

# Målepunkter til tandklinikker 2018 - 2020

Alle tilsyn vil indeholde elementer af observation, interview og gennemgang af skriftligt materiale.

## Behandlingsstedets organisering

| <b>1: Gennemgang af instruks ved delegering af forbeholdt virksomhed</b>   |                |                     |                     |
|--|----------------|---------------------|---------------------|
| <p>Tilsynsførende vurderer, om klinikken opfylder vejledningen om udfærdigelse af eventuelle instrukser. Denne vurdering foretages inden tilsynsbesøget ud fra klinikkens eventuelle instrukser, der er tilsendt Styrelsen for Patientsikkerhed.</p> <p>Der skal være instrukser for delegerede arbejdsopgaver. Et eksempel på en delegeret opgave kan være tandrensning udført af andre end tandlægen eller tandplejeren.</p> <p>En instruks skal forefindes i skriftlig form og skal som minimum indeholde en entydig og relevant fremstilling af emnet, en præcisering af den personalegruppe, instruksen er rettet mod, dato for ikrafttrædelse, dato for seneste ajourføring og hvem den er udarbejdet af.</p> <p>En autoriseret sundhedsperson kan – med få undtagelser – delegerer en opgave inden for sit virksomhedsområde til en medhjælp, såfremt patientsikkerheden varetages.</p> <p>Referencer:<br/><a href="#">Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), BEK nr. 1219 af 11. december 2009</a><br/><a href="#">Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009</a><br/><a href="#">Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000</a></p> |                |                     |                     |
|  | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>1: Gennemgang af instruks ved delegering af forbeholdt virksomhed</b>   |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>  |                |                     |                     |



## 2: Interview vedrørende udvælgelse, oplæring og tilsyn med behandling udført af medhjælp

Tilsynsførende vurderer ved interview med relevante medarbejdere, at klinikken sikrer udvælgelse, oplæring og tilsyn i forbindelse med medhjælpens udførelse af delegeret forbeholdt virksomhed.

Endvidere blev det ved interview af medhjælperen bekræftet, at tandlægen fører tilsyn med medhjælpens delegerede opgave, og at de føler sig tilstrækkeligt vejledt.

Tandlægens udvælgelse, oplæring og tilsyn med medhjælp skal som minimum omfatte følgende:

- at medhjælpen udvælges med baggrund i kompetencer og formåen
- at tandlægen sikrer sig, at medhjælperen er oplært i og har forstået patientbehandlingen, herunder at behandle eventuelle komplikationer, og hvornår der om nødvendigt skal tilkaldes hjælp
- at tandlægens tilsyn med medhjælp tager udgangspunkt i opgavens karakter samt medhjælpens uddannelse, erfaring og kvalifikationer i relation til den konkrete opgave.

Referencer:

[Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), BEK nr. 1219 af 11. december 2009](#)

[Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp \(delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed\), VEJ nr. 115 af 11. december 2009](#)

[Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000](#)

|   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt |
|---|---------|--------------|--------------|
| <b>2: Interview vedrørende udvælgelse, oplæring og tilsyn med behandling udført af medhjælp</b> |         |              |              |
| <b>Fund og kommentarer:</b>   |         |              |              |



### 3: Interview vedrørende den virksomhedsansvarlige tandlæge/overtandlæges funktion

Den tilsynsførende vurderer ved interview, om den virksomhedsansvarlige tandlæge/overtandlæge har udarbejdet procedurer vedrørende sikring af patientsikkerhed og kvalitet på det sundhedsfaglige arbejde på tandklinikken.

Den virksomhedsansvarlige tandlæge/overtandlæge skal:

- påse, at den sundhedsfaglige virksomhed udføres i overensstemmelse med god faglig praksis og med de pligter, der i øvrigt er fastsat i lovgivningen for sundhedsfaglig virksomhed
- sikre, at der udarbejdes de instrukser, der findes nødvendige til sikring af en god og forsvarlig undersøgelse og behandling
- sikre, at Styrelsen for Patientsikkerheds vejledninger er implementeret.

Referencer:

[Lov om ændringen af lov om virksomhedsansvarlige læger, LOV nr. 362 af 9. april 2013](#)

[Vejledning om virksomhedsansvarlige læger og tandlæger, VEJ nr. 9800 af 19. november 2013](#)

|  | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt |
|--|---------|--------------|--------------|
| <b>3: Interview vedrørende den virksomheds-ansvarlige tandlæges/overtandlæges funktion</b> |         |              |              |
| <b>Fund og kommentarer:</b>  |         |              |              |

## Journalføring

| <b>4: Journalgennemgang vedrørende generel journalføring</b>  |                |                     |                     |
|---|----------------|---------------------|---------------------|
| <p>Tilsynsførende vurderer ved journalgennemgang, om den generelle journalføring efterlever gældende journalføringsbekendtgørelse.</p> <p>Journalføringen skal sikre sammenhæng mellem undersøgelse, diagnose, behandlingsplan, information af patienten, forebyggelse, behandling og opfølgning mv. Journalen skal føres på dansk og være forståelig.</p> <p>Referencer:<br/> <a href="#">Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.), BEK nr. 530 af 24. maj 2018</a><br/> <a href="#">Vejledning om tandlægers journalføring, VEJ nr. 9447 af 18. juni 2018</a></p> |                |                     |                     |
|   | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>4: Journalgennemgang vedrørende generel journalføring</b>  |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>   |                |                     |                     |

| <b>5: Journalgennemgang vedrørende medicinsk anamnese</b>   |                |                     |                     |
|---|----------------|---------------------|---------------------|
| <p>Tilsynsførende vurderer ved journalgennemgang, om der er blevet optaget en medicinsk anamnese/opdateret eksisterende medicinsk anamnese før hvert invasivt indgreb.</p> <p>Et invasivt indgreb defineres som et indgreb med penetration eller kontakt til underliggende væv, fx blodbanen, dog med undtagelse af invasive indgreb i tændernes hårdtvæv.</p> <p>Referencer:<br/> <a href="#">Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed, LBK nr. 731 af 8. juli 2019</a><br/> <a href="#">Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.), BEK nr. 530 af 24. maj 2018</a><br/> <a href="#">Vejledning om tandlægers journalføring, VEJ nr. 9447 af 18. juni 2018</a></p> |                |                     |                     |
|   | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>5: Journalgennemgang vedrørende medicinsk anamnese</b>   |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>   |                |                     |                     |



| <b>6: Journalgennemgang vedrørende journalført diagnose/indikation for hver behandling og behandling/behandlingsplan for journalført diagnose/indikation</b>  |                |                     |                     |
|---|----------------|---------------------|---------------------|
| Tilsynsførende vurderer ved journalgennemgang, om der bliver journalført en diagnose (årsag til behandling), hvor der bliver udført behandling, og ligeledes om der bliver journalført behandling/behandlingsforslag, hvor der bliver journalført en diagnose/indikation.                 |                |                     |                     |
| Referencer:<br><a href="#">Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.), BEK nr. 530 af 24. maj 2018</a><br><br><a href="#">Vejledning om tandlægers journalføring, VEJ nr. 9447 af 18. juni 2018</a> |                |                     |                     |
|   | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>6: Journalgennemgang vedrørende journalført diagnose/indikation for hver behandling og behandling/behandlingsplan for journalført diagnose/indikation</b>  |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>   |                |                     |                     |

| <b>7: Journalgennemgang vedrørende henvisning til bilag</b>  |                |                     |                     |
|--|----------------|---------------------|---------------------|
| Tilsynsførende vurderer ved journalgennemgang, om der bliver henvist til bilag i continuationen.   |                |                     |                     |
| Henvisninger til evt. bilag skal fremgå af journalens continuation,<br>Ved bilag forstås f.eks. journalsektioner uden for continuationen som traumejournal, pa-journal m.v. samt evt. udleveret materiale.<br>Journalens bilag skal være påført dato og patientens fulde navn og fulde cpr-nr. |                |                     |                     |
| Referencer:<br><a href="#">Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.), BEK nr. 530 af 24. maj 2018</a><br><br><a href="#">Vejledning om tandlægers journalføring, VEJ nr. 9447 af 18. juni 2018</a>      |                |                     |                     |
|  | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>7: Journalgennemgang vedrørende henvisning til bilag</b>  |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>  |                |                     |                     |

## Medicinhåndtering

| <b>8: Interview og observation vedrørende medicinhåndtering og administration</b>   |                |                     |                     |
|---|----------------|---------------------|---------------------|
| <p>Tilsynsførende vurderer ved observation og interview med relevante medarbejdere, om medicin bliver opbevaret forsvarligt jf. nedenstående:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicinen skal opbevares i en (evt. aflåst) boks, i et medicinskab eller i et rum indrettet til opbevaring af medicin.</li> <li>• Medicin, der skal opbevares køligt, skal opbevares i et køleskab med termometer og ved en temperatur mellem 2 og 8 °C.</li> <li>• Ingen lægemidler må have overskredet udløbsdatoen.</li> <li>• Anbrudte lægemidler skal være mærket med anbrudsdato, hvor der er begrænset holdbarhed efter anbrud.</li> </ul> <p>Referencer:</p> <p><a href="#">Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed, LBK nr. 731 af 8. juli 2019</a></p> <p><a href="#">Bekendtgørelse om recepter og dosisdispensering af lægemidler, BEK nr. 1297 af 28. november 2019</a></p> <p><a href="#">Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler, VEJ. nr. 9079 af 12.februar 2015</a></p> |                |                     |                     |
|   | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>8: Interview og observation vedrørende medicinhåndtering og administration</b>   |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>   |                |                     |                     |



## Patientens retsstilling

| <b>9: Journalgennemgang vedrørende informeret patientsamtykke</b>  |                |                     |                     |
|--|----------------|---------------------|---------------------|
| <p>Tilsynsførende vurderer ved journalgennemgang, om der ved behandling/fravalg af behandling bliver journalført et informeret patientsamtykke.</p> <p>Der skal være journalført et informeret patientsamtykke, hvor der er udført/fravalgt behandling. Den konkrete mundtlige og eventuelt skriftlige information, der er givet til patienten, skal fremgå af journalen. Patientens tilkendegivelser på baggrund heraf skal være journalført. Skriftlig information skal kunne identificeres og genfindes i journalen.</p> <p>Det skal altid som minimum fremgå af journalen, at patienten inden en udført behandling, har fået information om evt. risici for komplikationer mv. og har givet samtykke til behandlingen.</p> <p>Ved mindre indgribende undersøgelser vil det som udgangspunkt være tilstrækkeligt, at det er noteret i journalen, at patienten er informeret om indgrebet og risici, uden at det specificeres nærmere.</p> <p>Referencer:</p> <p><a href="#">Bekendtgørelse af sundhedsloven, LBK nr. 903 af 26. august 2019</a></p> <p><a href="#">Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.), BEK nr. 530 af 24. maj 2018</a></p> <p><a href="#">Bekendtgørelse om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger mv., BEK nr. 359 af 4. april 2019</a></p> <p><a href="#">Bekendtgørelse om afgrænsning af kliniske tandteknikers virksomhedsområde, BEK nr. 352 af 16. maj 2001</a></p> <p><a href="#">Vejledning om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv., VEJ nr. 161 af 16. september 1998</a></p> <p><a href="#">Vejledning om tandlægers journalføring, VEJ nr. 9447 af 18. juni 2018</a></p> |                |                     |                     |
|  | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>9: Journalgennemgang vedrørende informeret patientsamtykke</b>  |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>  |                |                     |                     |



| <b>10: Journalgennemgang vedrørende journalført patientaccept ved delegation</b>  |                |                     |                     |
|---|----------------|---------------------|---------------------|
| Der blev ved journalgennemgang set en journalført patientaccept ved delegeret forbeholdt virksomhed.  |                |                     |                     |
| Referencer:<br><a href="#">Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.), BEK nr. 530 af 24. maj 2018</a><br><br><a href="#">Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), VEJ nr. 115 af 11. december 2009</a><br><br><a href="#">Vejledning om udfærdigelse af instrukser, VEJ nr. 9001 af 20. november 2000</a> |                |                     |                     |
|   | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>10: Journalgennemgang vedrørende journalført patientaccept ved delegation</b>  |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>   |                |                     |                     |



## Overgange i patientforløb

| <b>11: Journalgennemgang vedrørende røntgenbeskrivelse og røntgendiagnoser</b>   |                |                     |                     |
|--|----------------|---------------------|---------------------|
| <p>Tilsynsførende vurderer ved journalgennemgang, om der er anført beskrivelse af de anførte røntgenoptagelser, og om der er anført eventuelle radiologiske diagnoser.<br/>Ved sunde forhold skal som minimum journalføres i.a.</p> <p>Referencer:<br/> <a href="#">Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.), BEK nr. 530 af 24. maj 2018</a><br/> <a href="#">Vejledning om tandlægers journalføring, VEJ nr. 9447 af 18. juni 2018</a></p> |                |                     |                     |
|  | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>11: Journalgennemgang vedrørende røntgenbeskrivelse og røntgendiagnoser</b>   |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>  |                |                     |                     |

| <b>12: Journalgennemgang ved røntgenoptagelser</b>  |                |                     |                     |
|---|----------------|---------------------|---------------------|
| <p>Tilsynsførende vurderer ved journalgennemgang, om der i journaler er anført indikation for røntgenoptagelser.</p> <p>Der skal være journalført indikation for røntgenoptagelser ved fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• diagnosticering, der kræver verificering på røntgen</li> <li>• behandlinger, som kræver forudgående røntgen</li> <li>• behandlinger, som kræver røntgenkontrol for vurdering af resultat.</li> </ul> <p>Referencer:<br/> <a href="#">Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed, LBK nr. 731 af 8. juli 2019</a></p> |                |                     |                     |
|   | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>12: Journalgennemgang ved røntgenoptagelser</b>  |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>   |                |                     |                     |

| <b>13: Journalgennemgang og interview vedrørende henvisninger og hvordan der følges op på henvisningerne</b>   |                |                     |                     |
|--|----------------|---------------------|---------------------|
| <p>Tilsynsførende vurderer ved journalgennemgang og interview med relevante medarbejdere, om medarbejderne henviser på et patientsikkerhedsmæssigt forsvarligt tidspunkt i forhold til deres faglige formåen og virksomhedsområde.</p> <p>Tilsynsførende vurderer desuden om der følges op på henvisninger, så proceduren er patientsikkerhedsmæssig forsvarlig.</p> <p>Når henvisningen drejer sig om mistanke om malignitet eller anden livstruende sygdom, er der øget krav til, at tandlægen sikrer sig, at den instans, hvortil patienten er henvist er orienteret og indforstået med henvisningen.</p> <p>Dette kan ske ved, at tandlægen tager telefonisk kontakt til tandlæge/specialtandlæge/sygehus, eller ved at patienten henvender sig til henvisende tandlæge igen inden for en aftalt kort tidshorisont, hvis ikke patienten har fået en tid/modtaget bekræftelse af at henvisningen er modtaget.</p> <p>Referencer:<br/> <a href="#">Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed, LBK nr. 731 af 8. juli 2019)</a></p> |                |                     |                     |
|  | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>13: Journalgennemgang og interview vedrørende henvisninger og hvordan der følges op på henvisningerne</b>   |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>  |                |                     |                     |

## Hygiejne

| <b>14: Interview og gennemgang af dokumentation vedrørende kemiske multivariable indikatorer til brug for kontrol af autoklave</b>   |                |                     |                     |
|--|----------------|---------------------|---------------------|
| <p>Tilsynsførende vurderer ved observation og interview med relevante medarbejdere, om der bliver foretaget daglig kemisk kontrol af alle klinikkens autoklaver.</p> <p>Der skal være dokumentation for daglig anvendelse af multivariable indikatorer til kontrol af parametre som temperatur, tid, tryk, luftuddrivning og damppenetration.</p> <p>Referencer:<br/><a href="#">Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for tandklinikker, Statens Serum Institut 2019</a></p> |                |                     |                     |
|  | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>14: Interview og gennemgang af dokumentation vedrørende kemiske multivariable indikatorer til brug for kontrol af autoklave</b>   |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>  |                |                     |                     |

| <b>15: Interview og gennemgang af dokumentation vedrørende biologiske sporeprøver til brug for kontrol af autoklave</b>   |                |                     |                     |
|---|----------------|---------------------|---------------------|
| <p>Tilsynsførende vurderer ved observation og interview, om der mindst hver tredje måned bliver foretaget biologiske kontroller af alle klinikkens autoklaver.</p> <p>Der skal være dokumentation for at sporeprøver bliver udført efter forskrifter for test af autoklaver. Test skal ligeledes foretages inden ibrugtagning efter reparation/flytning af autoklaven eller ved brug af låneautoklave.</p> <p>Krav til steriliserede artikler er, at der er mindre end én formeringsdygtig mikroorganisme pr. én million steriliserede produktenheder.</p> <p>Referencer:<br/><a href="#">Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for tandklinikker, Statens Serum Institut 2019</a></p> |                |                     |                     |
|   | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>15: Interview og gennemgang af dokumentation vedrørende biologiske sporeprøver til brug for kontrol af autoklave</b>   |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>   |                |                     |                     |



## 16: Observation og interview vedrørende vandkvalitetsprøver af unitvand

Tilsynsførende vurderer ved observation og interview med relevante medarbejdere, om der bliver foretaget årlig kontrol af vandkvaliteten på alle units, samt at klinikken forholder sig til evt. udsving og at kravene bliver efterlevet.

Krav til vandkvalitetstest og resultat:

- Prøvetagning, transport samt dyrkning og identifikation af bakterier skal foretages ved en akkrediteret metode.
- Ved prøvetagning udtages minimum 100 ml vand fra airrotor eller ultralydsrensere.
- Kimtallet i vandet fra dentalunits må ikke være højere end 500 cfu pr. ml ved 37 °C.
- Der må ikke kunne påvises mere end 100 cfu Legionella pneumophila pr. liter vand fra dentalunits.
- Hvis vandkvaliteten overholder kravene, gentages vandprøven efter 12 måneder.

Hvis vandkvaliteten ikke overholder kravene, skal *Vejledning til håndtering af vandprøve resultater for dentalunits* følges.

Referencer:

[Vejledning til håndtering af vandprøveresultater for dentalunits, 2017](#)

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for tandklinikker, Statens Serum Institut 2019](#)

|  | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt |
|--|---------|--------------|--------------|
| <b>16: Observation og interview vedrørende vandkvalitetsprøver af unitvand</b> |         |              |              |
| <b>Fund og kommentarer:</b>  |         |              |              |

## 17: Observation og interview vedrørende procedure for konstanskontrol af røntgenfremkaldning og artefaktkontrol

Tilsynsførende vurderer ved interview af relevante medarbejdere procedurer for konstanskontrol af røntgenfremkaldning og artefaktkontrol og interviewer medarbejdere om, hvorvidt de kender og følger instruksen.

Generelle krav til dokumentation af konstanskontrol: Alle resultater skal gemmes på en ordnet og systematisk måde, der tydeligt viser, om testen er fundet "ok" eller "ikke ok". Ved "ikke ok" skal problemet afklares og testen gentages til et tilfredsstillende resultat opnås.

**Konstanskontrol for dentale røntgenanlæg til intraorale optagelser med spændinger til og med 70 kV** foretages for at sikre, at det billeddannende system fungerer optimalt. Der kontrolleres for optisk densitet.

Konstanskontrol foretages for hver skanner/sensor på klinikken 1 gang ugentligt. Når systemet har været stabilt i 3 måneder, kan intervallet sættes op til 1 måned.

Metode: Referencebillede fremstilles for skanneren/sensoren, når systemet tages i drift og markeres.

Eksponeringsparametrene: Eksponeringstid [ms], strømstyrke [mA] og spænding [kV] vælges, så de ligger inden for det interval, som anvendes til klinisk brug.

Der skal til de følgende konstanskotroller altid bruges samme apparat og indstillinger som ved referencebilledet.

Det nye billede sammenlignes med referencebilledet. Ændringen i gråtoneskalaen ved et trappefantom på fem trin skal være mindre end ét trin, når man sammenligner mellem referencebilledet og den aktuelle kontrol.

Resultatet af konstanskotrollerne skal opbevares i minimum 5 år, mens selve billederne skal opbevares i minimum 1 år.

Hvor der anvendes fosforplader og skanner kontrolleres også for artefakter hver 3. måned.

**Konstanskontrol for ortopantomografer og cephalostater** foretages for at kontrollere optisk densitet, strålekvalitet, evt. opløsning og artefakter samt nulstille fosforplader. Konstanskontrol foretages månedligt og ved problemer med billedkvaliteten.

Metode: Ved installation af et røntgenanlæg fremstilles et referencebillede med eksponeringsdata svarende til klinisk brug (eksponeringstid [ms], strømstyrke [mA] og spænding [kV]), som de fremtidige konstanskotroller skal sammenlignes med.

Med de indstillinger, der er brugt til referenceoptagelsen, fremstilles et billede af fantomet. Det nye konstanstestbillede sammenlignes med referencebilledet. Billederne skal være ens, og der må ikke være ridser eller andre artefakter, som kan påvirke den diagnostiske værdi af optagelsen. Hvis gråtoneskalaen skal forskydes et trin eller mere, er konstanstesten ikke i orden, og problemet skal identificeres og udbedres.

Såfremt der ikke er foretaget konstanskontrol/ proceduren for konstanskontrol ikke er kendt, informeres tandlægen om, at Statens Institut for Strålebeskyttelse bliver informeret om forholdene.

Referencer:

[Bekendtgørelse om ioniserende stråling og strålebeskyttelse, BEK nr. 669 af 1. juli 2019](#)

|  | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt |
|--|---------|--------------|--------------|
| <b>17: Observation og interview vedrørende procedure for konstanskontrol af røntgenfremkaldning og artefaktkontrol</b> |         |              |              |
| <b>Fund og kommentarer:</b>  |         |              |              |



### **18: Observation og interview vedrørende sterile pakninger af instrumenter til flergangsbrug**

Tilsynsførende vurderer ved observation og interview med relevante medarbejdere, om der er datomærkning og overholdelse af holdbarhed på et bredt udsnit af klinikkens sterile pakninger.

Instrumenter, der penetrerer eller opnår kontakt til underliggende væv eller blodbanen, skal være sterilt pakket. Den sterile pakning skal være datomærket, og holdbarheden må ikke være overskredet.

Instrumenter, der er steriliserede og opbevares uden indpakning, er ikke sterile, og kan kun anvendes, hvor der ikke er risiko for penetration til underliggende væv eller blodbane.

Referencer:

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for tandklinikker, Statens Serum Institut 2019](#)

|  | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt |
|--|---------|--------------|--------------|
| <b>18: Observation og interview vedrørende sterile pakninger af instrumenter til flergangsbrug</b> |         |              |              |
| <b>Fund og kommentarer:</b>  |         |              |              |

### 19: Interview vedrørende daglig rengøring på klinikken

Tilsynsførende vurderer ved interview med klinikken ansvarshavende tandlæge, om procedurerne for daglig rengøring af klinikken efterlever gældende krav.

Lokaler skal rengøres dagligt samt ved synlig forurening. Støvsugning må ikke foretages i patientrelaterede områder på tandklinikker (i lokaler med hygiejneniveau 4 og 5).

Klinikum/behandlingsrum, røntgenrum og sterilisation har hygiejneniveau 5, hvilket betegner særligt renhedskrævende rum. Hygiejneniveau 5 kræver rengøringsmetode 4, hvilket indebærer rengøring med våd *ren* klud og *rent* vand tilsat rengøringsmiddel med mekanisk bearbejdning af overfladen og eftertørring med *ren tør* klud.

Enkelte bakterier, for eksempel Stafylokokker (MRSA) og mykobakterier (tuberkulose), tåler indtørring og kan overleve længere tid i støv.

Referencer:

[Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for tandklinikker, Statens Serum Institut 2019](#)

|   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt |
|---|---------|--------------|--------------|
| <b>19: Interview vedrørende daglig rengøring på klinikken</b> |         |              |              |
| <b>Fund og kommentarer:</b>                                   |         |              |              |

## Diverse

| <b>20: Gennemgang og interview vedrørende materialehåndtering</b>  |                |                     |                     |
|--|----------------|---------------------|---------------------|
| <p>Tilsynsførende vurderer ved interview og gennemgang, om opbevaring og håndtering af materialer, herunder kemikalier anvendt ved behandling lever op til nedenstående krav:</p> <p>Kravene til håndtering:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Materialer skal opbevares efter producentens anvisning.</li> <li>• Ingen materialer må have overskredet udløbsdatoen, hvis producenten har angivet én.</li> <li>• Hvor det er relevant, mærkes materialer med holdbarhedsdato, hvis de opbevares uden for original emballage.</li> <li>• Materialer, der opbevares uden for original emballage, skal kunne identificeres.</li> </ul> <p>Referencer:<br/> <a href="#">Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed, LBK nr. 731 af 8. juli 2019)</a></p> |                |                     |                     |
|  | <b>Opfyldt</b> | <b>Ikke opfyldt</b> | <b>Ikke aktuelt</b> |
| <b>20: Gennemgang og interview vedrørende materialehåndtering</b>  |                |                     |                     |
| <b>Fund og kommentarer:</b>  |                |                     |                     |





## 21. Interview og observation vedrørende akut beredskab

Tilsynsførende vurderer ved observation og interview med relevante medarbejdere, om der foreligger adrenalin, og at det bliver opbevaret korrekt på klinikken. Klinikpersonalet er bekendt med placering og indikation for anvendelse af adrenalin.

Der skal være adrenalin opbevaret sammen med sprøjte og kanyler eller anden adrenalinholdig pen opbevaret efter producentens anvisning. Klinikpersonalet skal have viden om, hvor adrenalinen er placeret på klinikken samt hvordan og hvornår den anvendes.

Da der ved udførelse af tandlægefaglig virksomhed er risiko for udvikling af anafylaktisk chok og andre kredsløbsforstyrrelser, er det påkrævet at have et akutberedskab på klinikken indeholdende adrenalin.

Ved sedering af patienter med Midazolam og lattergas er det påkrævet, at der forefindes alderssvarende genoplivningsudstyr på klinikken. Det er vigtigt, at klinikpersonalet har viden om, hvor genoplivningsudstyret er placeret på klinikken, og hvordan og hvornår det anvendes.

Referencer:

[Bekendtgørelse af lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed \(Kapitel 5, § 17 vedr. Omhu og samvittighedsfuldhed, LBK nr. 731 af 8. juli 2019\)](#)

[Vejledning om vågen sedation af børn og unge med væsentlige kooperationsproblemer i forbindelse med tandbehandling. VEJ nr. 9310 af 26. juni 2013](#)

|   | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt |
|---|---------|--------------|--------------|
| <b>21. Interview og observation vedrørende akut beredskab</b> |         |              |              |
| <b>Fund og kommentarer:</b>                                   |         |              |              |



## Øvrige fund

| <b>22: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</b>   |         |              |              |
|--|---------|--------------|--------------|
| Referencer:<br><a href="#">Bekendtgørelse af sundhedsloven (Kapitel 66, §213 og §215b), LBK nr. 903 af 26. august 2019</a> |         |              |              |
|  | Opfyldt | Ikke opfyldt | Ikke aktuelt |
| <b>22: Øvrige fund med patientsikkerhedsmæssige risici</b>   |         |              |              |
| <b>Fund og kommentarer:</b>  |         |              |              |