsövergångar.

Måttet upphör från och med 2023 då projektet är avslutat och kontrollen av strålskärmning löpande inkluderas vid ombyggnationer, samband med att nya verksamheter startar och vid verksamhetsövergångar.

Resultat: Resultatet har följts upp löpande och presenterats för koncernledningen var tredje månad. Vid årsskiftet 2022/2023 hade 92% av verksamheterna dokumenterad och godkänd strålskärmning. Det är en ökning med 24% från året innan.



Figur 3 Redovisning av arbetet med godkännande av strålskärmning.

Analys av resultat: Strålskärningsprojektet är avslutat med 92 % godkända strålskärningsredovisningar. Resterande verksamheter är under ombyggnation, inför överlåtelse eller kommer att följas upp av område Verksamhetsutveckling inom Praktikertjänst.

Många verksamheter har byggts för 30 – 40 år sedan enligt den tidens krav och har därför bedömt sig uppfylla kraven på strålskärmning trots att kraven har förändrats. Samtliga verksamheter som inte är utformade enligt bilaga 2 till SSMFS 2018:2 beställer en strålskärningsberäkning eller bygger om verksamheten till att uppfylla föreskriften. Samtliga som har beställt en strålskärningsberäkning har blivit godkända.

Åtgärd: -

Uppföljning av åtgärd: -

Mått: Deltagande i Praktikertjänsts obligatoriska kurs i strålsäkerhet (tandvården) och praktisk utbildning

Alla medarbetare ska få den utbildning som krävs för att utföra sitt arbete korrekt och strålsäkert. 2017 lanserade Praktikertjänst en teoretisk utbildning i strålsäkerhet som blev obligatorisk för samtliga befintliga medarbetare i tandvården som är inblandade i röntgenbildtagning.

Kursen är också ett obligatoriskt moment för alla nyanställda tandläkare, tandhygienister och tandsköterskor inom tandvården oavsett tidigare utbildning.

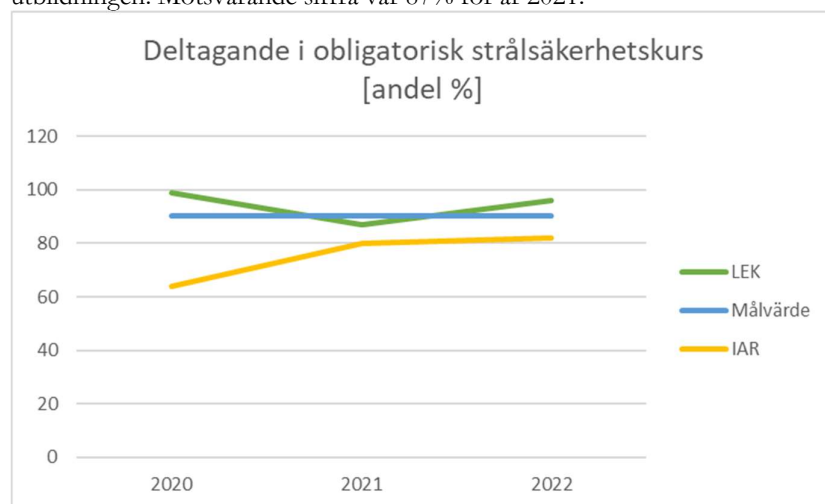
Via årskalendern i ledningssystemet blir varje verksamhetschef påmind om att själv gå de obligatoriska kurserna samt att kontrollera om samtliga medarbetare också har gått kurserna. De utbildningar som är kvar att göra ska planeras in i individuella utbildningsplaner. Strålsäkerhetskursen är en sådan obligatorisk kurs.

En mall för utbildningsplan inom strålsäkerhet är framtagen och publicerad i ledningssystemet. Samma mall kan användas för att planera all typ av utbildning som medarbetarna behöver.

Under 2022 har de första deltagarna börjat gå om kursen eftersom den ska upprepas vart 5e år. Inför detta uppdaterades kursens innehåll och de två separata utbildningarna slogs ihop till en och samma för alla yrkeskategorier i tandvården för att få bort en felkälla i statistiken (se tidigare strålskyddsbokslut).

Resultat:

96 % angav i lagefterlevnadskontrollen (LEK) för 2022 att berörda i verksamheten har genomfört utbildningen. Motsvarande siffra var 87% för år 2021.



Figur 4 Andel medarbetare i tandvården som har slutfört den obligatoriska webbutbildningen i strålsäkerhet. Resultat från intern rullmän revision (IAR) och lagefterlevnadskontroll (LEK).

82% av medarbetarna hos de verksamheter som inkluderades i IAR 2022 hade slutfört en av de digitala strålsäkerhetsutbildningarna inom en 5 – årsperiod.

Analys av resultat: Den centrala uppföljningen av deltagande från utbildningsportalen (PTJ Akademi) som skett under tidigare år kan inte längre utföras. För den första strålsäkerhetsutbildningen registrerades alla befintligt anställda automatiskt på kursen. Sedan dess har strålsäkerhetsutbildningen legat med som en aktivitet för nyanställda. För den nya kursen har inga automatiska registreringar utförts. De som har utfört

den gamla utbildningen för 5 år sedan får dock en uppmaning om att gå den nya utbildningen, och i årskalendern finns en aktivitet som uppmanar till att se över sin egen, och medarbetarnas, deltagande på de obligatoriska utbildningarna. Eftersom statistiken alltså inte visar vilka som *inte* har gjort den nya utbildningen, så går det inte att ta ut en procentuell andel som har genomfört utbildningen.

Ett deltagande på 90% har satts som riktvärde för deltagande eftersom 100 % ej går att nå med tanke på t ex sjukskrivningar, föräldraledigheter och personalomsättning. IAR visade att 82% har gått igenom strålsäkerhetsutbildningen under en 5-årsperiod. Det är ett bra resultat som visar att målet på 90% inte är långt borta.

Åtgärd: ingen ytterligare åtgärd är planerad.

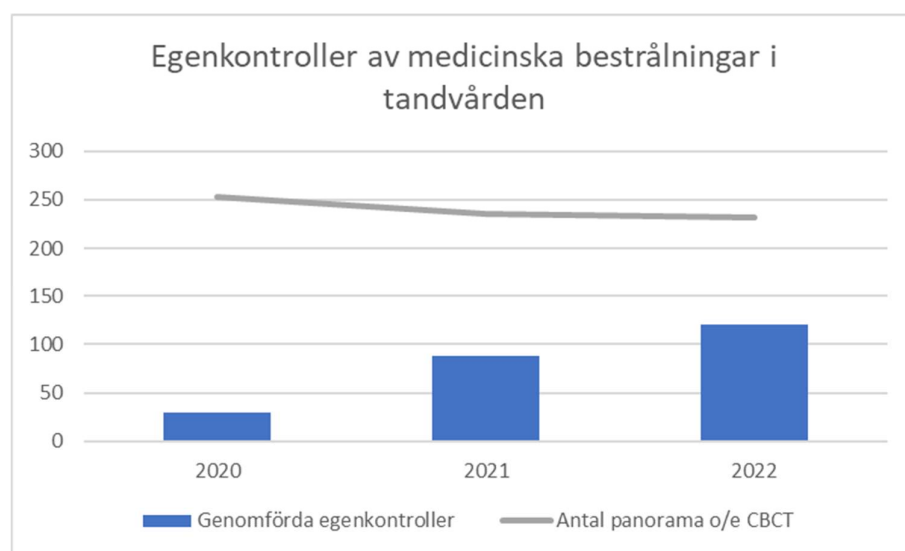
Uppföljning av åtgärd: -

Mått: Egenkontroller angående medicinska exponeringar

Resultatet av genomförda medicinska exponeringar ska kvalitetsgranskas som ett led i den egenkontroll som ska genomföras enligt Socialstyrelsens föreskrifter om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Detta gäller för tillståndspliktiga verksamheter inom tandvården och hälso- och sjukvården.

För tandvården finns en checklista i ledningssystemet att använda medan verksamheterna inom hälso- och sjukvården själva tillsammans med avtalade expertfunktioner tillser att kravet följs eftersom de saknar en ny branschstandard. Verksamheterna med C-båge fortsätter att följa DAP per ingreppstyp och operatör.

Resultat: 120 resultatenheter inom tandvården har genomfört 140 egenkontroller under 2022. Av dem är det ca 20% som har en panorama och/eller CBCT. Övriga ca 80% har endast stationär intraoral röntgen. I de interna revisioner (IAR) som utfördes VT 2022 svarade 56% av de tillståndspliktiga verksamheterna att de utför egenkontrollen.



Figur 5 Antal genomförda egenkontroller. Det är okänt huruvida dessa är utförda för tillståndspliktig eller anmälningspliktig röntgen.

Analys av resultat: Alla verksamheter ser aktiviteten ”Egenkontroll medicinska bestrålningar” i årskalendern, men kravet ligger enbart på verksamheterna med en tillståndspliktig strålkälla. Dock rekommenderas alla verksamheter, oavsett typ av strålkälla, att utföra egenkontrollen. Siffrorna visar på ett ökat antal verksamheter som utför egenkontrollen av medicinska bestrålningar, vilket är positivt.

232 panorama- och CBCT finns registrerade i Utrustningsregistret. Av dem är 21 CBCT-röntgen. Enligt LEK 2021 har majoriteten av egenkontrollerna utförts utanför ledningssystemet eftersom motsvarande 209 verksamheter då svarat att de utfört egenkontrollen, medan endast 88 fanns i systemet. Det är en osäkerhet som alltid kommer att finnas.

I LEK 2022 har frågan om genomförande ställts tillsammans med övriga aktiviteter i årskalendern. Ca 66% anger att de har utfört alla egenkontroller under 2022 vilket då ska inkludera egenkontrollen av medicinska bestrålningar. Enligt IAR är siffran något lägre, 56%, det motsvarar ungefär 130 genomförda egenkontroller vilket inte är långt från de 120 utförda.

Åtgärd: Egenkontrollen ska lyftas som en viktig del av berättigandeprocessen under det webinarium om strålsäkerhet som publiceras under 2023. Utöver det arbetar Kvalitetsavdelningen löpande med att öka följsamheten till ledningssystemet och de aktiviteter som ska ske enligt årskalendern.

Uppföljning av åtgärd: Uppföljning kommer att ske via höstens interna revisioner 2023 och via statistik från ledningssystemet. Det är höstens revisioner som ska fokusera på berättigande.

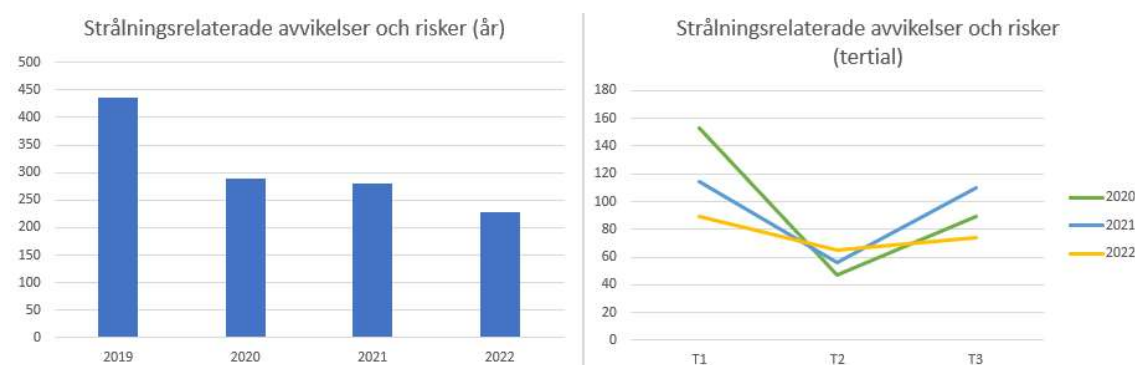
Mått: Avvikelse, risker och anmälningar till SSM

Alla medarbetare i Praktikertjänst uppmanas att registrera avvikelser och risker i ledningssystemet, bland annat genom Praktikertjänst strålsäkerhetsutbildning.

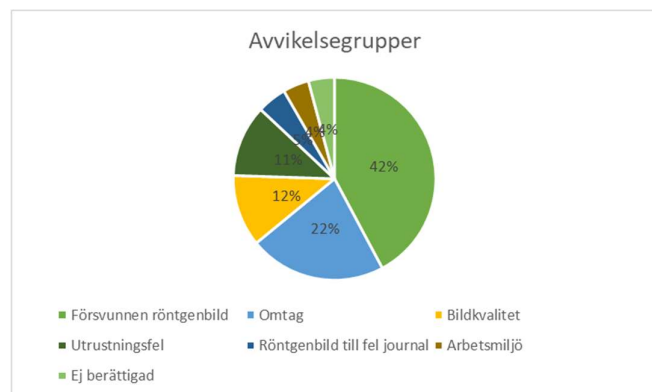
Utöver lokala avvikelser och risker gör koncernen övergripande intressent-, risk- och möjlighetsanalyser (IRMA) som inkluderar strålsäkerhet där det är relevant.

Egenkontrollen ”Strålskyddsround inkl riskbedömning” ligger i årskalendern för samtliga verksamheter med strålkälla. Det uppmuntras också till att göra riskanalyser inför större förändringar. För att få upp antalet riskbedömningar inför förändring har applikationen för investeringsansökan inför större investeringar kompletteras med information om kravet på riskbedömning.

Resultat:



Figur 6 Antal rapporterade strålsäkerhetsavvikelser och risker i ledningssystemet.



Figur 7 Gruppering av avvikelser.

Avvikelser, risker och förbättringsförslag

Runt 230 avvikelse, risker och förbättringsförslag med koppling till strålsäkerhet har rapporterats under 2022. Beroende på vilka sorteringar som görs i statistiksystemet PowerBi fås olika resultat. Men vid en

djupare genomgång är det alltså dessa runt 230 som har koppling till strålsäkerhet. Samtliga har skett inom tandvården.

Lite mindre än två femtedelar av avvikelserna och riskerna som rapporterades 2022 där röntgen varit inblandad handlade om teknikstrul så som bildöverföring från sensor till journal. De övriga kom sig av omtag på grund av diverse handhavandefel så som

- missad del av tand,
- ej startat sensor eller
- dubbelexponerad bildplatta.

Detta är ett mönster som upprepats från 2021.

Under 2022 har det pågått ett arbete för att få reda på vad som legat bakom att röntgenbilder försvunnit vid överföring av intraorala röntgenbilder (i vissa fall återfinns dessa i en temporär mapp). Slutsatsen som dragits är att strömtillförseln till sensorn från datorn varit otillräcklig. Antingen på grund av en för lång sladd, sladd med låg kvalitet, eller för att datorn i sig inte har levererat den strömstyrka som sensorn krävt. Arbetet fortsätter under 2023.

De arbetsmiljörelaterade avvikelserna uppstod vid hälften av tillfällena på grund av att medarbetare snubblat på sladd.

Vid tre tillfällen har det rapporterats om oavsiktlig bestrålning av arbetstagare. Vid två av tillfällena skedde det på grund av utrustningsfel, men röntgenkonen var riktad bort från arbetstagare mot vägg. Vid ett tillfälle går det inte att utläsa riktningen på röntgenkonen, men det verkar ha skett på grund av fel i kommunikation i samband med undersökning av patient.

Ingen avvikelse anmäldes till Strålsäkerhetsmyndigheten.

Resultat från lagefterlevnadskontrollen (LEK) visade att

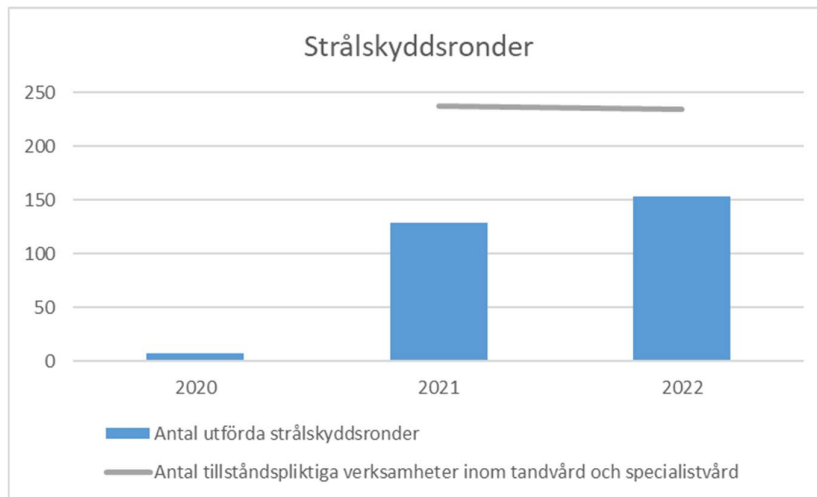
- 93% uppger att medarbetarna känner till rutinen kring avvikelser och förbättringsförslag och att 95% uppmuntrar medarbetarna till att rapportera risker.

IRMA

2022 års IRMA visade behov på att bättre införliva verksamhetscheferna inom verksamhetsgrenen Praktikertjänst Dental i flödet för introduktionsutbildning som idag sker för delägarna.

Checklistor

I LEK 2022 svarade 67% av samtliga verksamheter (med och utan strålkälla) att de utför dokumenterade riskanalyser inför större förändringar så som t ex ombyggnation, flytt, byta av utrustningstyp eller arbetssätt osv. De interna revisionerna (IAR) visade dock att endast 40% av verksamheterna utför dokumenterade riskanalyser. Detta är en sänkning från 56% från IAR 2021.



Figur 8 Antal utförda strålskyddsronder

153 strålsäkerhetsronder har gjorts i ledningssystemet under 2022. Det är en fortsatt ökning från tidigare år.

I ledningssystemet har 33 verksamheter utfört 44 riskbedömningar inför förändring under 2022. Det motsvarar runt 4% av alla verksamheter inom Praktikertjänst.

Resultat från LEK visade att

- 67% anger att de gör riskbedömning inför större förändringar. Detta är en sänkning från 92% året innan.

Analys av resultat: Det är fortsatt lågt antal rapporterade avvikelser och risker jämfört med 2019 trots den höga kännedomen om rutinen för avvikelse och förbättringsförslag. Det kan tyda på att användarna upplever avvikelshanteringssystemet som svårt. Vilket förmodas fortfarande vara kopplade till byte av system för rapportering av avvikelser, vilket har skett två gånger sedan 2019.

Avvikelser hanteras löpande i verksamheterna men det dokumenteras inte alltid i systemet.

Årstrenden för när avvikelser och risker rapporteras är lika genom jämfört med tidigare år. Dock är det totala antalet avvikelser ännu en gång lägre vid jämförelse mot tidigare år.

Strålskyddsronden innehåller delar för en del större förändringar så som flytt och nedläggning, men där uppmuntras användaren till att göra en riskbedömning antingen i samma formulär eller i checklistan ”Riskbedömning inför förändring”, vilket skapar en felkälla i resultatet för den checklistan. Därför kan andelen som gör en dokumenterad riskbedömning inför förändring vara högre än vad resultatet pekar på.

Åtgärd: Under 2021 infördes flera nya system för de flesta verksamheter. Innan fler åtgärder övervägs för att öka antalet rapporterade avvikelser, risker och dokumenterade riskbedömningar behöver användarna tid till att lära sig det nya systemet för avvikelser-, risker och checklistor (egenkontroller, riskbedömningar). Utbildningar erbjuds av Kvalitetsavdelningen.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt rapportering av avvikelser och risker till koncernledningen var tredje månad.

Årlig uppföljning av dokumenterad riskbedömning vid IAR och statistik via Centuri.

Mått: Tillståndspliktiga bestrålningar inom tandvården

Tre gånger per år görs en avstämning mellan Praktikertjänsts register på verksamheter med panorama- och CBCT röntgen och Försäkringskassans register över debiterade åtgärder. Det är ett extra säkerhetsnät som fångar upp eventuella utrustningar som då skulle användas utan att omfattas av Praktikertjänsts verksamhetstillstånd. Det fångar även upp dem som råkar göra feldebiteringar till Försäkringskassan så att dessa kan återföras.

- Utöver denna uppföljning finns två säkerhetsnät för att fånga upp nya strålkällor:
Utrustningsregistret flaggar när nya strålkällor registrerats och admin kontrollerar att tillstånd finns.
- Årskalendern har en aktivitet där verksamheterna ska stämma av innehavet i verksamheten mot listan i Utrustningsregistret.

Resultat: Inga tillståndspliktiga åtgärder har utförts utan tillstånd. Dock har en verksamhet under en period saknat en radiologisk ledningsfunktion.

Enstaka feldebiteringar har skett eller har registrerats som sådana på grund av någon bugg i Försäkringskassans system för statistik. Feldebiteringar ska återföras till Försäkringskassan.

Analys av resultat: Inte heller under 2022 har någon feldebitering skett. Med tanke på den stabilitet som har funnits under flera år kommer uppföljningen från och med 2023 ske på helårsbasis istället för var tredje månad.

Den verksamhet som upptäcktes under året där det saknades en radiologisk ledningsfunktion för en panoramaverksamhet skedde på grund av sjukskrivning. Ersättaren som togs in saknade panoramakörkort.

Åtgärd: För den brist som fångades upp under 2022 är två aktiviteter planerade för att det inte ska ske igen:

1. Avtalen för ersättningsrekrytering vid sjukskrivning/längre tids frånvaro ska uppdateras för att innehålla kunskapskrav utöver legitimation.
2. En funktion i Utrustningsregistret ska flagga för när det saknas närvaro av en radiologisk ledningsfunktion via koppling till HR-systemen.

Frekvensen på uppföljning av tillståndspliktiga bestrålningar sänks till årligen eftersom resultatet på uppföljningen under flera år inte har upptäckt någon utrustning som inte omfattas av Praktikertjänsts tillstånd.

Uppföljning av åtgärd: Fortsatt rapportering till koncernledningen. Dock årligen istället för var tredje månad.

Mått: CBCT-doser ska ligga inom DSN eller bedömts vara optimerade

Strålsäkerhetsmyndigheten samlar in data som beskriver undersökningsinställningar och DAP (dos – area – produkt) som ligger till grund för att besluta om Diagnostiska standardnivåer (DSN) och populationsdoser. Systemet heter DosReg och är webbaserat. Strålsäkerhetsmyndigheten ansvarar för utveckling, drift och underhåll.

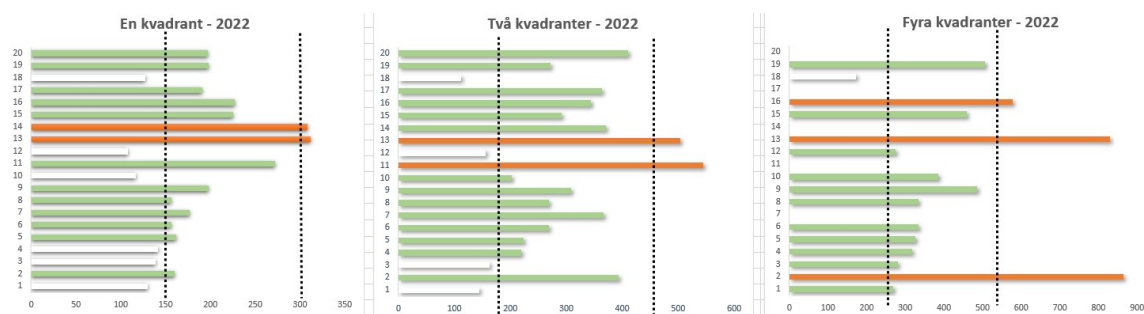
Informationen i DosReg kan användas till att göra jämförelser mellan den egna och andra verksamheters DSN-värden och undersökningsinställningar. Jämförelse mot andra är en bra källa för optimering.

DSN-gränserna har inte ändrats sedan systemet infördes för tandvärden.

Vart tredje år, eller när undersökningsprotokollen förändras, ska doserna rapporteras in. Doserna i respektive verksamhet ska utvärderas under de årliga lokala strålsäkerhetsmötena. De verksamheter som ligger över eller under DSN uppmanas se över sitt optimeringsbehov.

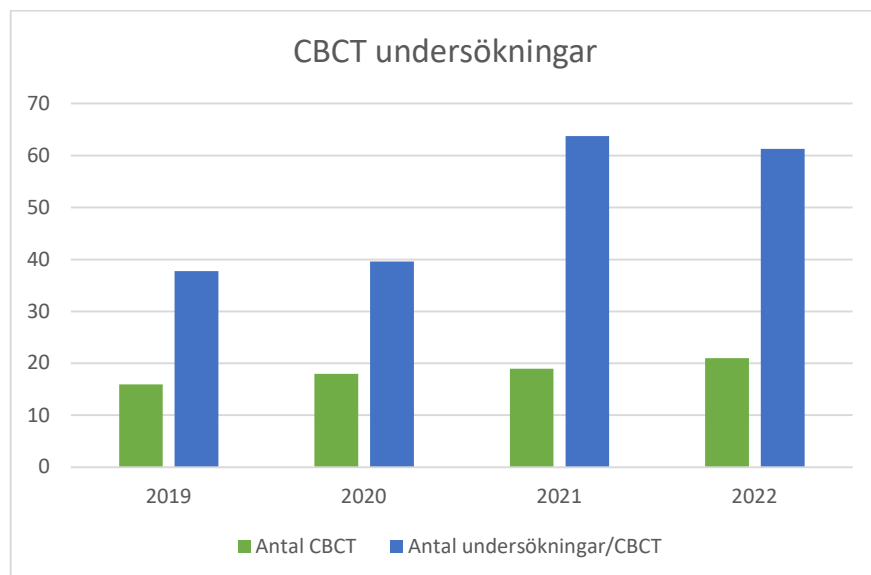
Resultat: 18 av 56 rapporterade doser ligger utanför intervallet. Av dem är 7 över det högsta referensvärdet och 11 under.

Jämfört mot 2021 ligger fler verksamheter inom referensintervallen.



Figur 9 Samtliga rapporterade doser från Praktikertjänst till DosReg under 2022.

Snittet på antal CBCT-undersökningar per utrustning ligger i nivå med 2021. Den stora majoriteten av dessa är bildtagning i 1 kvadrant.



Figur 10 Statistik över antal CBCT utrustningar och i snitt hur många undersökningar som sker per CBCT-utrustning och år.

Ca 76% av CBCT-verksamheterna svara i LEK 2022 att de har uppdaterat DosReg avseende undersökningsprotokoll och doser.

Analys av resultat: Majoriteten av de rapporterade doserna ligger inom intervallet satt av Strålsäkerhetsmyndigheten. I det årliga lokala strålsäkerhetsmötet som ska ske i verksamheter med CBCT, ska doserna som rapporterats in till DosReg jämföras mot de diagnostiska standardnivåer (DSN) som är framtagna av Strålsäkerhetsmyndigheten. Om doserna inte ligger inom DSN ska verksamheten undersöka om det finns optimering att utföra.

SSM har i sin remiss inför uppdateringen av SSMFS2018:5 föreslaget att de nedre referensgränserna slopas. Om detta blir verklighet kommer fler av verksamheterna automatiskt hamna inom DSN-referensen som idag ligger ”för lågt”.

Syftet med att lyfta kravet i den LEK som skickades ut för 2022 var att sätta fokus på kravet, med förhoppningen att följsamheten ökar under nästa år.

Åtgärd: Mej1 har skickats till dem som inte har uppdaterat angivna stråldoser i DosReg på 3 år med uppmaning till optimering och med statistik på doser från andra vårdgivare med samma modell av CBCT.

Uppföljning av åtgärd: Återupprepa frågan i LEK 2023 och jämför resultaten.

Mått: signering av uppdragsbeskrivningar

En grundläggande förutsättning för en säker vård är en engagerad och kompetent ledning samt tydlig styrning av hälso- och sjukvården och tandvården på alla nivåer. Därför är det viktigt att alla som är en del av strålskyddsorganisationen känner till sin uppgift. Alla innehavare av en roll i strålskyddsorganisationen ska signera sin uppdragsbeskrivning.

Samtliga verksamheter har en checklista på dokument som ska upprättas lokalt i samband med övergången till det nya ledningssystemet och där ingår bland annat kravet på signerade uppdragsbeskrivningar.

Resultat: 45% av de tillfrågade på IAR hade signerat uppdragsbeskrivningarna, vilket är i nivå med föregående år.

Enligt resultatet från LEK 2022 uppger ca 75% att de har signerat en uppdragsbeskrivning och kan plocka fram den vid förfrågan. Det är en sänkning med 10% från LEK 2021.

Analys av resultat: För att en uppgift ska ske måste det vara tydligt vem som har uppdraget att utföra den.

Skillnaden mellan de som vid intern allmän revision kan uppvisa signerade uppdragsbeskrivningar och dem som anger sig ha signerade uppdragsbeskrivningar i LEK kan bero på olika kännedom om kravet. När frågan kommer i lagefterlevnadskontrollen (LEK) kan verksamheterna svara att de har signerat och utföra det där och då utan att det framgår vilka uppdragsbeskrivningar som har signerats. Den möjligheten finns inte vid de interna allmänna revisionerna.

Men det tyder på att kunskapen om Praktikertjänsts gemensamma strålskyddsorganisationen är för låg, när differensen mellan LEK och IAR är så pass hög.

Åtgärd: Under hösten 2021 uppdaterades Praktikertjänsts webbaserade utbildning i strålsäkerhet för tandvården med ett nytt interaktivt kapitel om strålskyddsorganisationen. I takt med att fler går igenom den uppdaterade utbildningen ska fler få kännedom om kravet.

Inga nya åtgärder planeras för 2023. IAR 2023 kommer att visa om den uppdaterade utbildningen som många har genomfört under 2022 har lett till ökad kännedom om kravet eller ej.

Uppföljning av åtgärd: Kunskapen om strålskyddsorganisationen följs upp via IAR 2023 samt LEK 2023.

Mått: info före medicinska exponeringar

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad, deltar aktivt i sin vård och ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende.

Därför ska patienten få information om risker och fördelar med den medicinska bestrålningen i verksamheter med tillståndspliktiga strålkällor som används på patient. Detta sker antingen med information i kallelsen, hänvisning till 1177.se eller via skriftlig information i väntrummet.

Resultat: LEK 2023 visar att 96% ger information om risker och fördelar inför röntgenundersökningen.

Analys av resultat: Det är positivt att så pass många uppger sig ge information inför röntgenundersökningarna. En jämförelse mot resultat från interna revisioner kan inte göras eftersom det inte skedde några revisioner HT 2022.

Åtgärd: Ingen åtgärd planeras. Dock ska frågan inkluderas i nästa tillfälle för interna revisioner.

Uppföljning av åtgärd: LEK 2023 och revisioner som ska ske på hösten 2023. Det är höstens revisioner som ska fokusera på berättigande. Blir dessa inställa får istället revisionerna VT 2023 fokusera på berättigandet.

MÅL, STRATEGIER OCH UTMANINGAR FÖR KOMMANDE ÅR

År 2023 kommer att fokusera på kvalitetssäkring av röntgen och fortsatt fokus på berättigandeprocessen.

Fokus på kvalitetssäkring av röntgen ska ske via följande aktiviteter:

- Utvärdering av ramavtalspartners
- Deltagande i projekt för ett program med objektiv kvalitetssäkring av intraoral röntgen

Vikten av berättigandeprocessen ska lyftas under 2023 genom följande aktiviteter:

- Inkludera berättigande i ”Månadstema strålsäkerhet”
- Skapa en egen sida för berättigande på intranätet
- Fortsätta ha frågor om berättigande på de interna revisioner som sker på hösten