



# Den Danske Kvalitetsmodel Akkrediteringsstandarder for almen praksis

1. version, 1. udgave

November 2014

DDKM



Institut for Kvalitet og Akkreditering  
i Sundhedsvæsenet



## Forord

Dette er 1. version af Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, for almen praksis, som skal anvendes ved eksterne surveys efter 1. januar 2016.

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, står for udvikling og drift af DDKM.

DDKM udgør en del af den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. DDKM skal med tiden være ét samlet, integreret og fælles system til kvalitetsudvikling og vurdering af strategisk vigtige ydelser og aktiviteter i sundhedsvæsenet. Overordnet skal DDKM understøtte og fremme systematisk, kontinuerlig kvalitetsudvikling. Der gennemføres hvert tredje år en ensartet og uvildig ekstern evaluering, eksternt survey, af kvalitetsudviklingsarbejdet, baseret på et fælles vurderingsgrundlag, nemlig akkrediteringsstandarderne. De eksterne evalueringer tilrettelægges, så de kan danne grundlag for en samlet akkreditering af den enkelte praktiserende læge/praksis.

IKAS' bestyrelse er bevidst om, at udvikling, etablering og implementering af en fælles dansk kvalitetsmodel repræsenterer en væsentlig udfordring. Der er dog tale om en beslutning, som over tid forventes at få positive konsekvenser for såvel patienter som sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen. Specielt lægges der vægt på, at der fokuseres på sammenhængende patientforløb på tværs af enheder og på tværs af sektorer. Der lægges ligeledes vægt på, at DDKM medvirker til at samordne aktiviteterne mellem offentlige og private sundhedsydelser, som omfattes af DDKM.

Bestyrelsen er ligeledes opmærksom på, at de bedste resultater opnås gennem et udviklingsarbejde, hvor de parter, som til dagligt skal arbejde med og leve op til kvalitet i sundhedsydelserne på et internationalt højt niveau, løbende involveres i udviklingsarbejdet. Dette har været tilfældet ved denne 1. version af DDKM for almen praksis.

Hensigten med processen har været at lave et standardsæt, som giver mening i den kliniske hverdag, og som understøtter kvalitetsudviklingen og arbejdet med patientsikkerhed i klinikkerne.

Alle ønskes hermed held og lykke med det forestående arbejde, som forhåbentlig vil være med til at understøtte en fælles systematisk udvikling af kvaliteten i det danske sundhedsvæsen, der både nationalt og internationalt vil gøre en forskel.

Vagn Nielsen

Bestyrelsesformand

Jesper Gad Christensen

Direktør

## Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Introduktion til Den Danske Kvalitetsmodel for almen praksis</b> .....	<b>4</b>
Indledning.....	4
Hvad er Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM? .....	5
Hvad kan du som praktiserende læge få ud af at arbejde med DDKM? .....	5
<b>Generelt om akkrediteringsstandarderne</b> .....	<b>6</b>
Gyldighed og enhed for akkreditering .....	6
Opbygning af standarderne .....	6
Love, bekendtgørelser og overenskomst.....	7
<b>Hvornår og hvordan kommer du som praktiserende læge i gang med standarderne?</b> .....	<b>8</b>
Hvad sker der under eksternt survey? .....	8
Hvad vil der ske i akkrediteringsprocessen? .....	9
<b>Hjælp til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel</b> .....	<b>11</b>
Generelle krav til dokumenter .....	12
Generelle krav til kvalitetsudvikling i almen praksis .....	13
<b>Akkrediteringsstandarder</b> .....	<b>15</b>
Kvalitet og patientsikkerhed .....	15
1.1 Den faglige kvalitet .....	15
1.2 Anvendelse af god klinisk praksis .....	16
1.3 Utsigtede hændelser .....	19
1.4 Patientevalueringer .....	21
Patientsikkerhedskritiske standarder .....	23
2.1 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter # .....	23
2.2 Lægemedelordination og receptfornyelse # .....	25
2.3 Parakliniske undersøgelser # .....	27
2.4 Akutberedskab og hjertestop # .....	30
2.5 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed # .....	32
Det gode patientforløb .....	35
3.1 Tilgængelighed .....	35
3.2 Henvi sning .....	37
3.3 Koordinering af patientforløb.....	39
3.4 Anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af kliniske utensilier og medicin/vaccine .....	41
Ledelse og organisation .....	43
4.1 Hygiejne .....	43
4.2 Ledelse og drift .....	45
4.3 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling .....	47
<b>Bilag 1. Oversigt over krav til beskrivelse af arbejdsgange</b> .....	<b>49</b>
<b>Bilag 2. Oversigt over kvalitetsovervågning</b> .....	<b>50</b>
<b>Bilag 3. Anvendte centrale begreber i standarderne</b> .....	<b>51</b>

# Introduktion til Den Danske Kvalitetsmodel for almen praksis

## Indledning

Det blev i forbindelse med overenskomstforhandlingerne 2010 mellem PLO og Danske Regioner besluttet, at der skulle udvikles en dansk kvalitetsmodel for almen praksis i Danmark. Udgangspunktet skulle være Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM.

Der har på baggrund heraf været iværksat et udviklingsarbejde med udvikling af standardsæt, høring, pilot-test og revidering. Standardsættet er udviklet af en gruppe bestående af praktiserende læger, udpeget af PLO, DSAM og repræsentanter fra Danske Regioner, regionerne samt Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS.

Ved overenskomsten af 1. september 2014 fremgår, at almen praksis skal indgå i og akkrediteres efter DDKM. Det er ét ydernummer og de læger og praksispersonale, som fungerer herunder, der skal akkrediteres, og derfor kan der være tale om flere akkrediteringer på samme adresse, hvis der er flere ydernumre. Processen understøttes af en række kvalitetskonsulenter i regionerne og DAK-E i samarbejde med IKAS.

Første eksterne survey skal finde sted 1. januar 2016, og alle praksis skal være igennem 1. januar 2019.

## Hvad er Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM?

DDKM er en kvalitetsmodel, der med tiden kommer til at dække hele det danske sundhedsvæsen. På nuværende tidspunkt er offentlige sygehuse, privathospitaler, det præhospitale område, apoteker og dele af det kommunale sundhedsvæsen med i DDKM. Praktiserende speciallæger skal akkrediteres fra oktober 2015, og almen praksis fra januar 2016. De kommende år udbygges med øvrige praksisområder, herunder kiropraktorer, fodterapeuter, fysioterapeuter mv.

DDKM bygger på akkreditering, hvor sundhedsfaglige personer, de såkaldte surveyors, besøger klinikken og vurderer, om klinikken lever op til kravene for god kvalitet. Dette sker hvert tredje år.

Formålet med DDKM er, at:

- fremme den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet i almen praksis.
- fremme patientsikkerheden.
- måle kvaliteten og sikre, at den forbedres, hvor den findes utilstrækkelig.
- fremme samarbejdet på tværs af det danske sundhedsvæsen.
- synliggøre kvaliteten i sundhedsvæsenet.

## Hvad kan du som praktiserende læge få ud af at arbejde med DDKM?

- Du får et redskab til at sikre en høj faglig kvalitet.
- Du får en systematik til at inddrage og bruge den nyeste faglige viden inden for dit felt.
- Du får redskaber til at dokumentere kvaliteten af klinikkens ydelser.
- Du opnår kvalitetssikring af overgange til andre sundhedsaktører. Dermed understøttes et mere sammenhængende patientforløb.
- Du får redskaber til at forebygge fejl i diagnosticering og behandling af patienter og i det samlede patientforløb.
- Du skaber læring på baggrund af kvalitetsbrist eller utilsigtede hændelser.
- Du får styr på klinikkens procedurer, retningslinjer og planer.
- Du får professionel sparring vedrørende udvikling og drift af klinikken.
- Du bliver akkrediteret og får derved et kvalitetsstempel.

### Helt konkret indebærer DDKM bl.a., at:

- der er planer for udvikling af klinikken.
- læger og praksispersonale er opdaterede i forhold til nyeste faglige viden.
- kvaliteten af ordination af lægemidler og opfølgning herpå styrkes.
- bestilling af parakliniske undersøgelser håndteres korrekt, og der sikres opfølgning på prøvesvar.
- apparatur til diagnostik og behandling til enhver tid er patientsikkert og fungerer korrekt.
- journalføring følger gældende love og regler.
- rette undersøgelser og behandling gives til den rette patient.
- der sker korrekt visitation af patienter.
- alle i klinikken ved, hvordan akut sygdom, herunder hjertestop, håndteres.
- der er styr på hygiejnen.
- der arbejdes med udvikling af kompetencer, ledelse og drift.

## Generelt om akkrediteringsstandarderne

DDKM for almen praksis består af en række standarder for god kvalitet.

Standarderne skal opfattes som en ramme, klinikken selv er med til at udfylde. Det vil sige, at standarderne ikke fortæller, hvordan klinikken skal håndtere opgaver/procedurer i praksis, men i stedet hvad klinikken skal have styr på i det daglige arbejde.

Standard 1-4 indeholder de overordnede rammer for kvalitet og patientsikkerhed. Herefter kommer fem patientsikkerhedskritiske standarder, fire vedrørende det gode patientforløb samt tre organisatoriske standarder. Patientsikkerhedskritiske standarder skal være "Helt opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" for, at klinikken kan blive akkrediteret.

<b>De fem patientsikkerhedskritiske standarder</b>
2.1 Forebyggelse af identitetsforveksling
2.2 Lægemedler og receptfornyelse
2.3 Parakliniske undersøgelser
2.4 Akutberedskab og hjertestop
2.5 Patientjournalen

## Gyldighed og enhed for akkreditering

Dette sæt af akkrediteringsstandarder anvendes ved alle eksterne surveys, der påbegyndes 1. januar 2016. Det er det enkelte ydernummer og hertil knyttede læger og praksispersonale med patientkontakt, som bliver akkrediteret uafhængigt af valgt organisationsform (solopraksis, flermandspraksis osv.). Hvis flere ydernumre deler praksispersonale, vil besøg så vidt muligt foregå samme dag. I det følgende defineres en praksis og en klinik som et ydernummer med dertilhørende læge eller læger samt praksispersonale.

## Opbygning af standarderne

Akkrediteringsstandarderne for almen praksis er skrevet med henblik på at være vurderingsgrundlag ved akkrediteringen.

Standarderne (se skabelon nedenfor) består af en overordnet beskrivelse og et formål med at arbejde med standarden. Herefter kommer en beskrivelse af indhold, som uddybende beskriver, hvad standarden indeholder, og hvilke krav, der stilles til kvaliteten og patientsikkerheden, i den enkelte klinik. Hvor der er krav om retningslinje eller plan, skal arbejdsgangen nedskrives. Kravene til indholdet kan ses under standardens indholdsfelt. Hvis der er krav om en procedure, kan det enten være en skriftlig eller mundtlig procedure. Der skal altid være skriftlige procedurer, hvis der er mere end to forskellige faggrupper (læger, sekretærer, sygeplejersker mv.) i en arbejdsgang. Hvis der er flere ydernumre på samme adresse med fælles praksispersonale, vil det være oplagt at udarbejde fælles dokumenter. Herudover vil der stå krav til, hvordan kvaliteten måles.

Hvis der er standarder, der hænger tematisk sammen, vil de fremgå under 'Krydsreferencer'. Nederst fremgår det, hvad klinikken vil blive vurderet på (indikatorer) i forbindelse med det eksterne survey, hvor klinikken får besøg af surveyors. For en nærmere uddybning og definition af centrale begreber i standarderne henvises til bilag 3.

<b>Titel</b>	<i>Titel for standard</i>			
<b>Sektor</b>	<i>Beskriver, hvilken sektor standard-sættet vedrører.</i>	<b>Version</b>		<b>Udgave</b>
<b>Tema</b>	<i>Beskriver, hvilket tema standarden tilhører.</i>			
<b>Standard</b>	<i>Beskriver formålet med standarden.</i>			
<b>Formål</b>	<i>Beskriver formålet med standarden.</i>			
<b>Indhold</b>	<i>Indeholder informationer til at forstå standarden, og hvilke krav der stilles til kvaliteten og patientsikkerheden i klinikken. Beskriver krav til procedurer, retningslinjer og planer, og hvordan kvaliteten skal måles.</i>			
<b>Krydsreferencer</b>	<i>Henvisninger til andre standarder, som indholdsmæssigt er knyttet sammen.</i>			
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>				
<b>Indikatorer</b>	<i>Beskriver det, de eksterne surveyors vil vurdere klinikken på i forbindelse med det eksterne survey. Herudover hvilke metoder, der vil blive anvendt.</i>			
<b>Referencer</b>				
	<i>I dette felt angives udvalgte referencer til den pågældende akkrediteringsstandard.</i>			

## Love, bekendtgørelser og overenskomst

Akkrediteringsstandarderne tager udgangspunkt i gældende lovgivning, bekendtgørelser, overenskomst mv., og det vil altid være den gældende lovgivning på tidspunktet for eksternt survey, der tages afsæt i.

Det er ikke tilstræbt, at referencerne skal medtage al lovgivning, der kan relateres til eller begrunde standarden, men alene til lovgivning, der kan konsulteres, når der arbejdes med standarderne.

Referencerne er gældende på tidspunktet for udgivelsen af standarden. På [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk) kan man ved søgning på en lovtteksts nummer umiddelbart se, om det pågældende dokument er erstattet af et nyere. Der vil i så fald være link videre til det nye dokument. Herudover kan Sundhedsstyrelsens vejledninger mv. findes på [sundhedsstyrelsen.dk](http://sundhedsstyrelsen.dk).

## Hvornår og hvordan kommer du som praktiserende læge i gang med standarderne?

- Det er vigtigt, at klinikken påbegynder arbejdet med standarderne og gennemfører de påkrævede kvalitetsovervågninger fra den 1. januar 2015 og frem til besøget.
- Læs først denne indledning, og få en forståelse for, hvordan standarderne er opbygget.
- Læs herefter de enkelte standarder og vurder, om klinikken lever op til de krav, der er beskrevet under 'Indhold'. Ofte er kravet blot en beskrivelse af, hvordan forskellige forløb er i klinikken, eksempelvis hvordan der sikres opfølgning på indsendte blodprøver, eller hvordan klinikken håndterer, hvis der sker en utilsigtet hændelse. Der udarbejdes retningslinjer, planer, procedurer mv. for de forskellige standarder. Senere i dette kapitel beskrives de overordnede krav til, hvordan disse dokumenter skal se ud. Der er eksempelvis krav til dato for, hvornår dokumentet skal revideres, og hvem der er ansvarlig for dokumentet. DAK-E's støttefunktion til akkrediteringen kan med stor fordel anvendes i arbejdet.
- Det sikres, at hele klinikken følger de formulerede retningslinjer, planer og procedurer.
- Kvaliteten måles, og hvis der viser sig kvalitetsproblemer, iværksættes tiltag til at løse disse.

## Hvad sker der under eksternt survey?

Klinikken får besøg af to surveyors. Surveyteamet vil som udgangspunkt bestå af en læge samt en kvalitetskonsulent, som typisk vil være en sygeplejerske med erfaring fra almen praksis. De vil interviewe lægen/lægerne og praksispersonale for at vurdere, om klinikken lever op til kvalitetskravene i standarderne. Surveyorne vurderer de indikatorer, som er beskrevet nederst i standarderne. Besøget varer ca. fire timer i en solopraksis (ét ydernummer), og den enkelte klinik vil ca. et år forinden blive adviseret om besøget. I praksis med flere læger under samme ydernummer vil besøget udvides med et antal timer, typisk en time pr. læge. Praksispersonalet, der deles af flere læger (ydernumre), vil kun blive interviewet en gang.

Surveyorne vil:

- Undersøge, om der foreligger skriftlige retningslinjer og planer for de krævede områder (se bilag 1), og at de indeholder de krav, som er beskrevet i standardens 'Indhold'.
- Undersøge, om klinikkens læge/læger og praksispersonale følger de retningslinjer og planer, som er relevante for deres arbejdsopgaver, og som der er krav om i akkrediteringsstandarderne.
- Undersøge, om der er aftalt procedurer for forskellige arbejdsgange, og om klinikkens læge/læger og praksispersonale kender og følger procedurer, som er relevante for deres arbejdsopgaver, og som der er krav om i akkrediteringsstandarderne.
- Undersøge, om klinikken har målt kvaliteten ved at gennemgå tilfældigt udvalgte journaler en gang årligt, kontrol af apparatur mv., og om klinikken har handlet, hvis der har vist sig områder, hvor kvaliteten ikke er god nok.
- Sammen med lægen gennemgå konkrete patientforløb for herigennem at evaluere kvaliteten.



Hver enkel indikator vil blive vurderet og vil kunne få følgende vurdering:

Helt opfyldt (HO)
I betydelig grad opfyldt (BO)
I nogen grad opfyldt (NO)
Ikke opfyldt (IO)

Surveyorne vil udarbejde en rapport, som efter en kort høring, vil blive sendt i akkrediteringsnævnet. De kan på baggrund heraf tildele følgende status:

Akkrediteret
Midlertidig akkrediteret
Akkreditering pågår

Hvis klinikken får vurderingen Midlertidig akkrediteret eller Akkreditering pågår, vil der være mulighed for at tilrette og løse de påpegede problemstillinger og gennemgå en ny vurdering. Det kan være ved indsendelse af dokumentation, telefoninterview eller ved et genbesøg i klinikken.

I sidste ende vil der kunne opnås følgende akkrediteringsstatus:

Akkrediteret
Akkrediteret med bemærkninger
Ikke akkrediteret

## Hvad vil der ske i akkrediteringsprocessen?

1. Klinikken vil via e-Boks modtage en dato for det eksterne survey ca. et år forinden. Som udgangspunkt vil denne dato ikke kunne ændres. Hvis der er tale om flere ydernumre på samme adresse (flermåndspraksis, delepraksis), vil besøget så vidt muligt foregå samme dag, men det er det enkelte ydernummer med dets læge(r), uddannelseslæger og praksispersonale, der vil blive akkrediteret. Det forventes, at alle læger og al praksispersonale er til stede under det eksterne survey.
2. Klinikken skal herefter inden for en måned via DAK-E's hjemmeside indtaste praktiske baggrundsplysninger vedrørende klinikken herunder organisationsform, fælles personale, uddannelseslæger mv. Minimum tre måneder før besøget vil der på DAK-E's hjemmeside ligge en detaljeret plan for besøget. Heraf fremgår det, på hvilke tidspunkter surveyors skal have adgang til at interviewe de forskellige læger, personale mv. Klinikken kan så disponere "ledige" tider til patientarbejde eller andet. Besøget afsluttes med en tilbagemelding til klinikken.
3. Besøget gennemføres i overensstemmelse med planen og afsluttes med tilbagemelding.

4. Få dage efter besøget modtager klinikken via e-Boks en opsamlende rapport. Der er mulighed for at komme med indsigelser til denne rapport, hvis der vurderes at være misforståelser. Dette skal ske inde for 10 arbejdsdage.
5. Rapporten vil herefter blive behandlet i akkrediteringsnævnet, og akkrediteringsstatus meldes tilbage til den enkelte læge via e-Boks.
6. Hvis klinikken ikke umiddelbart bliver akkrediteret, vil der blive tale om en opfølgning i form af indsendelse af dokumentation eller genbesøg eventuelt i form af gennemførelse af telefoninterview. Dette afhænger af typen af kvalitetsproblemer, som surveyors har identificeret. Lægen vil modtage information fra IKAS vedrørende opfølgningen, ligesom der vil blive mulighed for nærmere rådgivning, bl.a. af de regionale akkrediteringskonsulenter. Klinikken har herefter mulighed for at blive tildelt akkreditering efter ny nævnsbehandling.
7. Lægen modtager certifikat med akkrediteringsstatus, og akkrediteringsstatus offentliggøres på IKAS' hjemmeside

# Hjælp til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel

## Regionerne og PLO regionalt

I regi af Kvalitets- og efteruddannelsesudvalgene i de enkelte regioner og PLO regionalt, er der oprettet en konsulentfunktion, der stiller sig til rådighed for hjælp i processen med implementering af DDKM. Der vil ligeledes blive arrangeret kurser, fyraftensmøder mv.

## DAK-E

DAK-E har oprettet en støttefunktion i form af en elektronisk side med vejledning, overblik og struktur i den administrative proces og værktøjer til elektronisk dokumentstyring. Dette særligt i forhold til anvendelse af kliniske retningslinjer, kvalitetsrapporter, patienttilfredshedsundersøgelser mv. Støttefunktionen indeholder desuden gode eksempler på fx retningslinjer til brug i arbejdet med den enkelte standard. Se mere på [www.dak-e.dk](http://www.dak-e.dk).

## IKAS

På IKAS' hjemmeside er der hjælp at hente til akkrediteringsprocessen i den elektroniske "Håndbog i DDKM for almen praksis". Håndbogen indeholder anbefalinger til, hvorledes klinikken kan arbejde med alle elementer, som er i akkrediteringsprocessen.

Alle klinikker, der arbejder med DDKM, kan via FAQ på IKAS' hjemmeside stille spørgsmål til IKAS vedrørende akkrediteringsstandarder og akkrediteringsprocessen. Der vil herefter komme svar i løbet af et par dage. De spørgsmål og svar, som IKAS finder er af generel eller principiel interesse, bliver gengivet i anonymiseret form som FAQ på IKAS' hjemmeside.

## Generelle krav til dokumenter

Klinikkens dokumenter (retningslinjer, planer og lignende) skal som minimum indeholde følgende for at blive godkendt:

- Hvad er formålet med dokumentet?
- Hvem gælder dokumentet for? Eksempelvis læger, hele personalet eller sekretærer.
- Hvem er ansvarlig for dokumentet? Hvem er ansvarlig for det faglige indhold?
- Dato for ikrafttrædelse af dokumentet. Hvornår træder dokumentet i kraft?
- Udløbsdato. Hvornår skal dokumentet senest revideres?
- Hertil kommer det indhold, som er beskrevet i de enkelte standarders indholdsfelt.

Dokumenter kan opbevares såvel elektronisk som på papir, men det skal sikres, at der altid er adgang til seneste nye version. Dokumenter skal versionsstyres, så man kan finde tilbage til dokumenter, som var gældende på et bestemt tidspunkt (dokumenthistorikken).

På DAK-E's hjemmeside kan der ses eksempler på retningslinjer, som følger kravene ovenfor. Ligeledes kan anvendes DAK-E's dokumentstyringsmodul, hvor der ligger skabeloner for retningslinjer mv., som opfylder de beskrevne krav ovenfor.

Klinikken kan med fordel bruge en fast skabelon for sine dokumenter.

### Eksempel på opbygning af retningslinje:

Dokumentnavn	<i>Navn på dokumentet</i>
Dato for ikrafttrædelse	<i>Eksempelvis 1.1.2016</i>
Revideres senest (dato)	<i>Eksempelvis 1.1.2019</i> <i>Dokumenter skal revideres minimum hvert tredje år</i>
Ansvarlig for dokumentet	<i>Hvem er ansvarlig for det faglige indhold i dokumentet?</i>
Godkendt af	<i>Oftest den ansvarlige læge</i>
Formål	<i>Hvad er formålet med at have dokumentet?</i>
Hvem gælder dokumentet for?	<i>Eksempelvis alle i klinikken</i>
Fremgangsmåde	<i>Beskrivelse af, hvordan proceduren er i klinikken</i>
Referencer	<i>Eventuelle referencer til dokumentet og henvisning til nummer på akkrediteringsstandard</i>

## Generelle krav til kvalitetsudvikling i almen praksis

At arbejde med kvalitet og patientsikkerhed er en naturlig del af det at drive en praksis. Den enkelte praksis skal have en kultur, hvor der arbejdes med kvalitet i diagnosticering og behandling, og hvor fejl og mangler følges op med kvalitetsforbedringer. Der skal tænkes i helhed og kontinuitet i patientforløbene, og klinikken skal have en koordinerende rolle i forhold til optimale patientforløb. Den enkelte praksis skal samtidig have en patientsikkerhedskultur med fokus på patienternes sikkerhed og forebyggelse af utilsigtede hændelser.

Gennem arbejdet med standarderne i DDKM er målet at sikre, at der er kvalitet i arbejdsprocesserne i klinikken, og at der følges op, hvis der viser sig problemer. I enkelte standarder skal der foretages kvalitetsmålinger, så der kan handles på baggrund heraf. Det er eksempelvis gennemgang af tilfældigt udvalgte journaler en gang om året, kontrol af autoklave, kontrol af, at medicin og vacciner ikke er forældede osv.

Traditionelt arbejdes der inden for sundhedsvæsenet med tre forskellige kvalitetstyper: Den faglige, den organisatoriske og den patientoplevede kvalitet. Disse tre er indarbejdet i de 16 standarder.

### A. Den faglige kvalitet

Den faglige kvalitet monitoreres og udvikles gennem anvendelse af:

- ICPC kodning
- Kvalitetsrapporter fra Datafangst
- Lægemiddelstatistikker

I forhold til den faglige kvalitet skal klinikken arbejde ud fra nationale eller regionale vejledninger, hvor sådanne findes, og det sikres, at lægen/lægerne i klinikken er fagligt opdateret i forhold til den nyeste viden. Vejledninger kan eksempelvis være nationale retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen, DSAM's vejledninger, Lægehåndbogen samt regionale patientforløbsbeskrivelser/forløbsprogrammer, sundhedsaftaler, pakkeforløb mv.

### B. Den organisatoriske kvalitet

I forhold til den organisatoriske kvalitet skal klinikken arbejde med sikring af helhed og kontinuitet i patientforløbene.

Den organisatoriske kvalitet udvikles gennem tilbagemeldinger fra patienterne. Det kan være såvel positive som negative tilbagemeldinger i form af eksempelvis patientevalueringer. Hertil kommer tilbagemeldinger fra samarbejdspartner i det øvrige sundhedsvæsen, herunder eksempelvis tilbagemeldinger på henvisninger, epikriser, lægemiddelordinationer mv.

Klinikken har procedurer for, hvordan der skabes læring på baggrund af tilbagemeldinger fra patienter og det øvrige sundhedsvæsen med henblik på kvalitetsudvikling.

### C. Den patientoplevede kvalitet

Den patientoplevede kvalitet monitoreres og udvikles ved gennemførelse af patientevalueringer (landsdækkende patientevalueringer gennemført af DAK-E), opgørelse af klagesager mv. Der samles op på tilbagemeldinger, og kvaliteten udvikles. Der gennemføres patientevalueringer mindst hvert tredje år.

### Opfølgning på kvalitetsmåling

En vigtig del af arbejdet med DDKM er at følge op på kvalitetsmålingerne, som er beskrevet i standarderne, eksempelvis gennemgang af journaler, tjek af apparatur mv. Viser der sig at være kvalitetsudfordringer, ligger

det implicit i standarderne, at der følges op med tiltag til at forbedre kvaliteten. Efter nogen tid gennemføres en ny måling for at konstatere, om nye tiltag har haft den ønskede effekt på kvaliteten.

# Akkrediteringsstandarder

## Kvalitet og patientsikkerhed

<b>Titel</b>	<b>1.1 Den faglige kvalitet</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitet og patientsikkerhed				
<b>Standard</b>	Klinikken fastholder og udvikler den faglige kvalitet.				
<b>Formål</b>	At sikre høj faglig kvalitet. At sikre opfølgning på tilgængelig viden om den faglige kvalitet ved brug af kvalitetsrapporter. At fremme en rationel udnyttelse af det forhåndenværende lægemiddelsortiment såvel virkningsmæssigt som ud fra sundhedsøkonomiske synspunkter.				
<b>Indhold</b>	Klinikken arbejder kontinuerligt med at sikre og udvikle den faglige kliniske kvalitet. Dette gøres ved indsamling og analyse af kliniske kvalitetsdata. Hvor det vurderes relevant, initieres kvalitetsforbedringer, og der følges op på, om de ønskede resultater opnås. Klinikken følger som minimum de i sundhedsloven fastlagte forpligtelser omkring ICPC-kodning og indrapportering af kliniske data. Der arbejdes som minimum med: <ul style="list-style-type: none"><li>• Opsamling på kvalitetsrapporter fra Datafangst med henblik på udvikling af den kliniske kvalitet.</li><li>• Anvendelse af lægemiddelstatistikker med henblik på at sammenligne eget ordinationsmønster med andre og eventuelt handle på baggrund heraf.</li></ul>				
<b>Krydsreferencer</b>	4.2 Ledelse og drift				
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Lægen kan dokumentere, at der anvendes ICPC-kodning.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interview med lægen samt ved fremvisning af dokumentation, kan denne redegøre for brug af kvalitetsrapporter til udvikling af den faglige kliniske kvalitet.				
<b>Indikator 3</b>	Ved interview med lægen samt ved fremvisning af dokumentation, kan denne redegøre for anvendelse af lægemiddelstatistikker for egen praksis samt opfølgning herpå.				
<b>Referencer</b>					
1.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014				
2.	<a href="http://www.dak-e.dk/">http://www.dak-e.dk/</a>				

<b>Titel</b>	<b>1.2 Anvendelse af god klinisk praksis</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitet og patientsikkerhed				
<b>Standard</b>	Klinikken sikrer, at opsporing, udredning, behandling, kontrol, henvisning og rehabilitering af specifikke patientgrupper foregår i henhold til god klinisk praksis.				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at patienter udredes, behandles, gives støtte til egenomsorg, kontrolleres, henvises og rehabiliteres i henhold til god klinisk praksis.</p> <p>At understøtte og forbedre samarbejdet vedrørende patientgrupper på tværs af sektorer.</p> <p>At skabe sammenhængende patientforløb med behandling på laveste, effektive omsorgsniveau.</p>				
<b>Indhold</b>	<p>Klinikken følger god klinisk praksis for specifikke patientgrupper, som beskrevet i nationale kliniske retningslinjer, regionale forløbsprogrammer, sundhedsaftaler og praksisplaner.</p> <p>Der arbejdes med:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diabetes 2 patienter</li> <li>• KOL-patienter</li> <li>• Sårbare grupper</li> </ul> <p><b>Diabetes 2 patienter</b></p> <p>Klinikken følger god klinisk praksis for diabetes 2 patienter eksempelvis som beskrevet i DSAM's kliniske vejledning om type 2-diabetes og regionale forløbsdiagrammer for diabetespatienter.</p> <p>Klinikken har procedurer for, hvordan patientforløb for diabetespatienter gennemføres. DSAM's kliniske vejledning i oversigtsform kan med fordel anvendes. Her beskrives indhold af opsporing, udredning, herunder klassificering og stratificering af sygdom, indhold af løbende kontrol, egenomsorg, behandlingsstrategi samt rehabilitering. Af proceduren fremgår, hvilke opgaver forskellige personalegrupper varetager i patientforløb for diabetespatienter.</p> <p>Datafangst, herunder også beslutningsstøtte, anvendes, hvor det er muligt.</p> <p><b>KOL Patienter</b></p> <p>Klinikken følger god klinisk praksis for KOL-patienter, eksempelvis som beskrevet i DSAM's kliniske vejledning om KOL i almen praksis og regionale forløbsdiagrammer for KOL-patienter.</p> <p>Klinikken har procedurer for, hvordan patientforløb for KOL-patienter gennemføres. DSAM's kliniske vejledning i oversigtsform kan med fordel anvendes. Her beskrives indhold af opsporing, udredning, herunder stratificering og klassificering af sygdom, indhold af løbende kontrol, egenomsorg, behandlingsstrategi samt rehabilitering. Af proceduren fremgår hvilke opgaver, forskellige personalegrupper varetager i patientforløb for KOL-patienter.</p> <p>Datafangst, herunder også beslutningsstøtte, anvendes, hvor det er muligt.</p>				



<b>Titel</b>	<b>1.2 Anvendelse af god klinisk praksis</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitet og patientsikkerhed				
	<p><b>Sårbare patientgrupper</b></p> <p>Klinikken håndterer og prioriterer sårbare eller udsatte patienter med særlige behov for opmærksomhed.</p> <p>Sårbare eller udsatte patienter er patienter, hvor der er behov for særlige tiltag i en periode af kortere eller længere varighed.</p> <p>Sårbare og udsatte patienter kan eksempelvis findes inden for følgende grupper:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Skrøbelige ældre</li> <li>• Misbrugere</li> <li>• Psykisk syge</li> <li>• Patienter med handicap</li> <li>• Børn med særlig risiko, eksempelvis efter skilsmisse, dødsfald i familie mv.</li> <li>• Patienter med flere kroniske sygdomme</li> <li>• Patienter med begrænsede personlige ressourcer og sygdomsindsigt</li> <li>• Patienter med funktionelle lidelser</li> </ul> <p>Klinikken udvælger en gang årligt en eller flere grupper af sårbare eller udsatte patienter med behov for særlig opmærksomhed og iværksætter en målrettet indsats i forhold til disse.</p> <p>Dette indeholder:</p> <p>Identifikation/opsporing af sårbare og udsatte patienter. Det kan eksempelvis være i forbindelse med udeblivelse fra vaccinationer eller kontroller, ved konsultationer, fremmøde i klinikken uden aftale, udtræk fra Datafangst, kontakt fra sygehuse, kommuner eller andre sundheds- eller sociale instanser mv.</p> <p>Ud fra patientens individuelle behov iværksættes en målrettet forebyggelse, udredning, behandling og opfølgning.</p> <p>Der lægges vægt på samarbejdet med øvrige sundheds- og sociale instanser om den enkelte sårbare eller udsatte patient, herunder viderehenvielse til andre relevante instanser.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.1 Den faglige kvalitet</p> <p>1.3 Utsigtede hændelser</p> <p>4.2 Ledelse og drift</p>				
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<p>Ved interview med lægen og praksispersonale samt gennemgang af konkrete patientforløb kan de redegøre for klinikkens procedurer for gennemførelse af konkrete patientforløb for diabetes 2- og KOL-patienter. Der lægges specielt vægt på systematik i identifikation af diabetes 2- og KOL-patienter ved hjælp af bl.a. Datafangst, diagnosticering og behandling samt gennemførelse af kontroller.</p>				

<b>Titel</b>	<b>1.2 Anvendelse af god klinisk praksis</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitet og patientsikkerhed				
<b>Indikator 2</b>	Ved interview med lægen og praksispersonale samt gennemgang af konkrete patientforløb kan der redegøres for samarbejde med øvrige samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet om patientforløb for diabetes 2- og KOL-patienter.				
<b>Indikator 3</b>	Ved interview med lægen og praksispersonale kan de redegøre for arbejdsdeling i forbindelse med patientforløb for diabetes 2- og KOL-patienter. Kun relevant, hvis praksispersonale varetager funktioner i forhold til patientforløb for diabetes 2- og/eller KOL-patienter.				
<b>Indikator 4</b>	Ved interview med lægen kan denne redegøre for, hvordan Datafangst og beslutningsstøtte aktivt anvendes til udvikling af kvaliteten af patientforløb for diabetes 2- og KOL-patienter.				
<b>Indikator 5</b>	Ved interview med lægen og praksispersonale kan de redegøre for identifikation og opsporing af de(n) valgte sårbare gruppe(r) og valg af indsatsområde.				
<b>Indikator 6</b>	Ved interview med lægen og praksispersonale kan de redegøre for særlige initiativer i forhold til målrettet forebyggelse, udredning, behandling og opfølgning for de(n) valgte gruppe(r) af sårbare patienter.				
<b>Referencer</b>					
1.	DSAM's vejledninger <a href="http://www.dsam.dk/flx/publikationer/dsams_kliniske_vejledninger/">http://www.dsam.dk/flx/publikationer/dsams_kliniske_vejledninger/</a>				
2.	Lægehåndbogen				
3.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014				
4.	<a href="http://www.dak-e.dk/">http://www.dak-e.dk/</a>				

<b>Titel</b>	<b>1.3 Utsigtede hændelser</b>	<b>Nummer</b>	1.3		
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitet og patientsikkerhed				
<b>Standard</b>	Klinikken indrapporterer og følger op på utilsigtede hændelser.				
<b>Formål</b>	At reducere risikoen for patientskader som følge af utilsigtede hændelser. At skabe læring og forbedring på baggrund af utilsigtede hændelser.				
<b>Indhold</b>	<p>En utilsigtet hændelse er en begivenhed, der medfører skade eller risiko for skade på patienten. Med skade menes utilsigtet fysisk overlast, hvor en undersøgelse eller behandling forårsager eller medvirker til eksempelvis øget behandling, ubehag, indlæggelse eller død for patienten. Utsigtede hændelser dækker derved både nærfejl, hvor skaden afværges, og indtrufne fejl.</p> <p>Utsigtede hændelser indrapporteres i overensstemmelse med kravene i lovgivningen på <a href="http://www.dpsd.dk">www.dpsd.dk</a>, og klinikken sikrer håndtering af og opfølgning på utilsigtede hændelser. Der skal som minimum rapporteres utilsigtede hændelser, som opstår i forbindelse med sektorovergange eller ved anvendelse af medicinsk udstyr og infektioner. Desuden er alvorlige hændelser omfattet. Alle andre hændelser kan rapporteres (ref. nr. 3, afsnit 4.1).</p> <p>Praktiserede læger har desuden pligt til at indrapportere utilsigtede hændelser, forårsaget af andre sundhedspersoner, og som man efterfølgende bliver opmærksom på ved udøvelse af sin faglige virksomhed (ref. nr. 1, § 3).</p> <p>Der skabes læring på baggrund af utilsigtede hændelser, foregået i klinikken eller indrapporteret af andre sundhedspersoner eller patienter. Klinikken kan med fordel informere patienter og pårørende om deres mulighed for at indrapportere utilsigtede hændelser, eksempelvis ved pjece i venteværelse eller information på hjemmeside.</p> <p>Klinikken har procedure for håndtering af utilsigtede hændelser, der som minimum indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hvem der indrapporterer utilsigtede hændelser.</li> <li>b. Hvem der har ansvaret for opfølgning på utilsigtede hændelser.</li> <li>c. Hvordan læring af utilsigtede hændelser anvendes i klinikken.</li> </ol>				
<b>Krydsreferencer</b>	4.2 Ledelse og drift				
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med læger og praksispersonale kan de redegøre for, hvordan de vil indrapportere en utilsigtet hændelse.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interview med læger og praksispersonale kan de redegøre for, hvordan utilsigtede hændelser bliver eller vil blive anvendt til læring i klinikken.				
<b>Referencer</b>					
1.	Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 Kap. 61 Sundhedsloven med eventuelle senere ændringer				
2.	Lov nr. 82 af 17. marts 2009 med virkning fra 2010, jf. sundhedsloven med eventuelle senere				

<b>Titel</b>	<b>1.3 Utilsigtede hændelser</b>	<b>Nummer</b>	1.3		
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitet og patientsikkerhed				
	ændringer				
3.	Bekendtgørelse nr. 1 af 3. jan 2011, vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet				
4.	Lov nr. 288 af 15. april 2009 (udvidet patientsikkerhedsordning), jf. sundhedsloven med eventuelle senere ændringer				
5.	Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD) <a href="http://www.dpsd.dk">www.dpsd.dk</a>				
6.	Praktisk vejledning til arbejdet med UTH. DSAM <a href="http://www.dsam.dk/flx/udvalg_og_interessegrupper/dsam_s_ualg_for_utilsigtede_haendelser_uth/praktisk_vejledning_til_arbejdet_med_uth/">http://www.dsam.dk/flx/udvalg_og_interessegrupper/dsam_s_ualg_for_utilsigtede_haendelser_uth/praktisk_vejledning_til_arbejdet_med_uth/</a>				
7.	DSAM's vejledninger <a href="http://www.dsam.dk/flx/publikationer/dsams_kliniske_vejledninger/">http://www.dsam.dk/flx/publikationer/dsams_kliniske_vejledninger/</a>				
8.	Lægehåndbogen				
9.	Patientsikkerhed i primærsektoren – eksempler på utilsigtede hændelser. Dansk selskab for patientsikkerhed				
10.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014				

<b>Titel</b>	<b>1.4 Patientevalueringer</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitet og patientsikkerhed				
<b>Standard</b>	Klinikken anvender tilbagemeldinger fra patienter til at forbedre klinikkens ydelser.				
<b>Formål</b>	At skabe læring og forbedre klinikkens ydelser på baggrund af tilbagemeldinger fra patienter.				
<b>Indhold</b>	<p>Klinikken får information om patienters oplevelse af kvaliteten gennem landsdækkende patientevalueringer og følger op herpå. Der gennemføres patientevalueringer mindst hvert tredje år blandt klinikkens patienter i regi af DAK-E.</p> <p>Klinikken håndterer tilbagemeldinger fra patienter, formelle patientklager og patientforsikringssager.</p> <p>Tilbagemeldinger fra patienter kan være mundtlige eller skriftlige til enkelte personer i klinikken eller til klinikken som helhed. De kan dreje sig både om faglighed og service. Klinikken skal have en procedure for, hvordan disse tilbagemeldinger indsamles, og hvordan der følges op på dem.</p> <p>Patientklager er formelle skriftlige klager til klinikken via regionen eller Patientombuddet. Patientombuddet og regionerne har procedurer for håndtering af formelle patientklager. Klinikken skal aktivt medvirke til udredning af disse sager og iværksætte handlinger til forbedring af kvaliteten på baggrund heraf, hvis det er relevant.</p> <p>Hvis lægen eller en anden autoriseret sundhedsperson i klinikken bliver bekendt med skader, der antages at kunne give ret til erstatning, har lægen/sundhedspersonen pligt til at informere patienten om dette samt at bistå med en eventuel anmeldelse til Patienterstatningen (ref. nr. 1, § 23).</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	4.2 Ledelse og drift				
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med læger og praksispersonale kan de redegøre for, hvordan tilbagemeldinger fra patienter håndteres, og at der sker opfølgning på tilbagemeldinger.				
<b>Indikator 2</b>	Der er gennemført patientevaluering via DAK-E inden for de sidste tre år, og læger og praksispersonale kan redegøre for, at der er fulgt op på resultater.				
<b>Referencer</b>					
1.	Bekendtgørelse nr. 1113 af 7. november 2011, §§ 1, 23 og 45 om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet med eventuelle senere ændringer				
2.	Bekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, afsnit III om patienters retsstilling - Sundhedsloven med eventuelle senere ændringer				
3.	Bekendtgørelse nr. 1097 af 12. december 2003 om dækningsområdet for lov om patientforsikring med eventuelle senere ændringer				

<b>Titel</b>	<b>1.4 Patientevalueringer</b>			
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Kvalitet og patientsikkerhed			
4.	<a href="http://www.patientombuddet.dk">www.patientombuddet.dk</a>			
5.	<a href="http://www.patientforsikringen.dk">www.patientforsikringen.dk</a>			
6.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014			
7.	<a href="http://www.dak-e.dk/">http://www.dak-e.dk/</a>			

## Patientsikkerhedskritiske standarder

<b>Titel</b>	<b>2.1 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Patientsikkerhedskritiske standarder				
<b>Standard</b>	Klinikken har fokus på at undgå identitetsforveksling af patienter.				
<b>Formål</b>	At sikre, at rette undersøgelse og behandling gives til den rette patient. At sikre, at rette recepter, prøver og lignende registreres på rette patient.				
<b>Indhold</b>	<p>Klinikken forebygger identitetsforvekslinger i forbindelse med undersøgelse og behandling i klinikken, sådan at det er rette patient, der fremgår af den elektroniske journals skærbillede, og at recepter, prøver, henvisninger mv. registreres under rette patient. Som hovedregel skal en patient identificeres ved CPR-nummer. I visse situationer kan identifikation baseres på sikker visuel genkendelse, dog kræves CPR-nummer i forbindelse med parakliniske undersøgelser.</p> <p>Klinikken har retningslinjer for patientidentifikation, der som minimum beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hvordan identifikation foretages i klinikken.</li> <li>Hvordan identifikation foretages ved telefonisk kontakt.</li> <li>Hvornår identifikationen foretages.</li> <li>Forholdsregler til sikring af at rette patient fremgår af den elektroniske journals skærbillede.</li> </ol> <p>Klinikken sikrer patientidentifikation i forbindelse med parakliniske undersøgelser, fx entydig mærkning - der som minimum angiver navn, CPR-nr., dato og ansvarlig sundhedsperson - af blodprøver og henvisninger til det øvrige sundhedsvæsen.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.3 Utilsigtede hændelser</p> <p>2.3 Parakliniske undersøgelser</p>				
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med læger og praksispersonale kan de redegøre for, hvordan patientidentifikation foretages, og hvordan identitetsforveksling forebygges, og de kan henvise til retningslinjer, hvori det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med læger og praksispersonale kan de redegøre for, hvordan diagnostisk materiale mærkes entydigt.				
<b>Referencer</b>					
1.	Vejledning nr. 60258 af 1. maj 1998 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen				
2.	Vejledning nr. 9808 af 13. dec. 2013 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet				

<b>Titel</b>	<b>2.1 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Patientsikkerhedskritiske standarder				
3.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014				



<b>Titel</b>	<b>2.2 Lægemiddelordination og receptfornyelse</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Patientsikkerhedskritiske standarder				
<b>Standard</b>	Klinikken har en sikker og økonomisk forsvarlig lægemiddelordination og receptfornyelse.				
<b>Formål</b>	At sikre en rationel og sikker lægemiddelordination.				
<b>Indhold</b>	<p>Klinikken har retningslinjer for rationel og sikker lægemiddelordination og receptfornyelse og bistår samfundet i gennemførelse af forsvarlig økonomi med hensyn til de udgifter, som er afhængige af lægens lægemiddelordinationer.</p> <p>Klinikken deltager i regionale tiltag til sikring af medicinbehandling. Dette kan eksempelvis være lægemiddelinformation, besøg af regionale lægemiddelkonsulenter, støtte til gennemgang af lægens ordinationsprofil og/eller gennemgang af klinikkens polyfarmacipatienter, gennemgang af egne data fra Datafangst på bestemte kliniske områder eller lignende.</p> <p>Læger i klinikken har kendskab til basislisten for rationel farmakoterapi.</p> <p>Klinikken gennemfører, efter lægelig vurdering, årskontroller (0120) for kronikergrupper, samt opsøgende hjemmebesøg for skrøbelige ældre (0121), herunder vurdering af patientens medicinordinationer. Det tilstræbes, at patienten involveres i overblik og forståelse for egen medicin. Ifølge ordinationsloven er det kun lægen, der har ordinationsret.</p> <p>Klinikken har retningslinjer for medicinordination, der som minimum beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hvordan personalet håndterer mundtlige anmodninger om receptfornyelser.</li> <li>b. Hvordan håndteres elektroniske anmodninger om receptfornyelser?</li> </ol> <p>Klinikken indberetter bivirkninger af medicin og vaccine til Sundhedsstyrelsen på e-blanket.</p> <p>Klinikken vurderer løbende henvendelser fra apoteker vedrørende fejl og mangler i recepter med henblik på kvalitetsforbedring.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.1 Den faglige kvalitet</p> <p>1.3 Utsigtede hændelser</p>				
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Lægen kan dokumentere, at der deltages i regionale tiltag til sikring af medicinbehandling eksempelvis ved besøg af regionale lægemiddelkonsulenter.				
<b>Indikator 2</b>	Lægen kan ved gennemgang af konkrete patientforløb for kronikergrupper demonstrere, at der i forbindelse med en eventuel gennemført årskontrol (0120) er sket en vurdering af medicinordinationer.				
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for, hvem der kan ordinere medicin i klinikken, og hvordan mundtlige og elektroniske anmodninger om receptfornyelser håndteres, og de kan henvise til retningslin-				

<b>Titel</b>	<b>2.2 Lægemiddelordination og receptfornyelse</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Patientsikkerhedskritiske standarder				
	jer, hvori det er beskrevet.				
<b>Indikator 4</b>	Ved interview med lægen kan denne redegøre for, hvordan lægemiddelbivirkninger indrapporteres til Sundhedsstyrelsen.				
<b>Indikator 5</b>	Ved interview med lægen udviser denne kendskab til rationel farmakoterapi.				
<b>Indikator 6</b>	Ved interview med lægen kan denne redegøre for, hvordan henvendelser fra apoteker vedrørende fejl og mangler i recepter vil blive håndteret med henblik på læring og kvalitetsforbedring.				
<b>Referencer</b>					
1.	Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)				
2.	Lov nr. 1180 af 12. december 2005 om lægemidler med eventuelle senere ændringer				
3.	Vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)				
4.	Bekendtgørelse nr. 8000 af 17. august 2009 om indberetning af bivirkninger ved lægemidler mm.				
5.	Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser 2011, Overenskomst om almen praksis 1. april 2011. <a href="http://www.laeger.dk">www.laeger.dk</a>				
6.	Medicingennemgang i almen praksis, Dorte Glintborg. <a href="http://www.irf.dk">www.irf.dk</a>				
7.	Systematisk medicingennemgang i almen praksis. Månedsskr. Prakt. Lægegern., 2007;2:161-73				
8.	Substitutioner af analoger med stort besparelspotentiale. Institut for Rationel, Farmakoterapi <a href="http://irf.dk/dk/almen_farmakologi/analoge_laegemidler/analoge_laegemidler_01.htm">http://irf.dk/dk/almen_farmakologi/analoge_laegemidler/analoge_laegemidler_01.htm</a> (10. dec. 2010)				
9.	Arbejdsgruppen for klinisk farmaci. Brug medicinen bedre. Perspektiver i klinisk farmaci. København: Lægemiddelstyrelsen, 2004				
10.	Basislisten for Rationel Farmakoterapi, <a href="http://www.basislisten.dk">http://www.basislisten.dk</a>				
11.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014				

<b>Titel</b>	<b>2.3 Parakliniske undersøgelser</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Patientsikkerhedskritiske standarder				
<b>Standard</b>	Klinikken rekvirerer, håndterer og følger op på parakliniske undersøgelser.				
<b>Formål</b>	<p>At sikre grundlag for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• korrekte og sikre resultater fra parakliniske undersøgelser.</li> <li>• at ingen patienter lider skade eller påføres unødvendig ulempe som følge af manglende rettidig reaktion på parakliniske undersøgelser.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p>Klinikken har procedurer for parakliniske undersøgelser, som klinikken selv udfører, samt for rekvirering af de parakliniske undersøgelser, der rekvireres hos andre eksterne leverandører. Ved parakliniske undersøgelser forstås billeddiagnostiske undersøgelser og undersøgelser af biologisk materiale udtaget fra patienter.</p> <p>Klinikken har procedurer for rekvirering og håndtering af parakliniske undersøgelser, der som minimum indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hvordan man rekvirerer parakliniske undersøgelser fx på laboratorier og billeddiagnostiske afdelinger. Proceduren skal samstemmes med udmeldte retningslinjer fra de aktuelle leverandører.</li> <li>b. Udtagelse, forsvarlig opbevaring, transport og videregivelse af diagnostisk materiale.</li> <li>c. Håndtering af egne laboratorieprøver ud fra eksempelvis manualer, retningslinjer eller lignende fra leverandør af apparatur, materialer og udstyr.</li> </ol> <p>Ved rekvirering af parakliniske undersøgelser tages stilling til:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikation/problemstilling.</li> <li>• Andre væsentlige sygdomme, der kan påvirke udførelse og/eller fortolkning af ønsket undersøgelse.</li> <li>• Allergi af betydning for undersøgelse.</li> <li>• Medicin af betydning for undersøgelse.</li> <li>• Hvem og hvordan der skal kontaktes ved akutte svar - også i ferieperioder og uden for åbningstid.</li> <li>• Evt. tolkebehov.</li> <li>• Væsentlige handicap af betydning for undersøgelse.</li> </ul> <p>Klinikken har retningslinjer for opfølgning på prøvesvar, der som minimum beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hvordan det sikres, at prøvesvar ses rettidigt af den person, der har ansvaret for at reagere på resultatet.</li> <li>b. Hvordan opfølgning på manglende prøvesvar sikres.</li> <li>c. Fremgangsmåde ved afvigende resultater af prøvesvar, der kan have væsentlig betydning for patienten.</li> <li>d. Hvordan der gives svar til patienter.</li> <li>e. Opfølgning på prøvesvar i forbindelse med ferie, sygdom og lignende.</li> </ol> <p>I regi af MedCom arbejdes der på en løsning, hvor lægen via sit it-system kan sikre sig, at der er modtaget svar på alle bestilte laboratorieprøver og at svarerne, herunder unormale resultater, overgives rettidigt til patienten. Dette</p>				

<b>Titel</b>	<b>2.3 Parakliniske undersøgelser</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Patientsikkerhedskritiske standarder				
	<p>forventes implementeret i almen praksis fra foråret 2015.</p> <p>Information af patienter og deres samtykke til undersøgelse og behandling er grundlæggende for læge-patientforholdet.</p> <p>Patientens samtykke skal gives på baggrund af fyldestgørende information fra sundhedspersonens side, og patienten kan til enhver tid tilbagekalde sit samtykke.</p> <p>Et informeret samtykke kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende. Samtykke vil i langt de fleste tilfælde være givet implicit, eksempelvis når en patient kommer til blodprøvetagning og lignende og der forventes i de tilfælde ikke journalføring af samtykke-fraser.</p> <p>Klinikken har procedurer for indhentning af patientens informerede samtykke til ordinerede parakliniske undersøgelser.</p> <p>Klinikken følger op på egne parakliniske undersøgelser, rekvireret uden for klinikken, men som af en eller anden grund ikke bliver gennemført. Der er rykkerprocedurer ved manglende svar, og det er klart, hvem i klinikken, der har ansvaret for at rykke for svar.</p> <p>Viser det sig, at patienten ikke er mødt op til undersøgelsen, og undersøgelsen er vigtig for patientens helbredsstilstand, kontaktes denne. Dette bliver muligt at få overblik over via it-systemet når ovenstående løsning med Medcom er implementeret.</p> <p>Klinikkens eget laboratorieudstyr kontrolleres regelmæssigt ved intern eller ekstern kvalitetskontrol, og hændelser med medicinsk udstyr rapporteres til Sundhedsstyrelsen.</p> <p>Klinikken deltager i laboratorie kvalitets sikringsordninger, og der følges op på tilbagemeldinger herfra.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.3 Utsigtede hændelser</p> <p>2.1 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter</p> <p>3.4 Anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af kliniske utensilier og medicin/vaccine</p> <p>4.1 Hygiejne</p>				
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale samt gennemgang af konkrete patientforløb kan de redegøre for, hvordan parakliniske undersøgelser rekvireres fra eksterne leverandører, herunder hvordan prøver udtages, opbevares og transporteres.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for, hvordan egne laboratorieprøver gennemføres på en sikker og forsvarlig måde.				

<b>Titel</b>	<b>2.3 Parakliniske undersøgelser</b>			
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Patientsikkerhedskritiske standarder			
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for, hvordan opfølgning på resultater af parakliniske undersøgelser håndteres, herunder hvem der har ansvaret for opfølgning, hvordan manglende prøvesvar håndteres, hvordan der gives svar til patienter, og hvordan prøvesvar i forbindelse med ferie, sygdom og lignende håndteres og henviser til retningslinjer, hvori det er beskrevet.			
<b>Indikator 4</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for, at der informeres om den ordinerede parakliniske undersøgelse.			
<b>Indikator 5</b>	Der er dokumentation for, at klinikens eget laboratorieudstyr kontrolleres regelmæssigt ved intern eller ekstern kvalitetskontrol, og at hændelser med medicinsk udstyr indrapporteres til Sundhedsstyrelsen.			
<b>Indikator 6</b>	Der er dokumentation for deltagelse i regionale laboratorie-kvalitetssikringsordninger, og der følges op på eventuelle tilbagemeldinger.			
<b>Referencer</b>				
1.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9207 af 31. maj 2011 om håndtering af parakliniske undersøgelser			
2.	Vejledning nr. 60258 af 1. maj 1998 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet. Sundhedsstyrelsen. 1998			
3.	Kvalitetssikring og kvalitetskrav til laboratoriemedicinske aktiviteter i almen praksis 2010, Regionernes lønnings- og Takstnævn samt Praktiserende lægers Organisation			
4.	Vejledning nr. 161 af 16.9.1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv ( <a href="http://www.retsinformation.dk">www.retsinformation.dk</a> )			
5.	Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 om patienters medinddragelse i beslutninger (Sundhedsloven kap 5)			
6.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014			

<b>Titel</b>	<b>2.4 Akutberedskab og hjertestop</b>			
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Patientsikkerhedskritiske standarder			
<b>Standard</b>	Klinikken kan foretage akut behandling, herunder genoplivning.			
<b>Formål</b>	At sikre hurtig og kvalificeret behandling ved hjertestop eller anden akut sygdom i klinikken for at øge patientens mulighed for overlevelse uden varige mén.			
<b>Indhold</b>	<p>Klinikken har et beredskab for akut sygdom og hjertestop i klinikken.</p> <p>Der er kompetencer til stede i klinikken, så der kan gennemføres basal hjerte-lungeredning minimum svarende til BLS niveau (Basic Life Support – hjertemassage, kunstigt åndedræt og alarmering). Uddannelse/efteruddannelse i basal genoplivning gennemføres minimum hvert tredje år. Alle i klinikken skal kende deres funktioner og opgaver i forbindelse med akut sygdom og/eller hjertestop. Ved ansættelse af nyt personale sikres, at den nyansatte er introduceret til funktioner og opgaver i forbindelse med akut sygdom og/eller hjertestop, herunder basal hjerte-lungeredning afhængig af dennes funktion og opgaver.</p> <p>Klinikken har retningslinjer for genoplivning, der udarbejdes i overensstemmelse med nyeste nationale retningslinjer for hjerte-lunge-redning, herunder akuthåndbogen.</p> <p>Retningslinjerne beskriver som minimum:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Alarmering.</li> <li>Håndtering af basal hjerte-lungeredning.</li> <li>Opgaver og ansvar for læger og praksispersonale.</li> </ol> <p>Der er lægemidler og eventuelt hjertestarter og maske og ballon til kunstig ventilation til rådighed i klinikken til basal hjerte-lungeredning.</p> <p>Lægemidler, hjertestarter mv. er tilgængelige, brugbare og opbevaret korrekt, således at de er klar til brug ved akut sygdom/hjertestop. Dette indebærer bl.a. tjek af batteri og holdbarhed af pads samt lægemidler.</p> <p>Klinikken har beredskab til håndtering af anden akut behandling eksempelvis ved anafylaktisk reaktion, besvimelse, blødning mv.</p>			
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.3 Utilsigtede hændelser</p> <p>4.3 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling</p>			
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for, hvordan akut sygdom og hjertestop håndteres i klinikken, herunder lægens og praksispersonalets ansvar samt tilstedeværelsen af nødvendigt udstyr og medicin og henvise til retningslinjer, hvori det er beskrevet.			
<b>Indikator 2</b>	Klinikken kan dokumentere, at der føres regelmæssig kontrol af lægemidler/hjertestartere mv. til brug i akutte situationer, herunder tilstedeværelse og tilgængelighed, tjek af udløbsdatoer, funktion mv.			

<b>Titel</b>	<b>2.4 Akutberedskab og hjertestop</b>			
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Patientsikkerhedskritiske standarder			
<b>Indikator 3</b>	Klinikken kan dokumentere, at der er gennemført uddannelse inden for de sidste tre år i basal hjerte-lungeredning for læger og praksispersonale.			
<b>Referencer</b>				
1.	<a href="http://genoplivning.dk/">http://genoplivning.dk/</a>			
2.	Akuthåndbogen 2010, DSAM			
3.	Vejledning nr. 9056 af 8. februar 2010 om behandling af patienter med akutte atypiske bryst-smerter			
4.	Vejledning af 2. juni 2004 om akutberedskab ved allergenspecifik immunterapi			
5.	Vejledning nr. 9235 af 23. maj 2012 om praktiserende lægers og vagtlægers behandling af meningokoksygdom			
6.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014			

<b>Titel</b>	<b>2.5 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Patientsikkerhedskritiske standarder				
<b>Standard</b>	<p>Klinikken har en elektronisk patientjournal, der er ajourført, og som indeholder relevante data om patienten i henhold til gældende lovgivning.</p> <p>Klinikken behandler, opbevarer og destruerer personhenførbare data sikkert og sikrer patienternes diskretion.</p>				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at patientjournalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• indeholder de elementer, der fremgår af lovgivning, vejledninger mv. i forhold til registrering af patientdata.</li> <li>• understøtter den kliniske beslutningsproces og fremmer kontinuiteten i patientforløbet.</li> </ul> <p>At sikre datasikkerhed og fortrolighed i klinikens omgang med personfølsomme oplysninger.</p>				
<b>Indhold</b>	<p>Klinikken har procedurer for håndtering af patientjournalen og for dens indhold og for, hvordan klinikken behandler, opbevarer og destruerer personhenførbare data. Dette for at sikre tilgængelig viden om patientens undersøgelses- og behandlingsforløb og for at sikre patienten mod læk eller tab af personhenførbare data.</p> <p><b>Patientjournalen</b></p> <p>Patientjournaler indeholder de oplysninger, som fremgår af Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler af 2. januar 2013, tilpasset almen praksis (<a href="https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=144978">https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=144978</a>).</p> <p>Klinikken skal kvalitetssikre indhold af journaler ved gennemgang af tilfældigt udvalgte journaler minimum en gang årligt. På DAK-E's hjemmeside findes forslag til forskellige værktøjer til dette.</p> <p>Klinikken har desuden procedurer for:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Patienters adgang til egen journal.</li> <li>b. Ændringer af forkerte/opræcise journaloplysninger.</li> </ol> <p><b>Datasikkerhed</b></p> <p>Personoplysninger håndteres, så uretmæssig adgang hindres. Personoplysninger er både oplysninger i elektroniske systemer og på papir.</p> <p>Hindring af uretmæssig adgang til personoplysninger omfatter også metoder og forholdsregler til beskyttelse af lagrede personoplysninger og computerprogrammer mod fejl og virus.</p> <p>Klinikken sikrer backup, hindring af uretmæssig adgang til personoplysninger, fx personlige passwords, logningslister, kryptering, firewalls og antivirusprogrammer og forholdsregler ved forsøg på uretmæssig adgang til personoplysninger. Dette kan være en del af kontrakter med it-leverandører.</p> <p>Klinikken har procedurer for håndtering af personoplysninger, der som mini-</p>				



<b>Titel</b>	<b>2.5 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Patientsikkerhedskritiske standarder				
	<p>mum omhandler:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. Hvordan personoplysninger indhentes og videregives.</li> <li>b. Hvordan personoplysninger opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.</li> <li>c. Hvordan personoplysninger destrueres.</li> <li>d. Hvordan personoplysninger håndteres ved systemnedbrud.</li> </ul> <p>Udvekslingen af personoplysninger via sundhedsdata nettet er automatisk sikret mod uretmæssig adgang.</p> <p><b>Diskretion</b></p> <p>Klinikken har procedurer for, hvordan patienter sikres diskretion i kontakten med klinikken. Diskretion skal sikres i forbindelse med samtaler med patienter i klinikken, telefonsamtaler, skærmarbejde og lignende.</p> <p><b>Uretmæssig adgang</b></p> <p>Medicinskab, computere og arkiver med patientdata er sikret mod uretmæssig adgang.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.3 Utsigtede hændelser</p> <p>2.2 Lægemedelordination og receptfornyelse</p> <p>2.3 Parakliniske undersøgelser</p> <p>3.3 Koordinering af patientforløb</p>				
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale samt gennemgang af konkrete patientforløb kan de redegøre for håndtering af journaler, herunder indhold, patienters adgang til egen journal samt ændringer af forkerte/opræcise journaloplysninger. Indhold af journaler skal følge gældende lovgivning.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for, hvordan uretmæssig adgang til persondata hindres, herunder datasikkerhed, hvordan personoplysninger indhentes og videregives, hvordan personoplysninger opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende, hvordan personoplysninger destrueres, og hvordan personoplysninger håndteres ved systemnedbrud.				
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for, hvordan fortroligheden og diskretionen sikres i kontakten med patienterne i forbindelse med samtaler med patienter, telefonsamtaler, skærmarbejde og lignende. Der lægges specielt vægt på diskretion vedrørende CPR-nr. samt oplysninger om sygdom.				
<b>Indikator 4</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale samt gennemgang af klinikken kan de redegøre for, hvordan lokaler med patientdata og medicin er sik-				

<b>Titel</b>	<b>2.5 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed</b>			
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Patientsikkerhedskritiske standarder			
	ret mod uretmæssig adgang.			
<b>Indikator 5</b>	Klinikken har kvalitetssikret indhold af journaler ved gennemgang af tilfældigt udvalgte journaler minimum en gang årligt. Hvis der er påvist mangler, er der rettet op på disse og gennemført en ny gennemgang af journaler inden for fire måneder.			
<b>Referencer</b>				
1.	Bekendtgørelse nr. 3 af 2. januar 2013 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)			
2.	Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 af sundhedsloven med eventuelle senere ændringer			
3.	Bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning, jf. Forvaltningsloven med eventuelle senere ændringer			
4.	Vejledning nr. 37 af 2. april 2001 til bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning			
5.	Informationssikkerhed – vejledning for sundhedsvæsenet. Version 100 af 25. februar 2008. Sundhedsstyrelsen			
6.	Lovbekendtgørelse 877 af 4. august 2011, om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed			
7.	Vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser			
8.	Bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 om lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske diætisters, kliniske tandteknikers, tandplejeres, optikers og kontaklinseoptikers patientjournaler			
9.	Bekendtgørelse nr. 1289 af 15. november 2007 om ændring af bekendtgørelse om lægers, tandlægers, kiropraktorers, jordemødres, kliniske tandteknikers, tandplejeres, optikers og kontaklinseoptikers patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)			
10.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014			

## Det gode patientforløb

<b>Titel</b>	<b>3.1 Tilgængelighed</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Det gode patientforløb				
<b>Standard</b>	Klinikken sikrer patienterne adgang til såvel akut som ikke-akut lægehjælp.				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at de overenskomstmæssige krav overholdes vedrørende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilgængelighed for akutte og ikke-akutte patienter.</li> <li>• Fysisk adgang for personer med handicap, fysisk svage ældre og andre bevægelseshæmmede (i det omfang pladsforholdene tillader det).</li> <li>• Elektronisk kommunikation med patienter.</li> <li>• Sygebesøg.</li> <li>• Visitation af patienter.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p>Patienterne sikres adgang til såvel akut som ikke-akut lægehjælp.</p> <p>Patienter kan komme i kontakt med klinikken eller eventuel vikar inden for normal arbejdstid, og der skal henvises til vagtlæger/akutfunktionen i vagttiden via telefon og i klinikkens praksisdeklaration på sundhed.dk.</p> <p>Personer med handicap, fysisk svage ældre og andre bevægelseshæmmede skal på bedst mulig vis sikres adgang til klinikken, og klinikken bør så vidt muligt indrettes, så disse grupper kan færdes i klinikken. Adgangsforhold skal fremgå af klinikkens praksisdeklaration.</p> <p>Klinikken har med udgangspunkt i overenskomstens minimumskrav implementeret:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Telefontider, hvor der altid er mulighed for at komme igennem inden for rimelig tid.</li> <li>• Adgang til at booke tid elektronisk.</li> <li>• Adgang til e-mail konsultation.</li> <li>• Mulighed for akutte konsultationer samme dag.</li> <li>• Mulighed for ikke-akutte konsultationer inden for overenskomstens fastsatte tidsgrænser.</li> <li>• Mulighed for konsultation uden for normal arbejdstid minimum en gang ugentligt.</li> <li>• Henvisning til stedfortræder i forbindelse med ferie, sygdom og andet fravær.</li> <li>• Andre sundhedsinstansers telefoniske adgang til klinikken, eksempelvis sygehuse, praktiserende speciallæger, apoteker, kommuner mv.</li> </ul> <p>Herudover har klinikken procedurer for aftale om sygebesøg. Lægen er forpligtet til mandag til og med fredag i dagtiden at aflægge sygebesøg, hvis henvendelsen om sygebesøg efter lægens vurdering af sygdommen og/eller forholdene i øvrigt nødvendiggør besøg. Det er i vurderingen af, hvorvidt der skal gennemføres sygebesøg, af betydning, om patienten er bevægelseshæmmede.</p> <p>Klinikken har en retningslinje for håndtering af visitation af akutte og ikke-akutte patienter. Der kan tages udgangspunkt i DSAM's "Akuthåndbogen".</p> <p>Klinikken udarbejder en praksisdeklaration, som offentliggøres på sundhed.dk</p>				

<b>Titel</b>	<b>3.1 Tilgængelighed</b>			
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Det gode patientforløb			
	og følger lovens krav til praksisdeklarationer. I de regioner, hvor der er indgået aftale om, at almen praksis varetager akutfunktioner, sikres det, at klinikken har implementeret dette ud fra gældende aftaler.			
<b>Krydsreferencer</b>	1.3 Utsigtede hændelser			
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale samt gennemgang af praksisdeklaration, hjemmeside, telefon mv. kan klinikken redegøre for, at der leves op til overenskomstens minimumskrav vedrørende adgang og tilgængelighed.			
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med lægen samt gennemgang af praksisdeklaration, kan klinikken redegøre for procedurer for aftale om sygebesøg.			
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan klinikken redegøre for håndtering af visitation af akutte og ikke-akutte patienter og henvise til retningslinjer, hvori det er beskrevet.			
<b>Indikator 4</b>	Klinikken har en opdateret praksisdeklaration på sundhed.dk.			
<b>Referencer</b>				
1.	Akuthåndbogen, DSAM, 2010			
2.	Tillæg til vagtaftalen mellem Region Midtjylland og praksisudvalget i Region Midtjylland om et udvidet samarbejde på akutområdet, Region Midt, 2011			
3.	<a href="http://www.telefonvisitation.dk/">http://www.telefonvisitation.dk/</a>			
4.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014			

<b>Titel</b>	<b>3.2 Henvisning</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Det gode patientforløb				
<b>Standard</b>	Klinikken sikrer, at indholdet af henvisninger er relevant og fyldestgørende og sendes til rette instans.				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at henvisningen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• understøtter undersøgelse, forebyggelse, behandling og pleje.</li> <li>• medvirker til veltilrettelagte patientforløb.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p>Klinikken har procedurer for henvisninger til speciallæger, kliniske sygehusafdelinger, kommunale sundhedstilbud og andre sundhedsinstanser.</p> <p>Foreligger der regionale/kommunale retningslinjer for henvisning med den instans, der henvises til, opfyldes disse.</p> <p>I øvrige tilfælde bør henvisningen indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stamdata og eventuelt væрге</li> <li>• Henvisningsdiagnose (diagnosekode)</li> <li>• Problemformulering, ønsket undersøgelse/udredning</li> <li>• Kliniske oplysninger: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kort anamnese</li> <li>• Resultat af relevante tidligere undersøgelser</li> <li>• Allergier</li> <li>• Objektive fund</li> <li>• Aktuel medicin</li> <li>• Evt. komorbiditet</li> </ul> </li> <li>• Patientbehov/særlige forhold: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevante sociale forhold</li> <li>• Sprog/tolkebistand</li> <li>• Handicaps</li> </ul> </li> <li>• Information givet til patienten</li> <li>• Eventuelt ønsker om prioritering på venteliste</li> </ul> <p>Klinikken skal have speciel opmærksomhed på de henvisninger, der vedrører begrundet mistanke om kræft- eller alvorlig hjertesygdom. Disse henvisninger markeres, så de klart udskiller sig fra de almindelige henvisninger til elektiv behandling. Det sikres, at de afleveres på det rette sted, og endelig at alle informationer er angivet, så udredning og behandling ikke forsinkes.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.3 Utsigtede hændelser</p> <p>3.3 Koordinering af patientforløb</p>				
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interview med lægen kan denne redegøre for indhold og håndtering af henvisninger til speciallæger, kliniske sygehusafdelinger og andre sundhedsinstanser.				

<b>Titel</b>	<b>3.2 Henvisning</b>			
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Det gode patientforløb			
<b>Indikator 2</b>	Ved interview med lægen kan denne redegøre for håndtering af henvisninger af patienter med begrundet mistanke om kræft- eller alvorlig hjertesygdom, og for hvordan det sikres, at der ikke sker forsinkelser i det videre patientforløb.			
<b>Indikator 3</b>	Klinikken vurderer og følger op på tilbagemeldinger fra sygehuse, laboratorier, praktiserende speciallæger, praksiskonsulentordningen mv. vedrørende mangelfulde henvisninger.			
<b>Referencer</b>				
1.	Den gode henvisning, MEDCOM			
2.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014			

<b>Titel</b>	<b>3.3 Koordinering af patientforløb</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Det gode patientforløb				
<b>Standard</b>	Klinikken koordinerer og sikrer kontinuiteten i patientforløb.				
<b>Formål</b>	At sikre sammenhæng og koordination af patientforløb, således at patienten oplever helhed og kontinuitet og føler sig tryk i forløbet.				
<b>Indhold</b>	<p>Klinikken har procedurer for koordinering og sikring af kontinuiteten i interne patientforløb og eksternt ved overgange mellem klinikken og det øvrige sundhedsvæsen.</p> <p>Klinikken varetager en række koordineringsopgaver i forhold til patienter, eksempelvis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tilrettelæggelse af udrednings- og behandlingsforløb.</li> <li>• Håndtering af og opfølgning på interne (i klinikken) og eksterne laboratorieprøver.</li> <li>• Svar på laboratorieprøver til patienter.</li> <li>• Henvielse til sygehuse, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter mv.</li> <li>• Kontakt til andre sundhedsinstanser og andre relevante samarbejdspartnere om konkrete patientforløb (sygehuse, kommuner, psykiatri, praktiserende speciallæger mv.)</li> <li>• Opfølgning på epikriser fra sygehuse, speciallæger, fysioterapeuter mv.</li> <li>• Opfølgning på kommunale tilbagemeldinger.</li> <li>• Overdragelse af ansvaret for relevante forløb til kollega i forbindelse med fravær.</li> <li>• Information om patientforløb til patienter og eventuelt pårørende.</li> <li>• Opfølgning, hvis noget går galt i patientforløbet, eksempelvis bortkommet henvielse, bortkommet prøvemateriale, manglende prøvesvar mv.</li> </ul> <p>Klinikken har kendskab til og anvender sundhedsaftaler, forløbsprogrammer, kronikerstrategier og praksiskonsulentordning.</p> <p>Klinikken kan henvise til informationsmateriale vedrørende udvalgte patientforløb/ sygdomsgrupper fra eksempelvis Sundhedsstyrelsen, regioner, patientforeninger mv.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.1 Den faglige kvalitet</p> <p>1.3 Utsigtede hændelser</p> <p>2.3 Parakliniske undersøgelser</p> <p>3.2 Henvielse</p>				
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interview med lægen kan denne redegøre for, hvordan der følges op på modtagne epikriser samt kommunale tilbagemeldinger.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interview med lægen kan denne redegøre for klinikkens procedurer for, hvordan ansvaret for konkrete patientforløb, prøvesvar mv. overdrages til kollega i forbindelse med fravær.				

<b>Titel</b>	<b>3.3 Koordinering af patientforløb</b>			
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Det gode patientforløb			
<b>Indikator 3</b>	Ved interview med lægen kan denne redegøre for, hvordan der samarbejdes med andre sundhedsinstanser og andre relevante samarbejdspartnere om konkrete patientforløb.			
<b>Referencer</b>				
1.	Vejledning nr. 9207 af 31. maj 2011 om håndtering af parakliniske undersøgelser			
2.	Sundhedsaftaler			
3.	Regionale og kommunale samarbejdsaftaler			
4.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014			



<b>Titel</b>	<b>3.4 Anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af kliniske utensilier og medicin/vaccine</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Det gode patientforløb				
<b>Standard</b>	Klinikken sikrer, at anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af kliniske utensilier og medicin/vaccine sker forsvarligt.				
<b>Formål</b>	At sikre, at de nødvendige utensilier og lægemidler/vacciner er til rådighed, opbevares forsvarligt og bortskaffes korrekt.				
<b>Indhold</b>	<p>Klinikken sikrer, at de nødvendige kliniske utensilier og lægemidler er til rådighed ved at sikre en tilstrækkelig lagerbeholdning, korrekt opbevaring og bortskaffelse.</p> <p>Klinikken har procedurer for anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af utensilier, der som minimum indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hvem, der er ansvarlig for sikring af tilstrækkelig lagerbeholdning af utensilier.</li> <li>Hvordan utensilier opbevares.</li> <li>Hvordan utensilier bortskaffes efter brug, eller når udløbsdatoen er overskredet.</li> </ol> <p>Klinikken har procedurer for anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af lægemidler og vacciner, der som minimum indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Hvem, der er ansvarlig for tilstrækkelig lagerbeholdning af lægemidler og vacciner.</li> <li>Hvordan lægemidler og vacciner opbevares forsvarligt og ved rette temperatur.</li> <li>Hvordan lægemidler og vacciner bortskaffes, når udløbsdatoen er overskredet, eller de har været opbevaret forkert.</li> </ol> <p>Klinikken har procedurer for kontrol af lægetaske(r), således at den/disse altid er fyldt og ikke indeholder forældede lægemidler, og for kontrol af, at lægemidler og vacciner altid er opbevaret ved rette temperatur.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.3 Utsigtede hændelser</p> <p>2.3 Parakliniske undersøgelser</p> <p>4.1 Hygiejne</p>				
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for procedurer for anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af utensilier.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for procedurer for anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af lægemidler og vacciner.				
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for procedure for kontrol af lægetaske(r) således, at den altid er fyldt og ikke indeholder forældede lægemidler.				

<b>Titel</b>	<b>3.4 Anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af kliniske utensilier og medicin/vaccine</b>			
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Det gode patientforløb			
<b>Indikator 4</b>	Klinikken kontrollerer og dokumenterer, at utensilier og lægemidler ikke har overskredet udløbsdatoer, og at lægemidler og vacciner opbevares ved rette temperatur. Klinikken fastsætter selv, hvor ofte og hvordan.			
<b>Referencer</b>				
1.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014			

## Ledelse og organisation

<b>Titel</b>	<b>4.1 Hygiejne</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ledelse og organisation				
<b>Standard</b>	Klinikken forebygger, at patienter, pårørende og personale pådrager sig infektioner i klinikken, herunder infektioner i forbindelse med genanvendelse af udstyr og materialer.				
<b>Formål</b>	At forebygge, at patienter, pårørende og personale pådrager sig infektioner i klinikken og ved genanvendelse af udstyr og materiale.				
<b>Indhold</b>	<p>Klinikken har procedurer for hygiejnen i klinikken både i forhold til bygninger og inventar og blandt personalet.</p> <p><b>Rengøring</b></p> <p>Klinikken har procedurer for rengøring af lokaler og inventar, så det er sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt for patienter, pårørende, læger og praksispersonale. Rengøring skal udføres, så smittefare reduceres, og forurening ikke spredes.</p> <p><b>Udstyr og materialer til flergangsbrug</b></p> <p>Klinikken har procedurer for rengøring og opbevaring af medicinsk udstyr og materialer til flergangsbrug. Anvendt apparatur og udstyr rengøres i forhold til forskrifter udstukket fra leverandør, Sundhedsstyrelsen eller andre relevante aktører. Sterilt apparatur og udstyr samt produkter bør opbevares forsvarligt, således at forurening undgås, og det sikres, at eventuelle holdbarhedsdatoer ikke er overskredet. Kontrol af udstyr til sterilisering og rengøring af medicinsk udstyr til flergangsbrug skal registreres i fx en logbog.</p> <p><b>Håndhygiejne</b></p> <p>Der gennemføres god håndhygiejne ved anvendelse af hånddesinfektion, håndvask og brug af engangshandsker. Der skal forefindes håndhygiejnefaciliteter, håndhygiejnemidler og personlige værnemidler i de lokaler eller nært tilstødende lokaler, hvor der udføres undersøgelse og behandling.</p> <p>Klinikken har procedurer for håndhygiejne, der som minimum indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hånddesinfektion, håndvask og brug af medicinske engangshandsker.</li> <li>b. Brug af håndsmykker og armbåndsure.</li> </ol> <p><b>Smittefarlige patienter</b></p> <p>Klinikken har procedurer for håndtering af smittefarlige patienter herunder MRSA-patienter. Nationale Kliniske guidelines for håndtering af andre smittefarlige patienter følges.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.3 Utilsigtede hændelser</p> <p>2.3 Parakliniske undersøgelser</p> <p>3.4 Anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af kliniske utensilier og medicin/vaccine</p>				

<b>Titel</b>	<b>4.1 Hygiejne</b>			
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Ledelse og organisation			
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Ved interview med lægen kan denne redegøre for procedurer for rengøring af lokaler og inventar.			
<b>Indikator 2</b>	Ved interview med lægen og praksispersonale kan de redegøre for procedurer for rengøring og opbevaring af medicinsk udstyr og materialer til flergangsbrug.			
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for håndtering af håndhygiejne.			
<b>Indikator 4</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for håndtering af særligt smittefarlige patienter.			
<b>Indikator 5</b>	Der udføres kontrol af udstyr til sterilisering og rengøring af medicinsk udstyr til flergangsbrug. Klinikken fastsætter selv hyppigheden med udgangspunkt i eventuelle anbefalinger fra eksempelvis Sundhedsstyrelsen, og der følges op herpå.			
<b>Indikator 6</b>	Kvaliteten af rengøringen af lokaler og inventar vurderes, og der følges op herpå. Klinikken fastsætter selv hyppigheden.			
<b>Referencer</b>				
1.	Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, Sundhedsstyrelsen 2011			
2.	Forebyggelse af spredning af MRSA. Vejledning. Sundhedsstyrelsen, 2006			
3.	Vejledning om human immundefekt virus HIV og forebyggelse af blodbåren smitte, Sundhedsstyrelsen 1992			
4.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014			

<b>Titel</b>	<b>4.2 Ledelse og drift</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ledelse og organisation				
<b>Standard</b>	Klinikken har en entydig ledelse og arbejder med udvikling af klinikken drift og kvalitet.				
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en entydig ledelse af klinikken med klar ansvarsfordeling.</li> <li>• optimal udnyttelse af ressourcer.</li> <li>• at der er mål for klinikken udvikling.</li> <li>• at der er en plan for kvalitetsovervågning.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p>Klinikken skal kunne imødekomme både nuværende og fremtidige udfordringer og krav. Det kan være såvel anvendelse af ny viden og forskning i klinisk praksis, nye krav i overenskomsten, regionale krav og forventninger, udviklingen af nye teknologiske muligheder som ændring af økonomiske forudsætninger.</p> <p>Som klinik skal man løbende forholde sig til disse krav og udfordringer og indrette og udvikle den daglige drift, så kravene imødekommes. Et redskab hertil er formulering af plan for udvikling af klinikken, hvor der formuleres mål for den fortsatte udvikling, som tager højde for nye krav og forventninger. En sådan plan skal minimum revideres en gang årligt. Det kan fx være mål for indførelse af nye behandlingsmetoder, nyt apparatur, ansættelse af nyt personale, udvidelse af praksis, anvendelse af it og lignende. Praksisdeklaration kunne naturligt være en del af planen.</p> <p>Planen skal indeholde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hvordan organiserer vi arbejdet med DDKM? Herunder hvem har ansvaret for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet, afholdelse af møder, kursusaktivitet, udarbejdelse af retningslinjer mv.</li> <li>b. Ansvars- og opgavebeskrivelse for læger og ikke-lægeligt personale.</li> <li>c. Plan for kvalitetsovervågning. Hvem skal foretage kvalitetsovervågninger, og hvor ofte skal der foretages kvalitetsovervågninger fx gennemgang af journaler, kontrol af autoklave, kontrol af medicinskab mv., herunder også, hvordan det besluttes at iværksætte kvalitetsforbedringstiltag, hvis der konstateres kvalitetsbrist, og hvordan effekten af disse evalueres og eventuelle nye tiltag iværksættes.</li> <li>d. Udviklingsmål for klinikken, herunder indførelsen af nye tiltag, eksempelvis nye behandlingsformer, nye tiltag i overenskomst og lignende.</li> </ol>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.1 Den faglige kvalitet</p> <p>1.3 Utsigtede hændelser</p> <p>2.2 Lægemedelordination og receptfornyelse</p> <p>3.1 Tilgængelighed</p> <p>4.3 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling</p>				
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					

<b>Titel</b>	<b>4.2 Ledelse og drift</b>			
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Ledelse og organisation			
<b>Indikator 1</b>	Der er en plan for udvikling af klinikken indeholdende punkt a-d.			
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for ansvars- og opgavefordeling i klinikken og definere egne roller. Herunder også ansvar for koordinering af klinikkens kvalitetsudviklings- og patientsikkerhedsarbejde.			
<b>Indikator 3</b>	Ved interview med lægen kan denne redegøre for, hvilke mål, der er for klinikkens udvikling.			
<b>Indikator 4</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale, kan de redegøre for, hvilken kvalitetsovervågning, der foregår i klinikken.			
<b>Indikator 5</b>	<p>Ved interview med lægen kan denne redegøre for, hvordan:</p> <p>det besluttes at gennemføre kvalitetsforbedringstiltag, hvis kvalitetsovervågningen viser kvalitetsproblemer.</p> <p>det vurderes, om tiltag har haft den ønskede effekt, og der iværksættes nye initiativer, hvis den ønskede effekt ikke er opnået.</p>			
<b>Referencer</b>				
1.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014			

<b>Titel</b>	<b>4.3 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ledelse og organisation				
<b>Standard</b>	Klinikken fastsætter rammerne for ansættelse, introduktion af nyansatte og for kompetenceudvikling af ansatte læger og praksispersonale.				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der ansættes læger og praksispersonale med en relevant kompetenceprofil.</li> <li>• nyansatte og uddannelseslæger opnår kendskab til klinikkens opgaver og drift.</li> <li>• ansvars- og opgavefordeling i klinikken er tydelig for de nyansatte læger.</li> <li>• praksispersonale til enhver tid har de nødvendige kompetencer til løsning af klinikkens opgaver.</li> <li>• der er et attraktivt læringsmiljø i klinikken.</li> <li>• der er de bedste betingelser for rekruttering og fastholdelse af ansatte læger og praksispersonale.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p>Klinikken har en procedure for ansættelse og introduktion med det formål at skabe sikkerhed for, at nyansatte har de rette kvalifikationer, og at der er dokumentation for autorisation og uddannelse. Nyansatte gennemgår et introduktionsprogram, der er målrettet den enkeltes uddannelsesmæssige baggrund og erfaring, og alle får en funktionsbeskrivelse.</p> <p>Uddannelseslæger og andre under uddannelse i klinikken introduceres til klinikkens opgaver, ansvarsfordeling, drift og eventuelle fastsatte kvalitets- eller servicemål. Herudover introduceres nyansatte til relevante procedurer og retningslinjer, herunder de patientsikkerhedskritiske standarder.</p> <p>Der sikres gode arbejdsforhold, herunder supervision, fysiske/psykiske rammer, introduktion mv. for uddannelseslæger og andre, der er under uddannelse.</p> <p>Det sikres at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• uddannelseslæger og andre, der uddannes i klinikken, udelukkende gives opgaver, som de kan varetage, og at der er tilstrækkelig supervision</li> <li>• uddannelseslæger og praksispersonale lærer klinikkens ansvars- og opgavefordeling at kende</li> </ul> <p>Fungerer praksispersonale som medhjælp, eksempelvis sygeplejerske, instrueres medhjælpen, og der føres i fornødent omfang tilsyn med arbejdet. For at sikre, at læger (herunder ansatte læger) og praksispersonale til enhver tid har de nødvendige kompetencer til løsning af klinikkens opgaver, vurderes regelmæssigt behov for kompetenceudvikling. Hvor det vurderes relevant, sikres et relevant uddannelsesstilbud. Kompetenceudvikling er alle former for udvikling og læring, herunder intern og ekstern kursusaktivitet, efter- og videreuddannelse mv. kompetenceudvikling kan drøftes ved en eventuel årlig medarbejderudviklingssamtale.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.1 Den faglige kvalitet</p> <p>1.3 Utsigtede hændelser</p>				

<b>Titel</b>	<b>4.3 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling</b>				
<b>Sektor</b>	Almen praksis	<b>Version</b>	1	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ledelse og organisation				
	2.4 Akutberedskab og hjertestop 4.2 Ledelse og drift				
<b>Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for klinikkens procedurer ved ansættelse og introduktion af læger og praksispersonale, og at proceduren er fulgt ved nyansættelser inden for det sidste år.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med lægen og praksispersonale kan de redegøre for muligheden for og den praktiske gennemførelse af supervision af praksispersonale.				
<b>Indikator 3</b>	Fungerer praksispersonale som medhjælp, fx sygeplejerske, kan lægen og praksispersonale redegøre for, hvordan der sker instruktion af medhjælp, og der føres fornødent tilsyn med arbejdet.				
<b>Indikator 4</b>	Ved interview med lægen og praksispersonale kan de redegøre for overvejelser omkring kompetenceudvikling i klinikken.				
<b>Referencer</b>					
1.	<a href="http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk">http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk</a>				
2.	<a href="http://pla.dk/">http://pla.dk/</a>				
3.	<a href="http://www.sst.dk">www.sst.dk</a>				
4.	<a href="http://www.dsam.dk">www.dsam.dk</a>				
5.	Lovbekendtgørelse nr. 81. af 3. februar 2009 om retsforholdet mellem arbejdsgivere og funktionærer (Funktionærloven)				
6.	Overenskomst om almen praksis af 1.9.2014				



## Bilag 1. Oversigt over krav til beskrivelse af arbejdsgange

Std.nr.	Standardtitel	Type af beskrivelse (skriftlighedskrav til retningslinjer og planer)
1.1	Den faglige kvalitet	Procedurer
1.2	Anvendelse af god klinisk praksis	Procedurer, eksisterende kliniske retningslinjer
1.3	Utilsigtede hændelser	Procedurer
1.4	Patienters oplevelse	Procedurer
2.1	Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter	Procedurer, retningslinjer
2.2	Lægemedelordination og receptfornyelse	Procedurer, retningslinjer
2.3	Parakliniske undersøgelser	Procedurer, retningslinjer
2.4	Akutberedskab og hjertestop	Procedurer, retningslinjer
2.5	Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed	Procedurer
3.1	Tilgængelighed	Procedurer, retningslinjer
3.2	Henvi sning	Procedurer
3.3	Koordination af patientforløb	Procedurer
3.4	Anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af kliniske utensilier og medicin/vaccine	Procedurer
4.1	Hygiejne	Procedurer
4.2	Ledelse og drift	Plan
4.3	Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling	Procedurer, planer

## Bilag 2. Oversigt over kvalitetsovervågning

Std.nr.	Standardtitel	Type af kvalitetsovervågning
1.1	Den faglige kvalitet	Datafangst og kvalitetsrapporter
1.2	Anvendelse af god klinisk praksis	Datafangst
1.3	Utilsigtede hændelser	Vurdering
1.4	Patienters oplevelse	Opgørelse og vurdering af feedback fra patienter
2.1	Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter	Ingen
2.2	Lægemedelordination og receptfornyelse	Utilsigtede hændelser, opgørelse og vurdering af feedback fra apoteker, Datafangst
2.3	Parakliniske undersøgelser	Kontrol af laboratorieudstyr, deltagelse i regionale laboratorie kvalitets sikringsordninger
2.4	Akutberedskab og hjertestop	Kontrol af lægemidler/eventuelt hjertestartere, dokumentation for uddannelse
2.5	Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed	Gennemgang af journaler
3.1	Tilgængelighed	Måling af patienters oplevelse
3.2	Henvising	Opgørelse og vurdering af feedback vedrørende henvising
3.3	Koordination af patientforløb	Utilsigtede hændelser
3.4	Anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af kliniske utensilier og medicin/vaccine	Kontrol af lægemidler og utensilier
4.1	Hygiejne	Kontrol af medicinsk udstyr til flergangsbrug, kontrol af rengøring
4.2	Ledelse og drift	Ingen
4.3	Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling	Vurdering af kompetenceudvikling/supervision

### Bilag 3. Anvendte centrale begreber i standarderne

Begreb	Definition/forklaring
Standard	Beskriver krav til kvaliteten og lægges til grund for akkrediteringen
Indikator	Det, som klinikken vil blive vurderet på i forbindelse med det eksterne survey
Ekstern survey	Ekstern survey gennemføres hvert tredje år og er et evalueringsbesøg i klinikken, hvor to surveyors besøger klinikken og vurderer, om klinikken lever op til kravene (indikatorerne) i DDKM. Danner baggrund for akkreditering. Der udarbejdes en rapport, og akkrediteringsnævnet tildeler akkrediteringsstatus
Akkreditering	Procedure, hvor et anerkendt organ, IKAS, vurderer, om klinikken lever op til akkrediteringsstandarderne
Klinikken	Klinikken består af en praktiserende læge med et ydernummer (evt. flere læger under samme ydernummer) og praksispersonale. Dækker ikke rengøringspersonale og lignende
Praksispersonale	Ansatte læger, uddannelseslæger, sygeplejersker, sekretærer, bioanalytikere og lignende
Procedurer	<p>En ikke nedskreven beskrivelse af, hvordan en arbejdsgang gennemføres trin for trin. Der skal være enighed om proceduren blandt læger og relevant praksispersonale, og den skal konsekvent følges af alle.</p> <p>I nogle tilfælde kan det være en fordel at nedskrive en procedure, så alle i klinikken kan orientere sig i forhold til, hvordan en konkret procedure/arbejdsgang gennemføres.</p> <p>Som udgangspunkt er det frivilligt, om der er skriftlige eller mundtlige procedurer. Dog skal der altid være skriftlige procedurer, hvis der er mere end to deltagende faggrupper i en proces, eksempelvis læge, sygeplejerske og sekretær. En skriftlig procedure betegnes som en retningslinje</p>
Retningslinje	Et skriftligt udarbejdet dokument, som systematisk beskriver, hvordan en arbejdsgang trin for trin gennemføres. Det kan eksempelvis være en klinisk retningslinje udarbejdet af DSAM eller egne udarbejdede dokumenter
Redegøre	Klinikken skal via interviews, gennemgang af konkrete patientforløb, mv. fortælle og vise, hvordan en given arbejdsgang håndteres i klinikken
Dokumentation	Klinikken skal skriftligt kunne dokumentere et område, eksempelvis ved referat, en tjekliste, logbog, gennemgang af journal og lignende
Polyfarmacipatienter	Patienter i samtidig behandling med seks eller flere lægemidler

