

Speciallægepraksis vurderingsvejledning 2. version af DDKM

03 Patientsikkerhed, indikator 8

Publiceringsdato
10 jan 2019

Baggrund:

"Der foreligger en skriftlig aftale om ansvarsfordeling i relation til anæstesi mellem anæstesiologen og den opererende læge".

Formålet med indikatoren er alene at beskrive samarbejdsfladen mellem den opererende ørelæge og anæstesiolog ud fra et patientsikkerhedsmæssigt perspektiv. Det behandlingsmæssige og det juridiske ansvar i forbindelse med operationen er allerede defineret i sundhedslovgivningen. Der kan imidlertid være forskelle i den praktiske tilrettelæggelse af behandlingsforløbene fra klinik til klinik.

For at sikre ensartet forståelse, anvendelse og survey af indikatoren, skal den skriftlige aftale derfor altid have nedenstående ordlyd.

Til beskrivelse af de individuelle forskelle i logistik og praktisk tilrettelæggelse fra klinik til klinik, skal aftalen altid vedlægges kopi af de standarder og indikatorer, som der i teksten er refereret til.

Vurdering:

Den skriftlige aftale til brug for opfyldelse af standard 3, indikator 8 skal have følgende ordlyd:

"Anæstesiologen har ansvaret for det, som vedrører anæstesen og den opererende læge/ørelægen har ansvar for det, som er relateret til det operative. Visse opgaver overlapper, og i så fald har begge ansvar. Lokalt kan man efter aftale vælge at fordele opgaverne på en måde, som er operationelt mest hensigtsmæssigt, men det ændrer ikke på hvem, der har det endelige ansvar.

Inden operation

Ørelægen har ansvaret for indikation for og egnethed til operation samt samtykke, jf. standard 6

Patientinformation om operation og anæstesi gives af ørelægen eller ørelægens personale ved beslutning om operation. Information gives mundtligt og udleveres tillige skriftligt. Skriftlig information om anæstesi udarbejdes af anæstesilægen, skriftlig information om operation udarbejdes af ørelægen.

Egnethed til anæstesi vurderes i første omgang af ørelægen (ASA I og II). Er ørelægen i tvivl søges råd ved anæstesilægen.

Operation

Anæstesilægen vurderer endeligt egnethed til anæstesi på operationsdagen, jf. standard 3. Patientidentifikation sker i fællesskab når ørelæge og anæstesilæge er til stede, jf. standard 7.

Ørelæge og anæstesilæge er begge observerende i forhold til blødning og servietoptælling men ørelægen har det endelige ansvar, jf. standard 3.

Opvågning

Operation afsluttes og patienten lægges til opvågning, evt. inddrages personale. Overvågning efter opera-

tivt indgreb er beskrevet i retningslinjer for opvågning jf. standard 3. Anæstesiologen har ansvaret indtil patienten vurderes at være vågen, klar og med intakte reflekser. Ørelægen har ansvaret for behandling af evt. smerter og blødning efter operationen.

Udskrivning

Udskrivning er et fælles ansvar og effektueres af ørelæge eller anæstesiolog afhængig af indgrebets karakter og anæsthesimetode, jf. standard 3.

Apparatur:

Anæstesilægen har ansvaret for at anæstesi- og overvågningsapparatur virker i forbindelse med anæstesi – førstnævnte logføres. Log er tilgængelig for både ørelæge og anæstesiolog. Der foreligger individuelle aftaler om servicering af udstyr. Både anæstesiolog og ørelæge har adgang til servicereport.

Ørelægen har ansvaret for at sug, udsugning, operationslejer og diatermiapparatur fungerer, og at der er adgang til ilt.

Der henvises til standard 12 om apparatur til diagnostik og behandling.”

05 Journalaudit, alle indikatorer

Publiceringsdato
23 jan 2019

Baggrund:

”Hvis klinikken tidligere har været akkrediteret, skal der have været gennemført årlige journalaudits siden første surveybesøg. Seneste audit må på surveydagen højst være et år gammel. Den ovenfor beskrevne stikprøve og journalauditspørgsmålene i bilag 2 skal have været benyttet ved audits efter 1.oktober 2018.”

Vurdering:

For alle standardens indikatorer gælder derfor følgende:

Klinikker, der tidligere har været akkrediteret, kan principielt kun opnå HO, hvis kravene i indikatorerne er opfyldt for alle tre audits siden sidste survey. Det betyder ikke, at man ved survey skal undersøge alle detaljer for alle tre audits, men har betydning, når man skal vurdere en klinik, hvor der mangler nogle af de tre audits.

I praksis vil vi vurdere på følgende måde:

- Hvis der inden for det seneste år foreligger en journalaudit, som opfylder alle kravene, mens der tidligere i forløbet mangler én eller to journalaudits, bliver vurderingen BO.

Klinikker, der akkrediteres første gang, kan opnå HO, hvis der foreligger én journalaudit, der er gennemført efter reglerne. Den må dog på surveytidspunktet højst være ét år gammel, så det vil kunne forekomme, at nogle nye klinikker skal gennemføre mere end én audit (nemlig hvis de er startet med første journalaudit mere end ét år før survey), men vurderingen afhænger kun af, hvordan den seneste audit er gennemført.

I de efterfølgende vejledninger til standardens enkelte indikatorer oplistes fund, der vil give anledning til krav om opfølgning, altså til vurdering NO/IO.

05 Journalaudit, indikator 1**Publiceringsdato**
23 jan 2019**Baggrund:**

"Klinikken udfører journalaudit på de spørgsmål, der fremgår af journalauditskemaet i bilag 2."

Følgende mangler ved seneste journalaudit vil medføre krav om opfølgning:

- Der mangler spørgsmål, jfr. bilag 2 (visse spørgsmål kan være ikke relevante i konkrete situationer)
- Mere end et år gammel på surveydagen
- Utilstrækkeligt antal journaler

05 Journalaudit, indikator 2**Publiceringsdato**
23 jan 2019**Baggrund:**

"Klinikken kan fremvise dokumentation for resultatet af årlig journalaudit og eventuelle opfølgende audits."

Manglende dokumentation for journalaudit gennemført inden for seneste år medfører krav om opfølgning (både hvis audit er gennemført, men dokumentation ikke foreligger, eller hvis der ikke er gennemført journalaudit inden for seneste år).

Hvis journalaudit inden for eneste år kan dokumenteres, men der mangler dokumentation for en eller to tidligere journalaudits, bliver vurderingen BO.

IO gives, hvis der overhovedet ikke foreligger dokumentation for nogen journalaudit.

For klinikker, der ikke tidligere har været akkrediteret, forholder man sig udelukkende til, om der foreligger dokumentation for journalaudit gennemført inden for det seneste år. Evt. tidligere journalaudits påvirker ikke vurderingen.

Bemærk, at der ikke er krav til, hvordan dokumentationen skal være. Der kan fx være tale om en egentlig rapport, om et udfyldt journalauditskema, eller om præsentation af journalauditresultatet i et referat fra et kliniskmøde. Surveyorne må gerne se en rapport eller et udfyldt journalauditskema, og tage udgangspunkt i det, når de drøfter indikator 3, men det er ikke nødvendigt at klinikken kan forelægge den form for dokumentation.

OBS: Da der ikke i 1.version af standardsættet var krav om dokumentation af journalaudit, kan der ikke forlanges dokumentation for audits gennemført før 1.10.2018.

05 Journalaudit, indikator 3**Publiceringsdato**

23 jan 2019

Baggrund:

“Klinikken kan redegøre for processen omkring opfølgning på eventuelle mangler ved den årlige journalaudit - herunder også for eventuelle beslutninger om opfølgende forbedringstiltag og resultater af opfølgende audits.”

Følgende mangler ved seneste journalaudit vil medføre krav om opfølgning:

- Man har ikke drøftet, om der var behov for at iværksætte forbedringstiltag
- Man har besluttet at iværksætte forbedringstiltag, men dette er ikke sket

Følgende mangel ved seneste journalaudit vil medføre, at vurderingen bliver BO:

- Der er iværksat forbedringstiltag, men der er ikke foretaget opfølgende audit

Der kan kun forlanges dokumentation for resultater af opfølgende audit - i øvrigt baseres vurderingen på interview.

06 Journalføring, indikator 1**Publiceringsdato**
23 jan 2019**Præcisering af, hvordan kravene til journalføring vurderes (standard 06, indikator 1).**

Denne vurderingsvejledning baseres på Styrelsen for Patientsikkerheds målepunkter for almen praksis. Der findes ingen målepunkter for speciallægepraksis, men kravene vedr. journalføring må antages at kunne overføres.

Der er tre elementer i indikatoren. Mangler i blot ét element vil kunne føre til, at indikatoren højst kan vurderes NO. De tre elementer er

- Indhold
- Patienters adgang til egen journal
- Ændringer af forkerte/opræcise oplysninger.

For så vidt angår indholdet skal følgende tre punkter altid vurderes (jfr. Styrelsen for Patientsikkerheds målepunkter for almen praksis, 2017, punkterne 1, 2 og 14):

- Indikation for undersøgelse og behandling, herunder ved ordination af ny medicin, i en detaljeringsgrad, der svarer til "situationens alvor", jfr. målepunktet:

"Ved nye ordinationer skal det fremgå, hvorfor patienten skal have medicinen, for eksempel "mod øjenbetændelse", "mod forhøjet blodtryk", "mod gigtsmerter". Det er for eksempel for upræcist at angive, at medicinen gives "for smerter", hvis det ikke fremgår af journalen, hvilke smerter det drejer sig om.

Indikationen for undersøgelsen/behandlingen, for eksempel ved røntgenundersøgelser, operative indgreb og lægemiddelordinationer, skal fremgå. Jo mere indgribende undersøgelsen/behandlingen er, jo mere udførligt skal indikationen beskrives. Indikationen skal ligeledes beskrives særligt udførligt, hvis der er tale om en udviklingsfunktion. Ved simple tilstande, hvor den valgte undersøgelse/behandling er indlysende, er det tilstrækkeligt med et ganske kort notat."

- Informeret samtykke ved operative indgreb og iværksættelse af behandling med medicin; indholdet af informationen skal være beskrevet i et omfang, der svarer til "situationens alvor", jfr. målepunktet:

"Det skal fremgå af journalen hvilken mundtlig og skriftlig information, der er givet til patienten, og hvad patienten har tilkendegivet med hensyn til behandling, herunder om patienten har givet samtykke til en konkret behandling. Stiltiende samtykke til almindelige delelementer i et undersøgelses- eller behandlingsforløb, for eksempel rensning af sår, undersøgelse af ben og armes funktionsevne, stetoskopi osv. skal ikke journalføres.

Det skal altid som minimum fremgå af journalen, at patienten inden en udført behandling har fået information om evt. risici for komplikationer mv. og har givet samtykke til behandlingen.

Ved mindre indgribende og ukomplicerede operative indgreb vil det som udgangspunkt være tilstrækkeligt, at det er noteret i journalen, at patienten er informeret om indgrebet og risici uden at det specificeres nærmere. Kravet til journalføringen øges, jo mere alvorlig eller jo større den mulige komplikation er (se retningslinjerne for yderligere information).

Der vil blive fokuseret på om der er givet samtykke til iværksættelse af behandling med medicin og til operative indgreb”

Indikatoren afdækkes ved **interview med læge og med andet personale**, der evt. skriver i journalen, samt ved **demonstration af patientjournaler**.

Hvis interview og demonstration afdækker andet end tilfældige og helt isolerede afvigelser, er der tale om et fund, der gør, at indikatoren højst kan vurderes NO.

Hvis surveyorne under demonstrationen finder **betydende mangler i forhold til forståelighed**, herunder finder, at der anvendes forkortelser, der ikke er gængse i almindeligt sprog eller i specialet, er der tale om et fund, der medfører (højst) NO (jfr. STPS målepunkt 9)

11 Hygiejne indikator 3	Publiceringsdato 23 jan 2019
<p>Udover mangler i "redegørelsen" og "vise hvor beskrevet" (indikator teksten), vil følgende konkrete mangler medføre krav om opfølgning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglende tilgængelighed af håndvask og håndsprit (OBS - ingen specifikke krav om, hvad det vil sige, så det skal være en klar mangel, som begrundes i rapporten med en tydelig beskrivelse af, hvad der konkret findes) • Personale, der som led i behandlingen har fysisk kontakt med patienten eller udfører procedurer på patienten, anvender lange ærmer eller ure/håndsmykker • Anvendelse af flergangshåndklæder på steder, hvor personalet vasker hænder 	
11 Hygiejne indikator 6	Publiceringsdato 23 jan 2019
<p>Mangler i enhver af de tre "dotter" vil medføre krav om opfølgning</p>	
11 Hygiejne indikator 7	Publiceringsdato 23 jan 2019
<p>Der er ingen krav til, hvordan rengøringen skal kontrolleres.</p> <p>Hvis klinikken angiver, at rengøringen kontrolleres, men lokalerne på surveydagen klart fremstår som ikke tilfredsstillende rengjorte, må man konkludere, at kontrollen ikke fungerer, og give krav om opfølgning. Udgangspunktet vil her være, at der vurderes IO.</p>	

15 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling, indikator 5**Publiceringsdato**
23 jan 2019**Baggrund:**

Jf. indikator teksten skal læge og ikke-lægeligt personale kunne redegøre for, hvordan kompetenceudvikling varetages og henvise til en plan for ansatte lægers og ikke-lægeligt personales kompetenceudvikling.

Intentionen:

Intentionen i standarden er at klinikledelsen i samarbejde med personalet har forholdt sig strategisk til behovet for udvikling af kompetencer og på baggrund heraf iværksat kompetenceudvikling.

Vurdering:

Det accepteres at der også anvendes andre former for drøftelse af den enkeltes kompetenceudvikling end MUS-samtaler. Kravet er dog at den enkelte medarbejder har haft mulighed for at drøfte kompetenceniveau og ønsker om udvikling heraf med klinikledelsen og at det sker årligt.

I forhold til kravet om plan kan det eksempelvis være referat af MUS-samtaler, referat af personalemøde, i målene for udviklingen af klinikken eller lignende hvor kompetenceudvikling er drøftet. Det skal være aftalt hvilke kurser mv. den enkelte tager afsted på. I princippet er det nok at skrive: Gerda tager på et 2-dags kursus i hygiejne eller at kunne vise en kursustilmelding eller et kursusdiplom.

HO:

Såfremt lægen og ikke-lægeligt personale kan redegøre for at man har forholdt sig til klinikkens og den enkelte ansattes kompetenceudvikling på baggrund af afholdte medarbejderudviklingssamtaler eller lignende inden for det seneste år og kan henvise til en plan vurderes indikatoren helt opfyldt.

BO:

Såfremt lægen og ikke-lægeligt personale kan redegøre for at man har forholdt sig til klinikkens og den enkelte ansattes kompetenceudvikling men ikke kan henvise til en plan vurderes indikatoren i betydelig grad opfyldt.

NO:

Såfremt der er planer for nogle, men ikke for alle; fx for sekretær, men ikke for sygeplejerske; eller fx for uddannelseslæge, men ikke for fast personale

IO:

Såfremt lægen og ikke-lægeligt personale ikke kan redegøre for at man har forholdt sig til klinikkens og den enkelte ansattes kompetenceudvikling og ikke kan henvise til en plan vurderes indikatoren ikke opfyldt.

Dokumenter**Publiceringsdato**

23 jan 2019

Hvis et helt dokument mangler:

Hvis dokumentet ikke foreligger, vil der være krav om opfølgning og indikatoren kan derfor kun vurderes i nogen grad opfyldt (NO) eller ikke opfyldt (IO).

Hvis indhold i et dokument mangler:

Hvis et punkt i et dokument mangler, men praksis i klinikken er god og solid, vil der ikke nødvendigvis være krav om opfølgning. Indikatoren kan derfor godt vurderes i betydelig grad opfyldt (BO)

Formkrav til dokumenter

Hvis en klinik tilgår sine retningslinjer i et elektronisk system, der altid viser den nyeste udgave, har det ingen betydning, om en oprettelses- eller gyldighedsdato fremgår af visningen eller af et udprint af retningslinjen. Det afgørende er således, at retningslinjerne er implementerede, og der dermed kan konstateres en hensigtsmæssig praksis i klinikken.

Injektionsteknik ved ledpunktur

Uerfarne og mindre erfarne læger skal følge Sundhedsstyrelsens generelle vejledning omkring aseptik (kræver sygeplejerskeassistance):

Et passende stort område (radius ca. 5 cm) omkring indstiksstedet skal desinficeres 2 gange, og midlet skal påføres med steril vatpind, tampon eller lignende. Der påbegyndes centralt i punkturområdet og arbejdes perifert. Hudområdet skal tørre mellem de to påføringer. Der skal benyttes desinfektionsmiddel i passende koncentration for at opnå en hurtig reduktion af hudens bakterieflora. Midlet bør være spritholdigt fx jodspiritus 2,5% eller Klorhexidin 0,5% i 70% ethanol. Herefter skal der ved optrækning af injektionsvæske og ved injektionen benyttes sterile handsker forudgået af håndvask/spritning af hænder. Hue og mundbind anbefales benyttet. Benyttes ikke maske må man, den som udfører punkturen, ikke tale/åbne munden under injektionen. Ved injektionen skal benyttes sterile engangsutensilier. Disse skal håndteres, så de forbliver sterile indtil proceduren er gennemført. Hulstykke er ikke nødvendigt.

Læger fortrolige med led- og lednære injektioner (forudsætter at kompetencen for den pågældende læge er godkendt af afdelingen og kræver ikke sygeplejerskeassistance):

"No touch teknik"

(også godkendt af Sundhedsstyrelsen) kan anvendes. Kræver grundig håndvask efterfulgt af hånddesinfektion med sprit, desinfektion af hudområdet som ovenfor beskrevet **og injektion uden berøring af selve hudområdet**. Forudgående afmærkning af indstikssted er en fordel. Handsker (behøver ikke være sterile) benyttes for at beskytte lægen for kontakt mellem udøverens hud og nål samt evt. udhentet materiale. Vedrørende hue og mundbind se ovenfor.

Dette er en teknik, som kræver erfaring.