

Ekstern survey                      Start dato: 29-09-2015                      Slut dato: 30-09-2015  
 Standardsæt for Sygehuse                      Standardversion                      2                      Standardudgave                      2

### Surveyteamets sammenfattende konklusion:

Ved det eksterne survey på Svedklinikken Hidros Danmark ApS fandt surveyteamet en virksomhedskultur, som var præget af:  
 - en velorganiseret ledelse, som også var ansvarlig for hospitalets kvalitetssikring og kvalitetsudvikling  
 - et højt tværfagligt niveau mellem ledere og øvrige ansatte med hensyn til videreudvikling af den sundhedsfaglige kvalitet.

Surveyteamet har vurderet, at alle indikatorer var helt opfyldte (HO).

#### 1.1.1 Virksomhedsgrundlag (1/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

##### Trin 1

**Indikator 1** Sygehuset har et virksomhedsgrundlag, der definerer mission, vision, værdier og overordnede strategier.                      Ikke relevant:                       Patientsikkerhedskritisk:                       **HO** Helt opfyldt  
 Fund:                      Enhed:

**Indikator 2** Virksomhedsgrundlaget er tilgængeligt for sygehusets ledere og medarbejdere og for offentligheden.                      Ikke relevant:                       Patientsikkerhedskritisk:                       **HO** Helt opfyldt  
 Fund:                      Enhed:

**Indikator 3** Virksomhedsgrundlaget ajourføres løbende, dog mindst hvert 4. år.                      Ikke relevant:                       Patientsikkerhedskritisk:                       **HO** Helt opfyldt  
 Fund:                      Enhed:

##### Trin 2

**Indikator 4** Ledelsen planlægger og understøtter implementeringen af virksomhedsgrundlaget. Implementeringen inddrager alle ledelsesniveauer.                      Ikke relevant:                       Patientsikkerhedskritisk:                       **HO** Helt opfyldt  
 Fund:                      Enhed:

#### 1.1.2 Ledelsesgrundlag (2/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

##### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger et ledelsesgrundlag for sygehuset.                      Ikke relevant:                       Patientsikkerhedskritisk:                       **HO** Helt opfyldt  
 Fund:                      Enhed:

##### Trin 2

**Indikator 2** Ledelser på alle niveauer kender ledelsesgrundlaget og arbejder i overensstemmelse med dette. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### 1.1.3 Planlægning, drift og økonomi (3/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der er aftalt mål for aktivitet, kvalitet og økonomi på kort og lang sigt for sygehuset som helhed og for de enkelte afdelinger på sygehuset. Målene afspejler sygehusets overordnede strategier. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der findes et ledelsesinformationssystem, der sikrer, at ledelser på alle niveauer har aktuelle og valide oplysninger til at kunne følge op på målene for aktivitet, kvalitet og økonomi. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** Sygehuset har en strategi for at fremme effektiv ressourceudnyttelse og mindskelse af spild. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Sygehuset har en politik, der understøtter forskning og innovation, tilpasset sygehusets størrelse og opgaver. Politikken omfatter anvendelse af forskning og sygehusets egen aktive deltagelse i forskning og innovation. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Sygehuset har formaliserede feedbacksystemer, så interessenter og personale kan kommentere på sygehusets aktuelle mål, krav og resultater samt komme med forslag til udvikling og forbedring. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 6** Ledelser på sygehus- og afdelingsniveau planlægger driften i overensstemmelse med de aftalte mål for aktivitet, kvalitet og økonomi, effektiv ressourceudnyttelse samt forskning og innovation (jf. indikator 1, 3 og 4). Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 7** Ledelser på alle niveauer modtager regelmæssigt oversigter over aktivitet, kvalitet og økonomi. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 8** Sygehuset og de enkelte afdelinger anvender feedback modtaget via formaliserede feedbacksystemer.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 9** Der foreligger dokumentation for, at ledelser på alle niveauer evalueres i forhold til opfyldelsen af målene for aktivitet, kvalitet og økonomi.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 10** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre opfyldelsen af målene for aktivitet, kvalitet og økonomi. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede mål for aktivitet, kvalitet og økonomi.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 1.1.5 Datasikkerhed (4/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for datasikkerhed. Retningslinjerne tager udgangspunkt i en risikovurdering.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 3** Der foreligger dokumentation for gennemført backup af datasystemer.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Der foreligger dokumentation for, at nødprocedurer i forbindelse med systemnedbrud afprøves med regelmæssige intervaller.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**IR** Ikke relevant Systemnedbrud har ikke betydning for behandlingen.

Fund:

Enhed:

Trin 4

**Indikator 5** Hvis der er påvist mangler i backupprocedurer eller i nødprocedurer for systemnedbrud, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** Systemnedbrud har ikke betydning for behandlingen.

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

1.1.7 Inddragelse af borgerne i udvikling af kvaliteten af sygehusets ydelser (5/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

Trin 1

**Indikator 1** Sygehuset har en politik for inddragelse af borgere.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

Trin 2

**Indikator 2** Borgerne inddrages i overensstemmelse med sygehusets politik.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

1.2.1 Kvalitetspolitik og -organisation (1/8)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

Trin 1

**Indikator 1** Sygehuset har en kvalitetspolitik, der beskriver sygehusets overordnede mål og ansvar for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der er etableret en ledelsesforankret kvalitetsorganisation med et kommissorium.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

Trin 2

**Indikator 3** Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante dele af kvalitetspolitikken og arbejder i overensstemmelse hermed.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Kvalitetsorganisationen arbejder i overensstemmelse med kvalitetspolitikken og sit kommissorium.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**1.2.3 Kvalitetsovervågning (2/8)**

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** Der foreligger en plan for dokumentation og monitorering af områderne, der er beskrevet i sygehusets kvalitetspolitik. Monitoreringen omfatter som minimum følgende: Klinisk kvalitet Organisatorisk kvalitet Patientoplevels kvalitet Utsigtede hændelser Datakvalitetssikring (database- og datakomplethed) Monitoreringen omfatter som minimum de nationale monitoreringsprogrammer, der nævnes i bilag 2.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Trin 2**

**Indikator 2** Sygehuset indberetter til de nationale monitoreringsprogrammer i overensstemmelse med planen.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Sygehuset samarbejder med Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) om at sikre kvaliteten af data, der indberettes til de kliniske kvalitetsdatabaser.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant Rapporterer ikke til RKKP.

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Sygehuset indsamler data vedrørende lokalt bestemt kvalitetsovervågning i overensstemmelse med planen. Data analyseres og vurderes.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Sygehuset overvåger opfyldelsen af servicemål fastsat i nationale aftaler, i kontrakter eller på overordnet niveau i koncernen (regionen). Hvis der ikke er eksternt fastsatte servicemål, fastsætter sygehuset selv sine servicemål. Data analyseres og vurderes.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 6** \* Sygehuset sikrer kvaliteten af data, der indberettes til de nationale sundhedsregistre, herunder Landspatientregisteret, Dødsårsagsregistret, Register over anvendelse af tvang i psykiatrien samt IVF-registret.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 7** Sygehuset offentliggør kvalitetsresultater, enten selv eller via sin deltagelse i de nationale monitoreringsprogrammer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 8** \* Sygehuset rapporterer mønstre og tendenser i de monitorerede områder til relevante ledelsesniveauer. Mønstre og tendenser observeret på nationalt niveau inddrages, hvor det er relevant. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 9** \* De rapporterede mønstre og tendenser anvendes til fastsættelse af mål og prioriteringer for sygehusets kvalitetsforbedringsarbejde, jf. standard 1.2.4 Kvalitetsforbedring. Denne indikator kan ikke af sygehuset fravælges som ikke-prioriteret. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 1.2.4 Kvalitetsforbedring (3/8)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** \* Sygehuset har en proces for prioritering af inden for hvilke områder, der skal iværksættes tiltag for at opnå kvalitetsforbedringer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** \* Sygehuset har en proces for udarbejdelse og gennemførelse af handleplaner på de prioriterede områder. Handleplanerne beskriver: Konkrete mål for indsatsen, herunder hvilken effekt der ønskes Hvilke tiltag der skal gennemføres Tidsramme for gennemførelsen Hvem der er ansvarlig for gennemførelsen Overvågning af målopfyldelsen Hvem der er ansvarlig for opfølgning. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Sygehuset har en proces for, hvordan der følges op på de iværksatte handleplaner. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 4** \* Der foreligger handleplaner for prioriterede områder, hvor den målte kvalitet ikke er i overensstemmelse med kvalitetsmålet. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** \* Sygehuset følger op på, om de iværksatte handleplaner gennemføres som planlagt. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 6** \* Sygehuset overvåger løbende, om de iværksatte handleplaner har den tilsigtede effekt. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 4

**Indikator 7** \* Resultater fra overvågningen af effekten af de iværksatte handleplaner anvendes ved fastsættelsen af mål og prioriteringer for sygehusets kvalitetsforbedringsarbejde. Denne indikator kan ikke af sygehuset fravælges som ikke-prioriteret. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 1.2.6 Patientsikkerhed og risikostyring (4/8)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

## Trin 1

**Indikator 1** \* Sygehuset har en politik for patientsikkerhed og risikostyring. Politikken beskriver risikostyring og indsatsen for at rapportere og lære af utilsigtede hændelser, inklusive nærved-hændelser. Endvidere beskrives, hvorledes tværsektorielle hændelser håndteres. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** \* Sygehuset beskriver og begrundet, hvilke risici der gøres til genstand for en særlig vurdering og indsats. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt Der rapporteres meget få UTH

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 3** \* Sygehuset gennemfører risikovurderinger af de udvalgte risici, jf. indikator 2 og iværksætter tiltag på baggrund af analyserne. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Ledere og medarbejdere har viden om rapportering af utilsigtede hændelser og anvender rapporteringssystemet. Patienter og pårørende informeres om deres mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt Udfra afvigerapporter drøftes om rapportering som UTH skal ske

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** \* Sygehuset analyserer de rapporterede utilsigtede hændelser og nærved-hændelser og har et system til at anvende læringen af hændelserne. Dette gælder både hændelser rapporteret af sundhedspersoner og af patienter og pårørende.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 6** \* Udvalgte utilsigtede hændelser analyseres dybdegående.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt En UTH har medført ændret arbejdsgang

Fund:

Enhed:

**Indikator 7** \* Sygehuset rapporterer og analyserer hændelser på tværs af sektorgrænser.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt Har ikke været relevant

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 8** \* Sygehuset overvåger effekten af konkrete iværksatte tiltag til risikostyring og forbedring af patientsikkerheden.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 9** \* Resultater fra overvågningen af effekten anvendes til fastsættelse af mål og prioriteringer for sygehusets kvalitetsforbedringsarbejde, jf. standard 1.2.4 Kvalitetsforbedring. Denne indikator kan ikke af sygehuset fravælges som ikke-prioriteret.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 1.2.7 Patientidentifikation (5/8) #

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for patientidentifikation.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer, som fastlægger metode og ansvar for at sikre korrekt sideangivelse i overensstemmelse med henvisning forud for billedoptagelse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant Der lagres ikke billeder på klinkken.

Fund:

Enhed:



**Trin 2**

**Indikator 3** \* Personalet ved, hvornår patientidentifikation skal foretages. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Patienter bliver identificeret i henhold til den beskrevne procedure og metode. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** \* Korrekt side og sideangivelse sikres ved billedoptagelse i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant

Der lagres ikke billeder på klinkken.

Fund:

Enhed:

**1.2.9 Omsorg for patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse (6/8)**

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for omsorg og eventuel behandling til patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Trin 2**

**Indikator 2** Ledere og medarbejdere kender relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**1.2.10 Patientklager og patientskade-erstatningssager (7/8)**

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for håndtering af mundtlige og skriftlige klager fra patienter, pårørende og andre interessenter. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for sagsbehandling af patientskadeerstatningssager. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** Sygehuset har en fastlagt proces for analyse og formidling af læring ved patientklager og patientskadeerstatningssager. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Der foreligger skriftligt informationsmateriale, der beskriver patientens klage- og erstatningsmuligheder udarbejdet i henhold til gældende lovgivning. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 5** Patientklager håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 6** Patientskade-erstatningssager sagsbehandles i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 7** Der foreligger dokumentation for opgørelse og analyse af patientklager og patientskade-erstatningssager. Analyserne anvendes til læring i organisationen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant

Der har ikke været nogen patientklager

Fund:

Enhed:

## Trin 4

**Indikator 8** Analyserne anvendes til fastsættelse af mål og prioriteringer for sygehusets kvalitetsforbedringsarbejde, jf. standard 1.2.4 Kvalitetsforbedring. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant

Der har ikke været nogen patientklager

Fund:

Enhed:

## 1.2.11 Inddragelse af patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer (8/8)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger en plan for inddragelse af patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer med sygehuset. Planen omfatter deltagelse i de landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser, samt hvordan dette suppleres med andre lokale eller regionale aktiviteter. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** Lokale og regionale aktiviteter gennemføres i overensstemmelse med planen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 3** \* Data indsamlet ved de landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser og ved lokale eller regionale aktiviteter analyseres og vurderes. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 4** \* De indsamlede data anvendes til fastsættelse af mål og prioriteringer for sygehusets kvalitetsforbedringsarbejde, jf. standard 1.2.4 Kvalitetsforbedring. Denne indikator kan ikke af sygehuset fravælges som ikke-prioriteret. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 1.3.1 Dokumentstyring (1/4)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Sygehuset har en proces, der sikrer udarbejdelse og godkendelse af retningsgivende dokumenter. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Sygehuset har retningslinjer for dokumentstyring. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 3** \* Retningsgivende dokumenter udarbejdes og godkendes efter den fastlagte proces. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Sygehuset anvender et dokumentstyringssystem i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Ledere og medarbejdere ved, hvor de kan finde relevante retningsgivende dokumenter. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 1.3.2 Patientjournalen (2/4)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for de grundlæggende principper for journalføring. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for patientjournalen, hvori det er angivet, hvilke specifikke data og informationer der skal dokumenteres i patientjournalen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 3** Den enkelte patientjournal indeholder relevant dokumentation. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Den enkelte patientjournal er ajourført. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Den enkelte patientjournal er lettilgængelig. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 6** Hvis der forekommer håndskrevne notater i patientjournaler, er disse daterede og underskrevne. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt** Håndskrevne notater scannes ind i journalen

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 7** \* Sygehuset har mål for kvaliteten af journalføringen. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt** Der udføres journalaudit x 2 årligt og der er udarbejdet handleplaner hvor der er behov for forbedring

Fund:

Enhed:

## Trin 4

**Indikator 8** \* Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af journalføringen. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

### 1.3.4 Allergi og intolerans (3/4)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for dokumentation af kendt allergi. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for dokumentation af kendt intolerans. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 3** \* Kendt allergi og intolerans dokumenteres i patientjournalen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Kendt allergi og intolerans videregives til relevante fagpersoner. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

#### Trin 3

**Indikator 5** Sygehuset har mål for kvaliteten af dokumentationen af allergi og intolerans. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt** Indgår i journalaudit

Fund:

Enhed:

#### Trin 4

**Indikator 6** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af dokumentationen af allergi og intolerans. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

### 1.3.5 Sikkerhed og fortrolighed ved personhenførbare data (4/4)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for sikkerhed, fortrolighed og tilgængelighed af personhenførbare data. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for arkiveringsperioder og destruktion af personhenførbare data. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 3** \* Personhenførbare data opbevares sikkert og fortroligt. Dette omfatter både under normale forhold og i forbindelse med interne beredskabshændelser, fx brand og oversvømmelse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Personhenførbare data arkiveres og destrueres i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 1.4.1 Ansættelse af personale (1/6)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Sygehuset har en politik for ansættelse af personale. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** Ledere med ansættelseskompetence og medarbejdere, der deltager i ansættelsesprocessen, arbejder systematisk efter politikken. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** Der foreligger fyldestgørende stillings- og funktionsbeskrivelser. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Ledere og medarbejdere kender deres stillings- og funktionsbeskrivelse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 5** Sygehuset har mål for kvaliteten af ansættelsesprocessen og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 4

**Indikator 6** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af ansættelsesprocessen. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

IP

Ikke prioriteret

Fund:

Enhed:

### 1.4.3 Introduktion af nyt personale (2/6)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Sygehuset har et opdateret introduktionsprogram for nyt personale. Introduktionsprogrammet indeholder både introduktion til sygehuset generelt og til den afdeling, personalet er tilknyttet.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Sygehuset har en proces for evaluering af nyt fastansat personale inden for introduktionsperioden.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 3** \* Nyt personale deltager i introduktionen.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Nyt fastansat personale evalueres i overensstemmelse med sygehusets proces.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 3

**Indikator 5** Sygehuset har mål for kvaliteten af introduktionen af nyt personale, som inkluderer mål for indholdet og gennemførelsen af introduktionen, og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 4

**Indikator 6** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af introduktionen af nyt personale. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**IP** Ikke prioriteret

Fund:

Enhed:

### 1.4.4 Arbejdstilrettelæggelse (3/6)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Sygehuset definerer, hvilke personaleressourcer og kompetencer der skal være til stede for at løse konkrete opgaver i patientbehandlingen.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** \* De enkelte afdelinger har metoder med henblik på bemanding i ekstraordinære situationer, hvor de ønskede personaleressourcer og kompetencer ikke er til stede eller ved spidsbelastninger.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 3** Den daglige bemanding sker med udgangspunkt i de fastsatte rammer sygehuset har defineret.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Ekstraordinære situationer håndteres i overensstemmelse med de fastsatte metoder.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### 1.4.5 Uddannelse og kompetenceudvikling (4/6)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for uddannelse og kompetenceudvikling.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt



Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for afvikling af medarbejderudviklingssamtaler (MUS). Retningslinjerne sikrer, at kompetenceudviklingen afspejler sygehusets behov samt medarbejderens kompetencer og udviklingsønsker. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 3** Ledere og medarbejdere har kendskab til retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent impl** 6 P-sager gennemgået. Alle p-sager indeholdte de relevante notater incl resultatet af sidste MUS-samtale.

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

**Indikator 4** Ledere og medarbejder tilbydes medarbejderudviklingssamtale med faste intervaller. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent impl** 6 P-sager gennemgået. Alle p-sager indeholdte de relevante notater incl resultatet af sidste MUS-samtale.

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

## Trin 3

**Indikator 5** Sygehuset har mål for kvaliteten af uddannelsen og kompetenceudviklingen af medarbejderne og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** Om målene for kvaliteten af uddannelsen og kompetenceudviklingen vurderes årligt i april måned af kvalitetsorganisationen. I april 2015 blev målene opnået.

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

## Trin 4

**Indikator 6** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af uddannelsen og kompetenceudviklingen af medarbejderne. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IP** Ikke prioriteret

Fund:

Enhed:

### 1.4.6 Bemyndigelse af klinisk personale med forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (Læger, tandlæger, jordemødre og kiropraktorer) (5/6)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** \* Sygehuset har en politik for bemyndigelse, der beskriver hvorledes det fastsættes, hvilke medarbejdere med forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, der har de fornødne kompetencer til at kunne levere de kliniske ydelser, der defineres som forbundet med særlig risiko. Politiken sikrer, at dette for den enkelte omfattede medarbejder vurderes ved nyansættelse, og at der herefter med fastsatte intervaller sker en revurdering. Politiken beskriver, hvorledes man forholder sig, når sygehuset optager væsentlig nye behandlingsformer. Politiken beskriver, hvordan autenticiteten af den dokumentation, der ligger til grund for bemyndigelsen sikres.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 2** \* Medarbejdere, der er omfattet af politikken, tildeles bemyndigelse ved ansættelsen og med de fastlagte intervaller.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Information om tildelt bemyndigelse skal være tilgængelig for sygehusets medarbejdere.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 1.4.7 Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (6/6)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Sygehuset har en politik for delegation af sundhedsfaglige arbejdsopgaver. I politikken beskrives sygehusets overordnede principper for, hvad der kan delegeres og for, hvorledes lovgivningens krav overholdes.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** Delegation foretages i overensstemmelse med sygehusets politik.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Der foreligger fortegnelser, hvoraf det fremgår, hvem der har delegation til hvad, og på hvilke betingelser.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 1.5.1 Hygiejnepolitik og organisation (1/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** Sygehuset har en hygiejnepolitik, der beskriver sygehusets overordnede mål og ansvar for infektionshygiejne. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der er etableret en ledelsesforankret hygiejneorganisation med et kommissorium. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Trin 2**

**Indikator 3** Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante dele af hygiejnepolitikken og arbejder i overensstemmelse hermed. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Hygiejneorganisationen arbejder i overensstemmelse med hygiejnepolitikken og sit kommissorium. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**1.5.3 Forebyggelse og overvågning af nosokomielle infektioner (2/5)**

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for forebyggelse og håndtering af nosokomielle infektioner, der er udarbejdet på baggrund af relevante nationale og internationale retningslinjer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Trin 2**

**Indikator 2** \* Udbrud af smitsomme sygdomme håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Screening af resistente bakterier udføres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt


Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Anlæggelse og pleje af blærekateter håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant Anlægger og plejer ikke blærekateter.


Fund:

Enhed:

|                    |  |  |  |   |   |
|--------------------|--|--|--|---|---|
| <b>Indikator 5</b> | * Anlæggelse og pleje af centralt venekateter håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. | Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> |  Ikke relevant | Anlægger og plejer ikke centralt venekateter. |
|--------------------|--|--|--|---|---|


Fund:

Enhed:

|                    |   |  |  |   |                                 |
|--------------------|---|--|--|---|---------------------------------|
| <b>Indikator 6</b> | * Infektionsprofylakse i relation til respiratorbehandling håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. | Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> |  Ikke relevant | Yder ikke respiratorbehandling. |
|--------------------|---|--|--|---|---------------------------------|

Fund:


Enhed:

|                    |  |  |  |   |   |
|--------------------|--|--|--|---|---|
| <b>Indikator 7</b> | * Perioperativ infektionsprofylakse håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. | Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> |  Ikke relevant | Udfører ikke procedurer, der indebærer risiko for, at patienter pådrager sig infektioner. |
|--------------------|--|--|--|---|---|

Fund:


Enhed:

## Trin 3

|                    |  |   |  |  |  |
|--------------------|--|---|--|--|--|
| <b>Indikator 8</b> | Der foreligger en årsrapport fra hygiejneorganisationen, der beskriver udbrudshåndtering af smitsomme sygdomme, screening for resistente bakterier og andre nationalt og lokalt specificerede indsatsområder udpeget i sygehusets hygiejnepolitik. Rapporten indeholder mål for sygehusets håndtering af nosokomielle infektioner. | Ikke relevant: <input type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> |  Helt opfyldt |  |
|--------------------|--|---|--|--|--|

Fund: **OK** Årsrapporten fra maj 2015 gennemgået. Rapporten har det relevante indhold


Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

|                    |  |  |  |   |  |
|--------------------|--|--|--|---|--|
| <b>Indikator 9</b> | Sygehuset følger forekomsten af nosokomielle infektioner gennem deltagelse i Landsdækkende automatiseret overvågning af sygehus erhvervede infektioner ved hjælp af elektroniske data – HAI-BA. Data analyseres og vurderes. Denne indikator træder i kraft, når HAI-BA går i drift. | Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> |  Ikke relevant | HAI-BA er ikke i drift/Udfører ikke procedurer, der indebærer risiko for, at patienter pådrager sig infektioner. |
|--------------------|--|--|--|---|--|

Fund:

Enhed:

## Trin 4

|                     |   |   |  |  |  |
|---------------------|---|---|--|--|--|
| <b>Indikator 10</b> | Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre indsatsen mod nosokomielle infektioner. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. | Ikke relevant: <input type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> |  Ikke relevant, mål opfyldt | Klinikken har ikke haft forekomst af infektioner efter behandling eller anden kontakt til klinikken. |
|---------------------|---|---|--|--|--|

Fund:

Enhed:

## 1.5.4 Procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr og tekstiler (3/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

## Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr til flergangsbrug. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Genbehandler hverken utensilier eller tekstiler.

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for håndtering, opbevaring og vask af tekstiler til flergangsbrug. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Genbehandler hverken utensilier eller tekstiler.

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 3** Medicinsk udstyr til flergangsbrug genbehandles i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Genbehandler hverken utensilier eller tekstiler.

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Tekstiler håndteres og opbevares korrekt i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Genbehandler hverken utensilier eller tekstiler.

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 5** Sygehuset har mål for kvaliteten af genbehandling af medicinsk udstyr og tekstiler. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. I kvalitetsovervågningen indgår rengøring og desinfektion af fleksible endoskoper. Data analyseres og vurderes. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Genbehandler hverken utensilier eller tekstiler.

Fund:

Enhed:

## Trin 4

**Indikator 6** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af genbehandling af medicinsk udstyr og tekstiler. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Genbehandler hverken utensilier eller tekstiler.

Fund:

Enhed:

## 1.5.5 Hånd- og uniformshygiejne (4/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for håndhygiejne. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for uniformshygiejne. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 3** \* Håndhygiejne gennemføres i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Arbejdsdragt og anvendelse af håndsmykker og armbåndsure er i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 5** Sygehuset har mål for kvaliteten af hånd- og uniformshygiejnen. Målene kan både være procesmål (gennemførelse af korrekte procedurer) og resultatmål (forekomst af infektioner relateret til mangler i hånd- og uniformshygiejne). Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** At sygehuset har  
- mål for kvaliteten  
- indsamler relevante data  
- analyserer og vurderer data  
fremgår af Årsrapporten fra maj 2015

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

## Trin 4

**Indikator 6** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af hånd- og uniformshygiejnen. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** At sygehuset har  
- mål for kvaliteten  
- indsamler relevante data  
- analyserer og vurderer data  
-og har gennemført nødvendige tiltag  
fremgår af Årsrapporten fra maj 2015

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

## 1.5.6 Rengøring (5/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger planer for rengøring af sygehusest bygninger, lokaler og inventar. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 2** Sygehusest bygninger, lokaler og inventar er rengjorte i overensstemmelse med retningslinjerne. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 3** \* Sygehuset har mål for kvaliteten af rengøringen og overvåger løbende kvaliteten af rengøringen af lokaler og inventar. Kvalitetsovervågningen dokumenteres systematisk. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** At sygehuset har  
- mål for kvaliteten  
- indsamler relevante data  
- analyserer og vurderer data  
fremgår af Årsrapporten fra maj 2015

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

## Trin 4

**Indikator 4** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af rengøringen Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** At sygehuset har  
- mål for kvaliteten  
- indsamler relevante data  
- analyserer og vurderer data  
-og har gennemført nødvendige tiltag  
fremgår af Årsrapporten fra maj 2015

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

## 1.6.1 Beredskabsplan (1/2)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger en lettilgængelig beredskabsplan, der beskriver lederes og medarbejderes pligter og opgaver ved eksterne beredskabshændelser. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Indgår ikke i den regionale beredskabsplan.

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger en plan for personaleuddannelse, der som minimum omfatter gennemførelse af beredskabsøvelser. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Indgår ikke i den regionale beredskabsplan.

Fund:

Enhed:

**Trin 2**

**Indikator 3** \* Alle ledere og medarbejdere kender egne opgaver og ansvar i tilfælde af aktivering af beredskabsplanen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Indgår ikke i den regionale beredskabsplan.

Fund:

**Enhed:**

**Indikator 4** \* Der foreligger en ajourført liste over indkaldelse af personale ved eksterne beredskabshændelser. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Indgår ikke i den regionale beredskabsplan.

Fund:

**Enhed:**

**Indikator 5** \* Der gennemføres personaleuddannelse i overensstemmelse med sygehusets plan. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Indgår ikke i den regionale beredskabsplan.

Fund:

**Enhed:**

**Indikator 6** \* Der afholdes beredskabsøvelser med faste intervaller. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Indgår ikke i den regionale beredskabsplan.

Fund:

**Enhed:****Trin 3**

**Indikator 7** Der udarbejdes rapporter efter faktiske beredskabshændelser og beredskabsøvelser. Rapporten analyserer og beskriver, hvor beredskabsplanen blev iværksat som planlagt, og hvor beredskabsøvelsen eller den faktiske hændelse viste, at planen ikke fungerede som forventet. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Indgår ikke i den regionale beredskabsplan.

Fund:

**Enhed:****Trin 4**

**Indikator 8** Hvis der i rapporterne konstateres mangler i beredskabet, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Indgår ikke i den regionale beredskabsplan.

Fund:

**Enhed:****1.6.3 Interne beredskabshændelser (2/2)**

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** Der foreligger en lettilgængelig plan for interne beredskabshændelser, der beskriver lederes og medarbejderes pligter og opgaver ved interne beredskabshændelser. Planen for interne beredskabshændelser ajourføres ved ændringer, der påvirker planen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

**Enhed:**



**Indikator 2** Der foreligger en plan for personaleuddannelse, der som minimum sikrer medarbejdernes kompetencer inden for brandsikring i forhold til behov. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 3** \* Alle ledere og medarbejdere kender egne opgaver og ansvar i tilfælde af aktivering af planen for interne beredskabshændelser. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Der gennemføres personaleuddannelse i overensstemmelse med sygehusets plan. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** \* Der afholdes interne beredskabsøvelser med faste intervaller. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 6** Der udarbejdes rapporter efter faktiske interne beredskabshændelser. Rapporten analyserer og beskriver, hvor planen for interne beredskabshændelser blev iværksat som planlagt samt, hvor planen ikke fungerede som forventet. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt Der har ikke været interne beredskabshændelser

Fund: **OK** Der har i perioden ikke forekommet nogen interne beredskabshændelser. Men brandalarmen i huset er utilsigtet gået i gang. Det betød at patienter og personale agerede efter vores brandinstruks. Klinikken afventer den årlige Brandøvelse for 2015.

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

## Trin 4

**Indikator 7** Hvis der i rapporterne konstateres mangler i beredskabet, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt Der har ikke været interne beredskabshændelser

Fund: **OK** Der har i perioden ikke forekommet nogen interne beredskabshændelser. Men brandalarmen i huset er utilsigtet gået i gang. Det betød at patienter og personale agerede efter vores brandinstruks. Klinikken afventer den årlige Brandøvelse for 2015.

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

## 1.7.1 Anskaffelse og implementering af apparatur til klinisk brug (1/4)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for anskaffelse, afprøvning og implementering af apparatur til klinisk brug, der tager højde for de administrative, kliniske og medicotekniske forhold. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Trin 2**

**Indikator 2** Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**1.7.2 Håndtering af apparatur til klinisk brug (2/4)**

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for systematisk uddannelse i håndteringen af apparatur til klinisk brug. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der forefindes i afdelingerne lettilgængelige vejledninger og brugsanvisninger til relevant apparatur til klinisk brug. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Trin 2**

**Indikator 3** \* Relevant personale uddannes i håndtering af apparatur til klinisk brug. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Trin 3**

**Indikator 4** \* Der foreligger dokumentation for, at relevant personale har gennemført uddannelse i håndteringen af højrisikoapparatur. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Trin 4**

**Indikator 5** Hvis der er påvist mangler i gennemførelsen af uddannelse i håndteringen af højrisikoapparatur, har sygehuset gennemført tiltag for at forbedre deltagelsen. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IP** Ikke prioriteret

Fund:

Enhed:

**1.7.3 Kontrol, vedligehold, reparation og udfasning af apparatur til klinisk brug (3/4)**

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for forebyggende vedligehold og kontrol af apparatur til klinisk brug. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for håndtering af fejlramt apparatur til klinisk brug. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 3** Der gennemføres uddannelse af relevant klinisk og teknisk personale i forebyggende vedligehold, reparation og kontrol af apparatur. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Apparatur til klinisk brug kontrolleres og vedligeholdes i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 5** Der forefindes en ajourført registrering af alt apparatur til klinisk brug samt dokumentation af: forebyggende vedligehold og kontrol inden for fastsatte tidsrammer udførte reparationer apparaturets forventede levetid eventuelle softwareændringer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 4

**Indikator 6** Hvis der er påvist mangler i relation til forebyggende vedligehold og kontrol, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IP** Ikke prioriteret

Fund:

Enhed:

## 1.7.4 Forsyning af utensilier (4/4)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

## Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for bestilling, modtagelse og opbevaring af utensilier. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for opfølgning på kvalitetsbrist i forbindelse med modtagelse af utensilier. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** Sygehuset beskriver forholdsregler i situationer med svigt af forsyning af utensilier. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 4** Utensilier bestilles og rekvireres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Der følges op på kvalitetsbrist i forbindelse med modtagelse af utensilier i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 6** Relevante ledere og medarbejdere kender forholdsreglerne for situationer med svigt af utensilier. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 1.8.1 Sygehusets sikkerhed og tilgængelighed (1/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger planer for løbende sikring af bygningers og udenomsarealers sikkerhed og tilgængelighed. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** Sygehuset er forsynet med tydelig og opdateret skiltning, herunder både sikkerhedsskiltning og vejledende skiltning. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** Sygehuset har planlagt foranstaltninger for at sikre fremkommeligheden under forskellige vejrforhold. Indsatsen baseres på en risikovurdering. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant Er en mindre del af et samlet bygningskompleks/Bor til leje.

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Sygehuset er tilgængeligt for personer med funktionsnedsættelser i henhold til gældende regler. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Sygehuset har gennemført foranstaltninger for at sikre mod uberettiget adgang (tyveri og overfald). Indsatsen baseres på en risikovurdering. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 6** Sygehusets bygninger og udenomsarealer vedligeholdes sådan, at bygninger og adgangsveje ikke er til fare for personer. Indsatsen baseres på en risikovurdering. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant

Er en mindre del af et samlet bygningskompleks/Bor til leje.

Fund:

Enhed:

**Indikator 7** \* Sygehuset har gennemført foranstaltninger for at forebygge brand. Foranstaltningerne omfatter sikker opbevaring af brandbare varer. Indsatsen baseres på en risikovurdering. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 8** \* Sygehuset har planlagt foranstaltninger, der gør det muligt at bekæmpe en brand, og som beskytter patienter og personale mod konsekvenserne af brand, herunder sikring af flugtveje og tilstedeværelse af brandslukningsudstyr. Indsatsen baseres på en risikovurdering. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 9** Forud for større om- og nybygninger gennemføres en risikovurdering af byggefasen, inklusive vurdering af hygiejne og brandsikkerheden. På grundlag af denne iværksættes relevante sikkerhedsforanstaltninger. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 1.8.2 Bygninger og lokalers egnethed (2/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Sygehuset har en proces for vurdering af, om bygninger og lokaler til patientbehandling er egnede til det tiltænkte formål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** Forud for nybygning og større ombygninger samt ved væsentlige ændringer i anvendelsen af lokaler til patientbehandling, vurderes bygningers og lokalers egnethed i forhold til det tiltænkte formål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 3** Der foreligger dokumentation for vurdering af bygninger og lokalers egnethed ved ibrugtagning til nye formål. Dette gælder kun lokaler til patientbehandling. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** Fremgår af referater fra byggemøder mellem ejeren og projektlederen **Enhed:** Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

#### Trin 4

**Indikator 4** Hvis der er påvist mangler i relation til vurderingen af bygningers og lokalers egnethed ved ibrugtagning til nye formål, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** Fremgår af referater fra byggemøder mellem ejeren og projektlederen **Enhed:** Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

### 1.8.3 Håndtering af affald (3/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for håndtering, opbevaring og bortskaffelse af affald, herunder klinisk risikoaffald. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Enhed:**

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for håndtering, opbevaring og bortskaffelse af kemikalier og isotoper. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Enhed:**

#### Trin 2

**Indikator 3** Klinisk risikoaffald håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Enhed:**

**Indikator 4** Kemikalier og isotoper håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent impl** Klinikken anvender ingen isotoper eller kemikalier **Enhed:** Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

### 1.8.4 Tekniske forsyninger (4/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for drift, vedligehold, kontrol og forebyggelse af driftsstop af tekniske forsyninger. Retningslinjerne er baseret på en risikovurdering. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Enhed:**

**Trin 2**

**Indikator 2** Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Trin 3**

**Indikator 3** \* Der foreligger dokumentation for mikrobiologisk og toksikologisk kontrol af brugsvand. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant**

Der er igen blinde rørender.

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Der foreligger dokumentation for kontrol af lufttrykanlæg, ilt, medicinske gasser og vakuum. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant**

Udfører ikke procedurer, der kræver disse anlæg.

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Der foreligger dokumentation for kontrol af ventilationsanlæg. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant**

Udfører ikke procedurer, der kræver dette anlæg.

Fund:

Enhed:

**Indikator 6** Der foreligger dokumentation for kontrol med nødforsyning af brugsvand. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant**

Behandlinger omfatter kun samtaler med patienter.

Fund:

Enhed:

**Indikator 7** Der foreligger dokumentation for prøveørslers af nødstrømsanlæg. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant**

Udfører ikke procedurer, der kræver dette anlæg.

Fund:

Enhed:

**Trin 4**

**Indikator 8** Hvis der er påvist mangler i relation til tekniske forsyninger, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant**

Alle trin 3 indikatorer er ikke relevante.

Fund:

Enhed:

**1.8.5 Svigt af patientkritiske tekniske forsyninger, it-systemer og kommunikationssystemer (5/5)**

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** I hver afdeling foreligger retningslinjer, der beskriver opgaver og pligter i forbindelse med svigt af patientkritiske tekniske forsyninger samt it- og kommunikationssystemer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant**

Udfører ikke procedurer, der kræver disse forsyninger og kommunikationsanlæg.

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 2** \* Ledere og medarbejdere kender egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske tekniske forsyninger. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant** Udfører ikke procedurer, der kræver disse forsyninger og kommunikationsanlæg.

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Ledere og medarbejdere kender egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske it-systemer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant** Udfører ikke procedurer, der kræver disse forsyninger og kommunikationsanlæg.

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Ledere og medarbejdere kender egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske kommunikationssystemer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 5** Efter hændelser med større svigt af patientkritiske tekniske forsyninger samt it- og kommunikationssystemer udarbejdes rapporter, hvori hændelsen analyseres. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant** Udfører ikke procedurer, der kræver disse forsyninger og kommunikationsanlæg.

Fund:

Enhed:

## Trin 4

**Indikator 6** Hvis der i rapporterne konstateres mangler i håndteringen af svigt af patientkritiske tekniske forsyninger samt it- og kommunikationssystemer, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant** Udfører ikke procedurer, der kræver disse forsyninger og kommunikationsanlæg.

Fund:

Enhed:

## 2.1.1 Informeret samtykke (1/3)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

## Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for indhentning af informeret samtykke til behandling, der opfylder den gældende lovgivning. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for indhentning af informeret samtykke i forbindelse med forskningsprojekter, der opfylder den gældende lovgivning. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund: **OK** For tiden er der ingen forskningsprojekter

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS



**Indikator 3** Der foreligger retningslinjer for indhentning af informeret samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger, der opfylder den gældende lovgivning. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 4** \* Indhentning af informeret samtykke til behandling dokumenteres i patientjournalen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Der foreligger særskilt dokumentation for indhentning af informeret samtykke i forbindelse med forskningsprojekter. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent impl** For tiden er der ingen forskningsprojekter

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

**Indikator 6** Der foreligger dokumentation for indhentning af informeret samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger, når der er lovkrav om dette. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 7** Sygehuset har mål for kvaliteten af dokumentationen af informeret samtykke. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 4

**Indikator 8** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af dokumentationen af informeret samtykke. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IRMO** Ikke relevant, mål opfyldt Målet er opfyldt med 100 %.

Fund:

Enhed:

## 2.1.2 Patientens og pårørendes inddragelse som partnere (2/3)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Sygehuset har en politik for, hvorledes man aktivt inddrager patienter og pårørende som partnere ved planlægning og gennemførelse af behandlingen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Politikken suppleres med retningslinjer, der beskriver håndteringen af: Inddragelse af unge under 15 år samt gruppen af 15-17-årige Specielle forhold reguleret i psykiatrilovens bestemmelser Forholdsregler der tilgodeser patientkategorier, som ikke selv kan tage stilling – eksempelvis bevidstløse og demente patienter Forholdsregler, der tilgodeser patientkategorier med høre- og formuleringshandicap Forudgående fravalg af livsforlængende behandling Information og inddragelse af pårørende med respekt for patientens rettigheder til fortrolighed om helbredsoplysninger Pårørendes selvstændige rettigheder til generel information om sygdommen

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 3** Sygehuset planlægger og gennemfører behandlingen med patienten og pårørende som partnere i overensstemmelse med sin politik.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 3

**Indikator 4** Sygehuset har mål for kvaliteten af inddragelsen af patienter og pårørende som partnere og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 4

**Indikator 5** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af inddragelsen af patienter og pårørende som partnere. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### 2.1.4 Religiøs og kulturel støtte til patienter og pårørende (3/3)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for, hvorledes sygehuset identificerer og understøtter patientens og pårørendes kulturelle eller religiøse behov og eksistentiel eller åndelig støtte.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** Sygehusets kosttilbud tager hensyn til patienternes religiøse baggrund. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant** Patienter tilbydes ikke kost.

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** Der tages hensyn til patienternes blufærdighed. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Sygehuset tilbyder eksistentiel eller åndelig støtte til patienter og pårørende under indlæggelsen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

### 2.2.1 Vigtige samtaler med patienten og pårørende (1/2)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for rammerne for vigtige samtaler med patienten og/eller pårørende. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for personalets håndtering af den vigtige samtale. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 3** Vigtige samtaler med patienter og/eller pårørende foregår i rammer, der er i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Personalet indtænker ved vigtige samtaler behovet for tolkebistand, hvor det er relevant. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Personalet håndterer vigtige samtaler i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

#### Trin 3

**Indikator 6** Sygehuset har mål for kvaliteten ved gennemførelsen af vigtige samtaler med patienten og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 4

**Indikator 7** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten ved gennemførelsen af vigtige samtaler med patienten. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**IP** Ikke prioriteret

Fund:

Enhed:

### 2.2.2 Skriftlig information om behandlingsforløb og patientrettigheder (2/2)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for udarbejdelse af skriftligt/elektronisk informationsmateriale til supplerende af den mundtlige information.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for udlevering af skriftligt/elektronisk informationsmateriale.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 3** Der er udarbejdet skriftligt informationsmateriale om patientrettigheder på de sprog sygehuset har defineret.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Der er udarbejdet skriftligt informationsmateriale om patientforløb, hvor sygehuset har defineret, at der er behov for dette, og på de sprog sygehuset har defineret.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Der udleveres relevant skriftligt materiale til patienter og/eller pårørende.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 3

**Indikator 6** Sygehuset har mål for kvaliteten af skriftligt informationsmateriale og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 4

**Indikator 7** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af skriftligt informationsmateriale. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### 2.3.2 Sundhedsfaglig kontaktperson (1/1)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer, der beskriver den sundhedsfaglige kontaktpersons funktion, opgaver og ansvar. Retningslinjerne beskriver som minimum følgende: Udpegning af sundhedsfaglig kontaktperson i henhold til gældende lovgivning Hvorledes patienten modtager oplysninger om navn på sundhedsfaglig kontaktperson Den sundhedsfaglig kontaktpersons funktion under indlæggelse og i forbindelse med udskrivelse Overdragelse af opgaven som sundhedsfaglig kontaktperson i forbindelse med en patients overflytning, eller når kontaktpersonen ikke kan varetage opgaven

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 2** \* Der udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson til patienter under indlæggelsesforløb eller ambulante forløb i henhold til gældende lovgivning og lokale aftaler.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Kontaktpersonens/kontaktpersonernes navn(e) dokumenteres og videregives til patienten sammen med oplysninger om, hvad kontaktpersonordningen indebærer.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Der sikres udpegning af ny sundhedsfaglig kontaktperson ved overflytning. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt** ikke relevant for denne patientkategori

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 5** Sygehuset har mål for kvaliteten af ordningen med sundhedsfaglig kontaktperson, herunder mål for effekten af kontaktpersonsordningen. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Kvalitetsovervågningen omfatter både, om der udpeges en kontaktperson, og om sygehusets overordnede formål med at udpege kontaktpersoner opnås. Data analyseres og vurderes. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 6** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af ordningen med sundhedsfaglig kontaktperson. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt** De opstillede mål er opfyldt

Fund:

Enhed:

## 2.4.1 Henvisninger (1/1)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for indholdet af henvisninger af såvel akutte som elektivt henviste patienter til sygehusets ydelser. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** Krav til henvisninger er lettilgængelige for henvisende læger, fx på sygehusets hjemmeside eller i relevante praksisinformationssystemer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 3** Sygehuset har mål for kvaliteten af henvisninger og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt** Vurderes

Fund:

Enhed:

Trin 4

**Indikator 4** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af henvisninger. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt** I årsrapport fremgår-Synliggøre krav til henvisninger og indgår i prioriterede indsatser 2015-2016

Fund:

Enhed:

2.7.3 Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (1/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for anvendelse af tvang, der er i overensstemmelse med gældende lovgivning.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Har ikke psykiatriske patienter.

Fund:

Enhed:

Trin 2

**Indikator 2** \* Frihedsberøvelse og anden tvang udføres og dokumenteres i overensstemmelse med retningslinjerne og gældende lovgivning.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Har ikke psykiatriske patienter.

Fund:

Enhed:

Trin 3

**Indikator 3** Sygehuset gennemgår hvert halve år 20 journaler fra patienter, der har været udsat for frihedsberøvelse eller anden tvang. Ved gennemgangen afklares, om der foreligger en tvangsprotokol, der opfylder gældende regler og lovgivning.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Har ikke psykiatriske patienter.

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Sygehuset gennemgår hvert halve år 20 journaler fra patienter, der har været udsat for frihedsberøvelse eller anden tvang. Ved gennemgangen afklares, om der er dokumentation for, at der er afholdt opfølgende samtale med patienten efter tvang.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Har ikke psykiatriske patienter.

Fund:

Enhed:

Trin 4

**Indikator 5** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af anvendelsen af frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke psykiatriske patienter.

Fund:

Enhed:

## 2.7.4 Forebyggelse af selvmordsrisiko (2/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for selvmordsforebyggelse, som er udarbejdet med inddragelse af "Det støttende og ledsagende princip".

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** \* Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 3** Der gennemføres analyse af årsager ved selvmord og selvmordsforsøg på sygehuset.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**IR** Ikke relevant

Der har i perioden ikke forekommet patienter med selvmordsrisiko, eller forsøg på selvmord.

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 4** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af overvågning af selvmordsrisiko eller for at fastholde et allerede højt kvalitetsniveau.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**IR** Ikke relevant

Der har i perioden ikke forekommet patienter med selvmordsrisiko, eller forsøg på selvmord.

Fund:

Enhed:

## 2.7.5 Smertevurdering og -behandling (3/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for smertevurdering og -behandling.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2



**Indikator 2** \* Når sygehusets retningslinjer kræver en smertevurdering eller en plan for smertebehandling, dokumenteres disse i patientjournalen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Effekt og revurdering af smertebehandling dokumenteres i patientjournalen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 4** Sygehuset har mål for kvaliteten af smertebehandling. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 5** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af smertebehandling. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Arbejdsgruppe nedsat mhp udvikling af et smertescoringssystem til forbedring af vurdering af smerter

Fund:

Enhed:

## 2.7.6 Behandling af den enkelte akutte patient (4/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for, hvilke typer akutte patienter sygehuset kan modtage. Retningslinjerne beskriver eventuelle variationer over døgnet. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for den indledende vurdering af patienten. Retningslinjerne beskriver indhold af og tidsfrist for vurderingen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** Der foreligger retningslinjer for udarbejdelse og indhold af behandlingsplan for den enkelte akutte patient, herunder observationsplan for den efterfølgende periode. Planen udarbejdes så vidt muligt med inddragelse af patienten og eventuelle pårørende. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Fund:

Enhed:

**Trin 2**

**Indikator 4** \* Sygehusets retningslinjer for, hvilke typer akutte patienter der kan modtages, er tilgængelige for henvisende parter. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Fund:

**Enhed:**

**Indikator 5** \* Der foretages en indledende vurdering af patienten ved ankomsten til sygehuset. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Fund:

**Enhed:**

**Indikator 6** \* Der foreligger en behandlingsplan for den enkelte patient. Behandlingsplanen er udarbejdet inden for den af sygehuset fastsatte tidsramme og inkluderer observationsplan. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Fund:

**Enhed:**

**Indikator 7** \* Den enkelte patient revurderes i henhold til sygehusets retningslinjer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Fund:

**Enhed:****Trin 3**

**Indikator 8** Sygehuset har mål for kvaliteten af behandlingen af den enkelte akutte patient og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Fund:

**Enhed:****Trin 4**

**Indikator 9** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af behandlingen af den enkelte akutte patient. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Fund:

**Enhed:****2.7.7 Behandling af den elektivt henviste patient (5/5)**

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** Der foreligger en beskrivelse af, hvilke typer elektivt henviste patienter sygehuset kan modtage. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

**Enhed:**

|                     |   |   |  |           |                     |
|---------------------|---|---|--|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 2</b>  | Der foreligger retningslinjer for modtagelse og visitation af en henvisning.  | Ikke relevant: <input type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|                     | Fund:   |   |  |           | <b>Enhed:</b>       |
| <b>Indikator 3</b>  | Der foreligger retningslinjer for indkaldelse af elektivt henviste patienter til behandling. Retningslinjerne sikrer, at indholdet af indkaldelsesbreve og tilsvarende opfylder krav i lovgivning og aftaler. Retningslinjerne sikrer, at tidsfrister i lovgivning og aftaler overholdes. | Ikke relevant: <input type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|                     | Fund:   |   |  |           | <b>Enhed:</b>       |
| <b>Indikator 4</b>  | Der foreligger retningslinjer for udarbejdelse og indhold af behandlingsplan for den enkelte elektivt henviste patient. Planen kan være et standardiseret program, der i relevant omfang tilpasses i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende.                                    | Ikke relevant: <input type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|                     | Fund:   |   |  |           | <b>Enhed:</b>       |
| <b>Indikator 5</b>  | Der foreligger retningslinjer for, hvornår en behandlingsplan revurderes.   | Ikke relevant: <input type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|                     | Fund:   |   |  |           | <b>Enhed:</b>       |
| <b>Trin 2</b>       |   |   |  |           |                     |
| <b>Indikator 6</b>  | Sygehusets beskrivelse af hvilke typer elektivt henviste patienter, der kan modtages, er offentlig tilgængelig.   | Ikke relevant: <input type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|                     | Fund:   |   |  |           | <b>Enhed:</b>       |
| <b>Indikator 7</b>  | Visitation af modtagne henvisninger foregår i henhold til sygehusets retningslinjer.  | Ikke relevant: <input type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|                     | Fund:   |   |  |           | <b>Enhed:</b>       |
| <b>Indikator 8</b>  | Elektivt henviste patienter indkaldes til behandling i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer og krav i lovgivning og aftaler.  | Ikke relevant: <input type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|                     | Fund:   |   |  |           | <b>Enhed:</b>       |
| <b>Indikator 9</b>  | Der foreligger en behandlingsplan for den enkelte patient. Behandlingsplanen er udarbejdet inden for den af sygehuset fastsatte tidsramme, og overholder tidsfrister i lovgivning og aftaler.   | Ikke relevant: <input type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|                     | Fund:   |   |  |           | <b>Enhed:</b>       |
| <b>Indikator 10</b> | Den enkelte behandlingsplan revurderes i henhold til sygehusets retningslinjer.   | Ikke relevant: <input type="checkbox"/> | Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/> | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 11** Sygehuset har mål for kvaliteten af behandlingen af elektivt henviste patienter og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 12** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af behandlingen af elektivt henviste patienter. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

## 2.8.2 Rekvisition af og prøvetagning til paraklinisk undersøgelse (1/3)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer fra hver parakliniske afdeling for rekvisition af undersøgelse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører eller rekvirerer ikke parakliniske undersøgelser.

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer fra hver paraklinisk afdeling for udtagelse af prøver til undersøgelse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører eller rekvirerer ikke parakliniske undersøgelser.

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** Der foreligger retningslinjer fra hver paraklinisk afdeling for håndtering af diagnostisk materiale efter udtagelse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører eller rekvirerer ikke parakliniske undersøgelser.

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 4** Parakliniske undersøgelser rekvireres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører eller rekvirerer ikke parakliniske undersøgelser.

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Prøver til parakliniske undersøgelser udtages i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører eller rekvirerer ikke parakliniske undersøgelser.

Fund:

**Indikator 6** Diagnostisk materiale håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 3.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Enhed:

Udfører eller rekvirerer ikke parakliniske undersøgelser.

Fund:

Enhed:

## 2.8.5 Undersøgelser udført uden for diagnostisk afdeling (2/3)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for kvalitetssikring af diagnostiske undersøgelser, der udføres uden for diagnostisk afdeling.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** \* Personale, der udfører diagnostiske undersøgelser uden for diagnostiske afdelinger, opnår og opretholder de rette kompetencer.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Ansvar for kvalitetssikring, kalibrering og korrekt anvendelse af udstyr er entydigt placeret og kendt af relevant personale.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Ansvar for tolkning og dokumentation af resultater af undersøgelserne er entydigt placeret og kendt af relevant personale.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 5** Sygehuset har mål for kvaliteten af undersøgelser udført uden for diagnostisk afdeling og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 6** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af undersøgelser udført uden for diagnostisk afdeling. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Fund:

Enhed:

## 2.8.6 Rettidig reaktion på prøvesvar og undersøgelsesresultater (3/3) #

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for afgivelse af svar på prøver og undersøgelser.

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for modtagelse af svar på prøver og undersøgelser.

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 3** \* Svar på prøver og undersøgelser afgives i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Der kvitteres for modtagelse af svar på prøver og undersøgelser.

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** \* Ved modtagelse af svar på prøver og undersøgelser, der kræver akut indsats, reageres rettidigt.

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Fund:

Enhed:

**Indikator 6** \* For hver patient er det registreret, hvilke prøver og undersøgelser der er rekvireret, og for hvilke svar er modtaget.

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 7** Sygehuset har mål for kvaliteten af rettidig reaktion på prøvesvar. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. I kvalitetsovervågningen indgår tidsfrister for afgivelse af svar. Data analyseres og vurderes.

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 8** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af rettidig reaktion på prøvesvar. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Undersøgelser foretages ikke uden for diagnostisk enhed.

Enhed:

## 2.9.1 Lægemeddelordination (1/7) #

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer fælles for sygehuset for lægemiddelordination. Retningslinjerne beskriver som minimum krav til dokumentation af følgende ved lægemiddelordination i henhold til gældende lovgivning: Patientinformation Indikation ved nye ordinationer Lægemedlets navn Lægemiddelform og -styrke Dosering (mængde, hyppighed, tidspunkt for administration og behandlingsvarighed (om muligt)) Administrationsmåde Navnet på den ordinerende person Årsag til afvigelse fra standardsortiment Modtagelse af telefonordinationer Løbende monitorering af effekt og bivirkninger Tvangsmedicinering

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer fælles for sygehuset for receptudstedelse.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 3** \* Lægemeddelordinationer dokumenteres i det enstrengede lægemiddeldokumentationssystem undtagen, hvor sygehuset foreskriver anden dokumentation.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Enhed:

**Indikator 4** \* Indikationer for lægemiddelordinationer dokumenteres i patientjournalen.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Enhed:

**Indikator 5** \* De enkelte lægemiddelordinationer er i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Enhed:

**Indikator 6** \* Udstedte recepter er i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt et enkelt præparat som kræver udleveringstilladelse skrives som papirrecept, øvrige skrives i FMK

Fund:

Enhed:

### 2.9.2 Lægemedeldispensering (2/7) #

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer fælles for sygehuset, der beskriver dispensering af lægemidler. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 2** \* Der udføres kontrol af vanskelige, individuelle dosisberegninger. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Ophældte lægemidler og afmålte injektionsvæsker/infusionsvæsker mærkes. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Lægemedeldispensering dokumenteres i det enstrengede lægemiddeldokumentationssystem. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### 2.9.3 Lægemedeladministration (3/7) #

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer fælles for sygehuset, der beskriver lægemiddeladministration. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 2** \* Der udføres kontrol for at sikre, at lægemidlet administreres på den ordinerede måde. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Lægemedeladministrationen dokumenteres i det enstrengede lægemiddeldokumentationssystem. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:



**Indikator 4** \* Lægemidlers virkning og bivirkninger vurderes. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** \* Lægemiddelbivirkninger rapporteres til Lægemiddelstyrelsen i overensstemmelse med lovgivningen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt** Der har ikke forekommet bivirkninger

Fund:

Enhed:

## 2.9.5 Opbevaring af lægemidler (4/7)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer fælles for sygehuset for opbevaring af sygehusets lægemidler. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer fælles for sygehuset for opbevaring af patientens medbragte lægemidler samt patientadministrerede lægemidler. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant** Der opbevares ikke lægemidler medbragt af patienter eller patientadministrerede lægemidler.

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 3** Lægemidler opbevares ved den rette temperatur. Dette dokumenteres fx i form af logbøger. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Patientadministrerede lægemidler er kun tilgængelige for den pågældende patient og personalet. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant** Der opbevares ikke lægemidler medbragt af patienter eller patientadministrerede lægemidler.

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Lægemidler returneres, når udløbsdatoen er overskredet. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 6** Afdelingen dokumenterer, at der med faste intervaller udføres medicinskabseftersyn. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt** en gang årligt tilsyn fra leverandør apoteket

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 7** Hvis der ved medicinskabseftersyn er påvist mangler, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



Ikke relevant

Der er ikke påvist mangler.

Enhed:

## 2.9.6 Lægemidler til akutte situationer (5/7)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer, der beskriver, hvordan tilgængeligheden af lægemidler til anvendelse i akutte situationer sikres.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



Helt opfyldt

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** Akutbakkerne forefindes og kontrolleres i henhold til retningslinjerne.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



Helt opfyldt

Enhed:

**Indikator 3** Akutbakker er tilgængelige for relevant personale i akutte situationer.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



Helt opfyldt

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 4** Kontrollen af akutbakkerne dokumenteres i en logbog og specielt bemærkes, at akutbakker er opfyldt efter anbrud.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



Helt opfyldt

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 5** Hvis der ved kontrollen er påvist mangler i tilgængelighed og indhold af akutbakker, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



Ikke prioriteret

Enhed:

## 2.9.7 Medicingennemgang (6/7)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer fælles for sygehuset, der beskriver hvordan, hvornår og hvem, der foretager og dokumenterer medicingennemgang. Retningslinjerne definerer ligeledes kriterier for, hvornår patienter skal have foretaget medicingennemgang. Retningslinjerne definerer endvidere kriterier for, hvornår der foretages medicingennemgang for patienter med kroniske lidelser, der ses i ambulante forløb. Hvis ansvaret deles med primærsektoren, dokumenteres ansvars- og opgavefordelingen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører kun konkrete enkeltstående indgreb.

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 2** \* Der foretages medicingennemgang i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører kun konkrete enkeltstående indgreb.

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Medicingennemgang dokumenteres i patientjournalen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører kun konkrete enkeltstående indgreb.

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 4** Sygehuset har mål for kvaliteten af medicingennemgang. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører kun konkrete enkeltstående indgreb.

Fund:

Enhed:

## Trin 4

**Indikator 5** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af medicingennemgang. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører kun konkrete enkeltstående indgreb.

Fund:

Enhed:

## 2.9.8 Forsyning af lægemidler (7/7)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for bestilling og modtagelse af lægemidler både ved planlagte og akutte situationer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Sygehuset beskriver forholdsregler i situationer med svigt af forsyninger af lægemidler. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 3** Lægemidler bestilles og rekvireres i overensstemmelse med retningslinjerne. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** Der følges op på leverancesvigt og fejlliverancer i forbindelse med modtagelse af lægemidler. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Relevante ledere og medarbejdere kender forholdsreglerne for situationer med svigt af forsyninger af lægemidler. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 2.10.1 Observation og opfølgning på kritiske observationsfund (1/2) #

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for observation og opfølgning på observationsfund. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** \* Patienter observeres i overensstemmelse med retningslinjerne. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Ved kritisk forværring reageres i overensstemmelse med retningslinjerne. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 2.10.2 Sedation af patienter uden medvirken af anæstesiologisk personale (2/2)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for sedation af patienter i forbindelse med procedurer foretaget uden medvirken af anæstesiologisk personale.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Ud over klinikkens anæstesipersonale, kan læger med et grundigt kendskab til, samt praktisk erfaring og relevant uddannelse med propofolsedation, selvstændigt foretage minimal sedering på ASA 1+2 patienter.

Den lægelige chef, der har anæstesiologisk udd. udfører sedering m propofol på ASA 1 og 2 pt.

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 2** \* Patienter, der skal sederes i forbindelse med procedurer uden anæstesiologisk medvirken, vurderes og udvælges i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Patienter, der i forbindelse med procedurer sederes uden anæstesiologisk medvirken, overvåges i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 4** Sygehuset har mål for kvaliteten af sedation af patienter i forbindelse med procedurer uden medvirken af anæstesiologisk personale og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. I målene indgår regelmæssig kontrol af tilstedeværelse og funktion af overvågnings- og genoplivningsudstyr (fx ilt, sug og ventilationspose) på stuen eller i umiddelbar nærhed. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 4

**Indikator 5** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af sedation af patienter i forbindelse med procedurer uden medvirken af anæstesiologisk personale. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

IP

Ikke prioriteret

Fund:

Enhed:

## 2.11.1 Vurdering forud for procedurer i anæstesi (1/4)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for vurdering forud for procedurer i anæstesi. Retningslinjerne er fælles for den anæstesiologiske afdeling og for den eller de afdelinger, der er ansvarlige for at gennemføre procedurene.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** \* Patienter vurderes forud for en procedure i anæstesi af den behandlende afdeling i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Patienter vurderes forud for en procedure i anæstesi af den anæstesiologiske afdeling i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 4** Sygehuset har mål for kvaliteten af vurderingen af patienter forud for procedurer i anæstesi. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 5** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af vurderingen af patienter forud for procedurer i anæstesi. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**IP** Ikke prioriteret

Fund:

Enhed:

## 2.11.2 Patientens ophold i opvågningsenheden (2/4)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for planlægning af det postanæstesiologiske overvågningsforløb.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for afslutning af det postanæstesiologiske overvågningsforløb. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 3** \* Postanæstesiologiske overvågningsforløb planlægges og gennemføres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Postanæstesiologiske overvågningsforløb afsluttes i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 5** Sygehuset har mål for kvaliteten af det postanæstesiologiske overvågningsforløb og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 4

**Indikator 6** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af det postanæstesiologiske overvågningsforløb. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IP** Ikke prioriteret

Fund:

Enhed:

## 2.11.5 Sikker kirurgi (3/4) #

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer, der understøtter sikker gennemførelse af operative, invasive indgreb under fuld eller delvis anæstesi, hvor der er anæstesi-personale tilstede. Retningslinjerne baserer sig på WHO's "Sikker Kirurgi". Der er udarbejdet tjeklister, som kan være tilpasset konkrete procedurer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Der udføres ikke kirurgiske procedurer i anæstesi.

Fund:

Enhed:

**Trin 2**

**Indikator 2** \* Ledere og medarbejdere gennemfører tiltagene i sygehusets tjekliste i forbindelse med operative, invasive indgreb under fuld eller delvis anæstesi, hvor der er anæstesipersonale tilstede. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Der udføres ikke kirurgiske procedurer i anæstesi.

Fund: **Enhed:**

**Indikator 3** \* Gennemførelse af "Sikker kirurgi" Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Der udføres ikke kirurgiske procedurer i anæstesi.

Fund: **Enhed:**

**Trin 3**

**Indikator 4** Sygehuset har mål for kvaliteten af implementeringen af "Sikker Kirurgi" og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Der udføres ikke kirurgiske procedurer i anæstesi.

Fund: **Enhed:**

**Trin 4**

**Indikator 5** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af implementeringen af "Sikker Kirurgi". Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Der udføres ikke kirurgiske procedurer i anæstesi.

Fund: **Enhed:**

**2.11.6 Infusion med blodkomponenter (4/4)**

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for procedure for identifikation af patient og blodprøve/blodkomponent. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Der gives ikke blodtransfusioner.

Fund: **Enhed:**

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for indikation til behandling med blodkomponenter. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Der gives ikke blodtransfusioner.

Fund: **Enhed:**

**Indikator 3** Der foreligger retningslinjer for observation, registrering samt indberetning af bivirkninger og komplikationer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Der gives ikke blodtransfusioner.

Fund: **Enhed:**



**Trin 2**

**Indikator 4** \* Indikation for blodtransfusion dokumenteres i patientjournalen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Der gives ikke blodtransfusioner.

Fund:

**Enhed:**

**Indikator 5** \* Blodtransfusion udføres i overensstemmelse med Vejledning om blodtransfusion. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Der gives ikke blodtransfusioner.

Fund:

**Enhed:****Trin 3**

**Indikator 6** \* Sygehuset har mål for kvaliteten af infusion med blodkomponenter. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. I kvalitetsovervågningen indgår registrering i Dansk Transfusionsdatabase. Data analyseres og vurderes. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Der gives ikke blodtransfusioner.

Fund:

**Enhed:****Trin 4**

**Indikator 7** \* Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af infusion med blodkomponenter. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Der gives ikke blodtransfusioner.

Fund:

**Enhed:****2.12.1 Adgang til ydelser på intensiv terapienhed (1/1)**

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for visitation til intensiv terapienhed. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

**Enhed:**

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for det lægelige ansvar ved indlæggelse og behandling i intensiv terapienhed. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant Har ikke intensiv terapi.


Fund:

**Enhed:**

**Indikator 3** Der foreligger retningslinjer for udskrivelse fra intensiv terapienhed. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant Har ikke intensiv terapi.


Fund:

**Enhed:****Trin 2**

**Indikator 4** \* Visitation til intensiv terapienhed forgår i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:   Ikke relevant Har ikke intensiv terapi.


Fund:

Enhed:

**Indikator 5** \* Det lægelige ansvar ved indlæggelse og behandling på intensiv terapienhed varetages i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:   Ikke relevant Har ikke intensiv terapi.

Fund:


Enhed:

**Indikator 6** \* Patienter udskrives fra intensiv terapienhed i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 3. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:   Ikke relevant Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:


### Trin 3

**Indikator 7** Sygehuset har mål for kvaliteten af adgangen til ydelser på intensiv terapienhed og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:   Ikke relevant Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 8** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af adgangen til ydelser på intensiv terapienhed. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:   Ikke relevant Har ikke intensiv terapi.


Fund:

Enhed:

## 2.13.1 Hjertestopbehandling (1/1) #


Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer fælles for hele sygehuset for hjertestopbehandling (hjerte-lungeredning) for voksne, børn og nyfødte. Retningslinjerne udarbejdes i overensstemmelse med de nyeste nationale guidelines. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:   Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for personalets uddannelsesniveau i forhold til hjertestopbehandling samt vedligeholdelse heraf. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:   Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Trin 2**

**Indikator 3** \* Personalet kender egne opgaver og ansvar i forbindelse med hjertestop. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Det dokumenteres, at personalet har gennemført uddannelse og vedligeholdelsestræning i forhold til hjertestopbehandling på det niveau, ledelsen har besluttet. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

**2.14.1 Ernæringscreening, plan og opfølgning (1/1)**

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for ernæringscreening med henblik på identifikation af patienter i ernæringsmæssig risiko. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Det foreligger retningslinjer for iværksættelse af plan for ernæring og opfølgning for patienter i ernæringsmæssig risiko. Hvis indsatsen sker i samarbejde med eksterne parter, beskrives opgave- og ansvarsfordeling. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

**Trin 2**

**Indikator 3** Der foretages ernæringscreening i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Patienter i ernæringsmæssig risiko der har direkte betydning for behandlingsresultat tilbydes relevant intervention (plan for ernæring). Øvrige patienter i ernæringsmæssig risiko tilbydes intervention eller rådgivning om, hvor relevant intervention kan fås. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Plan for ernæring og opfølgning dokumenteres i patientjournalen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

**Trin 3**

**Indikator 6** Sygehuset har mål for kvaliteten af indsatsen for patienter med ernæringsmæssig risiko og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

#### Trin 4

**Indikator 7** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af indsatsen for patienter med ernæringsmæssig risiko. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

### 2.15.1 Rehabilitering (1/2)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for vurdering og iværksættelse af rehabilitering for relevante patientgrupper. Hvis indsatsen sker i samarbejde med eksterne parter, beskrives opgave- og ansvarsfordeling.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



Ikke relevant

Udfører ikke egentlige rehabiliteringsopgaver.

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 2** Patienter med behov for rehabilitering tilbydes relevant rehabiliteringsindsats.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



Ikke relevant

Udfører ikke egentlige rehabiliteringsopgaver.

Fund:

Enhed:

#### Trin 3

**Indikator 3** Sygehuset har mål for kvaliteten af rehabiliteringsindsatsen og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



Ikke relevant

Udfører ikke egentlige rehabiliteringsopgaver.

Fund:

Enhed:

#### Trin 4

**Indikator 4** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af rehabiliteringsindsatsen. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



Ikke relevant

Udfører ikke egentlige rehabiliteringsopgaver.

Enhed:

## 2.15.2 Genoptræningsplaner (2/2)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for systematisk vurdering af genoptræningsbehovet

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Udfører ikke behandlinger, hvor der efterfølgende er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for udarbejdelse af genoptræningsplaner til henholdsvis ambulant genoptræning i kommunen og ambulant specialiseret genoptræning på sygehus. Retningslinjerne beskriver, hvordan genoptræningsplaner videresendes til primærsektoren.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Udfører ikke behandlinger, hvor der efterfølgende er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 3** Relevante patienter får vurderet deres genoptræningsbehov.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Udfører ikke behandlinger, hvor der efterfølgende er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Enhed:

**Indikator 4** Genoptræningsplaner udarbejdes i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Udfører ikke behandlinger, hvor der efterfølgende er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 5** Sygehuset har mål for udarbejdelsen af genoptræningsplaner. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser, om genoptræningsplaner udarbejdes, når det er relevant. Data analyseres og vurderes.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Udfører ikke behandlinger, hvor der efterfølgende er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 6** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af udarbejdelsen af genoptræningsplaner. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Udfører ikke behandlinger, hvor der efterfølgende er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Fund:

Enhed:

## 2.16.2 Forebyggelse og sundhedsfremme (1/1)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Sygehuset har en politik for forebyggelse og sundhedsfremme, der beskriver definerede mål og prioriteringer for indsatsen på området, samt hvorledes disse synliggøres overfor medarbejdere, patienter og pårørende.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for vurdering af sundhedsmæssig risiko hos patienter, som beskriver, hvorledes sygehuset identificerer patienter, hvor en intervention i forhold til livsstilsfaktorer har betydning for resultatet af patientforløbet, eller hvor livsstilsfaktorer i øvrigt udgør en betydelig risiko for patienten.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** Der foreligger retningslinjer for gennemførelse af intervention vedrørende livsstilsfaktorer, som har betydning for resultatet af patientforløbet, eller hvor livsstilsfaktorer i øvrigt udgør en risiko for patienten. Hvis interventionen sker i samarbejde med eksterne parter, beskrives opgave- og ansvarsfordeling.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 4** Patienter med livsstilsfaktorer, som har betydning for resultatet af patientforløbet, tilbydes intervention.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Øvrige patienter med risiko relateret til livsstilsfaktorer tilbydes intervention eller rådgivning om, hvor relevant forebyggelsestilbud kan fås.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 6** Sygehuset har mål for kvaliteten af indsatsen for forebyggelse og sundhedsfremme og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

En indsats for at sikre at alle læger tager stilling til behov for forebyggelse og sundhedsfremme

Fund:

Enhed:

#### Trin 4

**Indikator 7** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af indsatsen for forebyggelse og sundhedsfremme. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

klinikkens retningslinje skal revurderes efterår 2015

Fund:

Enhed:

### 2.17.2 Epikrise (1/3)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for indholdet af og afsendelse af epikriser.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 2** \* Der udfærdiges epikriser efter sygehusets retningslinjer.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Epikrisen afsendes i henhold til de fastsatte tidsfrister efter patientens udskrivelse, ambulante forløb eller skadestuebesøg.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 3

**Indikator 4** Sygehuset har mål for tidsfristen for udsendelse af epikriser, i overensstemmelse med nationalt og regionalt fastsatte mål. Sygehuset overvåger løbende overholdelse af tidsfrister for udsendelse af epikriser. Data analyseres og vurderes.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Sygehuset har mål for kvaliteten af indholdet af epikriser og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO Helt opfyldt**

Nye medicinordinationer er ikke altid dokumenterede i epikrisen, mål vedrørende indhold i epikrisen er derfor ikke opfyldt

Fund:

Enhed:

#### Trin 4

**Indikator 6** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af epikriserne. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO Helt opfyldt**

Plan om ny audit i jan. 2016

Fund:

Enhed:

### 2.17.4 Information ved overflytning mellem afdelinger og sygehuse (2/3)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for overflytning mellem afdelinger og sygehuse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 2** \* Ved overflytning overdrages relevante informationer i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

#### Trin 3

**Indikator 3** Sygehuset har mål for kvaliteten af informationen ved overflytning mellem afdelinger og sygehuse og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

#### Trin 4



**Indikator 4** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af informationen ved overflytning mellem afdelinger og sygehuse. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

## 2.17.5 Udskrivelsesplanlægning i samarbejde med patienten og videregivelse af information (3/3)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for udskrivelsesplanlægning i samarbejde med patienten.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for videregivelse af informationer i forbindelse med udskrivelse til primærsektoren. Retningslinjerne skal være i overensstemmelse med sundhedsaftalerne og andre samarbejdsaftaler.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 3** \* Udskrivelse planlægges og gennemføres i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 4** Sygehuset har mål for kvaliteten af udskrivelsesplanlægning i samarbejde med patienten og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 5** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af udskrivelsesplanlægning i samarbejde med patienten. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke indlagte patienter.

Fund:

Enhed:

## 2.18.1 Patienttransport med sundhedsfaglig ledsager (1/1)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for patienttransport med sundhedsfaglig ledsager. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** Klinikken har en vejledning med titlen: Akut dårlig patient som har brug for yderligere overvågning, observation eller udredning på hospital  
I dokumentet er det beskrevet  
- at der skal ringes til 112  
- at Læger på Svedklinikken afgør om personale skal følge med fra klinikken, (læge eller sygeplejerske.)

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

Klinikken har ikke transporter af ikke akut syge patienter til andet hospital

**Indikator 2** Ledelsen tager stilling til, i hvilket omfang personalet skal uddannes til at varetage ledsagelse ved patienttransport og fastsætter et uddannelsesprogram. På sygehuse, der modtager akutte patienter skal foreligge et sådant program, medmindre sygehuset har aftaler, der placerer opgaven med at ledsage patienter andetsteds. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 3** Der er placeret et ansvar for iværksættelse og gennemførelse af den enkelte patienttransport. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent impl** Se indikator 1

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

**Indikator 4** Der er placeret et ansvar for overvågning og behandling af patienten inden den enkelte patienttransport. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent impl** Se indikator 1

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

**Indikator 5** Der er taget stilling til overvågning, behandling og pleje af patienten under det enkelte transportforløb. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent impl** Se indikator 1

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

**Indikator 6** Personalet uddannes i patienttransport i overensstemmelse med sygehusets beslutninger om dette. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## 2.19.1 Palliativ indsats til patienter med livstruende sygdom og omsorg for patientens pårørende (1/2)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for sygehusets tilbud om palliativ indsats til patienter med livstruende sygdom samt organisering af dette i samarbejde med primærsektoren og hospice. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Behandler ikke patienter med behov for palliativ indsats.

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for sygehusets understøttelse af patientens ønsker og behov i forbindelse med palliativ indsats. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Behandler ikke patienter med behov for palliativ indsats.

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** Der foreligger retningslinjer for sygehusets understøttelse af patientens pårørende. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Behandler ikke patienter med behov for palliativ indsats.

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 4** Relevante patienter tilbydes palliativ indsats i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Behandler ikke patienter med behov for palliativ indsats.

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Relevante patienters pårørende tilbydes støtte i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Behandler ikke patienter med behov for palliativ indsats.

Fund:

Enhed:

## 2.19.2 Værdig omgang med afdøde (2/2)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer, der sikrer overholdelse af lovgivningen i forbindelse med dødsfald. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Dødsfald er erklæres ikke.

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer, der understøtter korrekt og værdig omgang med den afdøde og dennes efterladte. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Dødsfald er erklæres ikke.

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 3** Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Dødsfald er erklæres ikke.

Fund:

Enhed:

## 3.12.1 Udarbejdelse og anvendelse af retningslinjer vedrørende behandling af konkrete patientgrupper (1/3)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

**Trin 1**

**Indikator 1** \* Sygehuset har en proces, der sikrer, at der udarbejdes retningslinjer vedrørende behandling af konkrete patientgrupper for: de hyppigst forekommende patientgrupper højt specialiseret behandling patientgrupper med komplicerede udrednings-, behandlings-, genoptrænings-, pleje-, eller rehabiliteringsudfordringer

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** \* Sygehuset har retningslinjer, for, hvorledes retningslinjer for behandling af konkrete patientgrupper gennemgår en faglig hørings- og godkendelsesproces forud for den endelige ledelsesmæssige godkendelse.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Trin 2**

**Indikator 3** \* Der foreligger retningslinjer udarbejdet i overensstemmelse med processen (jf. indikator 1) og den fastsatte faglige hørings- og godkendelsesproces. Retningslinjerne omfatter som minimum de patientgrupper, som monitoreres via databaserne i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP).

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante retningslinjer vedrørende behandling af konkrete patientgrupper og arbejder i overensstemmelse med disse. I konkrete tilfælde kan det være velbegrunderet at fravige retningslinjerne. Væsentlige fravalg beskrives og begrundes i patientjournalen.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Trin 3**

**Indikator 5** \* Sygehuset har mål for kvaliteten af patientbehandlingen. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. I kvalitetsovervågningen indgår rapporteret til databaserne, der indgår i RKKP. Tærskelværdier i RKKP indgår i målene. Data analyseres og vurderes.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**IR** Ikke relevant

Rapporterer ikke til RKKP.

Fund:

Enhed:

**Trin 4**

**Indikator 6** \* Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af patientbehandlingen. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål, herunder tærskelværdier i RKKP. Denne indikator kan ikke af sygehuset fravælges som ikke-prioriteret.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



Ikke relevant

Rapporterer ikke til RKKP.

Fund:

Enhed:

### 3.12.2 Behandling på intensiv terapienhed

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

**Indikator 1** \* Der foreligger retningslinjer for diagnostik og behandling af sepsis og septisk chok. Retningslinjerne dækker sygehusets samlede indsats for behandling af disse tilstande.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** \* Der foreligger retningslinjer for forebyggelse, diagnostik og behandling af ventilatorassocieret pneumoni (VAP).

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** \* Der foreligger retningslinjer for afdelingsspecifik (enhedsspecifik) antibiotikastrategi.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Der foreligger retningslinjer for intensiv delir.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** \* Der foreligger retningslinjer for afdelingsspecifik (enhedsspecifik) sedationsstrategi.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 6** \* Diagnostik og behandling af sepsis og septisk chok foregår i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:

**Indikator 7** \* Forebyggelse, diagnostik og behandling af ventilatorassocieret pneumoni (VAP) foregår i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:

**Indikator 8** \* Behandling med antibiotika foregår i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 3.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:

**Indikator 9** \* Behandling af intensiv delir foregår i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 4.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:

**Indikator 10** \* Patienterne sederes i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 5.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 11** \* Sygehuset har mål for kvaliteten af behandling på intensiv terapienhed. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. I kvalitetsovervågningen indgår registrering i Dansk Intensiv Database (DID). Tærskelværdier i DID indgår i målene. Data analyseres og vurderes.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 12** \* Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af behandling på intensiv terapienhed. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Denne indikator kan ikke af sygehuset fravælges som ikke-prioriteret. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål, herunder tærskelværdier i DID.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Har ikke intensiv terapi.

Fund:

Enhed:

## 3.12.3 Sygehusets tilrettelæggelse af konkrete patientforløb (3/3)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

**Indikator 1** \* Sygehuset har en proces, der sikrer, at der udarbejdes forløbsbeskrivelser for: patienter, der er omfattet af nationalt udmeldte pakkeforløb øvrige komplekse og/eller hyppigt forekommende forløb

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:


**HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** Klinikken har en proces, som har sikret udarbejdelse af forløbsbeskrivelser for alle pt. typer i klinikken

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

**Indikator 2** \* Der foreligger aftaler om det tværsektorielle samarbejde mellem primær- og sekundærsektoren for patienter med kronisk sygdom. Aftalerne beskriver som minimum: Opgaver i forskellige faser af forløbet. Entydig placering af ansvaret for alle faser i forløbet

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

 Ikke relevant Ikke ansvarlig for kronikerforløb.

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 3** \* Der foreligger forløbsbeskrivelser udarbejdet i overensstemmelse med processen (jf. indikator 1).

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:


 Helt opfyldt

Fund: **Konsistent impl** Der foreligger forløbsbeskrivelser for alle pt. typer i klinikken

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

**Indikator 4** \* Der foreligger konkrete forløbsbeskrivelser for patienter med kronisk sygdom udarbejdet som følge af aftalerne om det tværsektorielle samarbejde (jf. indikator 2). Aftalerne omfatter som minimum demens, hjerteinsufficiens, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), type-2 diabetes samt skizofreni.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

 Ikke relevant Ikke ansvarlig for kronikerforløb.

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** \* Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante forløbsbeskrivelser og arbejder i overensstemmelse med disse. I konkrete tilfælde kan det være velbegrunder at fravige forløbsbeskrivelserne. Væsentlige fravalg beskrives og begrundes i patientjournalen.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

 Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 3

**Indikator 6** \* Sygehuset har mål for kvaliteten af sine patientforløb. Sygehuset indsamler kvantitative data, som belyser opfyldelsesgraden af målene. I kvalitetsovervågningen indgår Sundhedsstyrelsens overvågning af nationale pakkeforløb. I målene indgår de nationalt fastsatte kvalitetsmål. Data analyseres og vurderes.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

 Helt opfyldt

Fund: **OK** Målene for behandlingsresultaterne svarer til de opnåede resultater i publicerede videnskabelige undersøgelser. Klinikken indsamler kvalitetsdata fra patienterne vha efterkontroller, spørgeskemaer og telefoninterview

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS

## Trin 4

**Indikator 7** \* Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af sine patientforløb. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Denne indikator kan ikke af sygehuset fravælges som ikke-prioriteret. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål, herunder de nationalt fastsatte kvalitetsmål.

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** Ved survey blev det demonstreret, at man havde opfyldt de ønskede sundhedsfaglige behandlingsmål

Enhed: Svedklinikken, Hidros Danmark ApS