



## Akkreditering af almen praksis - status pr. 13. juli 2016

### Afvikling af nævnsmøder

I perioden 1. januar 2016 til 13. juli 2016 har Akkrediteringsnævnet behandlet 242 sager efter eksternt survey fra almen praksis.

Sektor	Antal sager i alt	Administrativt godkendt	Konkret vurdering
<b>Almen praksis</b>	<b>242</b>	<b>151</b>	<b>91</b>

Ud af de 91 klinikker der har været til konkret vurdering i Akkrediteringsnævnet, har 78 fået status midlertidig akkreditering; det vil sige akkrediteret med bemærkninger, men med mulighed for forbedring. 12 klinikker har fået tildelt status akkreditering pågår; det vil sige ikke akkrediteret på det foreliggende grundlag, men med mulighed for en ny vurdering. En enkelt klinik har fået status ikke akkrediteret ved første behandling i Akkrediteringsnævnet. Herudover er der tre tilfælde, hvor surveyorne opgav at gennemføre survey, idet der ikke var udsigt til, at survey kunne gennemføres på fornuftig vis. I sådanne tilfælde sender vi en redegørelse til den relevante region/samarbejdsudvalg.

Region	Akkrediteret	Midlertidig akkreditering	Akkreditering pågår	Ikke akkrediteret	I alt
Hovedstaden	48 (62%)	25 (32%)	4 (5%)	1 (1%)	78
Sjælland	18 (50%)	14 (39%)	4 (11%)		36
Syddanmark	39 (72%)	14 (26%)	1 (2%)		54
Midtjylland	32 (60%)	19 (36%)	2 (4%)		53
Nordjylland	14 (67%)	6 (28%)	1 (5%)		21
<b>I alt</b>	<b>151 (62%)</b>	<b>78 (32%)</b>	<b>12 (5%)</b>	<b>1 (1%)</b>	<b>242</b>

Akkrediteringsnævnet har pr. 13. juli genbehandlet 49 sager efter opfølgning:

Midlertidig akkreditering -> akkrediteret	40
Akkreditering pågår -> akkrediteret	3
Akkreditering pågår -> akkrediteret med bemærkninger	1



Akkreditering pågår -> ikke akkrediteret
--

4
---

## Hvad har vi fundet

Nedenfor præsenteres kun de standarder og indikatorer, som er vurderet "i nogen grad opfyldt" og "ikke opfyldt" i mindst 10 klinikker pr. 13. juli 2016 ved eksternt survey<sup>1</sup>. Se bilag 1. I bilag 2 fremstilles udviklingen i antallet af klinikker hvor indikatorer er vurderet henholdsvis i nogen grad opfyldt og ikke opfyldt.

Der har indtil videre vist sig et billede af, at følgende standarder og indikatorer har været særligt udfordrende for klinikkerne:

## Kvalitet og patientsikkerhed

### Standard 1.2 Anvendelse af god klinisk praksis, indikator 5 og 6.

Her består manglerne i, at 20 klinikker ikke har valgt en sårbar gruppe og derfor ikke har kunnet redegøre for identifikation og opsporing af sårbare grupper og valg af indsatsområde og 22 klinikker ej heller kunne redegøre for særlige initiativer i forhold til sårbare grupper.

## Patientsikkerhedskritiske standarder

### Standard 2.1 Forebyggelse af identitetsforveksling af patienter, indikator 1

I fire tilfælde er der set mangler i form af manglende identificering af patienter med cpr. nummer, forud for parakliniske undersøgelser samt manglende retningslinje. I to tilfælde er der set mangler i form af manglende identificering af patienter med cpr. nummer, forud for parakliniske undersøgelser. I otte tilfælde kunne der ikke henvises til retningslinjen for patientidentifikation eller der kunne henvises til en mangelfuld retningslinje.

### Standard 2.3 Parakliniske undersøgelser, indikator 3

Her består manglerne i manglende eller mangelfuld retningslinje for opfølgning på prøvesvar for 14 klinikkers vedkommende. Der er ligeledes set 24 eksempler på, at der ikke følges op på manglende prøvesvar og mangelfuld procedure for svarafgivelse. Ud af disse 24 eksempler manglede 16 klinikker en retningslinje eller havde kun en mangelfuld retningslinje.

### Standard 2.4 Akutberedskab og hjertestop, indikator 3

Her består manglerne i, at 10 klinikker ikke kunne dokumentere, at der var gennemført uddannelse inden for de sidste tre år i basal hjerte-lungeredning for praksispersonale.

### Standard 2.5 Patientjournalen, datasikkerhed og fortrolighed, indikator 5

32 klinikker har ikke gennemført fyldestgørende journalaudit, hvor indholdet af journaler kvalitetssikres.

<sup>1</sup> Der er en række indikatorer der stort set ikke er fund på. Det gælder følgende indikatorer:

1.2.2, 1.2.3, 1.4.1, 2.1.2, 2.2.4, 2.2.5, 2.2.6, 2.3.1, 2.3.4, 2.3.5, 2.3.6, 2.5.1, 2.5.2, 2.5.3, 2.5.4, 3.1.1, 3.1.2, 3.1.4, 3.2.1, 3.2.2, 3.2.3, 3.3.1, 3.3.2, 3.3.3, 3.4.2, 3.4.3, 4.1.3, 4.1.6, 4.2.2, 4.2.3, 4.2.4, 4.3.1, 4.3.2, 4.3.3, 4.3.4

## Det gode patientforløb

### Standard 3.1 Tilgængelighed, indikator 3

Manglerne består i, at 17 klinikker ikke har en skriftlig retningslinje, der beskriver håndtering af visitation af akutte og ikke-akutte patienter.

### Standard 3.4 Anskaffelse, opbevaring og bortskaffelse af kliniske utensilier og medicin/vaccine, indikator 4

Manglerne består i, at 12 klinikker enten ikke har kontrolleret utensiliers og lægemidlers udløbsdatoer eller ikke har kunnet dokumentere kontrollen.

## Ledelse og organisation

### Standard 4.1 Hygiejne, indikator 1, 2 og 5

Her består manglerne i, at 12 klinikker ikke gør rent på alle brugsdage jf. NIR for almen praksis. I 25 klinikker lever klinikernes sterilisationsproces ikke op til krav jf. NIR for almen praksis. Manglerne består ligeledes i, at sterilisation af apparatur til flergangsbrug sker i almindelig ovn. Der er også set mangler i form af manglende kontrol af autoklave og manglende brug af autoklavetape, kemiske indikatorer eller sporprøver. Endvidere er der set mangler i form af manglende kontrol af udstyr til sterilisering og rengøring af medicinsk udstyr til flergangsbrug.

### Standard 4.2 Ledelse og drift, indikator 1

Indikator 1 har vist sig udfordrende i og med at 19 klinikker havde en mangelfuld plan for udvikling af klinikken eller slet ikke havde nogen plan.

## Sammenfatning

De områder, hvor der oftest konstateres mangler, er således dem, der dækkes af indikatorerne vedr. valg af og initiativer ift den valgte sårbare gruppe. Ligeledes findes der en del mangler vedr. områderne "parakliniske undersøgelser", "patientjournalen", hygiejne og "ledelse og drift".

De sager, der har været til konkret vurdering i Akkrediteringsnævnet, spænder over klinikker med kun én enkelt indikator vurderet "i nogen grad opfyldt" eller "ikke opfyldt" til en klinik med 52% af alle relevante indikatorer vurderet "i nogen grad opfyldt" og "ikke opfyldt". Denne klinik fik tildelt status "Ikke akkrediteret" allerede ved første behandling i nævnet.

Kriteriet for at en sag indstilles til konkret vurdering er som bekendt, at blot en indikator skal være vurderet "i nogen grad opfyldt" eller "ikke opfyldt". Der har i alt været 37 tilfælde, hvor der kun var én indikator, der var vurderet "i nogen grad opfyldt" eller "ikke opfyldt". I 41 tilfælde har der været mellem 2 og 5 indikatorer vurderet "i nogen grad opfyldt" eller "ikke opfyldt" og i 10 tilfælde har der været mellem 6 og 15 indikatorer vurderet "i nogen grad opfyldt" eller "ikke opfyldt". I tre tilfælde har mellem 13 og 31 indikatorer været vurderet "i nogen grad opfyldt" eller "ikke opfyldt".

Overenskomsten åbner mulighed for, at praksis, der på grund af sygdom eller alder forventes at ophøre i indenfor fem år, kan fritages. Vi kan konstatere at der er en meget varieret praksis i regionerne, når det kom-



mer til administration af denne mulighed. Eksempelvis er andelen af fritagene i Region Sjælland tre gange så stor, som det er tilfældet i Region Syd.

