

Ekstern survey

Start dato: 05-10-2015

Slut dato: 05-10-2015

Standardsæt for Sygehuse

Standardversion 2

Standardudgave 2

## Surveyteamets sammenfattende konklusion:

Ved det eksterne survey på Speciallægeklinikken Centralen 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:  **IR** Ikke relevant Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** Sygehuset har en strategi for at fremme effektiv ressourceudnyttelse og mindselse 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:  **IR** Ikke relevant Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  **IR** Ikke relevant Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  **IR** Ikke relevant Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  **IR** Ikke relevant Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  **IR** Ikke relevant Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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: **OK** Et retningsgivende dokument foreligger. Der er indgået en driftsaftale med det eksterne firma EMAR A/S. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

### 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: **Konsistent** Leder og medarbejde fortæller at der tages back - up 2 gange dagligt og at hvis det ikke sker kommer der en dialog box, der be'r om kontakt til systemudbyder. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

### Trin 3

**Indikator 3** Der foreligger dokumentation for gennemført backup af datasystemer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **OK**

Der er indgået en driftsaftale med det eksterne firma EMAR A/S, som er ansvarlig for back-up funktionen.  
Hvis det en dag ikke er lykkedes at tage back-up orienteres de ansatte ved pop-up billede på PC'erne.  
Dette sker et par gange gange årligt, men det lykkedes på kort tid at gennemføre back-uppen.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

**Indikator 4** Der foreligger dokumentation for, at nødprocedurer i forbindelse med systemnedbrud afprøves med regelmæssige intervaller. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant** Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  **IR Ikke relevant** Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

### 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:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 2** Borgerne inddrages i overensstemmelse med sygehusets politik. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  **IR Ikke relevant** Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  **IR** Ikke relevant

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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: **OK** Der monitoreres vha bla  
- LUP via eKVIS  
- lokale pt. tilfredshedsundersøgelse  
- halvårige interne journalaudit  
- LPR

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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:  **HO** Helt opfyldt

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: **Konsistent** Der monitoreres vha bla  
- lokale pt. tilfredshedsundersøgelse  
- halvårige journalaudit

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**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: **Konsistent** Der monitoreres ventetid for henviste pt

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

**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: **Konsistent** LPR

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

**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: **OK** Drøftes  
- i ledelsen  
- på personalemøderne hvert 14. dag

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

### 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: **OK** Drøftes  
- i ledelsen  
- på personalemøderne hvert 14. dag

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

## 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: **OK**

Der monitoreres vha bla  
- LUP via eKVIS  
- lokale pt. tilfredshedsundersøgelse  
- halvårslige interne journalaudit  
- LPR

Emnerne drøftes  
- i ledelsen  
- på personalemøderne hvert 14. dag

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**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 målopfølgningen Hvem der er ansvarlig for opfølgning

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:

**HO**

Helt opfyldt

Fund: **OK**

Der monitoreres vha bla  
- LUP via eKVIS  
- lokale pt. tilfredshedsundersøgelse  
- halvårslige interne journalaudit  
- LPR

Emnerne drøftes  
- i ledelsen  
- på personalemøderne hvert 14. dag  
mhp målfastlæggelse og gennemførelse af de besluttede handleplaner

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**Indikator 3** \* Sygehuset har en proces for, hvordan der følges op på de iværksatte handleplaner.

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:

**HO**

Helt opfyldt

Fund: **OK**

Der monitoreres vha bla  
- LUP via eKVIS  
- lokale pt. tilfredshedsundersøgelse  
- halvårslige interne journalaudit  
- LPR

Emnerne drøftes  
- i ledelsen  
- på personalemøderne hvert 14. dag  
mhp målfastlæggelse og gennemførelse af de besluttede handleplaner

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

## 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: **OK**

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Fund: **OK**

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

### 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: **Konsistent** Ved interview fortælles hvordan der arbejdes med UTH på kvalitetsmøde hver 2. mandag, hvor der identificeres risici. .

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**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



Fund: **Konsistent** 2 personer fortæller om hvordan de arbejder med UTH på personalemøde og hvordan de selv er opmærksomme, samt iværksætter tiltag.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**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: **Konsistent** En UTH er blevet analyseret fornylig og har givet anledning til ændringer.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** Der er kun få UTH og alle analyseres.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** Der er ikke været nogle over sektorgårser

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

### Trin 3

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** Der er efter fælles analyse iværksat indsats.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

### 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: **OK** Der er ikke set lign hændelser efter indsats

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

## 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 Apparaturl angiver selv sideangivelse

Fund:

Enhed:

**Trin 2**

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

Fund: **Konsistent** OK for 3 ud af 3 patientforløb **Enhed:** Speciallægeklínikken Centralen

Fund: **Konsistent** en læge beskriver konsistent hvornår der skal patientidentifikation og hvordan. **Enhed:** Speciallægeklínikken Centralen

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

Fund: **Konsistent** OK for 3 ud af 3 patientforløb **Enhed:** Speciallægeklínikken Centralen

Fund: **Konsistent** En læge har ved 5 konsultation udført korrekt pt. ID og ved journalnotat. **Enhed:** Speciallægeklínikken Centralen

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

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:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund: **Enhed:**

**Trin 2**

**Indikator 2** Ledere og medarbejdere kender relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  **IR Ikke relevant** Udgår for små klinikker, hvor klagen går direkte fra modtager til klinikejer

Fund: **Enhed:**

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for sagsbehandling af patientskadeerstatningssager. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant** Udgår for små klinikker, hvor klagen går direkte fra modtager til klinikejer

Fund: **Enhed:**

**Indikator 3** Sygehuset har en fastlagt proces for analyse og formidling af læring ved patientklager og patientskadeerstatningssager. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant** Udgår for små klinikker, hvor klagen går direkte fra modtager til klinikejer

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: **OK** Der er printet flere eksemplarer til ventelokalet

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

## Trin 2

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

Fund: **Konsistent** Der har været en klage i år .

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Fund: **Konsistent** Ingen erstatningssager, men proceduren kendes

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

## 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** Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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** Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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: **OK** Vurderet bla ved LUP udført af eKVIS og lokale undersøgelser

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

### 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: **OK** Vurderet ved LUP udført af eKVIS og lokale undersøgelser. Man har konstateret ganske enkelte områder med behov for kvalitetsforbedringer, hvilket er drøftet på personalemøder.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

## 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: **OK**

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Fund: **OK**

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

### 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: **OK** Dokumentet foreligger, og der er ikke fundet mangler.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**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: **OK** Dokumentet foreligger, og der er ikke fundet mangler.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

#### Trin 2

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

Fund: **Konsistent** Der er set 5 journaler med relevant dokumentation

Enhed: Ken Ninn-Pedersen

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

Fund: **Konsistent** Der blev dokumenteret med det samme efter konsultation

Enhed: Ken Ninn-Pedersen

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

Fund: **Konsistent** Der er IT- journal

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Fund: **Konsistent** Håndskrevne dokumenter opbevares i særligt papirjournal system.

Enhed: Ken Ninn-Pedersen

#### 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**

Journalaudit i aug 2015 viste 100% målopfyldelse for de 16 vurderede måleområder

Fund: **OK** Journalaudit i aug 2015 viste 100% målopfyldelse for de 16 vurderede måleområder

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

#### 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 Journalaudit i aug 2015 viste 100% målopfyldelse for de 16 vurderede måleområder

Fund: **OK** Journalaudit i aug 2015 viste 100% målopfyldelse for de 16 vurderede måleområder **Enhed:** Speciallægeklínikken Centralen

### 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: **OK** **Enhed:** Speciallægeklínikken Centralen

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

Fund: **OK** **Enhed:** Speciallægeklínikken Centralen

#### 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

Fund: **OK** Journalaudit i aug 2015 viste 100% målopfyldelse **Enhed:** Speciallægeklínikken Centralen

#### 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 Journalaudit i aug 2015 viste 100% målopfyldelse

## 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:  **IR** Ikke relevant

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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: **Konsistent** Lederne redegøre for hvordan de systematisk vurderer viden og færdigheder.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

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

Fund: **Konsistent** De enkelte sygeplejersker har kender deres opgaver og kompetencer.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

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

Fund: **Konsistent** Der findes en liste som er tilgængelig for alle.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

### 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:  **IR** Ikke relevant

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  **IR** Ikke relevant

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  **IR** Ikke relevant

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Sygehuset har en proces for evaluering af nyt fastansat personale inden for introduktionsperioden. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 3** \* Nyt personale deltager i introduktionen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt


Fund: **Konsistent** intet nyt personale

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

**Indikator 4** Nyt fastansat personale evalueres i overensstemmelse med sygehusets proces. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt




## Trin 3

<b>Indikator 5</b>	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: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	 <b>Ikke relevant</b>	Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.
--------------------	--	--	--	--	---

Fund:

Enhed:

## Trin 4

<b>Indikator 6</b>	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: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	 <b>Ikke relevant</b>	Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.
--------------------	---	--	--	--	---

Fund:

Enhed:

## 1.4.4 Arbejdstilrettelæggelse (3/6)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

## Trin 1

<b>Indikator 1</b>	Sygehuset definerer, hvilke personaleressourcer og kompetencer der skal være til stede for at løse konkrete opgaver i patientbehandlingen.	Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>		Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.
--------------------	--	--	--	--	---

Fund:

Enhed:

<b>Indikator 2</b>	* 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: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>		Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.
--------------------	--	--	--	--	---

Fund:

Enhed:

## Trin 2

<b>Indikator 3</b>	Den daglige bemanding sker med udgangspunkt i de fastsatte rammer sygehuset har defineret.	Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>		Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.
--------------------	--	--	--	--	---

Fund:

Enhed:

<b>Indikator 4</b>	* Ekstraordinære situationer håndteres i overensstemmelse med de fastsatte metoder.	Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>		Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.
--------------------	---	--	--	--	---

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: **OK** Vejledning med fastsættelse af hvordan behov for efteruddannelse, afholdelse af MUS, og APV. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

**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: **OK** MUS x 1 årligt for alle medarbejder **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

**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** Leder beskriver at der arbejdes efter nationale klinisk retningslinier, som gennemgås på kvalitetsmøde hver 2. mandag. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

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

Fund: **Konsistent** Der foreligger liste over de enkelte medarbejder kompetencer i de enkelte arbejdsopgaver. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

**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:  **IR Ikke relevant**

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund: **Enhed:**

**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:  **IR Ikke relevant**

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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. Politikken sikrer, at dette for den enkelte omfattede medarbejder vurderes ved nyansættelse, og at der herefter med fastsatte intervaller sker en revurdering. Politikken beskriver, hvorledes man forholder sig, når sygehuset optager væsentlig nye behandlingsformer. Politikken beskriver, hvordan autenticiteten af den dokumentation, der ligger til grund for bemyndigelsen sikres.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** Det står beskrevet i patientforløbsbeskrivelserne hvilken opgave anæstesi lægen har.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

##### 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: **Konsistent** Der findes kun 1 anæstesi-læge

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** Der er kun 1 anæstesi-læge, alle kender.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

#### 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: **OK** Der er ingen delegation af sundhedsfaglig virksomhed.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

##### 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:

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

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

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

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

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

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

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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: **Konsistent** Der har ingen udbrud været.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

**HO Helt opfyldt**

Fund: **Konsistent** 2 medarbejder redegør for fremgangsmåden ifølge vejledning

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**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:

**Indikator 5** \* Anlæggelse og pleje af centralt venekateter håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant Anlægger og plejer ikke centralt venekateter.

Fund:

Enhed:

**Indikator 6** \* Infektionsprofylakse i relation til respiratorbehandling håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant Yder ikke respiratorbehandling.

Fund:

Enhed:

**Indikator 7** \* Perioperativ infektionsprofylakse håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** Medarbejder forklarer konsistent

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

### Trin 3

**Indikator 8** 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:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

**Indikator 9** 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. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant HAI-BA er ikke i drift.

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 10** 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:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  **HO** Helt opfyldt  
Fund: **OK** Proceduren e beskrevet i flere dokumenter **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for håndtering, opbevaring og vask af tekstiler til flergangsbrug. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt  
Fund: **OK** **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

##### Trin 2

**Indikator 3** Medicinsk udstyr til flergangsbrug genbehandles i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt  
Fund: **Konsistent** Proceduren bliver gennemgået af spl. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

**Indikator 4** Tekstiler håndteres og opbevares korrekt i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt  
Fund: **Konsistent** Det er vist hvordan tekstiler håndteres **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

##### 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:  **HO** Helt opfyldt  
Fund: **OK** Både opvaske og autoklave bliver eftersat x 1 årlig, hvis maskinen ikke varmer nok op - går den ikke i gang. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

##### 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:  **HO** Helt opfyldt  
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: **OK**

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Fund: **OK**

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

## 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:

Enhed:

## 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:  **IRMO** Ikke relevant, mål opfyldt Mål: At klinikken ikke oplever infektion relateret til mangler i hygiejne.

Fund:

Enhed:

## 1.5.6 Rengøring (5/5)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

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

## Trin 2

**Indikator 2** Sygehusets 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:

Enhed:

## 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:  **IP** Ikke prioriteret

Fund:

Enhed:

## 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:

Fund:

Enhed:

Indgår ikke i den regionale beredskabsplan.

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

Fund:

Enhed:

Indgår ikke i den regionale beredskabsplan.

## Trin 2

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

Fund:

Enhed:

Indgår ikke i den regionale beredskabsplan.

**Indikator 4** \* Der foreligger en ajourført liste over indkaldelse af personale ved eksterne beredskabshændelser. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Fund:

Enhed:

Indgår ikke i den regionale beredskabsplan.



**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: **OK**

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**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: **OK** Der findes en beskrivelse af dette i mappen og personalet kan genfortælle den

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

### 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: **Konsistent** Leder og medarbejder redegør for deres ansvar og kompetencer.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Fund: **Konsistent** Der har været afholdt øvelse for alle personer, hvor rækkefølgen og indsats trænes. **Enhed:** Speciallægeklínikken Centralen

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

Fund: **Konsistent** x1 årligt **Enhed:** Speciallægeklínikken Centralen

### 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

Fund: **OK** Der har ikke været nogle interne beredskabshændelser i det sidste år **Enhed:** Speciallægeklínikken Centralen

### 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

Fund: **OK** Der har ikke været nogle interne beredskabshændelser i det sidste år **Enhed:** Speciallægeklínikken Centralen

## 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:

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  **IR** Ikke relevant

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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: **OK** Udstyret ifm øjendiagnostik/behandling anvendes udelukkende af Ken Ninn-Pedersen. Udstyret ifm ørediagnostik/behandling anvendes udelukkende af Kirsten Ninn-Pedersen. Udstyret ifm anæstesi anvendes udelukkende af Peter Slots. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

#### Trin 2

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

Fund: **Konsistent** Udstyret ifm øjendiagnostik/behandling anvendes udelukkende af Ken Ninn-Pedersen. Udstyret ifm ørediagnostik/behandling anvendes udelukkende af Kirsten Ninn-Pedersen. Udstyret ifm anæstesi anvendes udelukkende af Peter Slots. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

#### 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: **OK** Udstyret ifm øjendiagnostik/behandling anvendes udelukkende af Ken Ninn-Pedersen. Udstyret ifm ørediagnostik/behandling anvendes udelukkende af Kirsten Ninn-Pedersen. Udstyret ifm anæstesi anvendes udelukkende af Peter Slots. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

#### 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:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** Udstyret ifm øjendiagnostik/behandling anvendes udelukkende af Ken Ninn-Pedersen. Udstyret ifm ørediagnostik/behandling anvendes udelukkende af Kirsten Ninn-Pedersen. Udstyret ifm anæstesi anvendes udelukkende af Peter Slots. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

### 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 fejlrant apparatur til klinisk brug. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

## 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: **Konsistent** Udstyret ifm øjendiagnostik/behandling anvendes udelukkende af Ken Ninn-Pedersen. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen  
 Udstyret ifm ørediagnostik/behandling anvendes udelukkende af Kirsten Ninn-Pedersen.  
 Udstyret ifm anæstesi anvendes udelukkende af Peter Slots.

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

Fund: **Konsistent** Udstyret ifm øjendiagnostik/behandling anvendes udelukkende af Ken Ninn-Pedersen. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen  
 Udstyret ifm ørediagnostik/behandling anvendes udelukkende af Kirsten Ninn-Pedersen.  
 Udstyret ifm anæstesi anvendes udelukkende af Peter Slots.  
 De pågældende personer varetager vedligeholdelsen

## 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: **OK** Udstyret ifm øjendiagnostik/behandling anvendes udelukkende af Ken Ninn-Pedersen. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen  
 Udstyret ifm ørediagnostik/behandling anvendes udelukkende af Kirsten Ninn-Pedersen.  
 Udstyret ifm anæstesi anvendes udelukkende af Peter Slots.  
 De pågældende personer varetager funktionen af bla forebyggende vedligehold.  
 Det kontrolleres ugentligt eller månedligt om apparaturet overholder specifikationerne.

## 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:  **HO Helt opfyldt**

Fund: **OK** Udstyret ifm øjendiagnostik/behandling anvendes udelukkende af Ken Ninn-Pedersen. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen  
 Udstyret ifm ørediagnostik/behandling anvendes udelukkende af Kirsten Ninn-Pedersen.  
 Udstyret ifm anæstesi anvendes udelukkende af Peter Slots.  
 Hvis der konstateres fejl korrigeres disse umiddelbart.

### 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:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for opfølgning på kvalitetsbrist i forbindelse med modtagelse af utensilier. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

**Indikator 3** Sygehuset beskriver forholdsregler i situationer med svigt af forsyninger af utensilier. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 4** Utensilier bestilles og rekvireres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

**Indikator 6** Relevante ledere og medarbejdere kender forholdsreglerne for situationer med svigt af utensilier. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:

<b>Indikator 3</b>	Sygehuset har planlagt foranstaltninger for at sikre fremkommeligheden under forskellige vejrforhold. Indsatsen baseres på en risikovurdering.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
Fund:		Enhed:			
<b>Indikator 4</b>	Sygehuset er tilgængeligt for personer med funktionsnedsættelser i henhold til gældende regler.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
Fund:		Enhed:			
<b>Indikator 5</b>	Sygehuset har gennemført foranstaltninger for at sikre mod uberettiget adgang (tyveri og overfald). Indsatsen baseres på en risikovurdering.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
Fund:		Enhed:			
<b>Indikator 6</b>	Sygehusets bygninger og udenomsarealer vedligeholdes sådan, at bygninger og adgangsveje ikke er til fare for personer. Indsatsen baseres på en risikovurdering.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
Fund:		Enhed:			
<b>Indikator 7</b>	* Sygehuset har gennemført foranstaltninger for at forebygge brand. Foranstaltningerne omfatter sikker opbevaring af brandbare varer. Indsatsen baseres på en risikovurdering.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
Fund:		Enhed:			
<b>Indikator 8</b>	* 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: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
Fund:		Enhed:			
<b>Indikator 9</b>	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: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>IR</b>	<b>Ikke relevant</b> Der er ikke foretaget større om- eller nybygninger.
Fund:		Enhed:			

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

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

<b>Indikator 1</b>	Sygehuset har en proces for vurdering af, om bygninger og lokaler til patientbehandling er egnede til det tiltænkte formål.	Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>		Har ikke haft nybygninger, ombygninger eller foretaget væsentlige ændringer i lokaler til patientbehandling.
--------------------	---	--	--	--	--

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:  Har ikke haft nybygninger, ombygninger eller foretaget væsentlige ændringer i lokaler til patientbehandling.

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:  Har ikke haft nybygninger, ombygninger eller foretaget væsentlige ændringer i lokaler til patientbehandling.

Fund:

Enhed:

## 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:  Har ikke haft nybygninger, ombygninger eller foretaget væsentlige ændringer i lokaler til patientbehandling.

Fund:

Enhed:

## 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: **OK** Ganske kort og effekt beskrivelse

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for håndtering, opbevaring og bortskaffelse af kemikalier og isotoper. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant Håndterer, opbevarer og bortskaffer ikke kemikalier og isotoper

Fund:

Enhed:

## Trin 2

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

Fund: **Konsistent** Det bliver transporteret til genbrugspladsen - risikoaffald bliver afhentet.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

**Indikator 4** Kemikalier og isotoper håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant Håndterer, opbevarer og bortskaffer ikke kemikalier og isotoper

Fund:

Enhed:

### 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:  **IR Ikke relevant** Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  **IR Ikke relevant** Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

#### Trin 3

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

Fund:

Enhed:

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

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Der foreligger dokumentation for kontrol af ventilationsanlæg. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

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

Fund:

Enhed:

**Indikator 7** Der foreligger dokumentation for prøveørslers af nødstrømsanlæg. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

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.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



**Ikke relevant, mål opfyldt**

Mål: Ingen hændelser ift. ventilationsanlæg og trykluftanlæg. Gennemførelse af ½ årlige tjek af el og diesel.

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.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



**Helt opfyldt**

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** \* Ledere og medarbejdere kender egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske tekniske forsyninger.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



**Helt opfyldt**

Enhed:

**Indikator 3** \* Ledere og medarbejdere kender egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske it-systemer.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



**Helt opfyldt**

Enhed:

**Indikator 4** \* Ledere og medarbejdere kender egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske kommunikationssystemer.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



**Helt opfyldt**

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 5** Efter hændelser med større svigt af patientkritiske tekniske forsyninger samt it- og kommunikationssystemer udarbejdes rapporter, hvori hændelsen analyseres.

Fund: **OK** Der har ikke været større svigt af patientkritiske forsyningssystemer

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



**Helt opfyldt**

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

### 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.

Fund: **OK** Der har ikke været større svigt af patientkritiske forsyningssystemer

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:



**Helt opfyldt**

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

## 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:  **IR** Ikke relevant Deltager ikke i forskningsprojekter

Fund:

Enhed:

**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: **Enkeltst. Afv.** I en ud af 7 journaler var informeret samtykke ikke dokumenteret

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

**Indikator 5** Der foreligger særskilt dokumentation for indhentning af informeret samtykke i forbindelse med forskningsprojekter. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant Deltager ikke i forskningsprojekter

Fund:

Enhed:

**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: **OK** Ved journalaudit aug 2015 var der 100% mål opfyldelse

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

**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:  **IP** Ikke prioriteret

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:  **IR Ikke relevant** Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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

Fund: **OK** Børn ledsages altid af forældre eller personale fra en social institution

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

### 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: **OK** Vurderet ved LUP udført af eKVIS og lokale undersøgelser

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

### 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.

Fund:

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:



**Ikke relevant, mål opfyldt**

Mål: at alle svar skal være "grønne" i ekvis undersøgelsen og skal være bedre end landsgennemsnittet i LUP.

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.

Fund:

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:



**Ikke relevant**

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Enhed:

#### Trin 2

**Indikator 2** Sygehusets kosttilbud tager hensyn til patienternes religiøse baggrund.

Fund:

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:



**Ikke relevant**

Patienter tilbydes ikke kost.

Enhed:

**Indikator 3** Der tages hensyn til patienternes blufærdighed.

Fund:

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:



**Helt opfyldt**

Enhed:

**Indikator 4** Sygehuset tilbyder eksistentiel eller åndelig støtte til patienter og pårørende under indlæggelsen.

Fund:

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:



**Ikke relevant**

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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.

Fund:

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:



**Ikke relevant**

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for personalets håndtering af den vigtige samtale.

Fund:

Ikke relevant:

Patientsikkerhedskritisk:



**Ikke relevant**

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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: **OK** Vurderet ved LUP udført af eKVIS og lokale undersøgelser

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

### 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:  **IRMO** Ikke relevant, mål opfyldt

Mål: at patienterne har en oplevelse af at have mulighed for at stille de spørgsmål, som de har behov for.

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:  **IR** Ikke relevant

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for udlevering af skriftligt/elektronisk informationsmateriale. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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: **OK** Vurderet ved LUP udført af eKVIS og lokale undersøgelser

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**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:  **IRMO** Ikke relevant, mål opfyldt Skriftligt informationsmateriale er opdateret

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

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Enhed:

## Trin 2

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

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Enhed:

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

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Enhed:

**Indikator 4** \* Der sikres udpegning af ny sundhedsfaglig kontaktperson ved overflytning.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Modtager akutte patienter fra praktiserende læger uden henvisninger.

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** Krav til henvisninger er lettilgængelige for henvisende læger, fx på sygehusets hjemmeside eller i relevante praksisinformationssystemer.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Modtager akutte patienter fra praktiserende læger uden henvisninger.

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.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Modtager akutte patienter fra praktiserende læger uden henvisninger.

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.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Modtager akutte patienter fra praktiserende læger uden henvisninger.

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.

Fund:

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:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

### Trin 3

**Indikator 3** Der gennemføres analyse af årsager ved selvmord og selvmordsforsøg på sygehuset. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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:

Udfører ikke procedurer hvor der er behov for en plan for smertebehandling.

Fund:

Enhed:

### Trin 2

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

Udfører ikke procedurer hvor der er behov for en plan for smertebehandling.

Fund:

Enhed:

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

Udfører ikke procedurer hvor der er behov for en plan for smertebehandling.

Fund:

Enhed:

### Trin 3

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

Udfører ikke procedurer hvor der er behov for en plan for smertebehandling.

Fund:

Enhed:

### Trin 4

**Indikator 5** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af smertebehandlingen. 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:

Udfører ikke procedurer hvor der er behov for en plan for smertebehandling.

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.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Enhed:

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

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

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.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 4** \* Sygehusets retningslinjer for, hvilke typer akutte patienter der kan modtages, er tilgængelige for henvisende parter.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Enhed:

**Indikator 5** \* Der foretages en indledende vurdering af patienten ved ankomsten til sygehuset.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Enhed:

**Indikator 6** \* Der foreligger en behandlingsplan for den enkelte patient. Behandlingsplanen er udarbejdet inden for den af sygehuset fastsatte tidsramme og inkluderer observationsplan.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.

Enhed:

<b>Indikator 7</b>	* Den enkelte patient revurderes i henhold til sygehusets retningslinjer.	Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.
--------------------	---	--	--	--

Fund:

Enhed:

## Trin 3

<b>Indikator 8</b>	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: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	Modtager ikke henviste akutte patienter eller egne akutte patienter.
--------------------	--	--	--	--

Fund:

Enhed:

## Trin 4

<b>Indikator 9</b>	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: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	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

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger en beskrivelse af, hvilke typer elektivt henviste patienter sygehuset kan modtage.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b> Helt opfyldt
	Fund:			Enhed:
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for modtagelse og visitation af en henvissning.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b> Helt opfyldt
	Fund:			Enhed:
<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> Helt opfyldt
	Fund:			Enhed:
<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> Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 5** Der foreligger retningslinjer for, hvornår en behandlingsplan revurderes.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

**Indikator 6** Sygehusets beskrivelse af hvilke typer elektivt henviste patienter, der kan modtages, er offentlig tilgængelig.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 7** Visitation af modtagne henvisninger foregår i henhold til sygehusets retningslinjer.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 8** Elektivt henviste patienter indkaldes til behandling i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer og krav i lovgivning og aftaler.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 9** 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:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 10** Den enkelte behandlingsplan revurderes i henhold til sygehusets retningslinjer.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

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: **OK** Drøftes løbende, herunder bla ved personalemøderne hvert 14. dag

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

## 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:

**IRMO** Ikke relevant, mål opfyldt

Mål: patienterne behandles i henhold til vores kliniske retningslinjer

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:

**HO** Helt opfyldt

Fund: **OK**

Det står under patientforløbsbeskrivelse

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

### Trin 2

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** Læge og spl. forklarer konsistent hvordan det foregår.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO** Helt opfyldt

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:  **HO Helt opfyldt**

Fund: **OK** Arbejdsgangen er beskrevet i den generisk patientforløb

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for modtagelse af svar på prøver og undersøgelser. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

## Trin 2

**Indikator 3** \* Svar på prøver og undersøgelser afgives i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

**Indikator 4** \* Der kvitteres for modtagelse af svar på prøver og undersøgelser. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** Der gives automatisk svar

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**Indikator 5** \* Ved modtagelse af svar på prøver og undersøgelser, der kræver akut indsats, reageres rettidigt. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** Der beskrives at der tages kontakt til egen læge og pt. tilmeldes evt. pakkeforløb.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**Indikator 6** \* For hver patient er det registreret, hvilke prøver og undersøgelser der er rekvireret, og for hvilke svar er modtaget. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** Der er oprettet en liste og den kontrolleres hver mandag

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

## 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:  **IR** Ikke relevant

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR** Ikke relevant

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Fund:

Enhed:

## 2.9.1 Lægemedelordination (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 Lægemidlets 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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund:

Enhed:

## Trin 2

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** Læge informere og udfører ordinationen

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** De er set 4 journaler med indikation

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund: **Konsistent**

Enhed: Ken Ninn-Pedersen

**Indikator 6** \* Udstedte recepter er i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

HO

Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** Der udstedes recepter via FMK

Enhed: Ken Ninn-Pedersen

## 2.9.2 Lægemiddeldispensering (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: **OK**

I patientforløb beskrivelse står der at pt. skal have beroligende, dette gives af sygeplejerskerne.


Enhed: Ken Ninn-Pedersen

## Trin 2

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


Fund:

Enhed:

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

Fund: **Konsistent** En spl forklarer procedure

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

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


Fund: **Konsistent** Spl. forklarer at dokumentationen er i journalen.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

## 2.9.3 Lægemedieladministration (3/7) #

Vurdering af indikatorer og begrundelser


### Trin 1

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

Fund:


Enhed:

### Trin 2

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


Fund: **Konsistent** Der er beskrevet hvordan de enkelte midler skal håndteres og de lille antal lægemidler vise.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

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


Fund: **Konsistent** Spl. forklarer og viser hvordan det dokumenteres.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

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

Fund: **Konsistent** Virkning og evt. bivirkning bliver der spurgt ved efterfølgende konsultationen.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

**Indikator 5** \* Lægemedelbivirkninger rapporteres til Lægemedelstyrelsen i overensstemmelse med lovgivningen. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:   Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** Der har ikke været oplevet bivirkninger der skulle rapporteres

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

## 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: **Konsistent** Den første der ser i køleskabet kigger på temp. , men der findes ingen logbøger. Der er ingen lys i køleskabet.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**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: **Konsistent** Dokumentet foreligger, og der er ikke fundet mangler.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

### Trin 3

**Indikator 6** Afdelingen dokumenterer, at der med faste intervaller udføres medicinskabseftersyn. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund: **OK** Der er liste over hvilke præparater der udløber hvornår. Der foretages intern audit hvert ½ år.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Fund:

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

Fund: **OK** Der er i vejledningen beskrevet hvor lægemidler skal opbevares **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

### Trin 2

**Indikator 2** Akutbakkerne forefindes og kontrolleres i henhold til retningslinjerne. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund: **Konsistent** Akut bakken består en adrenalin ampul og en optrækningskanyle. Den kontrolleres ved medicinskabsgennemgang ½ år. **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

**Indikator 3** Akutbakker er tilgængelige for relevant personale i akutte situationer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund: **Konsistent** Akut bakken står i køleskab og alle ved hvor **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

### Trin 3

**Indikator 4** Kontrollen af akutbakkerne dokumenteres i en logbog og specielt bemærkes, at akutbakker er opfyldt efter anbrud. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

Fund: **OK** medicinskabsgennemgang hver ½ år **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

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

Fund: **OK** De er ikke påvist nogle mangler **Enhed:** Speciallægeklinikken Centralen

## 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:  **HO Helt opfyldt**

Fund: **OK** Udfører kun konkrete enkeltstående indgreb. **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:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel./Der administreres ikke lægemidler.

Fund:

**Enhed:**

**Indikator 2** Sygehuset beskriver forholdsregler i situationer med svigt af forsyninger af lægemidler. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel./Der administreres ikke lægemidler.

Fund:

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

**Indikator 3** Lægemidler bestilles og rekvireres i overensstemmelse med retningslinjerne. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel./Der administreres ikke lægemidler.

Fund:

**Enhed:**

<b>Indikator 4</b>	Der følges op på leverancesvigt og fejlliverancer i forbindelse med modtagelse af lægemidler.	Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel./Der administreres ikke lægemidler.
--------------------	---	--	--	--

Fund:

Enhed:

<b>Indikator 5</b>	Relevante ledere og medarbejdere kender forholdsreglerne for situationer med svigt af forsyninger af lægemidler.	Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel./Der administreres ikke lægemidler.
--------------------	--	--	--	--

Fund:

Enhed:

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

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for observation og opfølgning på observationsfund.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input checked="" type="checkbox"/>	<b>HO</b> Helt opfyldt
--------------------	--	---	---	------------------------

Fund:

Enhed:

### Trin 2

<b>Indikator 2</b>	* Patienter observeres i overensstemmelse med retningslinjerne.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input checked="" type="checkbox"/>	<b>HO</b> Helt opfyldt
--------------------	---	---	---	------------------------

Fund: **Konsistent** Læge og spl. forklarer at kritisk fund kan være blødning og at der er forebyggende sat sug op. Pt. obs. af sygeplejerske.

Enhed: Kirsten Ninn-Pedersen

<b>Indikator 3</b>	* Ved kritisk forværring reageres i overensstemmelse med retningslinjerne.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input checked="" type="checkbox"/>	<b>HO</b> Helt opfyldt
--------------------	--	---	---	------------------------

Fund: **Konsistent** Der redegøre for hvordan der skal reageres

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

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

Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for sedation af patienter i forbindelse med procedurer foretaget uden medvirken af anæstesiologisk personale.	Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	Der sederes ikke patienter uden medvirken af anæstesiologisk personale.
--------------------	---	--	--	---

Fund:

Enhed:

### Trin 2

<b>Indikator 2</b>	* Patienter, der skal sederes i forbindelse med procedurer uden anæstesiologisk medvirken, vurderes og udvælges i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	Der sederes ikke patienter uden medvirken af anæstesiologisk personale.
--------------------	---	--	--	---

Fund:

Enhed:

<b>Indikator 3</b>	* Patienter, der i forbindelse med procedurer sederes uden anæstesiologisk medvirken, overvåges i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	Ikke relevant: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	Der sederes ikke patienter uden medvirken af anæstesiologisk personale.
--------------------	---	--	--	---

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:

Der sederes ikke patienter uden medvirken af anæstesiologisk personale.

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:

Der sederes ikke patienter uden medvirken af anæstesiologisk personale.

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 procedurerne.

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: **Konsistent** Anæstesi gennemføres af én konsulentansat speciallæge, som har godkendt klinikens retningslinje.  
7 journaler er gennemgået.  
I alle 7 anæstesisforløb er der 100% målopfyldelse bortset fra 1 journal, hvor der manglede dokumentation for informeret samtykke.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

<b>Indikator 3</b>	* Patienter vurderes forud for en procedure i anæstesi af den anæstesiologiske afdeling i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
--------------------	---	---	--	-----------	---------------------

Fund: **Konsistent** Anæstesi gennemføres af én konsulentansat speciallæge, som har godkendt klinikens retningslinje.  
7 journaler er gennemgået.  
I alle 7 anæstesiforløb er der 100% målopfyldelse bortset fra 1 journal, hvor der manglede dokumentation for informeret samtykke.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

#### Trin 3

<b>Indikator 4</b>	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: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
--------------------	--	---	--	-----------	---------------------

Fund: **OK** 100% målopfyldelse i journalaudit aug 2015

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

#### Trin 4

<b>Indikator 5</b>	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: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
--------------------	--	---	--	-----------	---------------------

Fund: **OK** 100% målopfyldelse i journalaudit aug 2015

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

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

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for planlægning af det postanæstesiologiske overvågningsforløb.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
--------------------	---	---	--	-----------	---------------------

Fund: **OK** Anæstesi gennemføres af én konsulentansat speciallæge, som har godkendt klinikens retningslinje.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for afslutning af det postanæstesiologiske overvågningsforløb.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
--------------------	--	---	--	-----------	---------------------

Fund: **OK** Anæstesi gennemføres af én konsulentansat speciallæge, som har godkendt klinikens retningslinje.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

#### Trin 2

<b>Indikator 3</b>	* Postanæstesiologiske overvågningsforløb planlægges og gennemføres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
--------------------	--	---	--	-----------	---------------------



Fund: **Konsistent** Anæstesi gennemføres af én konsulentansat speciallæge, som har godkendt klinikens retningslinje.  
7 journaler er gennemgået.  
I alle 7 anæstesiforløb er der 100% målopfyldelse.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Fund: **Konsistent** Anæstesi gennemføres af én konsulentansat speciallæge, som har godkendt klinikens retningslinje.  
7 journaler er gennemgået.  
I alle 7 anæstesiforløb er der 100% målopfyldelse

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

### 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

Der er tale om 1. gangs survey af institutionen. Der er gennemført en journalaudit i august 2015 med 100% målopfyldelse.

Fund: **OK** Der er tale om 1. gangs survey af institutionen. Der er gennemført en journalaudit i august 2015 med 100% målopfyldelse. Under survey er 7 journaler gennemgået, hvor der var 100% målopfyldelse.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

### 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:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** Der er tale om 1. gangs survey for institutionen. Der er kun gennemført en journalaudit i august 2015 med 100% målopfyldelse. Der er derfor ikke udarbejdet handleplan udover at emnet vil komme til at indgå i de halvårige interne audits

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

## 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 anæstesipersonale tilstede. Retningslinjerne baserer sig på WHO's "Sikker Kirurgi". Der er udarbejdet tjeklister, som kan være tilpasset konkrete procedurer. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

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:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** 7 journaler gennemgået, hvor der var 100% målopfyldelse.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**Indikator 3** \* Gennemførelse af "Sikker kirurgi" dokumenteres. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **Konsistent** 7 journaler gennemgået, hvor der var 100% målopfyldelse.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

## 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:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** Implementeringen af sikker kirurgi påhviler udelukkende Ken Ninn-Pedersen og Kirsten Ninn-Pedersen. De angiver under survey, at de løbende drøfter implementeringen. Under survey er 3 journaler gennemgået, hvor der var 100% målopfyldelse

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

## 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:  **HO** Helt opfyldt

Fund: **OK** Implementeringen af sikker kirurgi påhviler udelukkende Ken Ninn-Pedersen og Kirsten Ninn-Pedersen. De angiver under survey, at de løbende drøfter implementeringen. Under survey er 3 journaler gennemgået, hvor der var 100% målopfyldelse

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

## 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: **OK** Ved akut dårlig pt  
- indledes umiddelbart livsreddende behandling  
- der ringes efter hjælp på 112.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

**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:



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: **OK**

I vedledning for akutte situationer er hjertestop medtaget.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

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

Fund: **OK**

Det står beskrevet, hvem der har ansvar.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

## Trin 2

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

Fund: **Konsistent**

Alle personer kan fortælle om deres opgaver.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

**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: **Konsistent**

Der er en opdateret oversigt. 1 mgl. og der er plan.

Enhed: Speciallægeklínikken Centralen

## 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:  **HO Helt opfyldt**

Fund:

Enhed:

### Trin 2

**Indikator 2** Patienter med behov for rehabilitering tilbydes relevant rehabiliteringsindsats. Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **HO Helt opfyldt**

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:  **IR Ikke relevant** Udfører ikke egentlige rehabiliteringsopgaver.

Fund:

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.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  **IR Ikke relevant** Udfører ikke egentlige rehabiliteringsopgaver.

Fund:

Enhed:

### 2.15.2 Genoptræningsplaner (2/2)

Vurdering af indikatorer og begrundelser

#### Trin 1

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører ikke behandlinger, hvor der efterfølgende er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Fund:

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.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører ikke behandlinger, hvor der efterfølgende er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører ikke behandlinger, hvor der efterfølgende er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Fund:

Enhed:

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

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører ikke behandlinger, hvor der efterfølgende er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Fund:

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.

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:  Udfører ikke behandlinger, hvor der efterfølgende er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning.

Fund:

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.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

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

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.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**IR Ikke relevant**

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**IR Ikke relevant**

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

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.

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**IR Ikke relevant**

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.

Enhed:

### Trin 2

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

Fund: **Konsistent** Ved behov for intervention for livsstilsfaktorer opfordres patienterne at henvende sig til egen læge

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:

**HO Helt opfyldt**

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

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

Fund:

Ikke relevant:  Patientsikkerhedskritisk:


**IR Ikke relevant**

Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.


Enhed:



### Trin 3

<b>Indikator 6</b>	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: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	 Ikke relevant	Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.
Fund:				<b>Enhed:</b>	


### Trin 4

<b>Indikator 7</b>	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: <input checked="" type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	 Ikke relevant	Udgår for små klinikker med ét ledelsesniveau og én matrikel.
Fund:				<b>Enhed:</b>	


## 2.17.2 Epikrise (1/3)


Vurdering af indikatorer og begrundelser

### Trin 1


<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for indholdet af og afsendelse af epikriser.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	 Helt opfyldt	
Fund:	<b>OK</b> Der er i standard patientjournalen beskrevet hvordan en epikrise skrives			<b>Enhed:</b>	Speciallægeklinikken Centralen

### Trin 2

<b>Indikator 2</b>	* Der udfærdiges epikriser efter sygehusets retningslinjer.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	 Helt opfyldt	
Fund:	<b>Konsistent</b> Det ses hvordan 5 epikriser bliver redigeret og klar til afsendelse lige efter at patienten er gået.			<b>Enhed:</b>	Speciallægeklinikken Centralen

<b>Indikator 3</b>	* Epikrisen afsendes i henhold til de fastsatte tidsfrister efter patientens udskrivelse, ambulante forløb eller skadestuebesøg.	Ikke relevant: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	 Helt opfyldt	
Fund:	<b>Konsistent</b> Det forklares hvilke epikriser der giver mening at sende til egen læge og anden speciale læge. Det er et mål at gøre patienterne færdig efter hver konsultation			<b>Enhed:</b>	Speciallægeklinikken Centralen

### Trin 3

<b>Indikator 4</b>	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: <input type="checkbox"/>	Patientsikkerhedskritisk: <input type="checkbox"/>	 Helt opfyldt	
Fund:	<b>OK</b> Audit viser OK			<b>Enhed:</b>	Speciallægeklinikken Centralen

**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

Fund: **OK**

Der er oprettet en standard tekst, som bruges hver gang. Der har ikke været rapporteret om fejl i epikriserne.

Enhed: Speciallægeklinikken Centralen

#### 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:

IRMO

Ikke relevant, mål opfyldt

Mål: Epikriser afsendes samtidigt med de bliver udfærdigetMål: Epikriser skal indeholde diagnose(r), konklusion og videre forløb. Mål: Konklusion skal indeholde et fyldestgørende billede af forløbet

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:

Patienter ledsages aldrig under transport.

Fund:

Enhed:

**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:

Patienter ledsages aldrig under transport.

Fund:

Enhed:

#### Trin 2

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

Patienter ledsages aldrig under transport.

Fund:

Enhed:

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

Patienter ledsages aldrig under transport.

Fund:

Enhed:

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

Patienter ledsages aldrig under transport.

Fund:

Enhed:

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

Patienter ledsages aldrig under transport.

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 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 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 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:

**HO** Helt opfyldt

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:

HO

Helt opfyldt

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:

Enhed:



**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: Enhed:

**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 velbegrunderet 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:


 Ikke relevant Sygehuset indgår ikke i de nationale pakkeforløb

Fund: Enhed:

#### 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:

 Ikke relevant Sygehuset indgår ikke i de nationale pakkeforløb

Fund:

Enhed: