

# Kvalitet og risikostyring

---

## Indholdsfortegnelse

---

<b>1</b>	<b>FORMÅL</b> .....	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>REFERENCER</b> .....	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>TERMER OG DEFINITIONER</b> .....	<b>3</b>
<b>4</b>	<b>GYLDIGHEDSOMRÅDE</b> .....	<b>3</b>
<b>5</b>	<b>ANSVAR</b> .....	<b>3</b>
<b>6</b>	<b>PROCES</b> .....	<b>3</b>
6.1	KVALITET OG RISIKOSTYRING .....	3
6.1.1	<i>Kvalitetsovervågning</i> .....	3
6.1.2	<i>Intern audit</i> .....	3
6.1.3	<i>Ledelseevaluering</i> .....	4
6.1.4	<i>Risikostyring</i> .....	4
6.1.5	<i>Patientidentifikation</i> .....	5
<b>7</b>	<b>INTERNE REFERENCER</b> .....	<b>5</b>
<b>8</b>	<b>DOKUMENTATION OG ARKIVERING</b> .....	<b>5</b>

## Godkendelse

---

	Navn	Funktion	Dato
Udarbejdet af	Kristian Klein Juhl	Kvalitetsansvarlig	05-10-2015
Godkendt af	Ken Ninn-Pedersen	Klinikansvarlig læge	05-10-2015

# 1 Formål

---

Formålet med denne standard er

- at sikre
  - et datagrundlag til prioritering og udvikling af kvalitet og patientsikkerhed
  - at borgere og andre interessenter har adgang til information om kvaliteten af de ydelser, som sygehuset leverer
- at sikre
  - at sygehuset ud fra den samlede kvalitetsovervågning prioriterer indsatsområder
  - at viden om forbedringsmuligheder omsættes til kvalitetsforbedringer
  - at der sker en kontinuerlig kvalitetsudvikling af sygehusets processer og ydelser
- at
  - fremme en sikkerhedskultur, hvor der skabes læring og forbedringer pga. en systematisk tilgang til risikostyring
  - fremme sikkerheden på sygehuset
  - at begrænse risikoen for utilsigtede hændelser og skader for patienter
- at sikre
  - at den rette behandling gives til den rette patient
- at
  - sikre sagsbehandlingen af patienters og pårørendes klager
  - indsamle viden om patientklager og patientskadeerstatningssager til læring i sygehuset

## 2 Referencer

---

Reference	Titel og beskrivelse
DDKM:	
1.2.3	Kvalitetsovervågning
1.2.4	Kvalitetsforbedring
1.2.6	Patientsikkerhed og risikostyring
1.2.7	Patientidentifikation
1.2.10	Patientklager og patientskadeerstatningssager (pjece)
1.2.11	Inddragelse af patient og pårørendes oplevelser og erfaringer (LUP, eKVIS og ris&ros)

### 3 Termer og definitioner

Term	Definition
LUP	Landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser
eKVIS	Enheden for Kvalitet i Speciallægepraksis

### 4 Gyldighedsområde

Standarden gælder for hele klinikken

### 5 Ansvar

Den klinikansvarlige læge er ansvarlig for at denne standard efterleveres.

### 6 Proces

#### 6.1 Kvalitet og risikostyring

##### 6.1.1 Kvalitetsovervågning

Kvaliteten af vores arbejde bliver vurderet ud fra en række parametre.

Først og fremmest via LUP'en se <http://patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersoegelse-patientoplevelser-lup/lup-2000-2013/landsdaekkende-undersoegelse>, og eKVIS se K-001.XX, K-002.XX, K-003.XX og K-004.XX hvor igennem vi og evt. eksterne interessenter får en tilbagemelding på patienternes oplevelse af kvaliteten i forløbet hos os samt at få et sammenligningsgrundlag omkring vores kvalitet i forhold til andre klinikker eller sygehusafdelinger.

Den patientoplevede kvalitet er desuden en naturlig del af hverdagen i klinikken, hvor vi oplever et engageret feedback fra patienterne. Disse er udelukkende til internt brug, så vi kan blive ved med at styrke kvaliteten af vores arbejde.

Samlet set giver ovenstående os en god fornemmelse af patienters og pårørendes opfattelse af kvaliteten i vores ydelser.

##### 6.1.2 Intern audit

Derudover benytter vi os af intern audit for at sikre, vi overholder arbejdsbeskrivelser og -instruktioner. Den interne audit gennemføres hos os dels som en journalaudit og dels som en gennemgang af logbogen (B-002.XX) samt et tjek af patientinformationer (trykte som elektroniske).

*Journalauditten* har til formål at sikre, at vi får indhentet de nødvendige informationer om patienterne og at patienterne får den vejledning de har krav på. Journalskabelonen fremgår af S04 - Journalen. Journalskabelonen indeholder de punkter, som vi skal omkring i journalen og som vi skal tjekkes for i forbindelse med audit. Auditten gennemføres halvårligt og omfatter 20 tilfældigt udvalgte journaler.

*Informationstjek* er en del af audit, hvor vi tjekker op på, om de informationer vi har liggende til patienterne, vores kliniske retningslinjer osv. er opdaterede i henhold til gældende praksis jf. bilag 2. Derudover er vi løbende opmærksomme på, hvis praksis ændrer sig.

*Logbogsgennemgang* er en del af audit og omfatter:

- medicin/akutkasse
- vedligehold/apparaturtjek/depotvarer med udløbsdato
- rengøring: foregår løbende i det daglige arbejde, hvor vi tjekker lokalernes beskaffenhed fra morgenstunden. Hvis vi oplever, rengøringen har udført deres opgaver utilstrækkeligt, får rengøringspersonalet en besked herom, således sikrer vi rengøringsstandarden. Desuden tjekker vi i forbindelse med den interne audit, om rengøringen har signeret i rengøringscheckskema (B-003.XX) om rettidig rengøring af de områder, hvor der kræves rengøring i sjældnere intervaller end de daglige.

### 6.1.3 Ledelseevaluering

I forbindelse med intern audit samt ved mandagsmøderne afholdes løbende ledelseevaluering, hvor Gülден, Gitte, Lisbeth, Kirsten og Ken sammen vurderer, hvilke tiltag vi skal tage for at styrke Speciallægeklinikken Centralen og forbedre kvaliteten af vores ydelser. Den samlede kvalitetsovervågning med LUP'en, eKVIS ris&ros, journalaudit og evt. utilsigtede hændelser danner grundlaget for denne evaluering. Desuden gennemføres APV hvert 3. år samt MUS-samtaler (F-001.XX og F-003.XX) i forlængelse af efterårsaudit årligt. Der føres referat fra den interne audit og evt. tiltag planlægges og evalueres i forbindelse med næste interne audit.

### 6.1.4 Risikostyring

Utilsigtede hændelser og nærved ulykker indberettes til [www.dpsd.dk](http://www.dpsd.dk) og håndteres internt ved hjælp af *F-002 Hændelsesrapport* (jf. I-003.XX Håndtering af hændelser). Hændelsesrapporten er et værktøj, hvor vi igennem en systematisk opfølgning kan arbejde på at forebygge lignende situationer. Hændelsesrapporterne danner således grundlaget for vores *risikostyring*. Risikostyringen er skridtet videre end det forebyggende arbejde omkring den givne situation. Her vurderer vi, om de utilsigtede hændelser eller nærved ulykker kan ske i andre sammenhænge og hvad vi kan gøre for at forebygge det. Risikostyringen er således en udbygning af den løbende opfølgning på hændelsesrapporterne, hvor vi risikovurderer på andre sammenhænge eller situationer end dem omkring den aktuelle hændelse.

Særligt fokus har vi på patientidentifikation, receptudstedelse, behandling i klinikken med medicin eller invasive procedurer, henvisninger til andre afdelinger samt notatkopi til egen læge samt henvisende speciallæge, opfølgning af kritiske prøvesvar, overholdelse af aftaler med patienter omkring opfølgning. Derudover laver vi løbende risikovurderinger omkring maskiner, lokaler, møbler osv., så vi mindsker risikoen for utilsigtede hændelser. Kalenderen i journalsystemet bruges af Gülден, Gitte, Lisbeth, Kirsten og Ken som huskeseddel.

### 6.1.5 Patientidentifikation

Når en henvisning modtages indføres CPR nummeret i EG Clinea journalsystem, som så automatisk laver et opslag i CPR: patientens navn, adresse og oplysninger om egen læge overføres fra CPR til EG Clinea og der kan herefter genereres et indkaldelsesbrev. Dette brev sendes til patienten pr. post. Når patienten møder op i klinikken køres sygesikringskort gennem velkomstterminalen eller bliver registreret ved skranken. Når patienten hentes af Kirsten eller Ken i venteværelset, spørges efter patientens navn, som det fremgår af dagens kalender for aftaler. Ved konsultationens start spørges til CPR nr. ved tvivl om patientens identitet. Hvis en patient møder forkert i forhold til aftaler, beder den modtagende sygeplejerske om at se sygesikringskort.

## 7 Interne referencer

---

S04 - Journal

I-003 Håndtering af hændelser

## 8 Dokumentation og arkivering

---

F-001 MUS skabelon – Skabelonen benyttes som udgangspunkt udelukkende som inspiration til MUS. Den arkiveres i personalemappen. Hvis vi i forbindelse med MUS bliver opmærksomme på at der er nogle uhensigtsmæssigheder, så udfærdige vi en handlingsplan for at håndtere disse.

F-002 Hændelsesrapport – Uafsluttede hændelsesrapporter håndteres jf. I-003.XX. Når de er afsluttet arkiveres de i DDKM-mappen

F-003 APV skabelon – Skabelonen benyttes som udgangspunkt udelukkende som inspiration til APV. Den arkiveres ikke. Hvis vi i forbindelse med APV bliver opmærksomme på at der er nogle uhensigtsmæssigheder, så udfærdige vi en handlingsplan for at håndtere disse.

B-002 Logbog – Logbogen benyttes til at dokumentere alle kvalitetsaktiviteter som udføres. Logbøgerne arkiveres i DDKM-mappen indtil ekstern survey for efterfølgende 3 årige periode er gennemført.

B-003 Checkliste til rengøring – Udfyldte rengøringslister arkiveres i DDKM-mappen som dokumentation til Logbogen. De skal være arkiveret i samme periode som den logbog de tilhører.