

Patientsäkerhetsberättelse för Folk tandvården

Region Örebro Län

2025



Datum: 20260226

Ansvarig för innehållet: Josefin Gagerman-Good

Inledning

PSL 2010:659, SOSFS 2011:9 7 kap. 3 §

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

Patientsäkerhetsberättelsen skall underlätta en bedömning av hur arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla kvaliteten i verksamhetens olika delar.

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



Källa:

Socialstyrelsen "Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2025–2030"

Innehållsförteckning

Inledning	2
Innehållsförteckning.....	3
Sammanfattning	4
Grundläggande förutsättningar för säker vård	5
1. Engagerad ledning och tydlig styrning.....	5
2. En god säkerhetskultur	7
3. Adekvat kunskap och kompetens	8
4. Patienten som medskapare	9
Agera för säker vård.....	9
1. Öka kunskap om inträffade vårdskador.....	10
2. Tillförlitliga och säkra system och processer	12
3. Säker vård här och nu	13
4. Stärka analys, lärande och utveckling	13
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap	15
Mål och utmaningar för kommande år.....	15
BILAGA - TABELLER	16
Tabell 1 Antal avvikelser per verksamhetsområde.....	16
Tabell 2 Vanligaste typ av händelse	17
Tabell 3 De vanligaste typerna av händelser i procent av antalet avvikelser.....	18
Tabell 4 Skriftliga klagomål.....	19
Tabell 5 Avvikelser som resulterat i internutredning, händelseanalys och Lex Maria.....	20

Sammanfattning

År 2025 har varit ett år som inneburit flera utmaningar för Folktandvården i Region Örebro län. Bristande tillgänglighet till tandvård har fortsatt att påverka vissa delar av verksamheten, även om tillgängligheten för barn generellt varit mycket god och tillgängligheten varierat mellan kliniker. Samtidigt har ökade säkerhetskrav kopplade till omvärldsläget och en fortsatt ansträngd ekonomi påverkat förutsättningarna ytterligare. Trots detta har engagemanget för att upprätthålla en hög patientsäkerhet varit tydligt hos både chefer och medarbetare.

Arbetet med avvikelshantering fortsätter att vara en central del av verksamhetens lärande och utveckling. Under 2025 ökade antalet avvikelserapporter markant, från 623 till 838. Fördelningen mellan de vanligaste typerna av händelser är dock relativt stabil över tid, vilket talar för att ökningen främst speglar en stärkt rapporteringskultur snarare än ett ökat antal faktiska avvikelser. Detta ses som ett positivt tecken på en mognande säkerhetskultur där medarbetare vågar rapportera, reflektera och bidra till förbättringsarbete. Samtidigt pekar statistiken fortsatt på att fördröjd diagnostik och behandling är den mest frekventa avvikelsekategorin.

Klagomålen ökade något under året, med totalt 280 inkomna ärenden. De vanligaste orsakerna rör bemötande, kommunikation och tillgänglighet – områden som också framträder i ärenden från Patientnämnden, där 59 ärenden inkom. Analysen av klagomål visar vikten av att patienten ges tydlig information, delaktighet i sin behandling och realistiska förväntningar. Tillgänglighet till tandvård är fortsatt en viktig faktor för patienternas upplevelse av vården.

Året präglades också av införandet av det nya journalsystemet Frenda i slutet av 2024. Under 2025 har ett stort arbete lagts på att hantera barnsjukdomar i systemet och att säkerställa hög informationssäkerhet. Särskilt röntgenhanteringen har genererat många avvikelser kopplade till både handhavande och tekniska problem. Avvikelseorna har i huvudsak varit av mindre allvarlig art och har kunnat åtgärdas fortlöpande.

Resultat från medarbetarenkäten 2024 visar goda värden inom området patientsäkerhet och säkerhetskultur, vilket stärker bilden av en organisation med goda förutsättningar för lärande, delaktighet och psykologisk trygghet.

Framåt står Folktandvården inför flera viktiga utmaningar: att säkra tillgången till legitimerad och erfaren personal, att utveckla effektiva arbetssätt och vårdprocesser, och att ytterligare stärka patientens delaktighet. Ett fortsatt strukturerat och väl förankrat patientsäkerhetsarbete kommer att vara avgörande för att erbjuda en trygg, jämlik och högkvalitativ tandvård till länets invånare.

Grundläggande förutsättningar för säker vård

Nedan beskrivs mål och strategier, organisation och struktur för arbetet med att minska antalet vårdskador.

För att nå den nationella visionen om ”God och säker vård – överallt och alltid” och den övergripande målsättningen ”ingen patient skall behöva drabbas av en vårdskada”, har fyra grundläggande förutsättningar identifierats i den nationella handlingsplanen för ökad säkerhet.

1. Engagerad ledning och tydlig styrning
2. En god säkerhetskultur
3. Adekvat kunskap och kompetens
4. Patienten som medskapare

Dessa förutsättningar beskrivs nedan.

1. Engagerad ledning och tydlig styrning

Ledare med ett tydligt engagemang för patientsäkerhet påverkar organisationskulturen genom sin kommunikation och sina prioriteringar och beslut. Hög patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer med god arbetsmiljö och psykologisk trygghet, där det finns en kultur där medarbetare gemensamt med ledningen strävar efter att förbättra verksamheten, och där patienter och närstående är delaktiga i utvecklingsarbetet.

Folktandvårdens ledning lägger stor vikt vid att skapa en organisationskultur där alla är delaktiga och tar ansvar och där alla tillsammans sprider kunskap och har gemensamma mål för att Folktandvårdens patienter ska bli friskare.

Patientsäkerhet finns med vid alla beslut och är en naturlig del i hela Folktandvårdens verksamhet oavsett om det rör den direkta vården eller andra områden som arbetsmiljö, rekrytering, ekonomistyrning, IT-system eller kommunikation.

Övergripande mål och strategier

PSL 2010:659, 3 kap. 1 §, SOSFS 2011:9, 3 kap. 1–3 §

Visionen för Region Örebro län är ”Tillsammans skapar vi ett bättre liv”.

Visionen är utgångspunkten för all verksamhet.

Folktandvårdens övergripande mål för patientsäkerhetsarbetet är att ingen patient ska drabbas av vårdskada.



Organisation och ansvar

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

Folktandvården är en egen förvaltning som ligger under regionfullmäktige och folktandvårdsnämnden. Folktandvården leds av folktandvårdsdirektören. Under folktandvårdsdirektören leds de enskilda verksamheterna av verksamhetschefer och som stöd i detta arbete finns Folktandvårdens stab.

Verksamhetscheferna ansvarar för patientsäkerheten, att följa upp verksamheten, hantera avvikelser och klagomål, leda arbetet med ständiga förbättringar samt sprida kunskap. Alla medarbetare har ett ansvar för att följa lagar, avtal och rutiner. De har också ett ansvar för att rapportera risker och negativa händelser samt att medverka i patientsäkerhetsarbetet.

Cheftandläkare ser alla avvikelser och klagomål och sammanställer och drar slutsatser av det som sker. Detta redovisas för Folktandvårdens ledningsgrupp. Förändringar av arbetssätt och riktlinjer bereds i Folktandvårdens vårdstrategigrupp, vådrådet.

Cheftandläkare är anmälningsansvarig avseende Lex Maria.

Samverkan för att förebygga vårdskador

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

Det viktigaste arbetet för att förebygga vårdskador sker dagligen i samverkan mellan verksamheter, mellan professioner, mellan medarbetare och ledning och inte minst mellan patient och vårdpersonal.

I vådrådet finns representanter för både allmäntandvård och specialisttandvård.

Det organiseras gemensamma chefsmöten för allmäntandvård och specialisttandvård där alla verksamhetschefer deltar. Odontologiskt ansvariga samt ämnesansvariga tandläkare deltar samtliga i ett team för samverkan och kunskapsutbyte. Gruppen har även möten flera gånger per år.

Cheftandläkaren är med i regionens chefläkargrupp där gemensamma frågor kan tas upp. I gruppen diskuteras även allvarliga avvikelser, vilket gör att förhållningssättet och arbetet kring dessa blir liknande i de båda förvaltningarna.

Det förs en ständig dialog med regionens tandvårdsenhet.

Informationssäkerhet

HSLF-FS 2016:40, 7 kap. 1 §

Under året har arbete med upphandling av ett nytt system för säkra meddelanden genomförts. År 2026 ska det nya systemet driftsättas. Detta är en viktig del i informationssäkerhetsarbetet, eftersom det minskar risken för att känslig information skickas på felaktigt sätt.

Ett kontinuerligt arbete sker med klassning och riskbedömning av våra IT system. Inom Folk tandvården pågår ett aktivt arbete för att sprida information och kunskap inom informationssäkerhetsområdet till samtliga medarbetare. Alla medarbetare skall årligen genomgå en webutbildning om informationssäkerhet. Folk tandvården deltar aktivt i regionens informationssäkerhetsråd. Folk tandvården använder säker inloggning med SITHS-kort till alla system.

Verksamhetscheferna ansvarar för att regelbundna kontroller sker av personalens åtkomst till patientjournaler. Regelbundet genomförs systematiska loggkontroller och vid misstanke om obehörig åtkomst genomförs riktade kontroller. Den automatiska slumpmässiga logguppföljningen för Frenda fungerar ännu inte, och under året har denna skett manuellt. Ett arbete kring detta har genomförts, och den automatiska logguppföljningen kommer återigen fungera under våren 2026.

Folk tandvården har PUB-avtal (Personuppgiftsbiträdesavtal) med alla leverantörer av IT-system.

Strålskydd

SSMFS 2018:5 3 kap. 13 §

Se särskilt dokument.

Folk tandvårdens arbete med strålskydd finns beskrivet i *Röntgen - kvalitetshandbok Oral radiologi*.

Under 2022 gjorde Strålsäkerhetsmyndigheten en kontroll av strålsäkerhetsarbetet hos Folk tandvården i relation till aktuell lagstiftning, vilket resulterade i ett föreläggande om att vidta vissa åtgärder. Arbete kring strålskydd fortsätter kontinuerligt, och inkluderar bland annat berättigandebedömning och optimeringsanpassning inför röntgenundersökning. Under året ses 20 avvikelser där det saknas en berättigandebedömning, och röntgen tagits i onödan. Inga liknande data finns för 2024, men siffran kommer att följas framåt. Att det finns avvikelserapporter kring brister i berättigandebedömning visar på att arbetet med berättigandebedömningar är aktivt i verksamheten.

2. En god säkerhetskultur

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

En god säkerhetskultur innebär att alla medarbetare är medvetna om och vaksamma på de risker som kan uppstå. Det förutsätter en öppen dialog om risker och omständigheter som

påverkar patientsäkerheten. Kännetecknande för en god säkerhetskultur är att det finns ett klimat som inte är skuldbeläggande, där medarbetare tryggt kan rapportera, diskutera och ställa frågor om säkerhet samt ett aktivt arbete med att identifiera och minska risker och skador. Det är en lärande organisation avseende både negativa händelser och situationer där det gick bra. I en organisation med en god säkerhetskultur kan medarbetare känna sig trygga med att ställa frågor, be om hjälp, dela idéer, farhågor och misstag samt lyfta missförhållanden och risker utan rädsla för negativa konsekvenser.

Under 2025 har antalet rapporterade avvikelser ökat kraftig (838) jämfört med 2024 (623) och 2023 (550). Detta ses som ett tecken på engagemang för patientsäkerheten och arbetsmiljön, men även som ett förtroende för chefer, ledare och de personer som hanterar avvikelserapporterna i vardagen.

Engagerade medarbetare är en förutsättning för en hög patientsäkerhet och det finns många studier som visar på att en god arbetsmiljö och ett högt säkerhetsengagemang ofta går hand i hand.



Vid den senaste medarbetarenkäten, från hösten 2024, hade Folktandvården mycket bra resultat i den del som behandlar patientsäkerhet och säkerhetskultur. Folktandvården bedriver ett aktivt arbetsmiljöarbete och har under året fortsatt arbetet med friskfaktorer.

3. Adekvat kunskap och kompetens

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

Folktandvården har en hög personalomsättning gällande tandläkare i allmäntandvården. Under 2026 behöver Folktandvården arbeta ännu tydligare med att behålla personal.

Nyutexaminerade tandläkare och tandhygienister erbjuds ett traineeprogram med en rad aktiviteter/genomgångar av centrala delar av verksamheten.

Bland annat får de en genomgång av patientsäkerhetsarbetet där det betonas att vi är en lärande icke bestraffande organisation. Utveckling sker bland annat genom att lära av eventuella misstag och där enskilda anställda uppmanas att anmäla avvikelser.

Alla som genomgår programmet har en eller flera utsedda handledare.



Att tillvarata alla medarbetares kompetens och utveckla vårdprocesserna är en avgörande framtidsfråga för att Folktandvården ska klara att erbjuda en säker vård till de som väljer Folktandvården som vårdgivare.

4. Patienten som medskapare

PSL 2010:659 3 kap. 4§

En förutsättning för en säker vård är patientens och de närståendes delaktighet. Vården blir säkrare om patienten är välinformerad och deltar aktivt i sin vård. Vården skall så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Att patienten bemöts med respekt skapar tillit och förtroende. En patient som har god insikt i varför och hur olika moment i behandlingen genomförs, bidrar till att vårdförloppet blir som planerat och till att avvikelser kan upptäckas och åtgärdas.



Patientmedverkan sker på olika nivåer inom Folktandvården. En grund är patientens delaktighet i egenvården och val av behandling.

Alla patienter som lämnar in klagomål via 1177 eller Patientnämnden får svar. Dessa klagomål och synpunkter sammanställs och analyseras och används i förbättringsarbetet.

Alla patienter skall om möjligt involveras i utredningen vid avvikelser.

Agera för säker vård

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

Vårdgivaren skall utöva egenkontroll med den frekvens och i den omfattning som krävs för att kunna säkra verksamhetens kvalitet. Egenkontrollen kan innefatta jämförelser av verksamhetens nuvarande resultat med tidigare resultat, i jämförelse med andra verksamheter, nationella och regionala uppgifter.

Socialstyrelsen kom 2020 med Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården. I denna identifieras fem prioriterade fokusområden. 2025 utkom en ny nationell handlingsplan, de prioriterade fokusområdena är fortsatt samma.

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador
2. Tillförlitliga och säkra system och processer
3. Säker vård här och nu
4. Stärka analys, lärande och utveckling
5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

1. Öka kunskap om inträffade vårdskador

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



Folktandvården strävar efter att ständigt förbättra sin verksamhet.

I arbete med människor inträffar det dagligen händelser som avviker från vad som planerats. En viktig del i vårt systematiska kvalitetsarbete är att upptäcka, analysera och sprida kunskap om inträffade avvikande händelser.

Syftet med detta är att kunna förebygga att liknade händelser inträffar igen.

Det är därför av yttersta vikt att alla avvikande händelser rapporteras till en för verksamheten gemensam databank.

Alla medarbetare är skyldiga att anmäla negativa händelser eller tillbud i avvikelshanteringssystemet Platina. Med en negativ händelse avses något som resulterat i en skada och ett tillbud är en händelse som hade kunnat utvecklas till en negativ händelse med skada om uturen varit framme.

Med en patientavvikelse avses en icke förväntad händelse i verksamheten som medfört eller kunnat medföra risk eller skada för patienten.

Den anställda gör anmälan via ett formulär på intranätet. Mindre allvarliga händelser hanteras lokalt av utsedd person och kommuniceras på arbetsplatsträffar.

Cheftandläkare tar del av alla avvikelser och fångar upp allvarligare händelser och ser eventuella mönster i skeenden.

Vid allvarligare händelser görs en internutredning och/eller händelseanalys, vilka sedan kan resultera i en förändring av riktlinjer och rutiner. I det fall det handlar om en undvikbar allvarlig vårdskada som är bestående eller resulterat i ett avsevärt förlängt vårdförlopp, görs även en anmälan till IVO (Inspektionen för vård och omsorg) enligt Lex Maria. Allvarliga händelser kommuniceras via gruppen för odontologiskt ansvariga och ämnesansvariga tandläkare för vidare spridning på klinik.

Cheftandläkare följer kontinuerligt flödet av avvikelser och klagomål och kan då se förändringar över tid. Redovisning av detta sker årligen.

Återkommande händelser 2025

	2025	2024
Fördröjd diagnostik och/eller behandling varav försenad diagnostik av 3: or	209 och 10	125 och 11
Filfrakturer	9	10
Förväxlingshändelser	31	20
Skador av vassa instrument, syra mm	7	9
Lifecareproblem	0	2
Problem med Frenda	21	7
Scanningsproblem röntgen	9	2
Röntgen – tekniska eller handhavandefel	81	
Incidenter vid skyddad identitet	6	10
Händelser med borr eller instrument som går av	16	
Stick- eller skärskada	20	12
Disk-steril-Hygienrutiner	30	19

Fördröjd diagnostik och behandling är fortsatt den vanligaste orsaken till inkomna avvikelser. Bakgrunden till fördröjningen kan variera. I vissa fall har patienten inte bokat in ett nytt besök trots påminnelse, och detta har inte uppmärksammats enligt gällande rutiner. Det förekommer också att kallelselistor inte hanterats på avsett sätt eller att tillgängliga resurser varit otillräckliga. Folk tandvården arbetar systematiskt med att identifiera och åtgärda samtliga bakomliggande faktorer. Samtidigt är detta till viss del ett långsiktigt och kontinuerligt förbättringsarbete, där en absolut nollvision i praktiken är svår att uppnå

I slutet av oktober 2024 driftsattes det nya journalsystemet Frenda. Flera avvikelser har därefter rapporterats, huvudsakligen av mindre allvarlig karaktär. Under året har det även förekommit återkommande problem med att scanna in röntgenbilder, vilket tydligt avspeglas i avvikelsestatistiken för röntgenarbetet. Problemen har både berott på handhavandefel och på brister i själva programvaran. Ett kontinuerligt utvecklingsarbete sker gällande både hantering av röntgenbilder och själva programvaran. Avvikelseerna har i huvudsak varit av mindre allvarlig art och har kunnat åtgärdas fortlöpande.

Allvarligare händelser som föranlett internutredning och/eller händelseanalys 2025

▪ Försenad kallelse för asylsökande barn

En internutredning genomfördes efter att en försenad kallelse ledde till extraktion av en sexårständer i underkäken. Utredningen visade brister i systemet för att kalla asylsökande barn. Systemet har nu förbättrats för att minska risken för liknande händelser. Händelsen Lex Maria-anmälades.

- **Extraktion av fel tand**

En internutredning genomfördes efter att fel tand extraherades under en bro. brobehandling. Orsaken bedömdes vara den mänskliga faktorn. Åtgärderna omfattar kompetensutveckling, genomgång av riktlinjer samt översyn av introduktionsprogrammet. Händelsen Lex Maria-anmälades.

- **Avvikelse från riktlinjer vid behandling av DOAK-behandlad patient**

En internutredning initierades efter att riktlinjer för blödningsbenägenhet inte följts vid extraktion på en DOAK-behandlad patient, vilket ledde till en långvarig postoperativ blödning. Patienten avstod även från sin blodförtunnande medicinering under en period. Orsaken bedömdes vara den mänskliga faktorn. Eftersom liknande händelser förekommit på flera kliniker omfattar åtgärderna både riktlinjegenomgång för all personal och utbildning om blodförtunnande läkemedel. Händelsen Lex Maria-anmälades.

- **Extraktion av tand 85 vid misstänkt aplasi 45**

I ett senare skede framkom att tand 45 hade ett sent utvecklat anlag. Orsaken bedöms vara otydliga rutiner kring panoramaröntgen vid misstanke om aplasi, i kombination med den mänskliga faktorn. Åtgärderna inkluderar dialog mellan specialistavdelningarna för radiologi och ortodonti. Riktlinjer för vilka röntgenundersökningar som ska utföras är ännu inte fastställda.

- **Försenat omhändertagande efter remiss för slemhinneförändring**

En händelseanalys pågår av en händelsekedja där en patient remitterades till OFM för bedömning av slemhinneförändring, men där något remissvar inte skickades. Patienten diagnostiserades senare med cancer. Händelseanalysen är ännu inte helt slutförd, och inget beslut finns ännu om anmälan enligt Lex Maria eller åtgärder.

2. Tillförlitliga och säkra system och processer

Genom att inkludera systematiskt patientsäkerhetsarbete som en naturlig del av verksamhetsutvecklingen kan både de reaktiva och proaktiva perspektiven på patientsäkerhet bejakas. Genom att minska oönskade variationer stärks patientsäkerheten.

Vårdrådet arbetar kontinuerligt med att utveckla processer och arbetssätt samt ta fram och uppdatera riktlinjer.



Folktandvården har ett betydande antal riktlinjer och rutiner som beskriver alla centrala delar av verksamheten. Riktlinjerna utgår från nationella riktlinjer och är en viktig del av en kunskapsstyrd organisation.

3. Säker vård här och nu

Fokusområdet handlar om att i det dagliga arbetet ha förmåga och kunskap att upptäcka risker och vara medveten om att oförutsedda händelser kan inträffa liksom att kunna hantera dem och agera här och nu.



Hälso- och sjukvården och tandvården präglas av ständiga interaktioner mellan människor, teknik och organisation. Förutsättningarna för säkerhet förändras snabbt och det är viktigt att agera på störningar i närtid.

Arbetsgruppens förmåga att identifiera och hantera risker när de uppkommer och att anpassa arbetssätt för att hantera risksituationer stärks av bland annat en välfungerande introduktion för nyanställda, systematiskt införande av nya arbetsuppgifter och goda förutsättningar att utveckla och fördjupa sin kompetens och dela med sig av erfarenheter.

Folktandvården har ett väl etablerat introduktionsprogram, med utsedd handledare om personen också är ny i sin yrkesroll. För dem med mer erfarenhet finns möjlighet att vara handledare. Regelbundna terapimöten finns på varje klinik, där personalen delar med sig av sina erfarenheter. Möjligheter finns till utveckling, både genom interna och externa kurser, men även genom nischning/meritering på specialistklinik.

4. Stärka analys, lärande och utveckling

Analys och lärande av erfarenheter är en del av det fortlöpande arbetet inom tandvården. När resultaten används för att förstå vad som bidrar till säkerhet, hållbarhet, önskvärd flexibilitet och goda resultat, kan verksamheten utvecklas så att kvaliteten och säkerheten ökar och risken för vårdskador minskar.



Att arbeta på ett patientsäkert sätt och ge patienten en vård enligt vetenskap och beprövad erfarenhet ligger i ansvaret för varje anställd inom tandvården där legitimerad personal har ett särskilt ansvar. Det åligger också vårdgivaren att organisera arbetet på ett sådant sätt att patientsäkerheten främjas.

Trots detta arbete inträffar ibland händelser eller tillbud som skadar eller riskerar att skada patient. Vårdgivare skall då dokumentera, utreda och åtgärda eventuella brister. Vid allvarigare händelser skall det göras en internutredning och ibland händelseanalys och i en del fall skall det anmälas enligt Lex Maria till IVO.

Avvikelser och beslut som utgår från avvikelser kommuniceras återkommande till personalen. Frågor som berör patientsäkerhet och en lärande, inkluderande organisation fick genomgående bra värden i årets medarbetarenkät.

Avvikelser

PSL 2010:659, 6 kap. 4 §, SOSFS 2011:9 5 kap. 5 §, 7 kap. 2 § p 5

Antalet avvikelserapporter ökade markant under 2025 jämfört med föregående år – från 623 rapporter till 838.

Vid genomgång av de vanligaste händelserna framkommer att fördelningen mellan de olika grupperna av avvikelser är relativt oförändrad. Bedömningen är därför att det inte sker fler avvikelser i verksamheten, utan att en större andel faktiskt rapporteras.

Detta är mycket positivt och visar att arbetet med att stärka patientsäkerhetskulturen ger resultat. Personalen känner trygghet i att rapportera och visar engagemang i att utveckla och förbättra verksamheten.

Redovisning av avvikelser och åtgärder med anledning av avvikelser är en stående punkt på arbetsplatsträffar.

Cheftandläkare läser kontinuerligt alla avvikelserapporter och klagomål och drar slutsatser om det finns återkommande problem och brister som behöver uppmärksammas.

Klagomål och synpunkter

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

Verksamhetschefen har det yttersta ansvaret för att klagomål och synpunkter i den egna verksamheten hanteras och besvaras. Svar skall skickas senast fyra veckor efter att klagomålet emottagits.

Fördelningen av ärenden sker av cheftandläkare, som följer inflödet och spridningen inom förvaltningen. Under 2025 var antalet klagomål och synpunkter 280, vilket är något högre än antalet under 2024 (263). Under året har åldern för fri barn- och ungdomstandvård sänkts, vilket har lett till ett antal klagomål om övergångsregler, framför allt inom ortodontin, där väntetiderna varit långa. Detta kan förklara en del av ökningen.

Kontakter med Patientnämnden och IVO 2025

- Under 2025 har 59 (41) ärenden med patientklagomål kommit från Patientnämnden med begäran om skriftligt svar från Folktandvården. Inga klagomål har kommit in via IVO under året.
- Av dessa ärenden är 14 riktade till specialistavdelningen för ortodonti, med frågeställningar kring varför de inte uppfyller kraven för kostnadsfri ortodontisk behandling, samt varför väntetiden är lång.
- Övriga ärenden handlar oftast om bristande kommunikation mellan behandlare och patient. Ibland finns det också en ekonomisk dimension.

- Klagomålet kan rikta sig mot resultatet av behandlingen, men vid genomläsning av ärendet kan man se att det ofta handlar om information, kommunikation och förväntningar.

Övriga klagomål som kommer via diariet (1177) eller direkt till klinik 2025

- Totalt 220 klagomål. (222)
- 40 handlar om debitering vid uteblivande. (50)
- 23 handlar om debitering vid sent återbud. (12)
- 88 handlar om bemötande/behandling/kommunikation. (69)
- 15 handlar om frisktvård, med funderingar kring prisökningar och tillgänglighet

Inom parentes anges antal för 2024

5. Öka riskmedvetenhet och beredskap

Detta fokusområde handlar om att planera för och bedriva en vård som är redo att anpassa arbetssätt och resursfördelning vid strukturella förändringar och oväntade situationer i syfte att upprätthålla god och säker vård.



Folktandvården har under året arbetat med beredskapsplaner för organisationen som helhet, men även för samtliga så kallade NOD-områden. En utbildnings- och övningsplan för 2026–2029 har tagits fram under året.

Mål och utmaningar för kommande år

Av RÖL:s verksamhetsplan framgår att Folktandvården i RÖL skall arbeta för en god, säker och jämlik tandvård. Avgörande för att framåt kunna bedriva en tillgänglig, kvalitativ och patientsäker vård kommer att vara tillgången på utbildad och erfaren personal samt fortsatt arbete med att utveckla arbetssätt och flöden för att kunna erbjuda patientsäker vård till så många som möjligt.

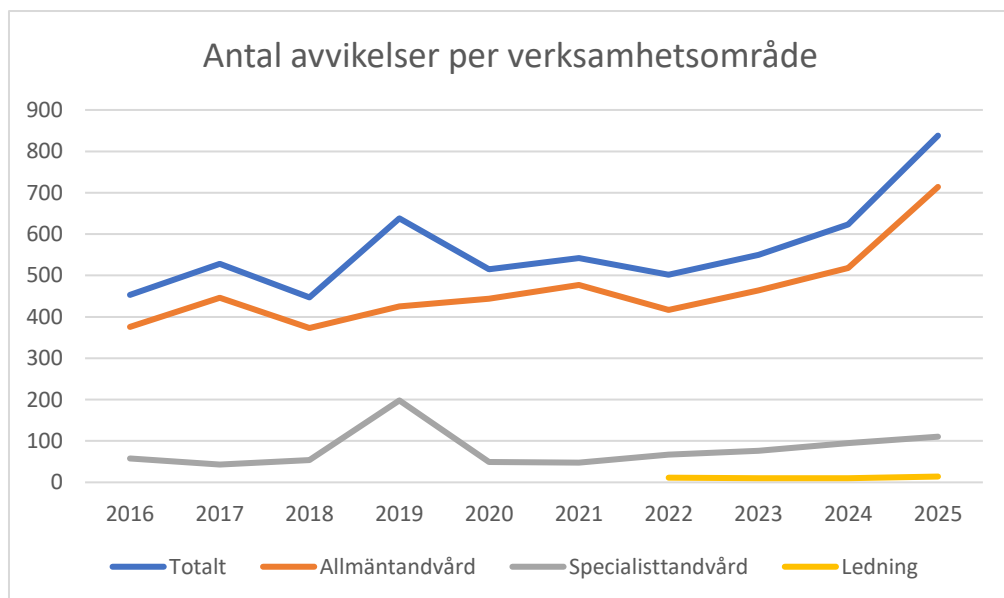
I ett led att stärka patientsäkerhetsarbetet är det angeläget att chefer och ledare har god kunskap inom området. Under perioden 2026–2027 planeras insatser för att ytterligare säkerställa detta.

En viktig slutsats av klagomålen är att det är viktigt att patient/anhörig är delaktig i vården, ges rätt information om vad som kan göras och förväntat eller möjligt resultat av behandlingen. Det är även viktigt att förbättra tillgängligheten till tandvård.

BILAGA - TABELLER

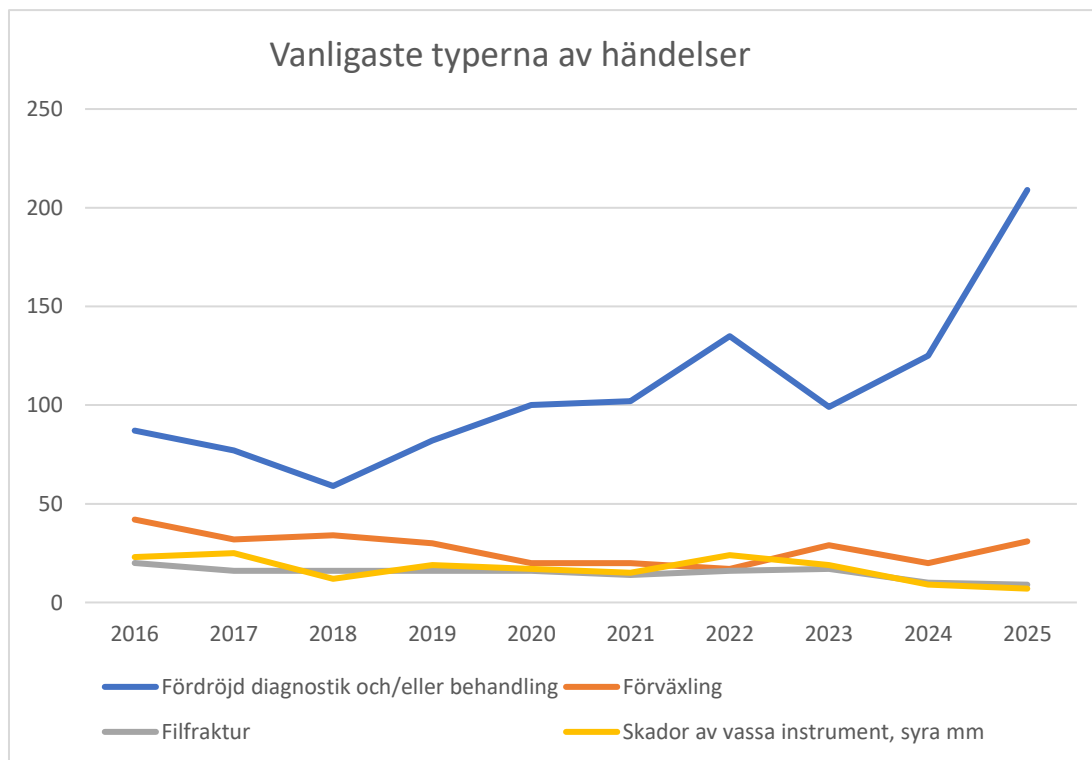
Tabell 1 Antal avvikelser per verksamhetsområde

År	Totalt	Allmäntandvård	Specialisttandvård	Kundcenter	Ledning
2025	838	714	110		14
2024	623	518	95		10
2023	550	464	76		10
2022	502	417	67	7	11
2021	542	477	48	16 (+1 i övriga avdelningar)	
2020	515	444	49	18 (+ 4 i övriga avdelningar)	
2019	638	425	198 (varav 96 på OFM)	14 (+1 i Verksamhetsstöd)	
2018	447	373	54	18	
2017	528	446	43	36	
2016	453	376	58	19	



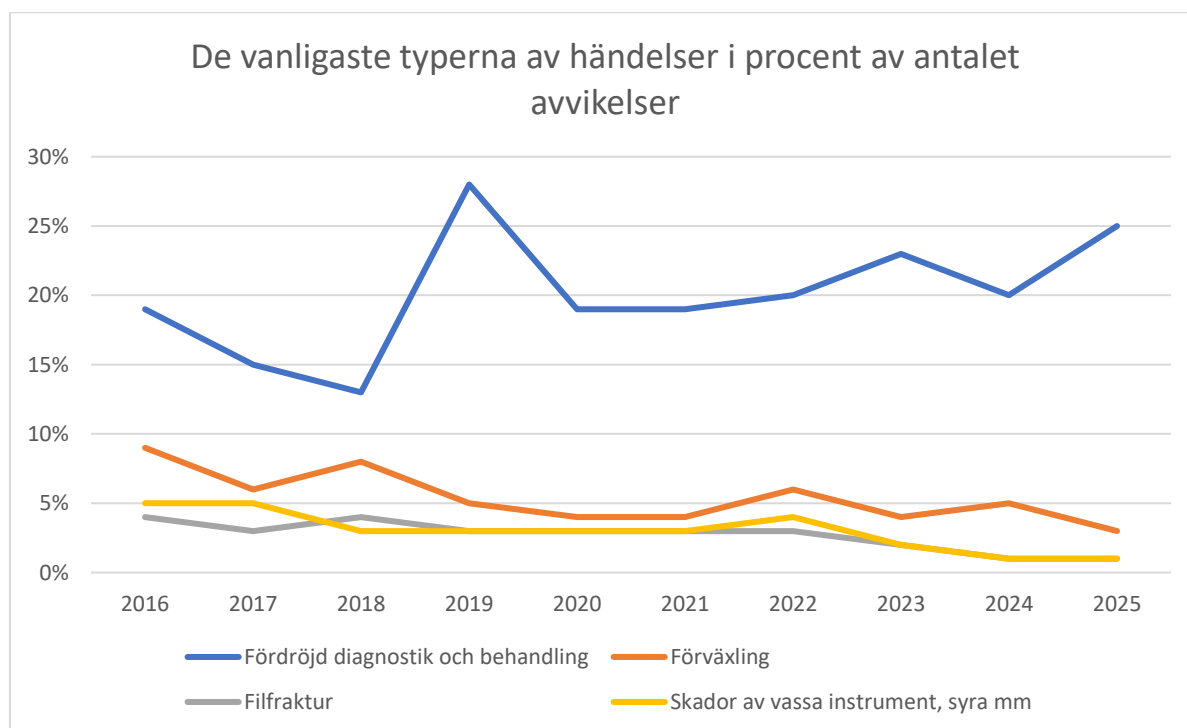
Tabell 2 Vanligaste typ av händelse

År	Fördröjd diagnostik och/eller behandling	Förväxling	Filfraktur	Skador av vassa instrument, syra mm
2025	209	31	9	7
2024	125	20	10	9
2023	99	29	17	19
2022	135	17	16	24
2021	102	20	14	15
2020	100	20	16	17
2019	82 (+ 96 på OFM)	30	16	19
2018	59	34	16	12
2017	77	32	16	25
2016	87	42	20	23



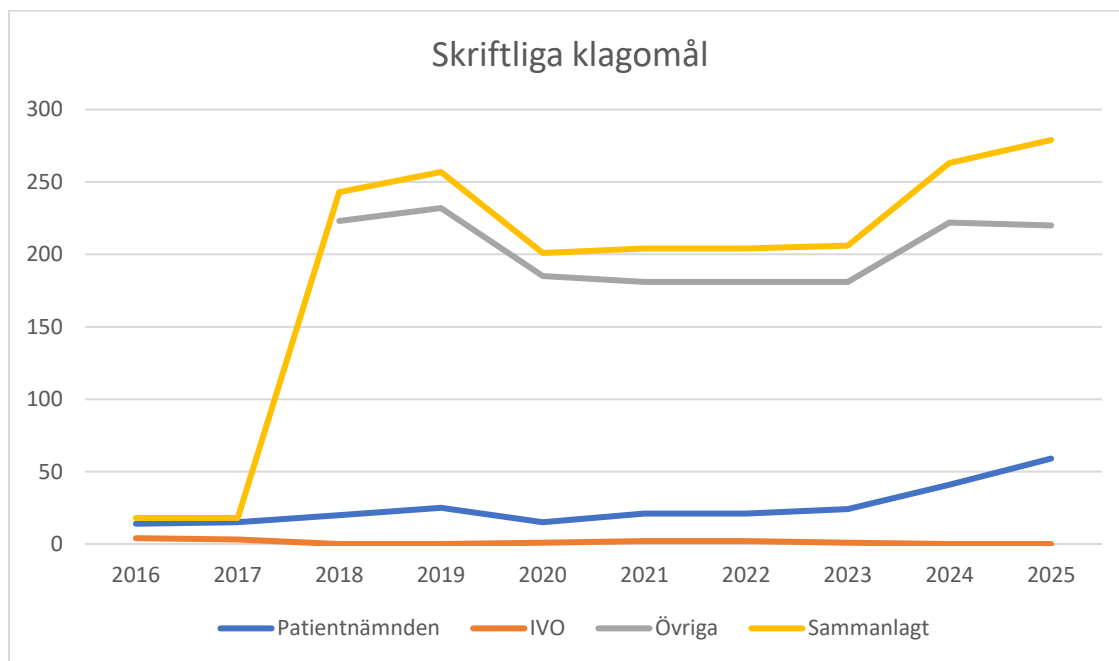
Tabell 3 De vanligaste typerna av händelser i procent av antalet avvikelser

År	Fördröjd diagnostik och/eller behandling	Förväxling	Filfraktur	Skador av vassa instrument, syra mm
2025	25%	3%	1%	1%
2024	20%	5%	1%	1%
2023	23%	4%	2%	2%
2022	20%	6%	3%	4%
2021	19%	4%	3%	3%
2020	19%	4%	3%	3%
2019	28%	5%	3%	3%
2018	13%	8%	4%	3%
2017	15%	6%	3%	5%
2016	19%	9%	4%	5%



Tabell 4 Skriftliga klagomål

År	Patientnämnden	Ivo	Övriga
2025	59	0	220
2024	41	0	222
2023	24	1	181
2022	21	1	163
2021	21	2	181
2020	15	1	185
2019	25	0	232
2018	20	0	223
2017	15	3	
2016	14	4	



Tabell 5 Avvikelser som resulterat i internutredning, händelseanalys och Lex Maria

År	Internutredning	Händelseanalys	Lex Maria
2025	4	1	3
2024	6	0	1
2023	9	0	2
2022	7	0	0
2021	6	0	2
2020	6	0	1
2019	6	5	0
2018	3	0	1
2017	9	1	6
2016	4	2	1

