

## B-014 Styringsværktøj kvalitetsovervågning Trin 3

OBS: Arket indeholder kun de standarder hvor der er krav om kvalitetsovervågning på trin 3

Standard	Kvalitetsovervågning Trin 3	Kvalitetsmål	Metode til kvalitetsovervågning	Frekvens	Ansvarlig	Dato for kvalitetsmålingen
1.1.3 - Planlægning, drift og økonomi (3/5)	Der foreligger dokumentation for, at ledelser på alle niveauer evalueres i forhold til opfyldelsen af målene for aktivitet, kvalitet og økonomi.					
1.1.5 - Datasikkerhed (4/5)	Der foreligger dokumentation for gennemført backup af datasystemer.	Vi har ingen hændelser med manglende backup	Gennemgang af hændelsesrapporter	Halvårligt i forbindelse med	Ledelsen	22-08-2015
	Der foreligger dokumentation for, at nødprocedurer i forbindelse med systemnedbrud afprøves med regelmæssige intervaller.					
1.2.3 - Kvalitetsovervågning (2/8)	Sygehuset rapporterer mønstre og tendenser i de monitorerede områder til relevante ledelsesniveauer. Mønstre og tendenser observeret på nationalt niveau inddrages, hvor det er relevant.	Vi gennemgår mønstre og tendenser i forbindelse med den interne audit i efteråret. Her inddrages LUP, eKvis, ris&ros samt hændelsesrapporter	Den kvalitetsansvarlige kviterer for afholdt audit i logbogen	Årligt	Ledelsen	22-08-2015
1.2.4 - Kvalitetsforbedring (3/8)	Sygehuset overvåger løbende, om de iværksatte handleplaner har den tilsigtede effekt.	Vi laver en gennemgang af alle hændelsesrapporter for at følge op på de korrigerende handlinger	Den kvalitetsansvarlige kviterer for gennemgang af hændelser i logbogen	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
1.2.6 - Patientsikkerhed og risikostyring (4/8)	Sygehuset overvåger effekten af konkrete iværksatte tiltag til risikostyring og forbedring af patientsikkerheden.	Vi laver en gennemgang af de gennemførte korrigerende handlinger, for at vurdere effekten og den evt., effekt på andre områder	Den kvalitetsansvarlige kviterer for gennemgang af hændelser i logbogen	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
1.2.10 - Patientklager og patientskadeerstatningssager (7/8)	Der foreligger dokumentation for opgørelse og analyse af patientklager og patientskadeerstatningssager. Analyserne anvendes til læring i organisationen.					
1.2.11 - Inddragelse af patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer (8/8)	Data indsamlet ved de landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser og ved lokale eller regionale aktiviteter analyseres og vurderes.	Vi bruger undersøgelserne som en del af grundlaget til at vurdere og prioritere vores indsats ifbm. Efterårs audit	Den kvalitetsansvarlige kviterer for afholdt audit i logbogen	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
1.3.2 – Patientjournalen (2/4)	Sygehuset har mål for kvaliteten af journalføringen. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes.	Vores journaler skal være fyldestgørende i forhold til relevant patientkategori	Journalaudit gennemføres på 20 journaler halvårligt	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
1.3.4 - Allergi og intolerans (3/4)	Sygehuset har mål for kvaliteten af dokumentationen af allergi og intolerans. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes.	Vi skal forholde os til allergi og intolerance hos alle relevante patienter	Journalaudit gennemføres på 20 journaler halvårligt	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
1.4.1 - Ansættelse af personale (1/6)	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.					

Standard	Kvalitetsovervågning Trin 3	Kvalitetsmål	Metode til kvalitetsovervågning	Frekvens	Ansvarlig	Dato for kvalitetsmålingen
1.4.3 - Introduktion af nyt personale (2/6)	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.					
1.4.4 - Arbejdstilrettelæggelse (3/6)	Der er ingen indikatorer på trin 3					
1.4.5 - Uddannelse og kompetenceudvikling (4/6)	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.					
1.5.3 - Forebyggelse og overvågning af nosokomielle infektioner (2/5)	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.					
	Sygehuset følger forekomsten af nosokomielle infektioner gennem deltagelse i Landsdækkende automatiseret overvågning af sygehuserhvervede infektioner ved hjælp af elektroniske data – HAI-BA. Data analyseres og vurderes. Denne indikator træder i kraft, når HAI-BA går i drift.					
1.5.4 - Procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr og tekstiler (3/5)	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.					
1.5.5 - Hånd- og uniformshygiejne (4/5)	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.	Vores mål er ikke at have nogle infektioner relateret til mangler i hygiejne	Gennemgang af hændelsesrapporter	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
1.5.6 - Rengøring (5/5)	Sygehuset har mål for kvaliteten af rengøringen og overvåger løbende kvaliteten af rengøringen af lokaler og inventar. Kvalitetsovervågningen dokumenteres systematisk.	Vi har opsat intervaller for rengøringen af klinikken og overvåger ved hjælp af rengøringstjeklister samt løbende vurdering om rengøringen er tilfredsstillende	Gennemgang af rengøringstjeklister	Hvert kvartal - kvitering i logbogen	Ledelsen	

Standard	Kvalitetsovervågning Trin 3	Kvalitetsmål	Metode til kvalitetsovervågning	Frekvens	Ansvarlig	Dato for kvalitetsmålingen
1.6.1 - Beredskabsplan (1/2)	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.					
1.6.3 - Interne beredskabshændelser (2/2)	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.					
1.7.2 - Håndtering af apparatur til klinisk brug (2/4)	Der foreligger dokumentation for, at relevant personale har gennemført uddannelse i håndteringen af højrisikoapparatur.					
1.7.3 - Kontrol, vedligehold, reparation og udfasning af apparatur til klinisk brug (3/4)	Der forefindes en ajourført registrering af alt apparatur til klinisk brug samt dokumentation af: <ul style="list-style-type: none"> <li>· forebyggende vedligehold og kontrol inden for fastsatte tidsrammer</li> <li>· udførte reparationer</li> <li>· apparaturets forventede levetid</li> <li>· eventuelle softwareændringer</li> </ul>					
1.8.2 - Bygninger og lokalers egnethed (2/5)	Der foreligger dokumentation for vurdering af bygninger og lokalers egnethed ved ibrugtagning til nye formål. Dette gælder kun lokaler til patientbehandling.					
1.8.4 - Tekniske forsyninger (4/5)	Der foreligger dokumentation for mikrobiologisk og toksikologisk kontrol af brugsvand.					
	Der foreligger dokumentation for kontrol af lufttrykanlæg, ilt, medicinske gasser og vakuum.	Ingen hændelsesrapporter vedr. tryklufsanlæg (Peter Slots ansvarlig for tjek af medicinske gasser og ilt)	Gennemgang af hændelsesrapporter	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
	Der foreligger dokumentation for kontrol af ventilationsanlæg.	Ingen hændelsesrapport af ventilationsanlæg	Gennemgang af hændelsesrapporter	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
	Der foreligger dokumentation for kontrol med nødforsyning af brugsvand.					
	Der foreligger dokumentation for prøvekorser af nødstrømsanlæg.	Gennemfører halvårligt eftersyn af el og diesel	Kviterer for kontrol af nødstrømsanlæg i logbogen	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
1.8.5 - Svigt af patientkritiske tekniske forsyninger, it-systemer og kommunikationssystemer (5/5)	Efter hændelser med større svigt af patientkritiske tekniske forsyninger samt it- og kommunikationssystemer udarbejdes rapporter, hvori hændelsen analyseres.	Vi udarbejder en hændelsesrapport, hvis vi har et svigt	Gennemgang af hændelsesrapporter	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
2.1.1 - Informeret samtykke (1/3)	Sygehuset har mål for kvaliteten af dokumentationen af informeret samtykke. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes.	Alle patienter der skal have operativt indgreb har givet informeret samtykke	Journalaudit gennemføres på 20 journaler halvårligt	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
2.1.2 - Patientens og pårørendes inddragelse som partnere (2/3)	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	Vores mål er at alle svar skal ligge i grønt i eKvis og vi skal ligge bedre end gennemsnittet i LUP	LUP og eKvis	Årligt	Ledelsen	22-08-2015

Standard	Kvalitetsovervågning Trin 3	Kvalitetsmål	Metode til kvalitetsovervågning	Frekvens	Ansvarlig	Dato for kvalitetsmålingen
2.2.1 - Vigtige samtaler med patienten og pårørende (1/2)	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.	Patienterne oplever generelt at have haft mulighed for at stille de spørgsmål, som de havde behov for (grøn felt i eKvis).	Gennemgang af eKvis (spm. 23 2013)	Årligt	Ledelsen	22-08-2015
2.2.2 - Skriftlig information om behandlingsforløb og patentrettigheder (2/2)	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.	Vores skriftlige informationsmateriale er opdateret	Den kvalitetsansvarlige kviterer for gennemgang af det skriftlige informationsmateriale i logbogen	Årligt	Ledelsen	22-08-2015
2.3.2 - Sundhedsfaglig kontaktperson (1/1)	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.					
2.4.1 - Henvisninger (1/1)	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.					
2.7.3 - Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (1/5)	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.					
	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.					
2.7.4 - Forebyggelse af selvmordsrisiko (2/5)	Der gennemføres analyse af årsager ved selvmord og selvmordsforsøg på sygehuset.					
2.7.5 - Smertevurdering og -behandling (3/5)	Sygehuset har mål for kvaliteten af smertebehandlingen. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes.					
2.7.6 - Behandling af den enkelte akutte patient (4/5)	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.					

Standard	Kvalitetsovervågning Trin 3	Kvalitetsmål	Metode til kvalitetsovervågning	Frekvens	Ansvarlig	Dato for kvalitetsmålingen
2.7.7 - Behandling af den elektivt henviste patient (5/5)	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.	Vi skal behandle patienterne iht. vores kliniske retningslinjer.	Journalaudit gennemføres på 20 journaler halvårligt	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
2.8.5 - Undersøgelser udført uden for diagnostisk afdeling (2/3)	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.					
2.8.6 - Rettidig reaktion på prøvesvar og undersøgelsesresultater (3/3)	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.					
2.9.5 - Opbevaring af lægemidler (4/7)	Afdelingen dokumenterer, at der med faste intervaller udføres medicinskabettersyn.	Vi gennemfører halvårligt eftersyn	Kvitering i logbog for gennemgang	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	30-10-2014
2.9.6 - Lægemidler til akutte situationer (5/7)	Kontrollen af akutbakkerne dokumenteres i en logbog og specielt bemærkes, at akutbakker er opfyldt efter anbrud.	Vi gennemfører halvårligt eftersyn	Kvitering i logbog for gennemgang	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	30-10-2014
2.9.7 - Medicingennemgang (6/7)	Sygehuset har mål for kvaliteten af medicingennemgang. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes.					
2.10.2 - Sedation af patienter uden medvirken af anæstesiologisk personale (2/2)	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.					
2.11.1 - Vurdering forud for procedurer i anæstesi (1/4)	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.	Journalen er adækvat	Journalaudit gennemføres på 20 journaler halvårligt	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
2.11.2 - Patientens ophold i opvågningsenheden (2/4)	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.	Opvågningen er foregået hensigtsmæssigt	Gennemgang af hændelsesrapporter	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015

Standard	Kvalitetsovervågning Trin 3	Kvalitetsmål	Metode til kvalitetsovervågning	Frekvens	Ansvarlig	Dato for kvalitetsmålingen
2.11.5 - Sikker kirurgi (3/4)	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.	Vi følger de fem trin i forbindelse med narkose (ved uregelmæssighed oprettes hændelsesrapport)	Gennemgang af hændelsesrapporter	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
2.11.6 - Infusion med blodkomponenter (4/4)	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.					
2.12.1 - Adgang til ydelser på intensiv terapienhed (1/1)	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.					
2.14.1 - Ernæringscreening, plan og opfølgning (1/1)	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.					
2.15.1 - Rehabilitering (1/2)	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.					
2.15.2 - Genoptræningsplaner (2/2)	Sygehuset har mål for udarbejdelsen af genoptræningsplaner. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser, om genoptræningsplaner udarbejdes, når det er relevant. Data analyseres og vurderes.					
2.16.2 - Forebyggelse og sundhedsfremme (1/1)	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.					
2.17.2 - Epikrise (1/3)	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.	Vi sender dem samtidig som de bliver udfærdiget	Journalaudit gennemføres på 20 journaler halvårligt + gennemgang af hændelsesrapporter	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015
	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.	Epikrise er lig med relevant journalnotat	Journalaudit gennemføres på 20 journaler halvårligt + gennemgang af hændelsesrapporter	Halvårligt i forbindelse med intern audit	Ledelsen	22-08-2015

Standard	Kvalitetsovervågning Trin 3	Kvalitetsmål	Metode til kvalitetsovervågning	Frekvens	Ansvarlig	Dato for kvalitetsmålingen
2.17.4 - Information ved overflytning mellem afdelinger og sygehuse (2/3)	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.					
2.17.5 - Udskrivelsesplanlægning i samarbejde med patienten og videregivelse af information (3/3)	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.					
3.12.1 - Udarbejdelse og anvendelse af retningslinjer vedrørende behandling af konkrete patientgrupper (1/3)	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.					
3.12.2 - Behandling på intensiv terapienhed	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.					
3.12.3 - Sygehusets tilrettelæggelse af konkrete patientforløb (3/3)	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.					