

## Akkreditering af almen praksis - status pr. 15. marts 2017

### Afvikling af nævnsmøder

I perioden 1. januar 2016 til 15. marts 2017 har Akkrediteringsnævnet behandlet 483 surveyrapporter efter eksternt survey i almen praksis.

<b>Surveys forelagt til 1. behandling</b> (483)		<b>Surveys færdigbehandlet af Akkrediteringsnævnet</b> (444)
<b>Direkte Akkrediteret</b> 60,9% (294/483)		<b>Akkrediteret</b> 97,4% (433/444)
<b>Til opfølgning</b> 38,9% (188/483)	<b>Efter opfølgning Surveys forelagt til 2. behandling</b> (150)	
	Akkrediteret 92,6% (139/150)	
	Akkrediteret med bemærkninger 2,7% (4/150)	<b>Akkrediteret med bemærkninger</b> 0,7% (4/444)
	IKKE Akkrediteret 4,7% (7/150)	<b>IKKE Akkrediteret</b> 1,9% (8/444)
<b>Direkte IKKE akkrediteret</b> 0,2% (1/483)		

(Tallene i parentes er antal vurderede surveyrapporter. Der udarbejdes en surveyrapport pr. ydernummer)

Ud af de 189 klinikker, der har været til konkret vurdering i Akkrediteringsnævnet, har 161 fået status midlertidig akkreditering: det vil sige akkrediteret med bemærkninger men med mulighed for forbedring. 27 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.

Seks ud af de otte klinikker, der har fået tildelt status "ikke akkrediteret", har bevidst fravalgt at gennemføre opfølgning. Det er klinikker, som alle ved første behandling i Akkrediteringsnævnet fik tildelt status "akkreditering pågår".

Herudover er der tre tilfælde, hvor surveyerne 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	90 (56,6%)	58 (36,5%)	10 (6,3%)	1 (0,6%)	159
Midtjylland	76 (65%)	37 (31,6%)	4 (3,4%)		117
Nordjylland	25 (61%)	14 (34,1%)	2 (4,9%)		41
Sjælland	36 (54,5%)	25 (37,9%)	5 (7,6%)		66
Syddanmark	67 (67%)	27 (27%)	6 (6%)		100
<b>I alt</b>	294 (60,9%)	161 (33,3%)	27 (5,6%)	1 (0,2%)	483

## Hvad har vi fundet

Nedenfor præsenteres kun de standarder og indikatorer, som er vurderet "i nogen grad opfyldt" og "ikke opfyldt" i mindst 20 klinikker pr. 15. marts 2017 ved eksternt survey. I bilag 1 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 43 klinikker ikke har valgt en sårbar gruppe, og derfor ikke har kunnet redegøre for identifikation og opsporing af sårbare grupper og valg af indsatsområde. 46 klinikker har heller ikke redegøre for særlige initiativer i forhold til sårbare grupper.

### Standard 1.4 Patientevaluering, indikator 2

24 klinikker har ikke gennemført patientevaluering via DAK-E inden for de sidste tre år.

## Patientsikkerhedskritiske standarder

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

I 37 tilfælde er der set mangler i form af manglende identificering af patienter med cpr. nummer, forud for parakliniske undersøgelser. I yderligere 10 tilfælde bestod manglerne i mangelfuld eller manglende retningslinje.

### Standard 2.2 Lægemedelordination og receptfornyelse, indikator 2

Her er der fundet 21 tilfælde, hvor vurderingen af medicinordinationer har været mangelfuld eller slet ikke er blevet foretaget.

### Standard 2.3 Parakliniske undersøgelser, indikator 3

Her har surveyorne fundet 56 tilfælde, hvor der ikke følges op på manglende prøvesvar og mangelfuld procedure for svarafgivelse. Yderligere 16 klinikker kunne ikke henvise til en retningslinje for prøvesvar eller kunne kun henvise til en mangelfuld retningslinje.

### Standard 2.4 Akutberedskab og hjertestop, indikator 3

Her består manglerne i, at 22 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

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

## Det gode patientforløb

### Standard 3.1 Tilgængelighed, indikator 3

Manglerne består i, at 27 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

Her har surveyorne fundet 24 tilfælde, hvor utensiliers og lægemidlers udløbsdato ikke er blevet kontrolleret eller kontrollen ikke har været dokumenteret.

## Ledelse og organisation

### Standard 4.1 Hygiejne, indikator 1 og 2

Her består manglerne i, at 24 klinikker ikke gør rent på alle brugsdage jf. NIR for almen praksis. I 53 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.

## Standard 4.2 Ledelse og drift, indikator 1

Indikator 1 har vist sig udfordrende i og med, at 36 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 i forhold til den valgte sårbare gruppe. Ligeledes findes der en del mangler vedr. områderne "patientidentifikation", "parakliniske undersøgelser", "patientjournalen" og "hygiejne".

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". Fordelingen af antal indikatorer, der har medført konkret vurdering i Akkrediteringsnævnet, kan ses i tabellen herunder.

Antal indikatorer	Antal tilfælde
1	72
2-5	90
6-10	16
11-15	4
16-31	7

## Bilag 1

### Udvikling i antal NO/IO vurderinger - almen praksis

