



Den Danske Kvalitetsmodel Akkrediteringsstandarder for kiropraktorer

0.4. version

7. marts 2015

DDKM



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



Forord

Dette er 1. version af Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, for kiropraktorer, som skal anvendes ved eksterne surveys fra XXXX.

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 kiropraktorer.

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 for kiropraktorer	4
Indledning.....	4
Hvad er Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM?	5
Hvad kan du som kiropraktor få ud af at arbejde med DDKM?	5
Generelt om akkrediteringsstandarderne	6
Gyldighed og enhed for akkreditering	6
Opbygning af standarderne	6
Love, bekendtgørelser og overenskomst.....	7
Hvornår og hvordan kommer du som kiropraktor i gang med standarderne?	8
Hvad sker der under eksternt survey?	8
Hvad vil der ske i akkrediteringsprocessen?	9
Hjælp til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel	10
Generelle krav til dokumenter.....	11
Akkrediteringsstandarder	12
Kvalitet og patientsikkerhed	12
01 - Den faglige kvalitet og anvendelse af god klinisk praksis.....	12
02 - Patientsikkerhed	14
03 - Utilsigtede hændelser.....	15
04 - Patienters oplevelse af kvalitet.....	17
Patientsikkerhedskritiske standarder	19
05 - Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter	19
06 - Billeddiagnostik.....	20
07 - Parakliniske undersøgelser	22
08 - Akutberedskab og hjertestop	24
09 - Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed	26
Ledelse og organisation	29
10 - Tilgængelighed	29
11 - Hygiejne.....	30
12 - Ledelse og drift.....	32
13 - Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling	34
Bilag 1. Oversigt over krav til beskrivelse af arbejdsgange.....	36
Bilag 2. Oversigt over kvalitetsovervågning	37
Bilag 3. Anvendte centrale begreber i standarderne	38

Introduktion til Den Danske Kvalitetsmodel for kiropraktorer

Indledning

[Indsættes når ny overenskomst foreligger]

Hvad er Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM?

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

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

Formålet med DDKM er, at:

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

Hvad kan du som kiropraktor få ud af at arbejde med DDKM?

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

Helt konkret indebærer DDKM bl.a., at:

- der arbejdes med udvikling af ledelse.
- der er planer for udvikling af klinikkens kvalitet og drift.
- Der arbejdes med udvikling af den faglige kvalitet.
- bestilling af parakliniske undersøgelser håndteres korrekt, og der sikres opfølgning på prøvesvar.
- Røntgenudstyr er til enhver tid patientsikkert og fungerer korrekt.
- journalføring følger gældende love og regler.
- rette undersøgelser og behandling gives til den rette patient.
- 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 kiropraktorer består af en række standarder for god kvalitet.

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

Standard et til fire indeholder arbejdet med kvalitet og patientsikkerhed med såvel den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet. Herefter kommer fem patientsikkerhedskritiske standarder og fire øvrige standarder, der vedrører tilgængelighed, hygiejne, ledelse og drift og ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling.

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. Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter

06. Billeddiagnostik

07. Parakliniske undersøgelser

08. Basal hjerte-lungeredning

09. Patientjournalen

Gyldighed og enhed for akkreditering

Dette sæt af akkrediteringsstandarder anvendes ved alle eksterne surveys, der påbegyndes XXX. Det er det enkelte ydernummer og hertil knyttede kiropraktorer og klinikpersonale med patientkontakt, som bliver akkrediteret. I det følgende defineres en klinik som et ydernummer med dertilhørende kiropraktorer samt klinikpersonale.

Opbygning af standarderne

Standarderne (se skabelon nedenfor) består af en overordnet beskrivelse og et formål med at arbejde med standarden. Herefter kommer en beskrivelse af indhold, som uddybende beskriver, hvad standarden indeholder, og hvilke krav, der stilles til kvaliteten og patientsikkerheden, i den enkelte klinik. Hvor der er krav om retningslinje eller plan, skal arbejdsgangen nedskrives. Kravene til indholdet kan ses under standardens ind-

holdsfelt. Hvis der er krav om en procedure, kan det enten være en skriftlig eller mundtlig procedure. Som udgangspunkt er det frivilligt, om der er skriftlige eller mundtlige procedurer. Dog skal der altid være skriftlige procedurer, hvis der er mere end to deltagende personer i en proces. En skriftlig procedure betegnes som en retningslinje. Hvis der er flere ydernumre på samme adresse med fælles klinikpersonale, vil det være oplagt at udarbejde fælles dokumenter. Herudover vil der stå krav til, hvordan kvaliteten måles.

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

Titel	<i>Titel for standard</i>			
Fagområde	<i>Beskriver, hvilken sektor standard-sættet vedrører.</i>	Version		Udgave
Tema	<i>Beskriver, hvilket tema standarden tilhører.</i>			
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, bekendtgørelser og overenskomst

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

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

Referencerne er gældende på tidspunktet for udgivelsen af standarden. På www.retsinformation.dk kan man ved søgning på en lovtjekts 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. Kiropraktorforeningens håndbog og vejledninger kan ses på <http://www.danskkiropraktorforening.dk>

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

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

Hvad sker der under eksternt survey?

Klinikken får besøg af en surveyor, der som udgangspunkt er uddannet kiropraktor. Surveyoren vil interviewe kiropraktorer og klinikpersonale for at vurdere, om klinikken lever op til kvalitetskravene i standarderne. Surveyoren vurderer de indikatorer, som er beskrevet nederst i standarderne. Besøget varer ca. 3 timer, og den enkelte klinik vil ca. et år forinden blive adviseret om besøget

Surveyoren vil:

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

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

Akkrediteret
Midlertidig akkrediteret
Akkreditering pågår

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

I sidste ende vil der kunne opnås følgende akkrediteringsstatus:

Akkrediteret
Akkrediteret med bemærkninger
Ikke akkrediteret

Hvad vil der ske i akkrediteringsprocessen?

1. Klinikken vil via virksomhedens e-Boks modtage en dato for det eksterne survey ca. et år forinden. Som udgangspunkt vil denne dato ikke kunne ændres. Hvis der er tale om flere ydernumre på samme adresse, vil besøget så vidt muligt foregå samme dag, men det er det enkelte ydernummer med dets kiropraktorer og klinikpersonale, der vil blive akkrediteret. Det forventes, at alle kiropraktorer og al klinikpersonale er til stede under det eksterne survey.
2. Klinikken skal herefter inden for en måned indtaste praktiske baggrundsoplysninger (på xxx hjemmeside) vedrørende klinikken. Minimum tre måneder før besøget vil der ligge en detaljeret plan for besøget. Heraf fremgår det, på hvilke tidspunkter surveyor skal have adgang til at interviewe de forskellige kiropraktorer og klinikpersonale. Klinikken kan så disponere "ledige" tider til patientarbejde eller andet. Besøget afsluttes med en tilbagemelding til klinikken.
3. Besøget gennemføres i overensstemmelse med planen og afsluttes med tilbagemelding.
4. Få dage efter besøget modtager klinikken via e-Boks en opsamlende rapport. Der er mulighed for at komme med indsigelser til denne rapport, hvis der vurderes at være misforståelser. Dette skal ske inde for 10 arbejdsdage.
5. Rapporten vil herefter blive behandlet i akkrediteringsnævnet, og akkrediteringsstatus meldes tilbage til den enkelte klinik via e-Boks.
6. Hvis klinikken ikke umiddelbart bliver akkrediteret, vil der blive tale om en opfølgning i form af indsendelse af dokumentation eller genbesøg eventuelt i form af gennemførelse af telefoninterview. Dette afhænger af typen af kvalitetsproblemer, som surveyors har identificeret. Kiropraktor vil modtage information fra IKAS vedrørende opfølgningen, ligesom der vil blive mulighed for nærmere rådgivning (af xxx) Klinikken har herefter mulighed for at blive tildelt akkreditering efter ny nævnsbehandling.

7. Kiropraktor modtager certifikat med akkrediteringsstatus, og akkrediteringsstatus offentliggøres på IKAS' hjemmeside.

Hjælp til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel

[Når der er afklaring vedr. støttefunktioner indsættes dette her]

IKAS

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

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

Generelle krav til dokumenter

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

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

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

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

Eksempel på opbygning af retningslinje:

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

Akkrediteringsstandarder

Kvalitet og patientsikkerhed

Titel	01 - Den faglige kvalitet og anvendelse af god klinisk praksis				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Kvalitet og patientsikkerhed				
Standard	Klinikken fastholder og udvikler den faglige kvalitet.				
Formål	At sikre høj faglig kvalitet. At sikre opfølgning på tilgængelig viden om den faglige kvalitet ved brug af kvalitetsrapporter/tilbagemeldinger fra kliniske kvalitetsdatabaser i det omfang de foreligger. At der tages udgangspunkt i tilgængelige kliniske retningslinjer indenfor specifikke områder.				
Indhold	<p>Klinikken arbejder kontinuerligt med at sikre og udvikle den faglige kliniske kvalitet. Dette gøres ved indsamling og analyse af kliniske kvalitetsdata. Hvis der er kvalitetsbrist, initieres kvalitetsforbedringer, og der følges op på, om de ønskede resultater opnås.</p> <p>Der arbejdes med:</p> <ul style="list-style-type: none">• ICPC-kodning af alle patienter.• Indrapportering af data i kliniske kvalitetsdatabaser i takt med at de udvikles.• Systematisk kritisk refleksion over behandlingsresultater af udvalgte iværksatte behandlinger med henblik på justering af behandlingsstrategier.• Opfølgning på kvalitetsrapporter/tilbagemeldinger fra kliniske kvalitetsdatabaser i det omfang de foreligger. <p>Klinikken tager i patientbehandlingen udgangspunkt i kliniske retningslinjer indenfor områderne:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lumbal nerverodspåvirkning.• Billeddiagnostiske undersøgelser af bevægeapparatet.• Sundhedsstyrelsens retningslinjer, bekendtgørelser mv.• Øvrige kliniske retningslinjer i regi af NIKKB og DSKKB i takt med at de publiceres.				
Krydsreferencer					
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					

Titel	01 - Den faglige kvalitet og anvendelse af god klinisk praksis				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Kvalitet og patientsikkerhed				
Indikator 1	Klinikken kan dokumentere, at der anvendes ICPC-kodning.				
Indikator 2	Ved interview med kiropraktor samt ved fremvisning af dokumentation, kan denne redegøre for brug af kvalitetsrapporter og lignende - i det omfang de foreligger - til udvikling af den faglige kliniske kvalitet.				
Indikator 3	Ved interview med kiropraktor samt ved fremvisning af dokumentation, kan denne redegøre for systematisk kritisk refleksion over behandlingsresultater af udvalgte iværksatte behandlinger med henblik på justering af behandlingsstrategier.				
Indikator 4	Ved interview med kiropraktor samt gennemgang af konkrete patientforløb kan der redegøres for brug af kliniske retningslinjer i diagnostisering og patientbehandlingen.				
Indikator 5	En gang årligt udvælger klinikken 20 aktuelle journaler. Der udføres journalaudit på disse, hvor det undersøges, om klinikken har fulgt gældende kliniske retningslinjer i diagnostik og behandling. Hvis der påvises mangler rettes op på dette, og der gennemføres en ny journalaudit indenfor 3 måneder. (Se forslag til journalauditskema på IKAS.dk)				
Referencer					
1.	Sundhedsstyrelsens retningslinjer ex National klinisk retningslinje for udvalgte skulderlidelser.				
2.	Kliniske retningslinjer for Lumbal nerverodspåvirkning, http://dskkb.dk/wp-content/uploads/2014/10/Lumbal_prolaps_retningslinier.pdf				
3.	Kliniske retningslinjer for Billeddiagnostik, http://www.bdretningslinjer.dk/				

Titel	02 - Patientsikkerhed	Nummer			
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Kvalitet og patientsikkerhed				
Standard	Klinikken identificerer og reducerer risici for patienter.				
Formål	At fremme patientsikkerheden i klinikken og begrænse risikoen for utilsigtede hændelser.				
Indhold	<p>Klinikken skal forebygge, at der sker skader på patienter ved at identificere arbejdsgange, behandlinger, anvendelse af apparatur og lignende, hvor der er en øget risiko for skade på patienten og klinikken iværksætter tiltag til at forebygge disse. Skader kan fx. være vaskulære, cauda equina, fraktur mv.</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.</p> <p>Klinikken foretager en risikovurdering ved indførelsen af nye behandlinger og nyt apparatur. Dette værktøj indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikation af risiko for skade eller komplikationer ved indførelse af nye behandlinger, arbejdsgange og apparatur. b. Hvordan risiko for skade og komplikationer inden for de identificerede risikoområder forebygges. c. Hvordan det håndteres, hvis der sker skader eller komplikationer inden for de identificerede risikoområder. 				
Krydsreferencer					
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med kiropraktor 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 kiropraktor kan denne redegøre for, hvilke tiltag der er iværksat til forebyggelse og håndtering af skader og komplikationer.				
Indikator 3	<p>Ved interviews med kiropraktor kan denne redegøre for, hvordan der gennemføres identifikation af risici for skader og komplikationer ved indførelsen af nye arbejdsgange, behandlinger og apparatur og hvordan de forebygges.</p> <p>Denne indikator er kun relevant for klinikker, hvor der er indført nye arbejdsgange, nye behandlinger eller nyt udstyr indenfor de sidste par år.</p>				

Titel	03 - Utilsigtede hændelser	Nummer			
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Kvalitet og patientsikkerhed				
Standard	Klinikken indrapporterer og følger op på utilsigtede hændelser.				
Formål	<p>At reducere risikoen for patientskader som følge af læring af utilsigtede hændelser.</p> <p>At skabe læring og forbedring på baggrund af utilsigtede hændelser.</p>				
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/træningsudstyr. Desuden er alvorlige hændelser omfattet. Alle andre hændelser kan rapporteres (ref. nr. 3, afsnit 4.1).</p> <p>Kiropraktoren har desuden pligt til at indrapportere utilsigtede hændelser, forårsaget af andre sundhedspersoner, og som man efterfølgende bliver opmærksom på ved udøvelse af sin faglige virksomhed (ref. nr. 1, § 3).</p> <p>Der skabes læring på baggrund af utilsigtede hændelser, foregået i klinikken eller indrapporteret af andre sundhedspersoner eller patienter. Klinikken kan med fordel informere patienter og pårørende om deres mulighed for at indrapportere utilsigtede hændelser, eksempelvis ved pjece i venteværelse eller information på hjemmeside.</p> <p>Klinikken har procedure for håndtering af utilsigtede hændelser, der som minimum indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hvem der indrapporterer utilsigtede hændelser. b. Hvem der har ansvaret for opfølgning på utilsigtede hændelser. c. Hvordan læring af utilsigtede hændelser anvendes i klinikken. 				
Krydsreferencer					
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for, hvordan de vil indrapportere en utilsigtet hændelse.				
Indikator 2	Ved interview med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for, hvordan utilsigtede hændelser bliver eller vil blive anvendt til læring i klinikken.				
Referencer					
1.	Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 Kap. 61 Sundhedsloven med eventuelle senere ændringer.				

Titel	03 - Utilsigtede hændelser	Nummer			
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Kvalitet og patientsikkerhed				
2.	Lov nr. 82 af 17. marts 2009 med virkning fra 2010, jf. sundhedsloven med eventuelle senere ændringer.				
3.	Bekendtgørelse nr. 1 af 3. jan 2011, vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet.				
4.	Lov nr. 288 af 15. april 2009 (udvidet patientsikkerhedsordning), jf. sundhedsloven med eventuelle senere ændringer.				
5.	Dansk Patient Sikkerheds Database (DPSD) www.dpsd.dk				
6.	Patientsikkerhed i primærsektoren – eksempler på utilsigtede hændelser. Dansk selskab for patientsikkerhed, http://patientsikkerhed.dk/media/563693/patientsikkerhed_primaersector_brochure_10.pdf .				

Titel	04 - Patienters oplevelse af kvalitet				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Kvalitet og patientsikkerhed				
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 patientevalueringer og følger op herpå. Disse udføres mindst hvert tredje år blandt klinikkens patienter. Man kan vælge at supplere med egne undersøgelser.</p> <p>Klinikken har procedure for håndtering af patientevalueringer, der som minimum indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hvem har ansvaret for opfølgning på evalueringer. b. Hvordan skabes der læring af patientevalueringerne i klinikken. <p>Klinikken håndterer tilbagemeldinger fra patienter, formelle patientklager og patientforsikringsager.</p> <p>Tilbagemeldinger fra patienter kan være mundtlige eller skriftlige til enkelte personer i klinikken eller til klinikken som helhed. De kan dreje sig både om faglighed og service. Klinikken skal have en procedure for, hvordan disse tilbagemeldinger indsamles, og hvordan der følges op på dem.</p> <p>Patientklager er formelle skriftlige klager til klinikken via regionen eller Patientombuddet. Patientombuddet og regionerne har procedurer for håndtering af formelle patientklager. Klinikken skal aktivt medvirke til udredning af disse sager og iværksætte handlinger til forbedring af kvaliteten på baggrund heraf, hvis det er relevant.</p> <p>Hvis kiropraktor eller en anden autoriseret sundhedsperson i klinikken bliver bekendt med skader, der antages at kunne give ret til erstatning, har kiropraktor pligt til at informere patienten om dette samt at bistå med en eventuel anmeldelse til Patienterstatningen (ref. nr. 1, § 23).</p>				
Krydsreferencer					
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med kiropraktorer og klinikpersonale 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 kiropraktorer og klinikpersonale 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				

Titel	04 - Patienters oplevelse af kvalitet				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Kvalitet og patientsikkerhed				
	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.				
4.	www.patientombuddet.dk				
5.	www.patienterstatningen.dk				

Patientsikkerhedskritiske standarder

Titel	05 - Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Patientsikkerhedskritiske standarder				
Standard	Klinikken har fokus på at undgå identitetsforveksling af patienter.				
Formål	At sikre, at rette undersøgelse og behandling gives til den rette patient.				
Indhold	<p>Klinikken forebygger identitetsforvekslinger i forbindelse med undersøgelse og behandling i klinikken, sådan at det er rette patient, der fremgår af den elektroniske journals skærbillede, og at røntgenbilleder, henvisninger mv. registreres under rette patient. Som hovedregel skal en patient identificeres ved CPR-nummer. I visse situationer kan identifikation baseres på sikker visuel genkendelse, dog kræves CPR-nummer i forbindelse med parakliniske undersøgelser.</p> <p>Klinikken har retningslinjer for patientidentifikation, der som minimum beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hvordan identifikation foretages i klinikken. b. Hvordan identifikation foretages ved telefonisk kontakt. c. Hvornår identifikationen foretages. <p>Forholdsregler til sikring af at rette patient fremgår af den elektroniske journals skærbillede.</p>				
Krydsreferencer					
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med kiropraktorer og klinikpersonale kan de redegøre for, hvordan patientidentifikation foretages, og hvordan identitetsforveksling forebygges, og de kan henvise til retningslinjer, hvori det er beskrevet.				
Referencer					
1.	Vejledning nr. 9808 af 13. december 2013 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet (www.retsinformation.dk)				

Titel	06 - Billeddiagnostik				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Patientsikkerhedskritiske standarder				
Standard	Klinikken kvalitetssikrer klinikkens billeddiagnostik				
Formål	At sikre en høj billedkvalitet, der giver mulighed for at stille en sufficient diagnose indenfor rammerne af de fastsatte referencedoser.				
Indhold	<p>Klinikker, der har eget røntgenapparat skal sikre, at de overholder EU direktivet (dokument EUR16260) og opfylder de krav til røntgenapparat, udførelse af røntgenundersøgelser, billeddiagnostik, kvalitet m.m. der forefindes i Røntgen-kvalitetshåndbogen: (http://www.nikkb.dk/table/billeddiagnostik/rontgenkvalitetshandbogen/).</p> <p>Klinikken skal forholde sig til indholdet i de billedkvalitetsrapporter samt dosismålinger, der udføres hvert andet år af en fysiker i NIKKB regi (KirPACS) eller anden udbyder af fysikerbistand, og der handles på baggrund af disse rapporter, hvor det er nødvendigt.</p> <p>Det sikres at dosismålinger ligger inden for de af sundhedsstyrelsen fastsatte referencedoser (http://sundhedsstyrelsen.dk).</p> <p>Der gennemføres månedlige konstanskontroller ved indsendelse af dokumentation for den gennemførte konstanskontrol til NIKKB eller anden ekstern valgt fysiker, dvs. resultatet af den månedlige konstanskontrol og klinikkens vurdering af, hvorvidt den er fundet tilfredsstillende i forhold til referencelværdierne. Der følges op på konstansmålinger, hvor der viser sig at være problemer.</p> <p>Ved modtagelse af nyt røntgenapparat er klinikken ansvarlig for at reglerne for modtagekontrol overholdes, at der er statuskontrol af apparaturet hvert 2. år, og at resultaterne af modtagekontrol, statuskontrol samt konstanstest dokumenteres på protokoller indeholdt i røntgenkvalitetshåndbogen.</p> <p>Personale der har med røntgenapparatet at gøre, skal være instrueret i at håndtere dette, og alle skal have en personlig docimetermåler, der indsendes til SIS hver 3. måned.</p> <p>Såfremt klinikken er tilmeldt KirPACS bør klinikken sikre at dokumentationsmateriale vedrørende konstanskontroller, statuskontrol og modtagekontrol forefindes på KirPACS og er opdateret.</p>				
Krydsreferencer					
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interview med kiropraktor kan denne redgøre for, hvordan kvaliteten af klinikkens billeddiagnostik sikres. Der følges op på billedkvalitetsmålinger og dosismålinger samt månedlige konstansrapporter. Konstansrapporter og vurdering heraf indsendes til NIKKB eller anden ekstern valgt fysiker, hvor klinikken ikke er tilmeldt KirPACS.				
Indikator 2	Ved interview med kiropraktor kan denne redgøre for at personale, som betjener røntgenudstyr, bærer docimetermåler.				

Titel	06 - Billeddiagnostik			
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave 1
Tema	Patientsikkerhedskritiske standarder			
Indikator 3	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for, hvordan egne røntgenundersøgelser og ultralydsundersøgelser gennemføres på en sikker og forsvarlig måde.			
Indikator 4	Ved interview med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for og dokumentere, at personale der varetager røntgenapparatur er uddannet til dette.			
Referencer				
1.	http://www.nikkb.dk/table/billeddiagnostik/rontgenkvalitetshandbogen/			
2.	Europa Rådet. Direktiv om beskyttelse af personers sundhed mod faren ved ioniserende stråling i forbindelse med medicinsk behandling. Rådets direktiv 97/43/EURATOM. 30-7-1997.			
3.	European Guidelines on Quality Criteria for Diagnostic Radiographic Images. EUR16260. 1996.			
4.	http://sundhedsstyrelsen.dk/~media/206E0F8F3F104A63A738E0268B964109.ashx			

Titel	07 - Parakliniske undersøgelser				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Patientsikkerhedskritiske standarder				
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 procedurer for parakliniske undersøgelser, som klinikken selv udfører (røntgenundersøgelser og ultralydsundersøgelser), samt for rekvirering af de parakliniske undersøgelser, der rekvireres hos eksterne leverandører.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kiropraktorer kan henvise til følgende undersøgelser: • MR scanning • CT scanning • Røntgenundersøgelser • Ultralydsundersøgelser • DEXA scanning (i det omfang det er regionalt besluttet) <p>Klinikken har procedurer for rekvirering og håndtering af parakliniske undersøgelser, der som minimum indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hvordan klinikken rekvirerer eksterne parakliniske undersøgelser. Proceduren skal samstemmes med udmeldte retningslinjer fra de billeddiagnostiske afdelinger/andre kiropraktorer. b. Hvordan klinikken arbejds-mæssigt håndterer henvisning til egne udførte parakliniske undersøgelser. c. Opfølgning på tilbagemelding om mangelfulde henvisninger til parakliniske undersøgelser. <p>Klinikken har retningslinjer for opfølgning på prøvesvar, der som minimum beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hvordan det sikres, at der reageres rettidigt på resultater af rekvirerede undersøgelser. b. Hvordan opfølgning på manglende svar sikres. c. Fremgangsmåde ved afvigende resultater af svar, der kan have væsentlig betydning for patienten, eksempelvis mistanke om anden alvorlig sygdom. d. Hvordan der gives svar til patienter. e. Opfølgning på svar i forbindelse med ferie, sygdom og lignende. <p>Klinikken følger op på parakliniske undersøgelser, der er bestilt hos eksterne leverandører, men som af en eller anden grund ikke bliver gennemført. Der er rykkerprocedurer ved manglende svar, og det er klart, hvem i klinikken, der har ansvaret for at rykke for svar.</p> <p>Klinikken har procedurer for indhentning af informeret samtykke til parakliniske undersøgelser, der som minimum indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Hvordan indhentes samtykke til parakliniske undersøgelser 				

Titel	07 - Parakliniske undersøgelser				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Patientsikkerhedskritiske standarder				
	<p>b. Hvor noteres samtykke til parakliniske undersøgelser</p> <p>Patientens samtykke skal gives på baggrund af fyldestgørende information fra kiropraktors side, og patienten kan til enhver tid tilbagekalde sit samtykke.</p> <p>Et informeret samtykke kan være skriftligt, mundtligt eller efter omstændighederne stiltiende. Samtykke vil i langt de fleste tilfælde være givet implicit.</p>				
Krydsreferencer					
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale samt gennemgang af konkrete patientforløb kan de redegøre for, hvordan eksterne parakliniske undersøgelser rekvireres fra billeddiagnostiske afdelinger samt andre kiropraktorer.				
Indikator 2	Klinikken vurderer og følger op på tilbagemeldinger fra billeddiagnostiske afdelinger og andre kiropraktorer vedrørende mangelfulde henvisninger.				
Indikator 3	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for, hvordan klinikken arbejdsmæssigt håndterer henvisning til egne udførte parakliniske undersøgelser.				
Indikator 4	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for, hvordan opfølgning på resultater af parakliniske undersøgelser håndteres, herunder hvem der har ansvaret for opfølgning, hvordan manglende prøvesvar håndteres, hvordan der gives svar til patienter, og hvordan prøvesvar i forbindelse med ferie, sygdom og lignende håndteres og henviser til retningslinjer, hvori det er beskrevet.				
Referencer					
1.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9207 af 31. maj 2011 om håndtering af parakliniske undersøgelser.				
2.	Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9808 af 13. december 2013 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet.				
3.	Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv (www.retsinformation.dk).				
4.	Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 om patienters medinddragelse i beslutninger (Sundhedsloven kap 5).				

Titel	08 - Akutberedskab og hjertestop	Nummer	08		
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Patientsikkerhedskritiske standarder				
Standard	Klinikken kan håndtere akut opstået sygdom herunder genoplivning.				
Formål	At sikre hurtig og kvalificeret behandling ved hjertestop eller anden akut sygdom i klinikken for at øge patientens mulighed for overlevelse uden varige mén.				
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 – hjertemassage, kunstigt åndedræt og alarmering). Uddannelse/efteruddannelse i basal genoplivning gennemføres minimum hvert tredje år. Alle i klinikken skal kende deres funktioner og opgaver i forbindelse med akut sygdom og/eller hjertestop. Ved ansættelse af nyt personale sikres, at den nyansatte er introduceret til funktioner og opgaver i forbindelse med akut sygdom og/eller hjertestop, herunder basal hjerte-lungeredning afhængig af dennes funktion og opgaver.</p> <p>Klinikken har retningslinjer for akut opstået sygdom og genoplivning, der udarbejdes i overensstemmelse med nyeste nationale retningslinjer for hjerte-lunge-redning. Retningslinjerne beskriver som minimum:</p> <ol style="list-style-type: none"> Alarmering. Håndtering af akut opstået sygdom herunder eksempelvis besvimelse, faldulykker, vaskulære hændelser mv. Håndtering af basal hjerte-lungeredning. Opgaver og ansvar for kiropraktor og klinikpersonale. <p>Hvis klinikken har hjertestarter er denne tilgængelig, brugbar og opbevaret korrekt, således at den er klar til brug ved akut sygdom/hjertestop. Dette indebærer bl.a. tjek af batteri og holdbarhed af pads. Hvis klinikken ikke har egen hjertestarter skal kiropraktor og klinikpersonale vide, hvor den nærmest tilgængelige findes.</p> <p>Klinikken har beredskab til håndtering af anden akut behandling eksempelvis besvimelse mv.</p>				
Krydsreferencer					
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for, hvordan akut sygdom og hjertestop håndteres i klinikken og henvise til retningslinjer, hvori det er beskrevet.				
Indikator 2	Klinikken kan dokumentere, at der føres regelmæssig kontrol af hjertestarter mv. til brug i akutte situationer, herunder tilstedeværelse og tilgængelighed, tjek af udløbsdatoer, funktion mv. Hvis klinikken ikke har hjertestarter, kan de henvise til nærmeste tilgængelige hjertestarter.				
Indikator 3	Klinikken kan dokumentere, at der er gennemført uddannelse inden for de				

Titel	08 - Akutberedskab og hjertestop	Nummer	08		
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Patientsikkerhedskritiske standarder				
	sidste tre år i basal hjerte-lungeredning for kiropraktorer og klinikpersonale.				
Referencer					
1.	http://genoplivning.dk/				
2.	Vejledning nr. 9056 af 8. februar 2010 om behandling af patienter med akutte atypiske bryst-smerter.				

Titel	09 - Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Patientsikkerhedskritiske standarder				
Standard	<p>Klinikken har en elektronisk patientjournal, der er ajourført, og som indeholder relevante data om patienten i henhold til gældende lovgivning.</p> <p>Klinikken behandler, opbevarer og destruerer personhenførbare data sikkert og sikrer patienternes diskretion.</p>				
Formål	<p>At sikre, at patientjournalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • indeholder de elementer, der fremgår af lovgivning, vejledninger mv. i forhold til registrering af patientdata. • understøtter den kliniske beslutningsproces og fremmer kontinuiteten i patientforløbet. <p>At sikre datasikkerhed og fortrolighed i klinikens omgang med personfølsomme oplysninger.</p>				
Indhold	<p>Klinikken har procedurer for håndtering af patientjournalen og for dens indhold og for, hvordan klinikken behandler, opbevarer og destruerer personhenførbare data. Dette for at sikre tilgængelig viden om patientens undersøgelses- og behandlingsforløb og for at sikre patienten mod læk eller tab af personhenførbare data.</p> <p>Patientjournalen</p> <p>Patientjournaler indeholder de oplysninger, som fremgår af Bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler af 2. januar 2013, tilpasset kiropraktorer, såsom anamnese, objektiv undersøgelse, vurdering, diagnose, samtykke, plan og udført behandling (Se forslag til journalauditskema på IKAS.dk) (https://www.retsinformation.dk).</p> <p>Klinikken skal kvalitetssikre indhold af journaler ved gennemgang af tilfældigt udvalgte journaler minimum en gang årligt. Klinikken har desuden procedurer for:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Patienters adgang til egen journal. b. Ændringer af forkerte/upræcise journaloplysninger. <p>Datasikkerhed</p> <p>Personoplysninger håndteres, så uretmæssig adgang hindres. Personoplysninger er både oplysninger i elektroniske systemer og på papir.</p> <p>Hindring af uretmæssig adgang til personoplysninger omfatter også metoder og forholdsregler til beskyttelse af lagrede personoplysninger og computerprogrammer mod fejl og virus.</p> <p>Klinikken sikrer backup, hindring af uretmæssig adgang til personoplysninger, fx personlige passwords, logningslister, kryptering, firewalls og antivirusprogrammer og forholdsregler ved forsøg på uretmæssig adgang til personoplysninger. Dette kan være en del af kontrakter med it-leverandører.</p> <p>Klinikken har procedurer for håndtering af personoplysninger, der som mini-</p>				

Titel	09 - Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Patientsikkerhedskritiske standarder				
	<p>mum omhandler:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hvordan personoplysninger indhentes og videregives. b. Hvordan personoplysninger opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende. c. Hvordan personoplysninger destrueres. d. 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 i klinikken, telefonsamtaler, skærmarbejde og lignende.</p>				
Krydsreferencer					
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale samt gennemgang af konkrete patientforløb kan de redegøre for håndtering af journaler, herunder indhold, patienters adgang til egen journal samt ændringer af forkerte/upræcise journaloplysninger. Indhold af journaler skal følge gældende lovgivning.				
Indikator 2	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for, hvordan uretmæssig adgang til persondata hindres, herunder datasikkerhed, hvordan personoplysninger indhentes og videregives, hvordan personoplysninger opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende, hvordan personoplysninger destrueres, og hvordan personoplysninger håndteres ved systemnedbrud.				
Indikator 3	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for, hvordan fortroligheden og diskretionen sikres i kontakten med patienterne i forbindelse med samtaler med patienter, telefonsamtaler, skærmarbejde og lignende. Der lægges specielt vægt på diskretion vedrørende CPR-nr. samt oplysninger om sygdom.				
Indikator 4	Klinikken har kvalitetssikret indhold af journaler ved gennemgang af 20 tilfældigt udvalgte journaler minimum en gang årligt. Hvis der er påvist mangler, er der rettet op på disse og gennemført en ny gennemgang af journaler inden for fire måneder.				
Referencer					
1.	Bekendtgørelse nr. 3 af 2. januar 2013 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.).				
2.	Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 af sundhedsloven med eventuelle senere ændringer.				
3.	Bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning, jf. Forvaltningsloven med eventuelle				

Titel	09 - Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Patientsikkerhedskritiske standarder				
	senere ændringer.				
4.	Vejledning nr. 37 af 2. april 2001 til bekendtgørelse nr. 528 af 15. juni 2000 om sikkerhedsforanstaltninger til beskyttelse af personoplysninger, som behandles for den offentlige forvaltning.				
5.	Informationssikkerhed – vejledning for sundhedsvæsenet. Version 100 af 25. februar 2008. Sundhedsstyrelsen.				
6.	Lovbekendtgørelse 877 af 4. august 2011, om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.				
7.	Vejledning nr. 9229 af 29. april 2005 om sygeplejefaglige optegnelser.				
8.	Bekendtgørelsen om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler af 2. januar 2013 (https://www.retsinformation.dk/Forms/r0710.aspx?id=144978).				

Ledelse og organisation

Titel	10 - Tilgængelighed				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Ledelse og organisation				
Standard	Klinikken sikrer patienterne adgang til oplysninger om tilgængelighed og servicemål for klinikken.				
Formål	At patienter har adgang til relevant information om klinikken.				
Indhold	<p>Med henblik på at tilvejebringe uddybende information til brug for patientens valg af kiropraktor, skal kiropraktoren udarbejde en praksisdeklaration, som offentliggøres på sundhed.dk. Kan endvidere understøttes af egen hjemmeside.</p> <p>Kiropraktoren er forpligtet til at vedligeholde og opdatere egne oplysninger i praksisdeklarationen og den skal indeholde:</p> <ol style="list-style-type: none"> Praksisnavn, konsultationsadresse, telefonnummer. Navn, alder og køn på indehaver(e) af klinikken. Praksisform og -type. Om praksis tilbyder elektronisk kommunikation, herunder tidsbestilling, med patienterne og oplysning om, hvordan man som patient får adgang til at anvende dette (hjemmeside og e-mail adresse). Åbnings- og træffetider på telefon. Om der opkræves gebyr ved udeblivelse uden rimelig grund eller afbud senest dagen før, samt gebyrets størrelse. Oplysning om ferie og længerevarende fravær, sygdom og kurser mv. Adgangsforhold samt toiletfaciliteter (bevægelseshæmmede patienter). Parkeringsforhold. Navn, alder og køn på ansatte kiropraktorer og turnuskandidater. Ventetider. Servicemål, ex ventetid til 1. konsultation. Træningsfaciliteter, røntgen- og/eller ultralydsudstyr mm. Resultater af den patientoplevede kvalitet. 				
Krydsreferencer					
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Klinikken har en opdateret praksisdeklaration på sundhed.dk der som minimum indeholder punkterne a - n og kan vise og demonstrere at punkterne overholdes i praksis .				
Indikator 2	Ved interviews med kiropraktor, kan klinikken redegøre for opstillede servicemål og løbende monitorering af disse. Hvis servicemål ikke er opfyldt er der iværksat tiltag til kvalitetsforbedring.				

Titel	11 - Hygiejne				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Ledelse og organisation				
Standard	Klinikken forebygger at patienter, pårørende og personale pådrager sig infektioner i klinikken.				
Formål	At konsultationerne foregår under hygiejniske forhold.				
Indhold	<p>Klinikken har procedurer for hygiejnen i klinikken både i forhold til lokaler og inventar og blandt personalet.</p> <p>Rengøring</p> <p>Klinikken har procedurer for rengøring af lokaler og inventar, så det er sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt for patienter, pårørende, kiropraktorer og klinikpersonale. Rengøring skal udføres, så smittefare reduceres, og forurening ikke spredes.</p> <p>Behandlingsbrikse, apparatur og øvrige hjælpemidler til flergangsbrug</p> <p>Klinikken har procedurer for rengøring af ex. behandlingsbriks, stetoskop, reflexhammer, røntgenplade, træningsapparatur mm. Anvendt apparatur og udstyr rengøres i forhold til forskrifter udstukket fra leverandører, Sundhedsstyrelsen eller andre relevante aktører.</p> <p>Håndhygiejne</p> <p>Der gennemføres god håndhygiejne ved anvendelse af hånddesinfektion, håndvask og brug af engangshandsker. Der skal forefindes håndhygiejnefaciliteter, håndhygiejnemidler og personlige værnemidler i de lokaler eller nært tilstødende lokaler, hvor der udføres undersøgelse og behandling.</p> <p>Klinikken har procedurer for håndhygiejne, der som minimum indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Håndvask og hånddesinfektion. b. Brug af håndsmykker og armbåndsure. <p>Akupunktur nåle</p> <p>Klinikken sikrer at akupunktur nåle opbevares og bortskaffes uden risiko for patienter, kiropraktor, klinikpersonale mv. i klinikken.</p>				
Krydsreferencer					
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interview med kiropraktor kan denne redegøre for procedurer for rengøring af lokaler og inventar.				
Indikator 2	Ved interview med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for procedurer for rengøring af behandlingsbrikse, apparatur og øvrige hjælpemidler til flergangsbrug imellem patienterne.				
Indikator 3	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for hånd-				

Titel	11 - Hygiejne				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Ledelse og organisation				
	tering af håndhygiejne.				
Indikator 4	Kvaliteten af rengøringen af lokaler og inventar vurderes, og der følges op herpå. Klinikken fastsætter selv hyppigheden.				
Indikator 5	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for opbevaring og bortskaffelse af akupunktur nåle uden risiko for patienter, kiropraktor, klinikpersonale mv. i klinikken.				
Referencer					
1.	Nationale infektionshygiejniske retningslinjer, Central Enhed for Infektionshygiejne 1. udgave 2013.				

Titel	12 - Ledelse og drift				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Ledelse og organisation				
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 anvendelse af ny viden og forskning i klinisk praksis, nye krav i overenskomsten, regionale krav og forventninger. Som klinik skal man løbende forholde sig til disse krav og udfordringer og indrette og udvikle den daglige drift, så kravene imødekommes. Der skal udarbejdes en plan for udvikling af klinikken, hvor der formuleres mål for den fortsatte udvikling, som tager højde for nye krav og forventninger. En sådan plan skal minimum revideres en gang årligt. Det kan fx være mål for indførelse af nye behandlingsmetoder, nyt apparatur, ansættelse af nyt personale, udvidelse af praksis, anvendelse af IT og lignende. Praksisdeklaration kunne naturligt være en del af planen (henvisning til hjælpeværktøj - årshjul evt).</p> <p>Planen skal indeholde:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Plan for kvalitetsovervågning. Hvem skal foretage kvalitetsovervågninger, og hvor ofte skal der foretages kvalitetsovervågninger fx gennemgang af journaler, herunder også, hvordan det besluttet at iværksætte kvalitetsforbedringstiltag, hvis der konstateres kvalitetsbrist, og hvordan effekten af disse evalueres og eventuelle nye tiltag iværksættes. (Se forslag til årshjul for kvalitetsovervågning på IKAS.dk) b. Hvordan organiserer vi arbejdet med DDKM? Herunder hvem har ansvaret for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet, afholdelse af møder, kursusaktivitet, udarbejdelse af retningslinjer mv. c. Ansvars- og opgavebeskrivelse for kiropraktorer og klinikpersonale. d. Udviklingsmål for klinikken, herunder indførelsen af nye tiltag, eksempelvis nye behandlingsformer, nye tiltag i overenskomst og lignende. 				
Krydsreferencer					
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for, hvilken kvalitetsovervågning, der foregår i klinikken og henvise til en plan herfor.				
Indikator 2	Ved interview med kiropraktor kan denne redegøre for, hvordan der gennemføres kvalitetsforbedringstiltag, hvis kvalitetsovervågningen viser kvalitetsproblemer. Det vurderes, om tiltag har haft den ønskede effekt, og om der iværksættes nye initiativer, hvis den ønskede effekt ikke er opnået.				
Indikator 3	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for ansvars- og opgavefordeling i klinikken og definere egne roller. Herunder også				

Titel	12 - Ledelse og drift				
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Ledelse og organisation				
	ansvar for koordinering af klinikkens kvalitetsudviklings- og patientsikkerhedsarbejde.				
Indikator 4	Ved interview med kiropraktor kan denne redegøre for, hvilke mål der er for klinikkens udvikling.				

Titel	13 - Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling		13		
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Ledelse og organisation				
Standard	Klinikken fastsætter rammerne for ansættelse, introduktion af nyansatte og for kompetenceudvikling af ansatte kiropraktorer og klinikpersonale.				
Formål	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • der ansættes klinikpersonale med en relevant kompetenceprofil, • ansvars- og opgavefordeling i klinikken er tydelig, • klinikpersonale til enhver tid har de nødvendige kompetencer til løsning af klinikkens opgaver. • der er et attraktivt læringsmiljø i klinikken. • der er de bedste betingelser for rekruttering og fastholdelse af ansatte kiropraktorer og klinikpersonale. 				
Indhold	<p>Klinikken har en procedure for ansættelse og introduktion med det formål at skabe sikkerhed for, at nyansatte har de rette kvalifikationer, og at der er dokumentation for autorisation og uddannelse. Nyansatte gennemgår et introduktionsprogram, der er målrettet den enkeltes uddannelsesmæssige baggrund og erfaring, og alle får en funktionsbeskrivelse.</p> <p>Kiropraktorstuderende på klinikophold og andre under uddannelse i klinikken introduceres til klinikkens opgaver, ansvarsfordeling, drift og eventuelle fastsatte kvalitets- eller servicemål. Herudover introduceres nyansatte til relevante procedurer og retningslinjer, herunder de patientsikkerhedskritiske standarder.</p> <p>Fungerer klinikpersonale som medhjælp, instrueres medhjælpen, og der føres i fornødent omfang tilsyn med arbejdet. For at sikre, at kiropraktorer (herunder ansatte kiropraktorer) og klinikpersonale til enhver tid har de nødvendige kompetencer til løsning af klinikkens opgaver, vurderes regelmæssigt behov for kompetenceudvikling. Hvor det vurderes relevant, sikres et relevant uddannelses tilbud. Kompetenceudvikling er alle former for udvikling og læring, herunder intern og ekstern kursusaktivitet, efter- og videreuddannelse mv. kompetenceudvikling kan drøftes ved en eventuel årlig medarbejderudviklingssamtale.</p>				
Krydsreferencer					
Klinikken vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:					
Indikator 1	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for klinikkens procedurer ved ansættelse og introduktion af ansatte kiropraktorer og klinikpersonale, og at proceduren er fulgt ved nyansættelser inden for det sidste år.				
Indikator 2	Ved interviews med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for muligheden for og den praktiske gennemførelse af supervision af klinikpersonale.				
Indikator 3	Fungerer klinikpersonale som medhjælp, kan kiropraktor og klinikpersonale				

Titel	13 - Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling		13		
Sektor	Kiropraktorer	Version	1	Udgave	1
Tema	Ledelse og organisation				
	redegøre for, hvordan der sker instruktion af medhjælp, og der føres fornødent tilsyn med arbejdet.				
Indikator 4	Ved interview med kiropraktor og klinikpersonale kan de redegøre for overvejelser omkring kompetenceudvikling i klinikken.				
Referencer					
1.	Lovbekendtgørelse nr. 81. af 3. februar 2009 om retsforholdet mellem arbejdsgivere og funktionærer (Funktionærloven).				
2.	Lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Autorisationsloven).				
3.	http://www.danskiropraktorforening.dk/Medlemmer/Ansattelsesforhold/ (Standardansættelsesaftale).				

Bilag 1. Oversigt over krav til beskrivelse af arbejdsgange

Std.nr.	Standardtitel	Type af beskrivelse (skriftlighedskrav til retningslinjer og planer)
01	Den Faglige kvalitet og anvendelse af god klinisk praksis	Procedurer, kliniske retningslinjer
02	Patientsikkerhed	Procedurer
03	Utilsigtede hændelser	Procedurer
04	Patientevalueringer	Procedurer
05	Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter	Procedurer og retningslinjer
06	Billeddiagnostik	Procedurer
07	Parakliniske undersøgelser	Procedurer og retningslinjer
08	Akutberedskab og hjertestop	Procedurer og retningslinjer
09	Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed	Procedurer
10	Tilgængelighed	Procedurer
11	Hygiejne	Procedurer
12	Ledelse og drift	Plan
13	Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling	Procedurer

Bilag 2. Oversigt over kvalitetsovervågning

Std.nr.	Standardtitel	Type af kvalitetsovervågning
01	Den Faglige kvalitet og anvendelse af god klinisk praksis	Journalaudit
02	Patientsikkerhed	
03	Utilsigtede hændelser	
04	Patientevalueringer	Gennemførelse af evaluering af patienters oplevelser samt opfølgning herpå
05	Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter	
06	Billeddiagnostik	Billedkvalitetsmålinger, konstansmålinger, docimetrymåling. Dokumentation for instruktion.
07	Parakliniske undersøgelser	
08	Akutberedskab og hjertestop	Kontrol af evt hjertestarter, dokumentation for uddannelse i basal hjerte-lungeredning
09	Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed	Journalaudit
10	Tilgængelighed	
11	Hygiejne	Kontrol af udstyr til flergangsbrug, kontrol af rengøring
12	Ledelse og drift	
13	Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling	

Bilag 3. Anvendte centrale begreber i standarderne

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