

# Den Danske Kvalitetsmodel

# DDKM



Institut for Kvalitet og Akkreditering  
i Sundhedsvæsenet  
[www.ikas.dk](http://www.ikas.dk)



Webinar om Akkrediteringsstandarder for  
privathospitaler og klinikker – 2. version,  
specielt for privathospitaler og klinikker, der tidligere har været  
akkrediteret efter DDKM

**Carsten Engel og Vibe Siegfried**

**14.09.2020**



Institut for Kvalitet og Akkreditering  
i Sundhedsvæsenet  
[www.ikas.dk](http://www.ikas.dk)



# Dagsordenen for webinarret

- Velkommen
- Overblik over ændringerne i standardsættet
- Standarder, hvor der er sket væsentlige ændringer
- Akkrediteringsprocessen
- Standarder der er forenklede
- Spørgsmål og svar
- Afslutning



# Overblik over ændringerne i standardsættet

- Bilag 4 sammenfatter ændringerne



# Nye specifikke krav

- 1.2.7 Håndtering af patienter, som ikke har noget dansk CPR-nummer
- 1.3.5 Databehandlersaftale skal kunne fremvises
- 1.4.1 Alle nye medarbejdere skal have introduktion til brandsikring og hjertestopbehandling
- 2.9.2 Lægemedelordinationer registreres i FMK
- 2.9.5 Krav om kontinuerlig logning af temperatur i medicinkøleskabe
- 2.13.1 Uddannelse i basal hjertelungeredning inden for 3 år skal kunne dokumenteres
- 2.13.1 Der skal være let adgang til hjertestarter

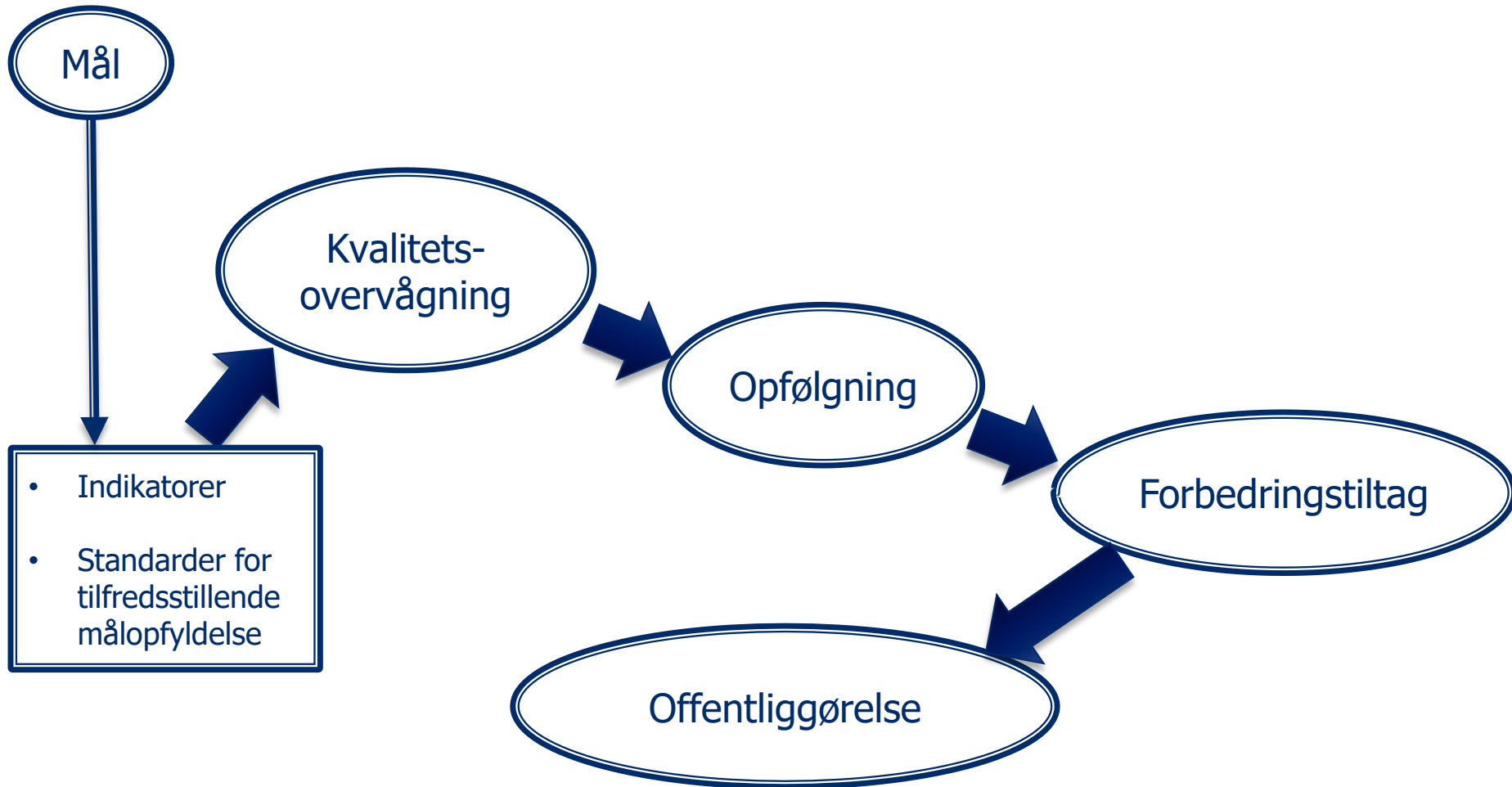
# Forenklinger og præciseringer

- 1.3.1 Krav om dokumentstyring skal ikke forstås som krav om elektroniske dokumentstyringssystem
- 1.7.1 Præciseret, hvornår der er krav om servicering/kalibrering (måleværdi eller risiko for patient ved apparatursvigt)
- 1.8.4 Legionellakrav flyttet til 1.5.1 og gælder kun, hvor der er bruse- eller spabade for patienter
- 2.2.2 Det undersøges ikke ved survey, om der er dokumentation for, hvad der er udleveret af skriftlig information til den enkelte patient
- 2.2.2 Dokumentstyring kun ved egne produkter – men man skal kunne forklare, hvordan man sikrer, at udefrakommende er ajour

# Forenklinger og præciseringer 2

- 2.7.5 Krav om smertebehandling – undersøges kun ved specialiseret smertebehandling og postoperative smerter (disse i 2.10.1)
- 2.9.3 Der undersøges ikke ved survey, om der findes en lægemiddelanamnese i journalen
- 2.9.5 Indikator vedr. opbevaring af patienters medbragte medicin udgår

## 1.2.1 Kvalitetsudvikling





## 1.2.1 Kvalitetsudvikling

- Mål
  - Nationalt mål: Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
  - Nationalt mål: Behandling af høj kvalitet
  - Nationalt mål: Øget patientinddragelse (LUP kan bruges, hvis findes)
  - (Nationalt mål: Hurtig udredning og behandling)
  - Målopfølgelsen følges med indikatorer
  - Hospitaler sætter eller overtager standarder for tilfredsstillende målopfyldelse
- Dataindsamling jfr. indikatorerne, der belyser målene
  - Beskrevet i kvalitetsovervågningsplan, fx som årshjul
  - RKKP skal anvendes, hvis den findes
  - Overvej, hvordan data præsenteres

## 1.2.1 Kvalitetsudvikling

- Opfølgning på kvalitetsovervågning
  - Opfylder vi vores standarder for tilfredsstillende kvalitet?
  - Hvis nej, hvad gør vi så (kan inkludere, at man prioriterer sine indsats)
- Gennemførelse af forbedringstiltag – jfr. også Bilag 1
  - Hvad gør vi?
  - Hvordan vil vi følge op på, om vi opnår den ønskede forbedring?
  - Vurdér, hvordan det gik, og prioriter evt. ny indsats
- Offentliggørelse af information på hjemmeside
  - Akkrediteringsstatus og surveyrapport (gerne link)
  - Tilsynsrapporter (gerne link)
  - Evt. RKKP- og LUP-data (gerne link)



## 3.12.1 – Indhold om overvågning af faglig kvalitet

- Data, som belyser den faglige kvalitet af de almindeligst forekommende forløb på hospitalet
  - Keep it simple
- Sikre kompletthed af eventuelle RKKP-data



## 1.2.6 - Risikostyring og rapportering af utilsigtede hændelser

Delen om risikostyring er omskrevet

- Risikostyring er nu fokuseret på risici for patienter og understøttes af et risikokatalog
- Se eksempel i bilag 2, hvor det er tydeliggjort, hvad der kræves
- Bemærk også nogle ændringer i indikatorerne vedr. utilsigtede hændelser



# Risikokatalog (Bilag 2.) og skriftlig risikostyringsplan

- Organisationen gennemfører en overordnet risikoanalyse, som samles i et risikokatalog (DOK jf. indikator 1.)
- Risikokataloget opdateres årligt
- Risikokataloget opdateres også, hvis der tages nye behandlinger op, eller hvis man bliver opmærksom på nye risici, fx på grund af en utilsigtet hændelse
- Risikokataloget kan indeholde faste risikokategorier
- Udvælgelsen af risikokategorier kan ske på baggrund af mønstre/tendenser
- Risikokataloget kan udarbejdes i den skabelon, der findes som bilag 2.
- OBS! Hospitaler med flere ledelsesniveauer har udover risikokataloget en skriftlig risikostyringsplan (DOK jf. indikator 2.)



## 1.5.1 – Infektionshygiejne

- Hospitalet arbejder i overensstemmelse med De Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer (herefter kaldet NIR), som definerer god faglig praksis på området, samt øvrige nationale regler og anbefalinger vedr. hygiejne
- Større hospitaler har en hygiejnepolitik
- Alle hospitaler og klinikker skal sikre, at relevante infektionshygiejniske retningslinjer er tilgængelige og implementerede

# De Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer

- Hospitalet kan vælge at bruge NIR direkte, gerne i form af links på hospitalets intranet
- Men da NIR er meget omfattende, og det kan derfor være en hjælp, hvis hospitalet udarbejder egne retningslinjer herom
- NIR for Almen Praksis giver en kortfattet og brugervenlig sammenskrivning af de anbefalinger, der er relevante i almen praksis. Privatklinikker, der ikke udfører operative indgreb eller har indlagte patienter, vil være dækket ind af denne NIR
- Øvrige klinikker kan også bruge denne NIR som en indføring, men må supplere med uddybende baggrundsinformation og grundigere metodebeskrivelser fra andre NIR, herunder:



# Oversigt for de forskellige NIR

- a) NIR om håndhygiejne
- b) NIR for rengøring i hospitals- og primærsektoren
- c) NIR om håndtering af tekstiler til flergangsbrug i sundhedssektoren
- d) Sundhedsstyrelsens vejledning om arbejdsdragt inden for sundheds- og plejesektoren
- e) NIR om generelle forholdsregler ved infektioner og bærertilstande i sundhedssektoren
- f) NIR om supplerende forholdsregler ved infektioner og bærertilstande i sundhedssektoren
- g) NIR for det præ-, per- og postoperative område
- h) NIR for genbehandling af steriliserbart medicinsk udstyr
- i) NIR for genbehandling af fleksible endoskoper
- j) NIR for desinfektion i sundhedssektoren
- k) NIR for forebyggelse af urinvejsinfektion
- l) NIR for brug af intravaskulære katetre
- m) Sundhedsstyrelsens vejledning om MRSA
- n) Seruminstittets Infektionshygiejniske retningslinjer om MRSA





## 1.5.4 - Procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr og tekstiler samt rengøring af apparatur til klinisk brug

- **Indikator 1:** *Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalet genbehandler medicinsk udstyr til flergangsbrug*
- DOK - Der foreligger retningslinjer for procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr til flergangsbrug
- NIR kan bruges direkte, eller der kan være udarbejdet lokale retningslinjer med udgangspunkt i NIR for genbehandling af steriliserbart medicinsk udstyr



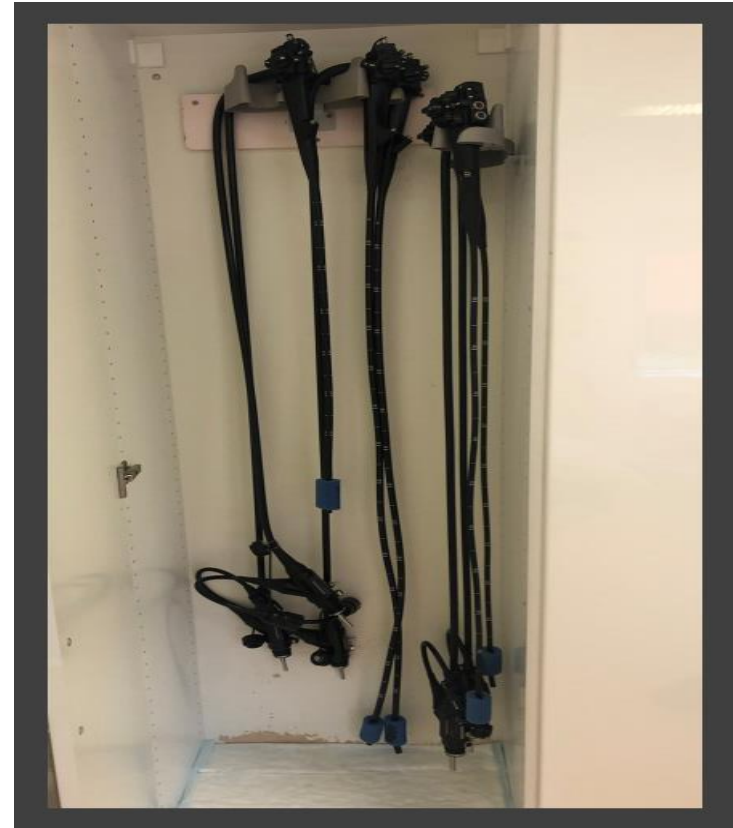
## 1.5.4 - Procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr og tekstiler samt rengøring af apparatur til klinisk brug

**Indikator 2:** Ledere og medarbejdere kan forklare og demonstrere korrekt rengøring og opbevaring af medicinsk udstyr og materialer til flergangsbrug:

- Semikritisk udstyr (defineres i NIR for genbehandling af steriliserbart medicinsk udstyr, s. 18) rengøres og desinficeres som beskrevet i samme NIR
- Kritisk udstyr (defineres i NIR for genbehandling af steriliserbart medicinsk udstyr, s. 18) rengøres og desinficeres som beskrevet i samme NIR
- Kritisk udstyr opbevares, som beskrevet i NIR for genbehandling af steriliserbart medicinsk udstyr, s. 59ff; holdbarhedstider af udstyr, som klinikken selv steriliserer, fastsættes som beskrevet i NIR for Tandklinikker (se referencelisten)
- Fleksible endoskoper behandles og opbevares som beskrevet i NIR for genbehandling af fleksible endoskoper
- Til desinfektion og sterilisering anvendes apparatur, som er beregnet til formålet, dvs. CE-mærket. (CE-mærket er producentens erklæring om, at udstyret lever op til gældende normer og lovkrav)



# Skoper



# Kritisk udstyr





## 1.5.4 - Procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr og tekstiler samt rengøring af apparatur til klinisk brug

- **Indikator 3:** *Denne indikator er kun relevant på hospitaler, hvor der anvendes medicinsk udstyr, der skal steriliseres (kritisk udstyr)*
- Processen til sterilisering af medicinsk udstyr til flergangsbrug kontrolleres løbende i overensstemmelse med NIR for genbehandling af steriliserbart medicinsk udstyr, s. 86.
  - a) Brug af autoklavetape eller tilsvarende
  - b) Kontrol af at korrekt tryk, tid og temperatur er opnået efter hver kørsel
  - c) Regelmæssig brug af sporeprøver (mindst hver 3. måned).
- Apparatet vedligeholdes i øvrigt i overensstemmelse med kravene i standard 1.7.1
- *NIR foreskriver også brug af kemiske indikatorer, men det er ikke muligt at opstille generelle kriterier for anvendelse, der kan lægges til grund for akkreditering*



## 1.5.5 - Hånd- og uniformshygiejne -Håndhygiejne udføres korrekt, som beskrevet i NIR, og der anvendes korrekt uniform

**Indikator 1:** DOK Hospitalet har retningslinjer for håndhygiejne, der beskriver den korrekte fremgangsmåde, inkl. kirurgisk håndvask, hvor der udføres operative indgreb.

**Indikator 2:** DOK Hospitalet har retningslinjer for uniformshygiejne

**Indikator 3:** Hospitalet har lettilgængelige faciliteter for håndhygiejne til rådighed i områder, hvor der sker behandling med direkte patientkontakt.

- NIR kan bruges direkte, eller der kan være udarbejdet lokale retningslinjer med udgangspunkt i NIR om håndhygiejne
- *Der skal findes flydende sæbe og håndsprit og anvendes engangshåndklæder!*



## 1.5.6 – Rengøring

- Særlige krav til rengøring af operationsstuer er beskrevet i NIR for det præ-, per- og postoperative område, bilag 2.
- Kvalitetssikring af rengøringen er beskrevet i NIR for rengøring i hospitals- og primær-sektoren, kapitel 9.
- Små klinikker, der ikke tilbyder operativ behandling eller har indlagte patienter, kan følge principperne i NIR for Almen Praksis 2015, s. 19. Disse klinikker kan foretage en uformel vurdering af rengøringskvaliteten
- Klinisk risikoaffald defineres i NIR for Almen Praksis 2015. S. 17 har en god oversigt over, hvad der kan behandles som almindelig dagrenovation, og hvad der er klinisk risikoaffald eller skærende, stikkende affald



## 4.1.1. - Hospitalets sociale ansvar

- Indkøb
  - CO<sub>2</sub>-udledning
  - Sociale ansvarlighed i øvrigt
- 
- Risikovurdering
  - Politik
  - Aktiviteter
  - Resultater



# Akkrediteringsprocessen

- Ny tilgang til ikke-relevante standarder
- Oversigt over de krævede og de foreliggende dokumenter med skabelonen beregnet til dette
- Begrebet patientsikkerhedskritisk standard er afskaffet
- Vigtigt at bruge bilag 4 til at skaffe sig et overblik over ændringerne



# Hvilke standarder og indikatorer skal hospitalet anvende?

- Standarder og indikatorer markeret med hvidt, er dem som man selv vælger til
- Standarder og indikatorer markeret med **mørkegrønt** skal altid anvendes
  - 1.2.1 Kvalitetsudvikling
  - 1.2.10 - Patientklager og patientskade-erstatningsager
  - 1.3.1 – Dokumentstyring
  - 1.3.5 - Sikkerhed og fortrolighed ved personhenførbare data
  - 1.6.3 – Brandsikring
  - 2.1.2 - Patientens og pårørendes inddragelse som partnere
  - 2.13.1 – Hjertestopbehandling
- Standarder og indikatorer markeret med **lysegrønt** skal altid anvendes, men hvor der kan være andre indikatorer i standarden som kan til eller fravælges afhængig af konteksten
- **Orange**: valgfri tilvalgsstandard 4.1.1.



# Nogle forenklede standarder

- 2.7.1 Behandlingsplan
- 2.10.1 Observation  
ALTID relevant, når der tilbydes generel anæstesi, regional anæstesi eller sedation  
OVERVEJ, om I har andre patienter, der har brug for systematisk observation under opholdet hos jer med henblik på at undgå forværring (kunne fx være ved risiko for anafylaktisk shock).
- 3.12.1 Faglige retningslinjer
- KRAM og genoptræning/genoptræningsplan har ikke længere egne standarder, men indgår i behandlingsplanen og afslutningen af patienten, hvor det er relevant (2.7.1 og 2.17.4)



# Spørgsmål og svar



Institut for Kvalitet og Akkreditering  
i Sundhedsvæsenet  
[www.ikas.dk](http://www.ikas.dk)

