



Den Danske Kvalitetsmodel Akkrediteringsstandarder for speciallægepraksis

1. version, 1. udgave

November 2014



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



Forord

Dette er 1. version af Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, for praktiserende speciallæger, som skal anvendes ved eksterne surveys fra 1. oktober 2015.

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 selv-evaluering og kvalitetsforbedring. IKAS skal herudover forestå en periodevis, ensartet og uvildig ekstern evaluering af kvalitetsforbedringer baseret på et fælles vurderingsgrundlag, nemlig akkrediteringsstandarder. De eksterne evalueringer skal tilrettelægges, så de kan danne grundlag for en samlet akkreditering af den enkelte klinik. Akkrediteringsstatus offentliggøres.

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 praktiserende speciallæger.

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

Forord	2
Introduktion til Den Danske Kvalitetsmodel i speciallægepraksis	4
Indledning.....	4
Hvad er Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM?	4
Hvad kan du som praktiserende speciallæge få ud af at arbejde med DDKM?	5
Generelt om akkrediteringsstandarderne	5
Opbygning af standarderne	6
Love og bekendtgørelser	7
Gyldighed og enhed for akkreditering	7
Hvornår og hvordan kommer du som speciallæge i gang med standarderne?	7
Hvad sker der under eksternt survey?	7
Hvad vil der ske i akkrediteringsprocessen?	8
Hjælp til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel	10
Krav til dokumenter	10
Akkrediteringsstandarder	11
01 Ledelse, kvalitet og drift	11
02 Anvendelse af retningsgivende dokumenter vedrørende diagnostik og behandling.....	13
03 Patientsikkerhed.....	15
04 Utilsigtede hændelser	19
05 Sedation af patienter uden anæstesiologisk medvirken #	21
06 Patientjournalen #	22
07 Patientidentifikation #	24
08 Parakliniske undersøgelser #	25
09 Basal hjerte-lungeredning #	27
10 Visitation og henvisning	29
11 Hygiejne	31
12 Apparatur til diagnostik og behandling	34
13 Personoplysninger og diskretion	35
14 Håndtering af utensilier og lægemidler	37
15 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling	39
16 Patienters oplevelse af kvalitet	41
Bilag 1. Oversigt over krav til beskrivelse af arbejdsgange	43
Bilag 2. Udviklingsgruppens medlemmer	44
Bilag 3. Forslag til journalauditspørgsmål	45
Bilag 4. Eksempel på kvalitetsovervågningsplan	47
Bilag 5. Anvendte begreber	48
Bilag 6. Oversigt over kvalitetsovervågning	49
Bilag 7. Skabelon for retningslinje	50

Introduktion til Den Danske Kvalitetsmodel i speciallægepraksis

Indledning

Som en del af overenskomsten 2011 mellem Foreningen af Praktiserende Speciallæger, FAPS, og Regionernes Lønnings- og Takstnævn (RLTN), blev det besluttet at udvikle en kvalitetsmodel for speciallægepraksis 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 speciallæger, udpeget af FAPS, repræsentanter fra Danske Regioner, regionerne samt Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS. Se arbejdsgruppe i bilag 2.

Ved 'Aftale om fornyelse af Overenskomst om speciallægehjælp' mellem RLTN og FAS af 26. september 2014 fremgår, at alle speciallæger, der praktiserer i henhold til Overenskomst om speciallægehjælp, skal akkrediteres efter særlige standarder udviklet til brug i speciallægepraksis i forhold til DDKM. Akkrediteringen gælder for en treårig periode, og det forudsættes, at alle praksis er akkrediteret første gang inden udgangen af 2018.

Første eksterne survey skal finde sted 1. oktober 2015.

DDKM for speciallægepraksis dækker de 16 specialer, der er dækket af overenskomsten om speciallægehjælp. Derfor vil der være standarder og dele af enkelte standarder, som ikke vil være relevante for alle specialer og klinikker. Sundhedsstyrelsens generiske målepunkter for tilsyn med private behandlingssteder er brugt som udgangspunkt og er indarbejdet i mange af standarderne. Herudover er der taget udgangspunkt i gældende lovgivning, nationale guidelines mv.

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. Almen praksis skal akkrediteres fra 1. januar 2016, og de kommende år udbygges med øvrige praksisområder.

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 speciallægepraksis.
- 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 speciallæge få ud af at arbejde med DDKM?

- Du får et redskab til at sikre en høj og ensartet 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 det bl.a., at:

- der arbejdes med udvikling af ledelse.
- der er planer for udvikling af klinikkens kvalitet og drift.
- læger og ikke-lægeligt personale er fagligt opdaterede i forhold til nyeste viden.
- bestilling af parakliniske undersøgelser håndteres korrekt, og der sikres opfølgning på prøvesvar.
- utensilier og lægemidler håndteres korrekt.
- 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 ensartet visitation af patienter.
- alle i klinikken ved, hvordan hjertestop og akut sygdom håndteres.
- der er styr på hygiejnen.
- der arbejdes med udvikling af kompetencer, ledelse og drift.

Generelt om akkrediteringsstandarderne

DDKM for praktiserende speciallæger 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.

Standardernes temaer dækker centrale arbejdsprocesser i klinikken lige fra henvisning og visitation til behandling, håndtering af parakliniske undersøgelser, ledelse, ansættelse og introduktion af personale.

Standard et til fire indeholder de overordnede rammer for arbejdet med kvalitetsudvikling, nemlig ledelse og drift af klinikken, hvordan klinikken arbejder ud fra kliniske retningslinjer vedrørende diagnostik og behandling, utilsigtede hændelser samt risikostyring. Herefter kommer fem patientsikkerhedskritiske standarder og otte øvrige standarder, der vedrører visitation og henvisning, hygiejne, apparatur, håndtering af utensilier og lægemidler mv.

Patientsikkerhedskritiske standarder skal være "Helt opfyldt" eller "I betydelig grad opfyldt" for at klinikken kan blive akkrediteret.

**De fem patientsikkerhedskritiske standarder
(markeret med # efter standardtitlen)**

- 05. Sedation af patienter uden anæstesiologisk medvirken
- 06. Patientjournalen
- 07. Patientidentifikation
- 08. Parakliniske undersøgelser
- 09. Basal hjerte-lungeredning

Opbygning af standarderne

Akkrediteringsstandarderne for praktiserende speciallæger er udarbejdet 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. Der vil her stå, om der skal udarbejdes skriftlige retningslinjer, eller om der skal være procedurer for arbejdsgange. Det er ikke et krav, at procedurer nedskrives, men det kan være en god idé, så alle i klinikken kan kende og følge de fastsatte procedurer. Herudover vil der stå krav til, hvordan kvaliteten måles.

Hvis der er standarder, som 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 5.

Titel	<i>Titel for standard</i>			
Sektor	<i>Beskriver, hvilken sektor standard-sættet vedrører.</i>	Version		Udgave
Standard	<i>Beskriver formålet med standarden.</i>			
Formål	<i>Beskriver formålet med standarden – hvordan målet nås</i>			
Indhold	<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>			
Krydsreferencer	<i>Henvisninger til andre standarder, som indholdsmæssigt er knyttet sammen.</i>			
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:				
Indikatorer	<i>Beskriver det, de eksterne surveyors vil vurdere klinikken på i forbindelse med det eksterne survey. Herudover hvilke metoder, der vil blive anvendt.</i>			
Referencer	<i>I dette felt angives udvalgte referencer til den pågældende akkrediteringsstandard.</i>			

Love og bekendtgørelser

Akkrediteringsstandarderne tager udgangspunkt i gældende lovgivning, bekendtgørelser mv., og det vil altid være den gældende lovgivning på tidspunktet for ekstern 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 bør konsulteres, når der arbejdes med standarderne.

Referencerne er gældende på tidspunktet for udgivelsen af standarden. På 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. Sundhedsstyrelsens generiske målepunkter for tilsyn med private behandlingssteder er brugt som udgangspunkt og er indarbejdet i mange af standarderne. Det anbefales altid at tjekke nyeste version af målepunkter, når der arbejdes med standarderne.

Gyldighed og enhed for akkreditering

Dette sæt af akkrediteringsstandarder anvendes ved alle eksterne surveys i speciallægepraksis, der påbegyndes 1. oktober 2015. Det er det enkelte ydernummer og hertil knyttede læger og ikke-lægeligt personale med patientkontakt, som bliver akkrediteret. Hvis flere ydernumre deler ikke-lægeligt personale vil besøg så vidt muligt foregå samme dag. I det følgende defineres en klinik som et ydernummer med dertilhørende læge eller læger samt ikke-lægeligt personale.

Hvornår og hvordan kommer du som speciallæge i gang med standarderne?

- Det er vigtigt, at klinikken påbegynder arbejdet med standarderne og gennemfører de påkrævede kvalitetsovervågninger min. 1 år før surveybesøget og frem til og efter besøget.
- Læs denne indledning, og få en forståelse af, 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. 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 lægen har mere end to til at assistere sig med opgaven.
- 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. Eksempelvis er der krav til dato for, hvornår dokumentet skal revideres, og hvem der er ansvarlig for dokumentet.
- 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?

Hvert tredje år får klinikken besøg af to surveyors. Surveyteamet vil som udgangspunkt bestå af en speciallæge samt en kvalitetskonsulent, som typisk vil være en sygeplejerske med erfaring fra praksis. De vil inter-

viewe lægen/lægerne og ikke-lægeligt personale 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. Lidt længere, hvis der er flere end 2 læger i klinikken.

Surveyorne vil:

- undersøge, om der foreligger skriftlige retningslinjer og planer for de krævede områder (se bilag 1), og om de indeholder de krav, der er beskrevet i standardens "Indhold".
- undersøge om klinikkens læge/læger og ikke-lægeligt personale følger de retningslinjer og planer, der er krav om i akkrediteringsstandarderne, og som er relevante for deres arbejdsopgaver.
- undersøge, om der er procedurer for forskellige arbejdsgange, og om klinikkens læge/læger og ikke-lægeligt personale kender og følger de procedurer, der er krav om i akkrediteringsstandarderne, og som er relevante for deres arbejdsopgaver.
- undersøge, om klinikken har målt kvaliteten ved at gennemføre journalaudit, 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 akkreditering
Akkreditering pågår

Hvis klinikken får vurderingen Midlertidig akkreditering 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 den e-boks, der er tilknyttet virksomhedens CVR-nummer, modtage en dato for det eksterne survey ca. et år forinden. Som udgangspunkt vil denne dato ikke kunne ændres. Besøget foregår inden for normal arbejdstid. Det forventes, at alle læger og alt ikke-lægeligt personale med patientkontakt er til stede under det eksterne survey. Besøg vil blive planlagt således, at alle klinikker inden for samme specialer vil blive akkrediteret inden for samme periode.
2. Klinikken skal herefter inden for en måned via DAK-E's hjemmeside indtaste praktiske baggrundsoplysninger vedrørende klinikken herunder organisationsform, antal læger, antal ikke-lægeligt personale mv. Samtidigt skal man huske at "vinge" af i feltet for bekræftelse af den tildelte surveydato.

3. 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.
4. Få dage efter besøget modtager klinikken via e-boks en høringsrapport. Der er mulighed for at komme med indsigelser til denne rapport, hvis klinikken vurderer, at der er misforståelser. Dette skal ske inden for 10 arbejdsdage.
5. Rapporten vil herefter blive behandlet i akkrediteringsnævnet, og akkrediteringsstatus meldes tilbage til klinikken via e-boks. Den endelige rapport lægges op på DAK-E's akkrediteringsplatform. Man kan læse mere om akkrediteringsnævnet på www.ikas.dk.
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, afhængig af typen af kvalitetsproblemer, som surveyorne har identificeret. Praksis vil modtage information fra IKAS vedrørende opfølgningen, ligesom der vil blive mulighed for nærmere rådgivning, bl.a. af eKVIS. Klinikken har herefter mulighed for at blive tildelt status akkrediteret efter ny nævnsbehandling.
7. Klinikken modtager certifikat med akkrediteringsstatus og akkrediteringsstatus offentliggøres på IKAS' hjemmeside.

Hjælp til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel

Der gennemføres opstartsmøder for alle specialer i perioden 1. januar 2015 - 30. september 2015 med introduktion til DDKM i speciallægepraksis.

I regi af eKVIS etableres der specialebaserede netværksgrupper til understøttelse af akkrediteringsprocessen. Disse netværksgrupper mødes og drøfter retningsgivende dokumenter, implementering af standarder samt kvalitetsmålinger.

I forhold til Datafangst vil der kunne hentes hjælp i DAK-E.

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

Alle kan via IKAS' hjemmeside (<http://www.ikas.dk/om-os/kontakt/>) stille spørgsmål til IKAS vedrørende akkrediteringsstandarderne og akkrediteringsprocessen. Hvis det viser sig, at mange har spørgsmål om forståelsen af en indikator, laver vi en uddybende forklaring til indikatoren (en FAQ), som kan læses lige efter indikatoren i den elektroniske version af standardsættet.

Krav til dokumenter

Klinikkens dokumenter (retningslinjer, planer og lignende) skal 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?
- 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 sidste nye version. Dokumenter skal versionsstyres, så man kan finde tilbage til dokumenter, der var gældende på et bestemt tidspunkt (dokumenthistorikken).

På eKVIS hjemmeside (<http://ekvis.dk>) og DAK-E's hjemmeside (<http://www.dak-e.dk/>), kan der ses eksempler på retningslinjer, der følger kravene ovenfor.

Klinikken kan med fordel bruge en fast skabelon for sine dokumenter. Se eksempel i bilag 7.

Akkrediteringsstandarder

Titel	01 Ledelse, kvalitet og drift				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	Klinikken har en entydig ledelse og arbejder med udvikling af klinikens drift og kvalitet.				
Formål	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • en entydig ledelse af klinikken med klar ansvarsfordeling. • optimal udnyttelse af ressourcer. • at der er mål for klinikens udvikling. • at der er en plan for kvalitetsovervågning. 				
Indhold	<p>Klinikken skal kunne imødekomme både nuværende og fremtidige udfordringer og krav. Det kan være såvel udviklingen af nye teknologiske muligheder, anvendelse af ny viden og forskning i klinisk praksis, nye krav i overenskomsten, regionale krav og forventninger som ændring af økonomiske forudsætninger. Klinikken skal arbejde på at sikre en optimal udnyttelse af ressourcerne, herunder nedbringelse af spild og ændring af uhensigtsmæssige arbejdsgange og arbejdsdeling internt i klinikken.</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, indførelse af SMS-påmindelser og lignende. Praksisdeklaration kunne naturligt være en del af planen.</p> <p>Planen skal indeholde:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hvordan organiserer vi arbejdet med DDKM? Herunder hvem har ansvaret for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet, afholdelse af møder, kursusaktivitet, udarbejdelse af retningslinjer mv. b. Ansvars- og opgavebeskrivelse for læger og ikke-lægeligt personale. c. Plan for kvalitetsovervågning, hvem skal foretage kvalitetsovervågninger og hvor ofte skal der foretages kvalitetsovervågninger fx journalaudit, kontrol af autoklave, kontrol af medicinskab mv., herunder også hvordan det besluttes at iværksætte kvalitetsforbedringstiltag, hvis der konstateres kvalitetsbrist og at effekten af disse evalueres og eventuelle nye tiltag iværksættes. Se eksempel på kvalitetsovervågningsplan i bilag 4. d. Udviklingsmål for klinikken, herunder indførelsen af nye tiltag, eksempelvis nye behandlingsformer, nye tiltag i overenskomst og lignende. <p>Herudover kan der eventuelt suppleres med beskrivelse af personalsituation, herunder ansættelse af nyt personale, uddannelseslæger mv.</p>				
Krydsreferencer	15. Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling				
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Der er en plan for udvikling af klinikken, der indeholder punkt a-d.				

Titel	01 Ledelse, kvalitet og drift				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Indikator 2	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for ansvars- og opgavefordeling i klinikken og definere egne roller, herunder også ansvar for koordinering af klinikken kvalitetsudviklings- og patientsikkerhedsarbejde.				
Indikator 3	Ved interviews med lægen kan denne redegøre for, hvilke mål, der er for klinikken udvikling.				
Indikator 4	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale, kan de redegøre for, hvilken kvalitetsovervågning, der foregår i klinikken.				
Indikator 5	Ved interviews med lægen kan denne redegøre for, hvordan: <ul style="list-style-type: none"> • det besluttet at gennemføre kvalitetsforbedringstiltag, hvis kvalitetsovervågningen viser kvalitetsproblemer. • det vurderes, om tiltag har haft den ønskede effekt. • der iværksættes nye initiativer, hvis den ønskede effekt ikke er opnået. 				
Referencer					
1.	Overenskomst om speciallægehjælp, Danske Regioner og FAPS, 2011				

Titel	02 Anvendelse af retningsgivende dokumenter vedrørende diagnostik og behandling				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	Klinikken anvender gældende retningslinjer for diagnostik og behandling som grundlag for behandlingsbeslutninger.				
Formål	At sikre ensartet høj faglig og organisatorisk kvalitet i diagnostik og behandling i overensstemmelse med erfaren specialiststandard.				
Indhold	<p>Klinikken følger gældende retningslinjer for diagnostik og behandling og udøver lægeligt skøn.</p> <p>Kliniske retningslinjer for diagnostik og behandling kan være internationale, nationale fra eksempelvis Sundhedsstyrelsen, behandlingsvejledninger fra videnskabelige selskaber, regionale retningslinjer fra sygehuse mv.</p> <p>Andre retningslinjer kan fx være patientforløbsprogrammer og sundhedsaftaler. Klinikken skal have en oversigt over, hvilke retningslinjer, der anvendes fx via links til retningslinjer fra videnskabelige selskaber, Sundhedsstyrelsen mv.</p> <p>Det kan i konkrete tilfælde være velbegrundet at fravige retningslinjer. Væsentlige fravalg beskrives og begrundes i patientjournalen.</p> <p>Der rapporteres til relevante kliniske kvalitetsdatabaser, og klinikken forholder sig til egne resultater fra databaserne. Datafangst anvendes i de tilfælde, det er udbredt til specialet, og kvalitetsrapporter fra Datafangst anvendes til kvalitetsudvikling.</p> <p>På eKVIS hjemmeside kan ses en oversigt over obligatoriske og frivillige kliniske kvalitetsdatabaser inden for de enkelte specialer.</p>				
Krydsreferencer	03. Patientsikkerhed 06. Patientjournalen #				
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Der er en oversigt over, hvilke retningslinjer for diagnostik og behandling, der anvendes i klinikken.				
Indikator 2	Ved interviews med lægen kan denne redegøre for, hvordan typiske patientforløb håndteres i klinikken med afsæt i gældende retningslinjer.				
Indikator 3	Ved interviews med lægen kan denne redegøre for, i hvilke tilfælde, de typisk vil afvige fra de retningsgivende dokumenter for diagnostik og behandling, der anvendes i klinikken.				
Indikator 4	Ved interviews med lægen og ikke- lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan data rapporteres til relevante kliniske kvalitetsdatabaser og data udtrækkes til datafangst.				
Indikator 5	En gang årligt udvælger klinikken tilfældigt 20 aktuelle journaler. Der udføres journalaudit på disse, hvor det undersøges, om diagnostik og behandling følger retningslinjer for diagnostik og behandling. Det er klinikken selv, der gennemfører disse audits. Hvis der er påvist mangler, er der rettet op på dette og				

Titel	02 Anvendelse af retningsgivende dokumenter vedrørende diagnostik og behandling				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
	<p>gennemført en ny journalaudit indenfor tre måneder.</p> <p>Bilag 3 indeholder forslag til auditspørgsmål.</p>				
Indikator 6	<p>En gang årligt udvælger klinikken tilfældigt 20 aktuelle journaler. Der udføres journalaudit på disse, hvor det undersøges, om fravigelser fra retningsgivende dokumenter for diagnostik og behandling er angivet i patientjournalen. Det er klinikken selv, der gennemfører disse audits. Hvis der er påvist mangler, er der rettet op på dette og gennemført en ny journalaudit inden for fire måneder.</p> <p>Bilag 3 indeholder forslag til auditspørgsmål.</p>				
Indikator 7	<p>Ved interviews med lægen kan denne redegøre for kontinuerlig brug af egne resultater fra kliniske kvalitetsdatabaser og kvalitetsrapporter fra Datafangst til udvikling af den kliniske faglige kvalitet og henvise til de konkrete resultater og rapporter.</p> <p>Denne indikator er kun relevant, hvis klinikken rapporterer til kliniske kvalitetsdata-baser og/eller anvender Datafangst.</p>				
Referencer					
1.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9001 af 20. november 2000 om udfærdigelse af instrukser				

Titel	03 Patientsikkerhed				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	Klinikken identificerer og reducerer risici for patienter.				
Formål	At fremme patientsikkerheden i klinikken og begrænse risikoen for utilsigtede hændelser og komplikationer.				
Indhold	<p>Klinikken skal forebygge, at der sker skader på patienter ved at identificere arbejdsgange, behandlinger og anvendelse af apparatur, hvor der er en øget risiko for skade på patienten samt komplikationer i patientforløbet, og klinikken iværksætter tiltag til at forebygge disse. Øget risiko for skade kan fx være blødning, hjertestop, forbrænding og forveksling.</p> <p>Potentielle risikoområder identificeres og der iværksættes tiltag til forebyggelse af skade og komplikationer. Herudover beskrives det, hvordan det håndteres, hvis skade eller komplikationer opstår. Det kan eksempelvis være håndtering af blødninger i forbindelse med operative indgreb, hjertestop, anafylaktisk reaktion, besvimelse osv.</p> <p>Klinikken har et værktøj til risikovurdering ved indførelsen af nye behandlinger og nyt apparatur. Dette værktøj indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> Identifikation af risiko for skade eller komplikationer ved indførelse af nye behandlinger, arbejdsgange og apparatur. Hvordan risiko for skade og komplikationer inden for de identificerede risikoområder forebygges. Hvordan det håndteres, hvis der sker skader eller komplikationer inden for de identificerede risikoområder. <p>Der kan eksempelvis anvendes et risikostyringsskema, hvor mulige risici scores, og der iværksættes tiltag til forebyggelse og minimering af risici. Se eksempel på eKVIS hjemmeside http://ekvis.dk/.</p> <p>For klinikker, som foretager operative indgreb i lokal eller fuld anæstesi:</p> <p>Ved kirurgiske indgreb tages der udgangspunkt i principper for Sikker Kirurgi med det formål at forebygge forvekslinger. Klinikken skal have procedurer for, hvordan forvekslinger forebygges. Ved forvekslinger menes eksempelvis operation af forkert patient, forkert type indgreb, forkert side og forkert billedmateriale. Det sikres, at patienten har givet informeret samtykke til indgrebet, og at eventuelt ikke-lægeligt personale er introduceret i typen af indgreb og håndtering af mulige komplikationer.</p> <p>Klinikken har, hvor det er relevant, retningslinjer for håndtering af større blødninger under og efter et operativt indgreb. Et blødningsberedskab indebærer, at det er muligt at behandle en større blødning på stedet og/eller, at der er kompetencer til at gøre patienten transportabel og herefter overflytte patienten.</p> <p>For klinikker, som foretager operative indgreb i fuld anæstesi:</p> <p>Klinikken har retningslinjer for overvågning af patienter, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hvad der skal overvåges af hvem og hvad der angives i patientjournalen. Krav til relevant udstyr i opvågningsfasen. 				

Titel	03 Patientsikkerhed			
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave 1
	<p>Typen af overvågning af patienter samt hvilke parametre, der skal observeres og dokumenteres, afgøres i forhold til patientgruppen, type af indgreb mv.</p> <p>Klinikken har procedurer for håndtering af patienter, hvis tilstand forværres kritisk under eller efter et operativt indgreb, herunder tilgængelighed og anvendelse af antidoter. Der skal være en sundhedsperson tilstede, som kan assistere den, der varetager operationen, ved akutte alvorlige komplikationer som fx større blødninger eller hjertestop.</p> <p>For patienter, der gennemgår et operativt indgreb med anæstesiologisk medvirken, skal patientjournalen ud over kravene i standard 06. Patientjournalen, indeholde:</p> <ol style="list-style-type: none"> Anæstesiologens angivelse af den anæstesiologiske vurdering og plan for anæstesi. Overvågningsforløb. Tilstand ved hjemsendelse. 			
Krydsreferencer	<p>02. Anvendelse af retningsgivende dokumenter vedrørende diagnostik og behandling</p> <p>04. Utsigtede hændelser</p> <p>05. Sedation af patienter uden anæstesiologisk medvirken #</p> <p>06. Patientjournalen #</p> <p>07. Patientidentifikation #</p> <p>08. Parakliniske undersøgelser #</p> <p>09. Basal hjerte-lunge redning #</p> <p>10. Visitation og henvisning</p> <p>12. Apparatur til diagnostik og behandling</p> <p>14. Håndtering af utensilier og lægemidler</p>			
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:				
Indikator 1	Ved interviews af lægen kan denne redegøre for, hvordan der gennemføres identifikation af arbejdsgange, behandlinger og anvendelse af apparatur, hvor der er øget risiko for skade på patienten.			
Indikator 2	Ved interviews med lægen kan denne redegøre for, hvilke tiltag, der er iværksat til forebyggelse og håndtering af skade og komplikationer.			
Indikator 3	Ved interviews af lægen kan denne redegøre for, hvordan der gennemføres identifikation af risici for skade og komplikationer ved indførelsen af nye arbejdsgange, behandlinger og apparatur.			
Indikator 4	<p>Ved interviews med lægen kan denne redegøre for, hvilke tiltag, der er iværksat til forebyggelse og håndtering af skader og komplikationer som følge af nye arbejdsgange, behandlinger og apparatur.</p> <p>Denne indikator er kun relevant for klinikker, hvor der indført nye arbejdsgan-</p>			

Titel	03 Patientsikkerhed				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
	ge, nye behandlinger eller nyt udstyr indenfor de sidste par år.				
Indikator 5	<p>Ved interviews af lægen kan denne redegøre for, hvordan der tages udgangspunkt i principper for Sikker Kirurgi til forebyggelse af forvekslinger.</p> <p>Denne indikator er kun relevant for klinikker, der foretager operative indgreb i fuld anæstesi.</p>				
Indikator 6	<p>Ved interviews af lægen og eventuelt ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan større blødninger håndteres, og hvordan patienten eventuelt gøres transportabel og herefter kan overflyttes. Lægen kan henvise til dokumenter, hvori det er beskrevet.</p> <p>Denne indikator er kun relevant for klinikker, der foretager operative indgreb i lokal eller fuld anæstesi, hvor der er risiko for større blødninger.</p>				
Indikator 7	<p>Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan patienter overvåges under og efter operative indgreb i fuld anæstesi og henvise til dokumenter, hvori det er beskrevet.</p> <p>Denne indikator er kun relevant for klinikker, der foretager operative indgreb i fuld anæstesi.</p>				
Indikator 8	<p>Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan patienter, hvis tilstand forværres kritisk under eller efter et operativt indgreb, håndteres.</p> <p>Denne indikator er kun relevant for klinikker, der foretager operative indgreb i fuld anæstesi.</p>				
Indikator 9	<p>En gang årligt udvælger klinikken tilfældigt 20 aktuelle journaler, hvor patienten har været i fuld anæstesi. Der udføres journalaudit på disse, hvor det undersøges, om patientjournalerne indeholder anæstesiologisk vurdering, overvågningsforløb og tilstand ved hjemsendelse. Det er klinikken selv, der gennemfører disse audits. Hvis der er påvist mangler, er der rettet op på dette og gennemført en ny journalaudit inden for fire måneder.</p> <p>Bilag 3 indeholder forslag til auditspørgsmål.</p> <p>Denne indikator er kun relevant for klinikker, der foretager operative indgreb i fuld anæstesi.</p>				
Referencer					
1.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9808 af 13. dec. 2013 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet				
2.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9420 af 30. juni 2006, Sikring mod forvekslinger ved kirurgiske indgreb: 'De fem trin				
3.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9091 af 13. marts 2013 om kontrolforanstaltninger ved anvendelse af servietter, tamponer, duge, instrumenter mv. i forbindelse med operationer				
4.	Vejledning til Sikker Kirurgi Tjekliste. Dansk Selskab for Patientsikkerhed				

Titel	03 Patientsikkerhed			
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave 1
5.	"Kom i gang med Sikker Kirurgi Tjekliste". Dansk Selskab for Patientsikkerhed			
6.	Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder			

Titel	04 Utilsigtede hændelser	Nummer	04		
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	Klinikken rapporterer, analyserer og følger op på utilsigtede hændelser.				
Formål	<ul style="list-style-type: none"> • At reducere risikoen for patientskader som følge af utilsigtede hændelser. • At skabe læring og forbedring på baggrund af utilsigtede hændelser. 				
Indhold	<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. Utilsigtede hændelser dækker derved både nærfejl, hvor skaden afværges, og indtrufne fejl.</p> <p>Utilsigtede hændelser indrapporteres i overensstemmelse med kravene i lovgivningen på www.dpsd.dk, 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. 2, afsnit 4.1).</p> <p>Praktiserede speciallæger 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>Også hændelser foregået i klinikken, rapporteret af andre sundhedspersoner eller patienter, håndteres og følges op. Opsamling og analyse af utilsigtede hændelser kan eventuelt ske i samarbejde med patientsikkerhedsnøglerpersoner i regionerne. Klinikken skal 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 procedurer for håndtering af utilsigtede hændelser, der som minimum beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hvem indrapporterer utilsigtede hændelser. Hvem har ansvaret for opfølgning på utilsigtede hændelser. Hvordan rapporterede utilsigtede hændelser analyseres. Hvordan læring af utilsigtede hændelser anvendes i klinikken. <p>Klinikken har en procedure for rapportering af lægemiddelbivirkninger samt hændelser med medicinsk udstyr til Sundhedsstyrelsen.</p>				
Krydsreferencer	03. Patientsikkerhed				
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan de vil rapportere en utilsigtet hændelse.				
Indikator 2	Ved interview med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan utilsigtede hændelser anvendes til læring i klinikken.				
Indikator 3	Patienter og pårørende informeres om deres mulighed for at indrapportere utilsigtede hændelser.				
Indikator 4	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for,				

Titel	04 Utilsigtede hændelser	Nummer	04		
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
	hvordan de rapporterer lægemiddelbivirkninger og hændelser med medicinsk udstyr til Sundhedsstyrelsen.				
Referencer					
1.	Sundhedsloven, LBK nr. 1202 af 14. november 2014				
2.	Bekendtgørelse nr. 1 af 3. januar 2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. med eventuelle senere ændringer				
3.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 1 af 3. januar 2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v. med eventuelle senere ændringer				
4.	Bekendtgørelse nr. 1263 af 15. december 2008 om medicinsk udstyr				
5.	Bekendtgørelse nr. 1269 af 12. december 2005 om medicinsk udstyr til in vitro-diagnostik				
6.	Bekendtgørelse nr. 1264 af 15. december 2008 om aktivt implantabelt medicinsk udstyr				
7.	Sundhedsstyrelsens vejledning af 1. februar 2007 til Sundhedspersonale og brugere om indberetning af hændelser med medicinsk udstyr				
8.	Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder				

Titel	05 Sedation af patienter uden anæstesiologisk medvirken #				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	Klinikken sederer patienter sikkert.				
Formål	At sikre patientsikkerheden, når patienter sederes uden anæstesiologisk medvirken.				
Indhold	<p>Klinikken identificerer invasive og non-invasive procedurer, hvor patienter sederes uden anæstesiologisk medvirken og sikrer patientsikkerheden herved.</p> <p>Ved sedation forstås medicinering med sovemedicin eller stærkt smertestillende medicin.</p> <p>Klinikken har retningslinjer for sedation af patienter, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. til hvilke patientgrupper og ved hvilke procedurer sedation kan foretages uden anæstesiologisk medvirken. b. i hvilke situationer, der er øget risiko for patienten i forbindelse med sedation. c. hvad lægen skal vurdere forud for sedation. d. dosering af lægemidler til sedation. e. hvilke parametre, der skal observeres og angives i patientjournalen før, under og efter proceduren. f. eventuelle krav til udstyr til overvågning af patienten. g. kliniske kriterier for hjemsendelse af patienten. h. interaktion med patientens daglige ordinerede medicin. i. tilgængelighed og anvendelse af antidoter. <p>Klinikken har retningslinjer for håndtering af patienter, hvis tilstand forværres kritisk under eller efter sedation uden anæstesiologisk medvirken.</p>				
Krydsreferencer	ingen				
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan sedation af patienter foretages sikkert og henviser til dokumenter, hvori det er beskrevet.				
Indikator 2	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan patienter, hvis tilstand forværres kritisk under eller efter sedation uden anæstesiologisk medvirken, håndteres og henviser til dokumenter, hvori det er beskrevet.				

Titel	06 Patientjournalen #			
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave 1
Standard	Alle patienter har en ajourført elektronisk journal, der følger gældende lovgivning.			
Formål	At patientjournalen følger gældende lovgivning med henblik på at sikre en god, sikker og kontinuerlig patientbehandling.			
Indhold	<p>Patientjournalen indeholder alle data, der vedrører patientbehandlingen, så klinikken har tilgængelig viden om patientens undersøgelses- og behandlingsforløb.</p> <p>Journalnotater er forståelige for andre sundhedspersoner inden for samme speciale. Andre sundhedspersoner skal af teksten kunne forstå udrednings- og behandlingsforløbet og eventuelle diagnoser. Der må anvendes forkortelser, som er almindelige i det danske sprog eller i specialet. Hvis journalnotater anvendes som epikrise/lægebrev, skal de være forståelige for den praktiserende læge, som ikke har detailkendskab til specialet.</p> <p>Patientjournaler indeholder de oplysninger, som fremgår af Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler af 2. januar 2013, tilpasset den enkelte praksistype, patienter, behandlinger, funktioner mv. (https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=144978)</p> <p>Klinikken gennemfører journalaudit minimum en gang om året på 20 tilfældigt udvalgte og aktuelle journaler, hvor det undersøges, om patientjournalerne indeholder data i henhold til gældende lovgivning.</p> <p>Klinikken har procedurer for:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Patienters adgang til egen journal. b. Ændringer af forkerte/upræcise journaloplysninger. 			
Krydsreferencer	Ingen			
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:				
Indikator 1	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for og demonstrere håndtering af journaler, herunder indhold, patienters adgang til egen journal samt ændringer af forkerte/upræcise journaloplysninger.			
Indikator 2	<p>En gang årligt udvælger klinikken tilfældigt 20 aktuelle journaler. Der er gennemført journalaudit, hvor det er undersøgt, om patientjournalerne indeholder data i henhold til gældende lovgivning. Det er klinikken selv, der gennemfører disse audits. Hvis der er påvist mangler, er der rettet op på dette og gennemført en ny journalaudit indenfor fire måneder.</p> <p>Bilag 3 indeholder forslag til auditspørgsmål.</p>			
Referencer				
1.	Lovbekendtgørelse 877 af 4. august 2011, kap. 6, om autorisation af sundheds-personer og om sundhedsfaglig virksomhed med eventuelle senere ændringer			
2.	Bekendtgørelse nr. 3 af 2. januar 2013 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)			

Titel		06 Patientjournalen #				
Sektor		Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
3.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv					
4.	Bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. med eventuelle senere ændringer					
5.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9154 af 22. februar 2007 om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv					
6.	Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder					

Titel	07 Patientidentifikation #				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	Klinikken foretager sikker patientidentifikation.				
Formål	At sikre, at <ul style="list-style-type: none"> • den rette undersøgelse og behandling gives til den rette patient. • de rette recepter, prøver og lignende registreres til den rette patient. 				
Indhold	<p>Klinikken forebygger identitetsforvekslinger i forbindelse med undersøgelse og behandling i klinikken, sådan at det er rette patient, som fremgår af den elektroniske journals skærbillede, og at recepter, prøver, henvisninger mv. registreres under den 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, når patienten skal sammenholdes med andre oplysninger, parakliniske undersøgelser mv.</p> <p>Klinikken har retningslinjer for patientidentifikation, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. hvordan identifikation foretages i klinikken. b. hvornår identifikationen foretages. c. hvem der har ansvar for identifikation af patienten. <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>				
Krydsreferencer	08. Parakliniske undersøgelser 10. Visitation og henvisninger				
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med læger og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan og hvornår patientidentifikation foretages og henvise til dokumenter, hvori det er beskrevet.				
Indikator 2	Ved interviews med læger og ikke-lægeligt personale kan de demonstrere, hvordan diagnostisk materiale mærkes entydigt.				
Referencer					
1.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9808 af 13. dec. 2013 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet				
2.	Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder				

Titel	08 Parakliniske undersøgelser #				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	Klinikken rekvirerer, håndterer og følger op på parakliniske undersøgelser.				
Formål	<p>At sikre grundlag for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte og sikre resultater fra parakliniske undersøgelser. • at ingen patienter lider skade eller påføres unødvendig ulempe som følge af manglende rettidig reaktion på parakliniske undersøgelser. 				
Indhold	<p>Klinikken har en procedure 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>Proceduren beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hvordan man rekvirerer parakliniske undersøgelser fra laboratorier og billeddiagnostiske afdelinger. b. Udtagelse, forsvarlig opbevaring, transport og videregivelse af diagnostisk materiale. c. Håndtering af egne laboratorieprøver ud fra eksempelvis manualer, retningslinjer eller lignende fra leverandør af apparatur, materialer og udstyr. <p>Ved rekvisition af parakliniske undersøgelser tages stilling til:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Indikation/problemstilling. b. Andre væsentlige sygdomme, der kan påvirke udførelse og/eller fortolkning af ønsket undersøgelse. c. Allergi af betydning for undersøgelse. d. Medicin af betydning for undersøgelse. e. Hvem og hvordan der skal kontaktes ved akutte svar - også i ferieperioder og uden for åbningstid. f. Eventuelt tolkebehov. g. Væsentlige handicap af betydning for undersøgelse. <p>Klinikken har retningslinjer for opfølgning på prøvesvar, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hvordan det sikres, at prøvesvar ses rettidigt af den, der har ansvaret for at reagere på resultatet. b. Hvordan opfølgning på manglende prøvesvar sikres. c. Fremgangsmåde ved afvigende resultater af prøvesvar, der kan have væsentlig betydning for patienten. d. Hvordan der gives svar til patienter. <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 samtykke til behandling kan både være mundtligt eller skriftligt og skal journalføres i patientjournalen.</p> <p>Klinikken har procedurer for indhentning af patientens informerede samtykke</p>				

Titel	08 Parakliniske undersøgelser #				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
	<p>til ordinerede parakliniske undersøgelser. Det skal fremgå af journalen, hvilken information, der er givet til patienten og om der er givet samtykke til undersøgelsen.</p> <p>Klinikken følger op på de parakliniske undersøgelser, som klinikken har rekvireret. Klinikken har rykkerprocedurer, som iværksættes ved manglende svar, og ansvaret for opgaven er fastlagt. Viser det sig, at patienten ikke er mødt op til den pågældende undersøgelse og er undersøgelsen vigtig for patientens helbredsstilstand, kontaktes patienten.</p>				
Krydsreferencer	<p>07. Patientidentifikation #</p> <p>10. Visitation og henvisning</p>				
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med læger og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for og demonstrere, hvordan parakliniske undersøgelser rekvireres og håndteres.				
Indikator 2	Ved interviews med læger og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for og demonstrere, hvordan der følges op på parakliniske undersøgelser og henvise til dokument, hvori det er beskrevet.				
Indikator 3	Manglende prøvesvar identificeres, og der følges op på dem.				
Indikator 4	<p>En gang årligt udvælger klinikken tilfældigt 20 aktuelle journaler. Der udføres journalaudit på disse, hvor det undersøges, om der er problemer med afgivelse af svar til patienten på parakliniske undersøgelser. Det er klinikken selv, der gennemfører disse audits. Hvis der er påvist mangler, er der rettet op på dette og gennemført en ny journalaudit indenfor fire måneder.</p> <p>Bilag 3 indeholder forslag til auditspørgsmål.</p>				
Referencer					
1.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9207 af 31. maj 2011 om håndtering af parakliniske undersøgelser				
2.	Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder				

Titel	09 Basal hjerte-lungeredning #				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	Klinikken har et beredskab for basal hjerte-lungeredning.				
Formål	At sikre hurtig og kvalificeret indsats ved behov for basal hjerte-lungeredning.				
Indhold	<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 – hjerte-massage, kunstig åndedræt og alarmering). Uddannelse/efteruddannelse i basal genoplivning gennemføres minimum hvert tredje år. Hvis nyansatte har gennemført kursus i basal hjerte-lungeredning et andet sted, eksempelvis på et sygehus, accepteres dette. 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-lungeredning.</p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Alarmering. b. Håndtering af basal hjerte-lungeredning. c. Opgaver og ansvar for læger og ikke-lægeligt personale. <p>Der er lægemidler og eventuelt hjertestarter samt 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, så de er klar til brug ved akut sygdom/hjertestop. Dette indebærer bl.a. kontrol af batteri, holdbarhed af pads og lægemidler. Kontrollen registreres fx i en logbog.</p> <p>Klinikken har et beredskab til håndtering af anden akut behandling fx ved anafylaktisk reaktion, besvimelse, blødning mv.</p>				
Krydsreferencer	<p>03. Patientsikkerhed</p> <p>12. Apparatur til diagnostik og behandling</p> <p>14. Håndtering af utensilier og lægemidler</p> <p>15. Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling</p>				
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan akut sygdom og hjertestop håndteres i klinikken, herunder lægens og ikke-lægeligt personales ansvar samt tilstedeværelsen af nødvendigt udstyr og medicin og henvise til dokumenter, hvori det er beskrevet.				
Indikator 2	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan der føres regelmæssig kontrol af lægemidler, hjertestarter mv. til brug i akutte situationer, herunder tilstedeværelse og tilgængelighed, kontrol af udløbsdatoer, funktion mv. og kan fremlægge dokumentation for, at kontrol				

Titel	09 Basal hjerte-lungeredning #				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
	har fundet sted.				
Indikator 3	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redgøre for, at de inden for de sidste tre år har gennemført uddannelse i basal hjerte-lungeredning og kan fremlægge dokumentation for uddannelsen.				
Referencer					
1.	Dansk råd for genoplivning www.genoplivning.dk				
2.	Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder				

Titel	10 Visitation og henvisning				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	<p>Klinikken visiterer patienter ud fra fastlagte procedurer.</p> <p>Henvisninger fra klinikken til det øvrige sundhedsvæsen udfyldes i overensstemmelse med de krav, modtageren af henvisningen har opstillet.</p>				
Formål	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • patienter visiteres på baggrund af udarbejdede retningslinjer. • henvisninger er udfyldt i overensstemmelse med de krav, modtageren har opstillet. 				
Indhold	<p>Patienter visiteres på baggrund af henvisninger eller direkte kontakt til klinikken (øjenlæger og øre-næse-hals-læger).</p> <p>Klinikken har retningslinjer for visitation af patienter, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hvilke akutte eller alvorlige tilstande, der kræver, at lægen konfereres, eller at patienten får en tid inden for en nærmere defineret tidshorison. Hvordan den ansvarlige for visitationen skal forholde sig, hvis årsagen til henvisningen er uklar, men oplysningerne fra patienten giver mistanke om akut eller alvorlig tilstand. <p>Ved henvisninger til det øvrige sundhedsvæsen sikres, at henvisningerne indeholder de nødvendige kliniske og administrative informationer samt relevante informationer om sociale forhold til at kunne understøtte udredning og behandling.</p> <p>Når klinikken henviser patienter, hvor der er mistanke eller begrundet mistanke om hjertesygdom, kræftsygdom eller andre alvorlige sygdomme, skal det sikres, at henvisningen er nået frem til den relevante modtager og at den er modtaget. Dette kan eksempelvis sikres ved, at man modtager kvittering for modtagelse, at man tager telefonisk kontakt eller lignende.</p> <p>Når patienten er færdigundersøgt og/eller færdigbehandlet, meddeles dette skriftligt til den henvisende læge med angivelse af resultatet af undersøgelsen og/eller behandlingen, eventuelt med rådgivning om den fremtidige behandling. For øjen- og øre-næse-hals-læger gælder, at såfremt en patient går til kontrol i et længerevarende forløb, giver lægen patientens alment praktiserende læge meddelelse om resultaterne heraf i relevant omfang.</p> <p>Ved afvigende resultater af prøvesvar, der kan have væsentlig betydning for patienten, videregives svar til henvisende læge.</p>				
Krydsreferencer	08. Parakliniske undersøgelser #				
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med læger og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan patienter visiteres og henviser til dokumenter, hvori det er beskrevet.				
Indikator 2	Ved interviews med læger og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan patienter henvises videre til det øvrige sundhedsvæsen.				

Titel	10 Visitation og henvisning			
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave 1
Indikator 3	Ved interviews med læger og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for afsendelse af epikrise/lægebrev.			
Indikator 4	<p>En gang årligt udvælger klinikken tilfældigt 20 aktuelle journaler. Der udføres journalaudit på disse, hvor det undersøges, om patienter visiteres efter retningslinjerne. Det er klinikken selv, der gennemfører disse audits. Hvis der er påvist mangler, er der rettet op på dette og gennemført en ny journalaudit inden for fire måneder.</p> <p>Bilag 3 indeholder forslag til auditspørgsmål.</p>			
Indikator 5	<p>En gang årligt udvælger klinikken tilfældigt 20 aktuelle journaler. Der udføres journalaudit på disse, hvor det undersøges, om der er afsendt epikrise/lægebrev til patientens praktiserende læge/henvisende læge. Det er klinikken selv, der gennemfører disse audits. Hvis der er påvist mangler, er der rettet op på dette og gennemført en ny journalaudit inden for fire måneder.</p> <p>Bilag 3 indeholder forslag til auditspørgsmål.</p>			
Referencer				
1.	Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder			
2.	Overenskomst om speciallægehjælp 2011, Regionernes lønnings- og Takstnævn og FAPS			

Titel	11 Hygiejne				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	Klinikken minimerer risici for smittefare.				
Formål	At forebygge overførsel af infektioner i klinikken.				
Indhold	<p>Klinikken har retningslinjer for hygiejnen i klinikken både i forhold til lokaler, apparatur samt blandt personalet.</p> <p>Rengøring</p> <p>Klinikken har en procedure for rengøring af lokaler og inventar. Klinikens lokaler og inventar holdes rene og ryddelige, så det er sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt at opholde sig der for patienter, pårørende, læger og ikke-lægeligt personale. Rengøring udføres, så smittefare reduceres, og forurening ikke spredes. Der skal specielt fokuseres på kritiske risikopunkter som belysning nær patienten, leje, håndvask og armatur, afskærmningsudstyr, anden sanitet, greb, bord, stativer og tekniske installationer.</p> <p>Medicinsk udstyr og materialer til flergangsbrug</p> <p>Klinikken har en procedure 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 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 registreres fx i en logbog og hyppigheden fastsættes ud fra eventuelle anbefalinger fra fx Sundhedsstyrelsen.</p> <p>Håndhygiejne</p> <p>Der gennemføres god håndhygiejne ved anvendelse af hånddesinfektion, håndvask og brug af engangshandsker. Der forefindes håndhygiejnemidler og personlige værnemidler i de lokaler, eller nært tilstødende lokaler, hvor der udføres undersøgelse og behandling.</p> <p>Klinikken har retningslinjer for håndhygiejne, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hånddesinfektion, håndvask og brug af medicinske engangshandsker. Hvilke situationer, der kræver personlige værnemidler, herunder særlig beklædning. Brug af håndsmykker og armbåndsure. <p>Hvis klinikken udfører kirurgi, hvor kirurgisk håndvask er påkrævet, er der retningslinjer for dette.</p> <p>Smittefarlige patienter</p> <p>Klinikken har retningslinjer for håndtering af smittefarlige patienter herunder MRSA-patienter. Nationale Kliniske guidelines følges.</p>				
Krydsreferencer	Ingen				
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					

Titel	11 Hygiejne			
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave 1
Indikator 1	Ved interviews med lægen kan denne redegøre for procedurer for rengøring af lokaler og inventar.			
Indikator 2	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for procedurer for rengøring og opbevaring af medicinsk udstyr og materialer til flergangsbrug.			
Indikator 3	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for håndtering af håndhygiejne og henvise til dokumenter, hvori det er beskrevet.			
Indikator 4	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for håndtering af kirurgisk håndvask og henvise til dokumenter, hvori det er beskrevet. Denne indikator er kun relevant for klinikker, der foretager operative indgreb, hvor kirurgisk håndvask er påkrævet.			
Indikator 5	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for håndtering af særligt smittefarlige patienter og henvise til dokumenter, hvori det er beskrevet.			
Indikator 6	Udstyr til sterilisering og rengøring af medicinsk udstyr til flergangsbrug kontrolleres. Klinikken fastsætter selv hyppigheden med udgangspunkt i eventuelle anbefalinger fra eksempelvis Sundhedsstyrelsen, og der følges op herpå.			
Indikator 7	Kvaliteten af rengøringen af lokaler og inventar vurderes, og der følges op herpå. Klinikken fastsætter selv hyppigheden.			
Referencer				
1.	Lov nr. 1046 af 17. december 2002 om medicinsk udstyr med eventuelle senere ændringer			
2.	Nationale infektionshygiejniske retningslinjer for desinfektion i sundhedssektoren, 1. udgave 2014, Statens Serum Institut			
3.	Råd og anvisninger om rengøring og desinfektion af fleksible endoskoper, Statens Serum Institut 2004			
4.	Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren – Krav til genbehandling af steriliserbart medicinsk udstyr. DS2451-13, 2009			
5.	Nationale Infektions-hygiejniske retningslinjer om håndtering af tekstiler til flergangsbrug i sundhedssektoren, 1. udgave juni 2015, Statens Serum Institut			
6.	Nationale Infektions-hygiejniske retningslinjer om håndhygiejne, 1. Udgave 2013. Statens Serum Institut			
7.	Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder			
8.	Forebyggelse af spredning af MRSA: Vejledning. Sundhedsstyrelsen. 2012			
9.	Nationale infektionshygiejniske retningslinjer for rengøring i sundhedssektoren, 1. udgave maj			

Titel	11 Hygiejne				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
	2015, Statens Serum Institut				
10.	Nationale Infektions-hygiejniske retningslinjer om behandling af patienter med smitsomme sygdomme herunder isolation, 4. udgave 2011, Statens Serum Institut				
11.	Vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren, 1. udgave 2011, Sundhedsstyrelsen				
12.	Vejledning fra Miljøstyrelsen, 4/1998 om Håndtering af klinisk risikoaffald, Miljøstyrelsen				
13.	Nationale infektionshygiejniske retningslinjer, Håndbog for Almen Praksis, 1. udgave 2015 http://www.ssi.dk/~media/Indhold/DK%20-%20dansk/Smitteberedskab/Infektionshygiejne/NIR/NIR%20Almen%20Praksis.ashx				

Titel	12 Apparaturl til diagnostik og behandling				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	Klinikken kontrollerer og vedligeholder apparatur til diagnostik og behandling.				
Formål	At sikre, at apparatur til diagnostik og behandling til enhver tid er patientsikkert og fungerer korrekt.				
Indhold	<p>Det er klinikejerens ansvar, at apparatur til diagnostik og behandling er patientsikkert og fungerer korrekt, er CE-mærket og anvendes til det tiltænkte formål. Vedligehold og kontrol kan varetages af andre.</p> <p>På baggrund af en risikovurdering udvælger klinikken, hvilket udstyr til diagnostik og behandling, der skal kontrolleres og vedligeholdes.</p> <p>Klinikken har procedurer for kontrol og vedligehold af apparatur til diagnostik og behandling, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hvornår apparaturet kontrolleres og vedligeholdes. b. Hvem der gennemfører og registrerer kontrol og vedligehold. c. Hvordan kontrol og vedligehold gennemføres og registreres. d. Hvordan fejlrant apparatur håndteres. <p>Kontrol omfatter, om apparatur til diagnostik og behandling virker, og om det måler korrekt. Kontrol kan fx foregå via kalibrering og tests, der registreres i logbøger.</p> <p>Klinikken sikrer, at alt relevant personale er oplært i det apparatur, der anvendes.</p>				
Krydsreferencer	03. Patientsikkerhed				
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med læger og ikke-lægeligt personale kan de redgøre for, hvordan udstyr til diagnostik og behandling kontrolleres og vedligeholdes og kan fremlægge dokumentation for, at kontrol og eventuel vedligeholdelse har fundet sted.				
Referencer					
1.	Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder.				

Titel	13 Personoplysninger og diskretion				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	Klinikken hindrer uretmæssig adgang til personoplysninger, og patienter sikres diskretion i kontakten med klinikken.				
Formål	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • beskyttelse mod misbrug og tab af personoplysninger. • patientens diskretion i kontakten med klinikken. 				
Indhold	<p>Datasikkerhed</p> <p>Personoplysninger håndteres, så uretmæssig adgang hindres. Personoplysninger er både oplysninger i elektroniske systemer og på papir.</p> <p>Udvekslingen af personoplysninger via Sundhedsdatanettet er automatisk sikret mod uretmæssig adgang.</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 via personligt password, logningslister, kryptering, firewalls og antivirusprogrammer og forholdsregler ved forsøg på uretmæssig adgang til personoplysninger. Dette kan være en del af kontrakter med it-leverandører og kan varetages af it-leverandøren.</p> <p>Sundhedsloven giver adgang til indhentning og videregivelse af oplysninger om helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, ved opslag i elektroniske systemer i forbindelse med aktuel behandling af patienter. Patienter skal gøres opmærksomme på, at de kan frabejde sig, at oplysninger indhentes og videregives, fx ved opslag i klinikken eller på sundhed.dk.</p> <p>Klinikken har procedurer for håndtering af personoplysninger, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hvordan personoplysninger indhentes og videregives. Hvordan personoplysninger opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende. Hvordan personoplysninger destrueres. Hvordan personoplysninger håndteres ved systemnedbrud. <p>Diskretion</p> <p>Klinikken har procedurer for, hvordan patienter sikres diskretion i kontakten med klinikken. Diskretion skal sikres i forbindelse med samtaler med patienter, telefonsamtaler, skærmarbejde og lignende.</p> <p>Uretmæssig adgang</p> <p>Medicinskab, computere og arkiver med patientdata er sikret mod uretmæssig adgang.</p>				
Krydsreferencer	Ingen				
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					

Titel	13 Personoplysninger og diskretion				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Indikator 1	Kontrakter med it-leverandører eller egne procedurer sikrer backup og foranstaltninger til at hindre uretmæssig adgang til personoplysninger.				
Indikator 2	Ved interviews med læger og ikke-lægeligt personale kan de forklare og demonstrere, hvordan personhenførbare data, både på papirform og elektronisk form, håndteres og opbevares i den daglige kliniske praksis.				
Indikator 3	Ved interviews med læger og ikke-lægeligt personale kan de forklare og demonstrere, hvordan patienter sikres diskretion i klinikken.				
Indikator 4	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale samt gennemgang af klinikken kan de redegøre for, hvordan lokaler med patientdata og medicin er sikret mod uretmæssig adgang.				
Referencer					
1.	Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger (Persondataloven) med eventuelle senere ændringer				
2.	Bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning med eventuelle senere ændringer				
3.	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 med eventuelle senere ændringer				
4.	Informationssikkerhed – vejledning for sundhedsvæsenet 25. februar 2008				
5.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv				
6.	Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010, kap. 5. Bekendtgørelse af sundhedsloven med eventuelle senere ændringer				
7.	Bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv. med eventuelle senere ændringer				
8.	Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder				

Titel	14 Håndtering af utensilier og lægemidler				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	Indkøb, opbevaring og bortskaffelse af kliniske utensilier og lægemidler sker sikkert og forsvarligt.				
Formål	<p>At sikre, at</p> <ul style="list-style-type: none"> • de nødvendige utensilier og lægemidler er til rådighed. • utensilier og lægemidler opbevares forsvarligt. • utensilier og lægemidler bortskaffes sikkert. 				
Indhold	<p>Klinikken sikrer, at de nødvendige utensilier og lægemidler er til rådighed ved at sikre en tilstrækkelig lagerbeholdning, korrekt opbevaring og bortskaffelse.</p> <p>Klinikken har procedurer for indkøb, opbevaring og bortskaffelse af utensilier, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hvem der er ansvarlig for sikring af tilstrækkelig lagerbeholdning af utensilier. b. Hvordan utensilier opbevares. c. Hvordan utensilier bortskaffes efter brug, eller når udløbsdatoen er overskredet. <p>Klinikken har procedurer for indkøb, opbevaring og bortskaffelse af lægemidler, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hvem der er ansvarlig for tilstrækkelig lagerbeholdning af lægemidler. b. Hvordan lægemidler opbevares forsvarligt og ved rette temperatur. Med forsvarlig opbevaring menes, at ingen ud over relevant personale har adgang til lægemidler. c. Hvordan lægemidler bortskaffes, når udløbsdatoen er overskredet, eller de har været opbevaret forkert. d. Hvordan det sikres, at lægemidler, der sendes med patienter hjem, er korrekt markeret, herunder lægemidlets handelsnavn, indikation, doseringsvejledning, originalemballagens udløbsdato og dato for, hvornår lægemidler er fjernet fra originalemballage, samt at lægemidlet er egnet til opbevaring uden for emballage. e. Hvordan anbrudt medicin mærkes, hvis der er begrænset anvendelse herefter. <p>Lægemidler omfatter også lægemidler til akutte situationer.</p> <p>Kontrol af, at lægemidler er opbevaret ved rette temperatur mv., registreres fx i en logbog.</p>				
Krydsreferencer	Ingen				
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de forklare og demonstrere deres opgaver i forbindelse med indkøb, opbevaring og bortskaffelse af utensilier.				
Indikator 2	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de forklare og demonstrere deres opgaver i forbindelse med indkøb, opbevaring og bortskaf-				

Titel	14 Håndtering af utensilier og lægemidler				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
	felse af lægemidler.				
Indikator 3	Det kontrolleres, at lægemidler ikke har overskredet udløbsdatoer. Klinikken fastsætter selv hyppigheden.				
Indikator 4	Det kontrolleres, at utensilier ikke har overskredet udløbsdatoer. Klinikken fastsætter selv hyppigheden.				
Indikator 5	Det kontrolleres, at lægemidler opbevares korrekt. Klinikken fastsætter selv hyppigheden.				
Referencer					
1.	Lovbekendtgørelse nr. 879 af 26. juni 2010, § 45 – Miljøbeskyttelsesloven med eventuelle senere ændringer				
2.	Bekendtgørelse nr. 1222 af 7. december 2005 om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner (Medicinskabsbekendtgørelsen)				
3.	Bekendtgørelse nr. 361 af 23. april 2012 om recepter				
4.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9429 af 30. juni 2006 om ordination og håndtering af lægemidler				
5.	Lovbekendtgørelse nr. 506 af 20. april 2013 om lægemidler, kapitel 2				
6.	Bekendtgørelse nr. 1263 af 15. december 2008 om medicinsk udstyr, § 4, stk. 1				
7.	Bekendtgørelse nr. 1269 af 12. december 2005 om medicinsk udstyr til in vitro-diagnostik, § 4, stk. 1				
8.	Bekendtgørelse nr. 1264 af 15. december 2008 om aktivt implantabelt medicinsk udstyr, § 4, stk. 1				
9.	Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder				

Titel	15 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Standard	Klinikken fastsætter rammerne for ansættelse, introduktion af nyansatte og for kompetenceudvikling af læger og ikke-lægeligt personale.				
Formål	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der ansættes læger og ikke-lægeligt personale med en relevant kompetenceprofil. • nyansatte opnår kendskab til klinikkens opgaver og drift. • ansvars- og opgavefordeling i klinikken er tydelig for de nyansatte. • læger og ikke-lægeligt personale til enhver tid har de nødvendige kompetencer til løsning af klinikkens opgaver. 				
Indhold	<p>Klinikken har en procedure, der sikrer, at nyansatte har de rette kvalifikationer, at der er dokumentation for autorisation og uddannelser, at nyansatte gennemgår et introduktionsprogram, der er målrettet den enkeltes uddannelsesmæssige baggrund og erfaring og får en funktionsbeskrivelse.</p> <p>For uddannelseslæger indgår introduktionsprogrammet i det samlede uddannelsesprogram, der som minimum skal opfylde de gældende krav fra Sundhedsstyrelsen samt de regionale videreuddannelsessekretariater.</p> <p>Ikke-lægeligt personale sikres mulighed for supervision i forhold til opgavevaretagelsen. Fungerer ikke-lægeligt personale som medhjælp, instrueres medhjælpen, og der føres tilsyn.</p> <p>For at sikre, at læger og ikke-lægeligt personale til enhver tid har de nødvendige kompetencer til løsning af klinikkens opgaver, gennemføres kompetenceudvikling. Kompetenceudvikling er alle former for udvikling og læring, herunder intern og ekstern kursusaktivitet, efter- og videreuddannelse. Kompetenceudvikling for ansatte læger og ikke-lægeligt personale drøftes ved årlig medarbejderudviklingssamtale.</p> <p>Der er en plan for kompetenceudvikling af læger og ikke-lægeligt personale. Dette kan være såvel en samlet plan for kompetenceudvikling som individuelle referater af gennemførte medarbejderudviklingssamtaler. Klinikejere forholder sig til egen faglig udvikling og kompetenceudvikling og lægger en plan herfor.</p>				
Krydsreferencer	<p>01. Ledelse, kvalitet og drift</p> <p>09. Basal hjerte-lungeredning #</p>				
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for ansættelse og introduktion af ansatte læger og ikke-lægeligt personale.				
Indikator 2	<p>Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan proceduren er fulgt ved nyansættelser.</p> <p>Denne indikator er kun relevant for klinikker, hvor der har været nyansættelse(r) indenfor det sidste år.</p>				

Titel	15 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling				
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave	1
Indikator 3	Der er funktionsbeskrivelser for ikke-lægeligt personale.				
Indikator 4	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for muligheden for og den praktiske gennemførelse af supervision af ansatte læger og ikke-lægeligt personale.				
Indikator 5	Ved interviews med læger og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan kompetenceudvikling varetages i klinikken og henvise til en plan for lægens, ansatte lægers og ikke-lægeligt personales kompetenceudvikling. Planen er udarbejdet på baggrund af afholdte medarbejderudviklingssamtaler inden for det seneste år.				
Indikator 6	Ved interviews med lægen kan de redegøre for, hvordan ikke-lægeligt personale, der fungerer som medhjælp, instrueres, og hvordan der føres tilsyn. Den indikator gælder kun for klinikker, hvor ikke-lægeligt personale i klinikken fungerer som medhjælp.				
Indikator 7	Ved interview med ikke-lægeligt personale, der fungerer som medhjælp, kan de redegøre for, hvordan lægen fører tilsyn med dem, og om de er tilstrækkeligt instrueret.				
Referencer					
1.	Generiske målepunkter for Sundhedsstyrelsens tilsyn med private behandlingssteder				
2.	Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), 11. december 2009, Sundhedsstyrelsen				
3.	Vejledning om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed), 11. december 2009, Sundhedsstyrelsen				

Titel	16 Patienters oplevelse af kvalitet			
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave 1
Standard	Klinikken anvender tilbagemeldinger fra patienter til at forbedre klinikkens ydelser.			
Formål	At skabe læring og forbedre klinikkens ydelser på baggrund af tilbagemeldinger fra patienter.			
Indhold	<p>Klinikken får information om patienters oplevelse af kvaliteten gennem landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser og følger op herpå. Der gennemføres undersøgelse af patientoplevelser mindst hvert tredje år blandt klinikkens patienter i regi af eKVIS, men andre relevante undersøgelser kan også anvendes.</p> <p>Klinikken har en procedure for, hvordan tilbagemeldinger fra patienter, formelle patientklager og patientforsikringsager håndteres.</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 Styrelsen for Patientsikkerhed. Styrelsen for Patientsikkerhed 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.</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>			
Krydsreferencer	Ingen			
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:				
Indikator 1	Ved interviews med lægen og ikke-lægeligt personale kan de redegøre for, hvordan tilbagemeldinger fra patienter håndteres, og at der sker opfølgning på tilbagemeldinger.			
Indikator 2	Der er gennemført undersøgelser af patientoplevelser inden for de seneste tre år, og læger og ikke-lægeligt personale kan redegøre for, at der er fulgt op på resultater.			
Referencer				
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			

Titel	16 Patienters oplevelse af kvalitet			
Sektor	Praktiserende speciallæger	Version	1	Udgave 1
4.	https://stps.dk/			
5.	www.patientforsikringen.dk			

Bilag 1. Oversigt over krav til beskrivelse af arbejdsgange

Std.nr.	Standardtitel	Type af beskrivelse
01	Ledelse, kvalitet og drift	Plan
02	Anvendelse af retningsgivende dokumenter vedrørende diagnostik og behandling	Oversigt og procedurer
03	Patientsikkerhed	Retningslinjer og procedurer
04	Utsigtede hændelser	Retningslinjer og procedurer
05	Sedation af patienter uden anæstesiologisk medvirken #	Retningslinjer
06	Patientjournalen #	Procedurer
07	Patientidentifikation #	Retningslinjer
08	Parakliniske undersøgelser #	Procedurer/retningslinjer
09	Basal hjerte-lungeredning #	Retningslinjer
10	Visitation og henvisning	Retningslinjer
11	Hygiejne	Retningslinjer
12	Apparatur til diagnostik og behandling	Procedurer
13	Personoplysninger og diskretion	Retningslinjer og procedurer
14	Håndtering af utensilier og lægemidler	Procedurer
15	Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling	Procedurer og plan
16	Patienters oplevelse af kvalitet	Procedurer

Bilag 2. Udviklingsgruppens medlemmer

Udviklingsgruppen har bestået af:

Niels Henrik Nielsen (Dermatolog)

Svend Lindenberg (Gynækolog)

Peter Tingsgaard (Øre-, næse- og halslæge)

Jesper Skov (Øjenlæge)

Jannie Beier (Reumatolog)

Niels-Anton Rasmussen (Psykiater)

Tom Ringstrøm (Ortopædkirurg)

Anne Bukholt Pedersen, Lisbet Plambech Andersen (eKVIS)

Dennis Pihl Thomsen, Jane Brodthagen, Rikke Margrethe Friis (Danske Regioner)

Helle Lindkvist (Region Syddanmark)

Bodil Vestergaard Nielsen (Region Sjælland)

Mona-Lene Kjærgård (Region Hovedstaden)

Marie Bruun Kristensen, Henrik Kousholt (IKAS)

Bilag 3. Forslag til journalauditspørgsmål

Der udtrækkes tilfældigt i alt 20 journaler. Dog skal journaler bredt dække patientsammensætningen i klinikken. Hvis der gennemføres operative indgreb i klinikken med anæstesiologisk medvirken, skal minimum 10 af de udtrukne journaler dække disse patienter. Der anvendes de samme 20 journaler til alle journalaudits i standardsættet (standard 02, 03, 06, 08 og 10).

Der udfyldes et auditskema, hvor det angives, om kravene i standarderne og indikatorerne er opfyldt. Nedenfor ses et forslag til auditskema.

Alle spørgsmål kan besvares med ja, nej eller ikke relevant.

St. nr.	Standardtitel	Spørgsmål	Patient 1	Patient 2	Patient 3 osv.
02	Anvendelse af retningsgivende dokumenter vedrørende diagnostik og behandling	Følger diagnosticering og behandlingen af patienten gældende retningsgivende dokumenter?			
02	Anvendelse af retningsgivende dokumenter vedrørende diagnostik og behandling	Er fravigelser fra gældende retningsgivende dokumenter for diagnosticering og behandling angivet i journalen?			
06	Patientjournalen	Er årsag til kontakten angivet i journalen?			
06	Patientjournalen	Er undersøgelser og indikation herfor angivet i journalen?			
06	Patientjournalen	Er behandlinger og indikation herfor angivet i journalen?			
06	Patientjournalen	Er allergi af relevans for undersøgelse og behandling angivet i journalen?			
06	Patientjournalen	Er rekvirerede undersøgelser og prøver samt resultater heraf angivet i journalen?			
06	Patientjournalen	Er mundtlig og skriftlig information til patienten angivet i journalen?			
06	Patientjournalen	Er patientens informerede samtykke til behandlingen angivet i journalen?			
06	Patientjournalen	Er anvendte materialer, eksempelvis røntgenbilleder, billeder, laboratorie- og prøvesvar, resultater af scanninger mv., dateret og iden-			

St. nr.	Standardtitel	Spørgsmål	Patient 1	Patient 2	Patient 3 osv.
		tificeret og fremgår af journalen?			
06	Patientjournalen	Er oplysninger om afsendelse af lægebrev angivet i journalen?			
08	Parakliniske undersøgelser	Er afgivelse af svar til patienten på parakliniske undersøgelser angivet i journalen?			
03	Patientsikkerhed	Er anæstesiologisk vurdering og plan for anæstesi angivet i journalen?			
03	Patientsikkerhed	Er overvågningsforløb angivet i journalen?			
03	Patientsikkerhed	Er patientens tilstand ved hjemsendelse angivet i journalen?			
10	Visitation og henvisning	Er patienten visiteret i overensstemmelse med retningslinjer?			

Analyse af resultater

Når alle 20 journaler er gennemgået, skal data vurderes. Hvis der er områder, hvor der ikke leves op til standarden og de tilknyttede indikatorer, vurderes det, om der er tale om en enlig fejl, eller om det er et generelt problem. På baggrund heraf kan der gennemføres en årsagsanalyse, hvor forklaringer på problemet kan identificeres, og det kan beskrives, hvordan problemet kan løses. Der følges op med en ny audit efter fire måneder, hvor det konstateres, om der er rettet op på problemet.

Bilag 4. Eksempel på kvalitetsovervågningsplan

	Type (indikator)	Hvordan	Hvornår	Gennemført	Ansvarlig	Mål	Resultat
02. Anvendelse af retningsgivende dokumenter vedrørende diagnostik og behandling	Journalaudit (5)		Årligt				
02. Anvendelse af retningsgivende dokumenter vedrørende diagnostik og behandling	Journalaudit (6)		Årligt				
03. Patientsikkerhed	Journalaudit (9)		Årligt				
06. Patientjournalen #	Journalaudit (2)		Årligt				
08. Parakliniske undersøgelser #	Journalaudit (4)		Årligt				
09. Basal hjerte-lunge-redning #	Kontrol (2)		Fastsættes af klinikken				
09. Basal hjerte-lunge-redning #	Dokumentation (3)		Hvert tredje år				
10. Visitation og henvisning	Journalaudit (4)		Årligt				
10. Visitation og henvisning	Journalaudit (5)		Årligt				
11. Hygiejne	Kontrol (6)		Fastsættes af klinikken				
11. Hygiejne	Vurdering (7)		Fastsættes af klinikken				
12. Apparatur til diagnostik og behandling	Kontrol (1)		Fastsættes af klinikken				
14. Håndtering af utensilier og lægemidler	Kontrol (3)		Fastsættes af klinikken				
14. Håndtering af utensilier og lægemidler	Kontrol (4)		Fastsættes af klinikken				
14. Håndtering af utensilier og lægemidler	Kontrol (5)		Fastsættes af klinikken				
16. Patienters oplevelse af kvalitet	Vurdering (2)		Mindst hvert tredje år				

Bilag 5. Anvendte begreber

Begreb	Definition/forklaring
Akkreditering	Kvalitetsvurdering, hvor en anerkendt myndighed (IKAS) vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et sæt af fælles standarder.
Dokumentation for	Når der er krav om dokumentation for noget, skal dokumentationen være nedskrevet i eksempelvis logningslister, tjeklister, "skufferegnskaber", referater eller lignende.
Håndtering af	Når klinikken skal have procedurer for håndtering af noget, betyder det, at klinikken har en bestemt måde at handle på, der viser, at man har kontrol over situationen.
Klinikken	Klinikken består af hele praksis, herunder klinikindehavere, ansatte læger og ikke-lægeligt personale. Dækker ikke rengøringspersonale og lignende.
Kontrol af	Når der er krav om kontrol af noget, betyder det at undersøge, om alt er i orden ud fra i forvejen definerede værdier. Eksempelvis om autoklaven steriliserer anvendt udstyr.
Læger	Klinikejere, ansatte læger og uddannelseslæger.
Opfølgning på	Når der er krav om, at klinikken følger op på noget, betyder det, at klinikken forholder sig til resultater af en undersøgelse, kontrol eller lignende og handler på baggrund heraf.
Plan	Beskrivelse af konkrete tiltag for at opnå et givent mål. I standarderne beskrives eksempelvis mål for udvikling af klinikken og hvordan disse nås.
Procedure	En procedure kan være såvel en skriftlig beskrivelse af en arbejdsgang som en indarbejdet rutine, som ikke foreligger på skrift. Som udgangspunkt er det frivilligt, om der er skriftlige eller mundtlige procedurer. Dog skal der altid være skriftlige procedurer, hvis lægen har mere end to til at assistere sig med opgaven.
Proces	Et forløb eller serie af handlinger.
Retningsgivende dokumenter	Retningslinjer, procedurer, instrukser og andre dokumenter, som beskriver arbejdsgange i klinikken.
Retningslinje	Skriftlig anvisning, der skal anvendes af klinikejere og ikke lægeligt-personale, når der skal træffes beslutning om den rette fremgangsmåde.
Sikring af	Når der er krav om, at klinikken har procedurer til sikring af noget, betyder det, at klinikken sørger for, at noget bliver gjort, og at der ikke sker fejl. Eksempelvis sikring af, at henvisninger udfyldes korrekt og at de sendes til rette sted.
Standard	En standard beskriver krav til kvaliteten af de pågældende områder og ligger til grund for akkrediteringen.
Vurdering	Når der er krav om, at klinikken vurderer noget, betyder det, at man skal forholde sig til indholdet, værdien, kvaliteten eller størrelsen af noget.

Bilag 6. Oversigt over kvalitetsovervågning

Standard	Type af kvalitetsovervågning
02. Anvendelse af retningsgivende dokumenter vedrørende diagnostik og behandling	Journalaudit (5 og 6) og vurdering (7)
03. Patientsikkerhed	Journalaudit (9)
04. Utilsigtede hændelser	Vurdering (2)
05. Sedation af patienter uden anæstesiologisk medvirken #	Vurdering (1 og 2)
06. Patientjournalen #	Journalaudit (2)
08. Parakliniske undersøgelser #	Journalaudit (4)
09. Basal hjerte-lungeredning #	Kontrol (2) og dokumentation (3)
10. Visitation og henvisning #	Journalaudit (4 og 5)
11. Hygiejne	Kontrol (6) og vurdering (7)
12. Apparatur til diagnostik og behandling	Kontrol (1)
14. Håndtering af utensilier og lægemidler	Kontrol (3,4 og 5)
16. Patienters oplevelse af kvalitet	Vurdering (2)

Bilag 7. Skabelon for retningslinje

Dokumentnavn	<i>Navn på dokumentet</i>
Dato for ikrafttrædelse	<i>Hvornår træder dokumentet i kraft? Eksempelvis 1.9.2015</i>
Revideres senest (dato)	<i>Hvornår skal dokumentet senest revideres? Eksempelvis 1.9.2018. 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>Hvem har godkendt dokumentet? Oftest den ansvarlige læge</i>
Formål	<i>Hvad er formålet med at have dokumentet?</i>
Hvem gælder dokumentet for?	<i>Hvem gælder dokumentet for? 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>