

Adresseinformasjon fylles inn ved ekspedering.  
Se mottakerliste nedenfor.

Ref.:  
26/00216-5 / 2.2.1

Dato:  
09.03.2026

Saksbehandler:  
Ida Wendelbo Ormberg

## Tilsynsrapport Skien Tannklinikk

Denne rapporten handler om forhold som ble avdekket under tilsyn ved Skien Tannklinikk, 27.2.26. Formålet med tilsynet var å undersøke om virksomhetens aktiviteter knyttet til bruk av CBCT og annen røntgen var i henhold til kravene gitt i strålevernregelverket.

Rapporten består av følgende deler:

- Del 1: Resultatet av tilsynet
- Del 2: Beskrivelse av eventuelle avvik, anmerkninger og andre forhold
- Del 3: Informasjon om tilsynet

### Del 1 Resultatet av tilsynet

Denne delen gir en oversikt over resultater fra tilsynet og hva dere må gjøre.

Nærmere beskrivelse av resultatene er gitt i del 2.

DSA avdekket følgende avvik under tilsynet:

- Avvik 1: Virksomheten har ikke gjennomført kliniske revisjoner.
- Avvik 2: Virksomheten har ikke utarbeidet en skriftlig risikovurdering knyttet til strålebruken.
- Avvik 3: Virksomheten har ikke etablert representative doser for sine vanligste undersøkelsestyper.
- Avvik 4: Virksomhetens røntgenapparater er ikke merket med standard symbol for ioniserende stråling.

Avvik er manglende etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov.

DSA påpeker følgende anmerkninger:

- Anmerkning 1: Virksomheten har i liten grad etablerte rutiner for hva som skal meldes i avvikssystemet.

**Postadresse Postal address:**  
Postboks 329 Skøyen  
NO-0213 Oslo, Norway

T +47 67 16 25 00  
F +47 67 14 74 07

**Besøksadresse Office:**  
Grini næringspark 13  
1361 Østerås, Norway

dsa.no  
dsa@dsa.no

**Swift address:** UNBANOKK  
**Bankkonto Bank account:**  
8276 01 00494

**IBAN:** NO76 8276 01 00494  
**Org.nr.:** 867 668 292

Skien Tannklinikk plikter snarest å rette opp de avvik som er beskrevet i denne rapporten. For at DSA skal kunne avslutte saken, ber vi om at virksomheten innen **1.5.26** sender en skriftlig redegjørelse som viser hvordan avvikene er rettet.

## Dere har anledning til å kommentere på rapporten

Dersom dere har kommentarer til faktagrunnlaget i tilsynsrapporten, ber vi dere sende oss disse innen **23.3.26**. Hvis vi ikke mottar kommentarer, anses denne rapporten som endelig.

Vi ber om at dere sender all skriftlig tilbakemelding til [dsa@dsa.no](mailto:dsa@dsa.no) ved Ida W. Ormberg. Merk svaret med saksnummer 26/00216.

## Del 2: Beskrivelse av avvik og anmerkninger

### Definisjoner

- Avvik – manglende etterlevelse av krav fastsatt i eller i medhold av lov.
- Anmerkninger – forhold som er nødvendig å påpeke, men som ikke omfattes av definisjonen for avvik.

### Avvik

#### Avvik 1: Klinikken har ikke gjennomført kliniske revisjoner

*Dette er et avvik fra følgende krav gitt i regelverket:*

Forskrift 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften) § 44.

*Beskrivelse av krav:*

«Virksomheten skal gjennomføre kliniske revisjoner jevnlig.»

*Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:*

Intervju med klinikkleder og strålevernkoordinator avdekket at kliniske revisjoner ikke er gjennomført.

#### Avvik 2: Virksomheten har ikke utarbeidet en skriftlig risikovurdering knyttet til strålebruken

*Dette er et avvik fra følgende krav gitt i regelverket:*

Forskrift 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften) § 18 første ledd.

*Beskrivelse av krav:*

«Virksomheter som planlegger å bruke eller håndtere strålekilder, skal utarbeide en skriftlig risikovurdering knyttet til strålebruken. ...»

*Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:*

Virksomheten har utarbeidet beredskapsplan og tilhørende tiltakskort knyttet til strålebruk. I henhold til strålevernforskriften § 19 skal virksomheten utarbeide en beredskapsplan på grunnlag av risikovurderingen, men virksomheten har ikke dokumentert denne risikovurderingen skriftlig.

**Avvik 3: Klinikken har ikke etablert representative doser for sine vanligste undersøkelsestyper**

*Dette er et avvik fra følgende krav gitt i regelverket:*

Forskrift 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften) § 45.

*Beskrivelse av krav:*

«Virksomheten skal etablere representative doser og aktiviteter for typiske røntgendiagnostiske og nukleærmedisinske undersøkelser samt intervensjonsprosedyrer. ...»

*Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:*

Klinikken har ikke etablert representative doser for sine vanligste undersøkelsestyper.

**Avvik 4: Virksomhetens røntgenapparater er ikke merket med standard symbol for ioniserende stråling**

*Dette er et avvik fra følgende krav gitt i regelverket:*

Forskrift 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften) § 22 andre ledd

*Beskrivelse av krav:*

«Ioniserende strålekilder skal være merket med standard symbol for ioniserende stråling. Symbolets utforming fremgår av norsk standard NS-1029: Symbol for ioniserende stråling. ...»

*Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:*

Virksomhetens CBCT-apparat er ikke merket med standard symbol for ioniserende stråling. Ved inspeksjon ble ett intraoralt røntgenapparat kontrollert, og dette var heller ikke merket med standard symbol. Tilsynet sjekket ikke alle virksomhetens røntgenapparater.

## Anmerkning

**Anmerkning 1 Virksomheten har i liten grad etablerte rutiner for hva som skal meldes i avvikssystemet.**

*Observasjoner under tilsynet og vår vurdering:*

I intervju kommer det frem at virksomheten har et etablert avvikssystem for melding og oppfølging av uønskede hendelser, men har i liten grad etablerte rutiner for hva som skal meldes i systemet. Læringspotensialet til systemet kan utnyttes i større grad hvis alle er kjent med når det skal brukes og terskelen er lav for hva som skal meldes.

### Del 3: Informasjon om tilsynet

Tilsynet er en del av DSA sine risikobaserte tilsyn.

Tilsynet er gjennomført for å kontrollere om gjeldende krav fastsatt i eller i medhold av strålevernloven overholdes. Rapporten gir ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomheten.

Formålet med tilsynet var å undersøke hvordan strålevern er ivaretatt ved klinikken, spesielt med tanke på bruk av CBCT.

Tilsynet inkluderte et åpningsmøte, befaring på klinikken, presentasjon av kvalitets- og dokumentasjonssystemet og intervjuer av virksomhetens ansatte, samt et sluttmøte.

Tilsynet ble varslet.

Fra DSA deltok:

- Ida W. Ormberg, tilsynsleder
- Kine Berget, medkontrollør

Fra virksomheten deltok:

- klinikkleder, Skien tannklinikk
- strålevernkoordinator, Skien tannklinikk
- tannhelsesekretær, Skien tannklinikk

Kontaktperson hos virksomheten

- strålevernkoordinator Nils Jakob Erichsen og
- klinikkleder Gurprem Singh Buttar

Fremlagt dokumentasjon fra virksomheten som ble benyttet for å verifisere faktiske forhold:

- prosedyre for henvisning til CBCT
- avtale om service og fysikertjenester
- resultater fra kontroll utført av fysiker, datert 10.1.2024
- beredskapsplan
- tiltakskort for ulike beredskapssituasjoner
- organisasjonskart
- opplæringsrutiner, inkludert e-læringskurs laget av fylkeskommunen

### Aktuelt rettsgrunnlag

- Lov 12. mai 2000 nr. 36 om strålevern og bruk av stråling (strålevernloven)
- Forskrift 16. desember 2016 nr. 1659 om strålevern og bruk av stråling (strålevernforskriften)
- Forskrift 6. desember 1996 nr. 1127 om systematisk helse-, miljø- og sikkerhetsarbeid i virksomheter (internkontrollforskriften).
- Godkjenning GG22-236.

Tilsynet er hjemlet i strålevernforskriften § 60.

## Offentlighet i forvaltningen

Tilsynsrapporten er offentlig og vil bli lagt ut på våre nettsider, [www.dsa.no](http://www.dsa.no). Rapporten er også tilgjengelig via postjournal hos DSA.

Vi takker for tilretteleggingen under tilsynet.

Med hilsen

Sarah Wethal  
seksjonssjef

Ida Wendelbo Ormberg  
seniorrådgiver

*Dokumentet er godkjent elektronisk.*

**Liste over mottakere:**  
SKIEN TANNKLINIKK

**Liste over kopimottakere:**  
TELEMARK FYLKESKOMMUNE v/ Gurprem Singh Buttar