

Akkrediteringsstatus Midlertidig akkreditering



Begrundelse for akkrediteringsstatus ved Akkrediteringsnævnet


Flere indikatorer er vurderet i nogen grad opfyldt og ikke opfyldt. Der tildeles derfor midlertidig akkreditering, indtil der kan ske en fornyet vurdering ved et telefoninterview og fremsendelse af materiale inden for seks måneder efter Akkrediteringsnævnets afgørelse.

Surveyteamets sammenfattende konklusion ved Marie Bohn Hamming




Survey omfatter Skovhus Privathospital beliggende i Annebergparken, Nykøbing S samt deres klinikker i Kongens Lyngby, Jægersborgvej 66, som har personale fra Skovhus og i Ålborg, Algade 31. Klinikkerne blev ikke besøgt, og det var ikke muligt at arrangere interview med personalet fra Ålborg. Hospitalet har tilvalgt standard 4.1.1. Hospitalet havde, på den relativt korte tid de har haft 2. version af standardsættet, ikke nået at gennemføre processen med at udvælge mål, indikatorer og standard for målopfyldelse inden for de tre områder, der beskrives i standard 1.2.1. Hjemmesiden manglede links til tidligere rapporter (1.2.1.5), disse blev lagt ud under survey. Hospitalet samler data primært ved meget omfangsrig journalaudit og bruger de halvårslige resultater herfra til at styre processerne omkring patientforløbene. Dog baseres dataindsamlingen ikke på i forvejen definerede kvalitetsmål, og der aggregeres ikke data vedr. den faglige kvalitet. Hospitalet leverer data til fire RKKP-databaser, men har ikke selv skaffet sig adgang til disse data. Der overvåges ikke på den faglige kvalitet på anden måde. Hospitalet står foran en organisationsændring til A/S med flere af de institutioner, de i forvejen arbejder sammen med, og hospitalets Sociale ansvar (CSR) er under grundig gennemarbejdning på det fælles ledelsesniveau. Der er generelt indtryk af et hospital, som rummer de forskellige patientkategorier, og hvor de individuelle forløb tilpasses den enkelte patient.

1.2.1 Kvalitetsudvikling

Indikator 1	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan de fastsætter kvalitetsmål. Ledelsen kan desuden under survey fremvise dokumentation for hospitalets mål, de indikatorer som anvendes til at følge op på målene, og de standarder der er sat for tilfredsstillende målopfyldelse. Der er mål for hvert af områderne "Forbedret overlevelse og patientsikkerhed", "Behandling af høj kvalitet" og "Øget patientinddragelse".		Ikke opfyldt	Hospitalet har ikke fastsat kvalitetsmål inden for hvert af områderne: forbedret overlevelse, patientsikkerhed og behandling af høj kvalitet. Der kan under survey ikke fremvises dokumentation for mål, indikatorer og målopfyldelsesstandard. Der kan redegøres for generelle kvalitetsmål.	Opfølgning: Interview	Fremsendelse af dokumentation for processen og resultatet med at udvælge mål med dertilhørende indikatorer og standard for målopfyldelse.
Indikator 2	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan der løbende indsamles data til kvalitetsovervågning, og hospitalet kan ved surveyet vise hospitalets kvalitetsdata.		I nogen grad opfyldt	Hospitalet kan forklare, hvordan der løbende indsamles data til kvalitetsovervågning via RKKP. Der trækkes ikke data fra RKKP. Der indsamles imidlertid ikke data, der er relateret til mål fastsat i henhold til de tre krævede områder forbedret overlevelse, patientsikkerhed og behandling af høj kvalitet.	Opfølgning: Interview	Fremsende kvalitetsdata der relaterer til indikatorer og mål i indikator 1, samt data trukket fra RKKP.

Indikator 3	DOK Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan der følges op på de indsamlede data, og ledelsen kan ved surveyet fremvise en plan for det. Planen kan fremgå af et årshjul for kvalitetsarbejdet. Resultatet af opfølgningen er dokumenteret, fx i referatet af det møde, hvor opfølgningen skete.	 Ikke opfyldt	Hospitalets ledelse kan ikke forklare, hvordan der følges op på indsamlet data eller fremvise en plan for dette jf. indikator 1. Der er ikke fulgt op på data fra RKKP, og der foreligger ikke en kvalitetsovervågningsplan eller dokumentation for opfølgning. Der sker opfølgning ad hoc i forhold til resultat af de halvårslige journalaudits. Der fremvises enkelte referater dokumenterende dette.	Opfølgning: Interview	Fremsendelse af plan der relaterer sig til de tre krævede minimumsområder nævnt i indikator 1.
Indikator 4	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man gennemfører kvalitetsforbedringstiltag, og ledelsen kan ved surveyet fremvise eksempel/eksempler på gennemførte tiltag.	 I nogen grad opfyldt	Hospitalet kan forklare, hvordan man vil planlægge og gennemføre forbedringstiltag, f.eks i forbindelse med fund i halvårslige journalaudits. Der kan ved survey ikke fremvises eksempler på gennemførte tiltag.	Opfølgning: Interview	Fremsende dokumentation for igangsatte og eventuelt gennemførte kvalitetsforbedrende tiltag.
Indikator 5	Hospitalets ledelse kan ved survey vise, at der offentliggøres information om hospitalets kvalitet på hjemmesiden, som omfatter det minimumsindhold, der fremgår af "Indhold".	 Ikke opfyldt	Hospitalets ledelse kan ved survey ikke vise, at der offentliggøres information om hospitalets kvalitet på hjemmesiden, som omfatter det minimumsindhold, der fremgår af "indhold". (Dette blev rettet under survey, og er nu offentliggjort på hjemmesiden).	Opfølgning: Interview	Hospitalets hjemmesiden er tjekket under survey.

1.2.6 Risikostyring og rapportering af utilsigtede hændelser

Indikator 1	DOK Hospitalet har et risikokatalog, som opsummerer og risikoscorer risici i relation til patientsikkerheden. Risikokataloget opdateres årligt, samt hvis der tages nye behandlinger op, eller hvis man bliver opmærksom på nye risici. Risikokataloget kan fx udformes som angivet i skabelonen i bilag 2.	 Helt opfyldt		Opfølgning:	
Indikator 2	DOK Hospitaler med flere ledelsesniveauer har en plan for risikostyring. Planen evalueres årligt.	 Ikke relevant	Hospitalet har kun ét ledelsesniveau.	Opfølgning:	
Indikator 3	Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan de vil rapportere en utilsigtet hændelse. Der kan vises eksempler på rapporterede utilsigtede hændelser. På nogle hospitaler kan det ske, at der ikke er indberettet utilsigtede hændelser. Det bør i så fald overvejes, om det skyldes, at der faktisk ikke har været noget indberette, eller om det skyldes, at indberetning af hændelser ikke er implementeret i klinikken endnu.	 Helt opfyldt		Opfølgning:	





Indikator 4	Ledere på alle niveauer kan forklare, hvordan utilsigtede hændelser analyseres og anvendes til læring på hospitalet. Der kan vises eksempler på dette. På nogle hospitaler kan det ske, at der ikke er indberettet utilsigtede hændelser. Det bør i så fald overvejes, om det skyldes, at der faktisk ikke har været noget at indberette, eller om det skyldes, at indberetning af hændelser ikke er implementeret i klinikken endnu.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 5	Ledelsen kan forklare, hvad den gør for at sikre, at rapportering og læring af utilsigtede hændelser er en del af hospitalets kultur.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 6	Ledere og medarbejdere kan forklare deres ansvar og opgaver i forhold til patienter og pårørende, der har været involveret i en utilsigtet hændelse.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:

1.2.7 Patientidentifikation og mærkning af diagnostisk materiale m.v.

Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for patientidentifikation udarbejdet med udgangspunkt i gældende vejledning fra Sundhedsstyrelsen/Styrelsen for Patientsikkerhed. DOK På hospitaler, hvor der foretages billeddiagnostik, beskrives metode og fastlægges ansvar for at sikre korrekt sideangivelse i overensstemmelse med henvisning forud for billedoptagelse. DOK På hospitaler, hvor der udtages prøvemateriale til paraklinisk undersøgelse, beskrives metode og fastlægges ansvar for korrekt mærkning. Der er kun krav om en skriftlig retningslinje på klinikker, hvor der arbejder flere end to sundhedspersoner eller er ansat flere end to personer ud over ejeren.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 2	Personalet ved, hvornår patientidentifikation skal foretages.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 3	Patienter bliver identificeret efter den beskrevne procedure og metode.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:

Indikator 4	Korrekt mærkning med patient-ID samt side og sideangivelse sikres ved billedogetagelse i overensstemmelse med retningslinjerne for patientidentifikation. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, hvor der foretages billeddiagnostik, som indebærer, at der gemmes billeder eller beskrivelser.	 Ikke relevant	Der foretages ikke billeddiagnostik, som indebærer, at der gemmes billeder eller beskrivelser.	Opfølgning:
Indikator 5	Udtaget prøvemateriale mærkes i overensstemmelse med retningslinjerne for patientidentifikation. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, hvor der udtages prøvemateriale til paraklinisk undersøgelse.	 Helt opfyldt		Opfølgning:

1.2.10 Patientklager og patientskade-erstatningssager

Indikator 1	DOK Der foreligger retningslinjer for håndtering af mundtlige og skriftlige klager fra patienter, pårørende og andre interessenter samt for sagsbehandling af patientskadeerstatningssager.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 2	Ledelse og medarbejdere kan forklare, hvordan patienter informeres om deres klage- og erstatningsmuligheder og om deres mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser. Skriftlig information skal indgå, enten på hjemmesiden eller i form af brochurer eller opslag i venteværelser eller lignende.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 3	Ledelser på alle niveauer kan forklare, hvordan man håndterer og analyserer de enkelte sager, så man både sikrer en korrekt sagsbehandling og tager ved lære af det, der er sket.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 4	Hospitalet har en fastlagt proces for formidling af læring ved patientklager og patientskadeerstatningssager. Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man sikrer et samlet overblik over klage- og erstatningssager, og hvordan man sikrer, at disse anvendes til læring.	 Helt opfyldt		Opfølgning:

1.3.1 Dokumentstyring

Indikator 1	Hospitalet har en fastlagt proces for udarbejdelse og godkendelse af politikker, retningslinjer og tilsvarende dokumenter. Der kan vises eksempler på dokumenter, der er udarbejdet, og det kan forklares, hvordan de er blevet til.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 2	Dokumenter, der er omfattet af dokumentstyring, indeholder information om version, formål, anvendelsesområde, godkendelse, gyldighedsperiode og ansvarlig for revision. De er revideret inden for den fastsatte gyldighedstid, dog mindst hvert tredje år. Dette undersøges ved gennemgang af stikprøver under survey.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:

1.3.2 Patientjournalen

Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for de grundlæggende principper for journalføring.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 2	DOK Hospitalet har retningslinjer for indholdet af patientjournalen, hvor det er angivet, hvilke specifikke data og informationer, der skal dokumenteres i patientjournalen. Retningslinjen er udarbejdet på grundlag af journalføringsbekendtgørelsen. Retningslinjen kan være en simpel tjekliste eller kan fremgå af brugerfladen for den anvendte elektroniske patientjournal.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 3	Den enkelte patientjournal indeholder relevant dokumentation, jfr. indikator 2, og det er entydigt angivet, hvem der har udfærdiget journalnotatet.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 4	Den enkelte patientjournal er ajourført.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 5	Den enkelte patientjournal er lettilgængelig.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:

Indikator 6	Hvis der forekommer håndskrevne notater i patientjournaler, er disse daterede, underskrevne og tydeligt mærkede med patient-ID. Denne indikator er kun relevant, hvor håndskrevne notater kan forekomme, enten som en del af journalen eller som kladdeark til senere renskrivning ved sekretær.	 Ikke relevant	Håndskrevne notater kan ikke forekomme.	Opfølgning:
--------------------	--	--	---	-------------

1.3.4 Allergi og intolerans

Indikator 1	DOK Hospitalets retningslinjer for indholdet af patientjournalen præciserer, hvordan oplysninger om allergi og intolerans dokumenteres.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 2	Ledere og medarbejdere kan forklare og vise, hvor de finder oplysninger om allergi og intolerans, og hvordan de sikrer, at nye allergier eller intoleranser, som de bliver bekendt med, dokumenteres.	 Helt opfyldt		Opfølgning:

1.3.5 Sikkerhed og fortrolighed ved personhenførbare data

Indikator 1	Ledelsen kan fremvise databehandleraftale med it-leverandør, der sikrer, at personoplysninger behandles i overensstemmelse med lovgivningens regler. Ved survey fremlægges aftalerne, men detaljerne i indholdet vil ikke blive vurderet.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 2	Ved interview med ledere og medarbejdere kan de forklare korrekt håndtering af personoplysninger jf. punkt a. - f. Resultater af interview sammenholdes med surveyornes observationer i klinikken vedrørende datasikkerhed og fortrolighed fx personligt login, skærmarbejde/skærmlås og andet med personoplysninger.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 3	Ved interview med ledere og medarbejdere kan de forklare, hvordan diskretion og tavshedspligt sikres i kontakten med patienterne.	 Helt opfyldt		Opfølgning:

Indikator 4	DOK Ledere og medarbejdere kan forklare egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske it-systemer. Ledelsen kan henvise til dokumenter, hvor arbejdsgangen er beskrevet og ansvaret placeret.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

1.4.1 Ansættelse, introduktion og fastlæggelse af arbejdsområder

Indikator 1	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man udvælger og ansætter medarbejdere og konsulenter.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

Indikator 2	DOK Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man sikrer sig, at de ansatte medarbejdere og konsulenter har de nødvendige autorisationer og øvrige kvalifikationer, herunder specielt om læger, der yder kosmetisk behandling, er registreret til dette. Ledelsen kan henvise til dokumenter, hvor arbejdsgangen er beskrevet og ansvaret placeret.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

Indikator 3	Hospitalet har fyldestgørende stillings- og/eller funktionsbeskrivelser for alle fastansatte medarbejdere og for alle konsulenter, der er knyttet til hospitalet. Beskrivelserne opdateres, når den pågældendes arbejdsområde ændres væsentligt.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------	-------------

Indikator 4	Alle nyansatte medarbejdere og konsulenter gennemgår et introduktionsforløb, hvori brandsikring og hjertestopbehandling indgår.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

Indikator 5	Som led i introduktionsforløbet sker der en evaluering af, om medarbejderen eller konsulenten har de nødvendige kompetencer og egenskaber til at kunne tilknyttes fast til hospitalet.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------	-------------

1.4.5 Uddannelse og kompetenceudvikling

Indikator 1	DOK Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man løbende sikrer, at medarbejdere og konsulenter har de nødvendige kompetencer, hvordan de planlægger og gennemfører kompetenceudvikling, når der viser sig behov for det, samt hvordan medarbejderne involveres i denne udvikling. Ved survey bekræftes dette under interviews med medarbejdere. Ledelsen kan henvise til dokumenter, hvor fremgangsmåden er beskrevet og ansvaret placeret.	HO Helt opfyldt	Opfølgning:
--------------------	---	------------------------	-------------

1.4.7 Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed

Indikator 1	Hospitalet kan vise tilfældigt udvalgte eksempler på delegationer, og det fremgår klart af dokumentationen: Hvad der delegeres Hvem der er delegeret til At der er en skriftlig instruks. Da der her er tale om delegation, vil der altid være krav om en skriftlig instruks.	HO Helt opfyldt	Opfølgning:
--------------------	---	------------------------	-------------

1.5.1 Infektionshygiejne

Indikator 1	DOK Hospitalets medarbejdere, herunder også konsulenter, har let adgang til retningslinjer for infektionshygiejne. Ledelsen kan forklare, hvordan man sikrer sig, at der henvises til opdaterede versioner af retningslinjerne. De retningslinjer og forløbsbeskrivelser, som hospitalet selv har udarbejdet, dokumentstyres, jfr. standard 1.3.1. Der er krav om specifikke retningslinjer i andre indikatorer i standarderne 1.5.1-1.5.6. Hospitalet vurderer, om der er behov for retningslinjer ud over disse, fx vedr. blærekateter eller intravaskulære katetre.	HO Helt opfyldt	Opfølgning:
--------------------	--	------------------------	-------------

Indikator 2	DOK Hospitalet har retningslinjer, der beskriver, hvordan man sikrer sig mod spredning af resistente eller smitsomme mikroorganismer. Der kan vises eksempler på, hvordan det sker i praksis. Retningslinjerne beskriver screening efter gældende retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen og Central Enhed for Infektionshygiejne, Statens Seruminstitut, samt, hvor det er aktuelt, isolation af smittede patienter, jf. NIR om generelle og supplerende forholdsregler, samt ref. 2 og 3.	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 3	Hospitalet sikrer varmtvandssystemet mod vækst af Legionella som beskrevet i ref. 5, s. 21. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, hvor patienter er udsat for smitterisiko fra varmt brugsvand i brusebade eller spabade.	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 4	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man sikrer sig, at antibiotika anvendes hensigtsmæssigt. Det kan fx ske ved at henvise til de nationale retningslinjer for valg af antibiotika, der følges. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, hvor der forekommer behandling med antibiotika.	IR	Ikke relevant	Der forekommer ikke behandling med antibiotika.	Opfølgning:

1.5.4 Procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr og tekstiler samt rengøring af apparatur til klinisk brug

Indikator 1	DOK Der foreligger retningslinjer for procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr til flergangsbrug. NIR kan bruges direkte, eller der kan være udarbejdet lokale retningslinjer med udgangspunkt i NIR for genbehandling af steriliserbart medicinsk udstyr. Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalet genbehandler medicinsk udstyr til flergangsbrug.	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------	--	-------------

Indikator 2

Ledere og medarbejdere kan forklare og demonstrere korrekt rengøring og opbevaring af medicinsk udstyr og materialer til flergangsbrug: Semikritisk udstyr (defineres i NIR for genbehandling af steriliserbart medicinsk udstyr, s. 18) rengøres og desinficeres som beskrevet i samme NIR. Kritisk udstyr (defineres i NIR for genbehandling af steriliserbart medicinsk udstyr, s. 18) rengøres og desinficeres som beskrevet i samme NIR. Kritisk udstyr opbevares, som beskrevet i NIR for genbehandling af steriliserbart medicinsk udstyr, s. 59ff; holdbarhedstider af udstyr, som klinikken selv steriliserer, fastsættes som beskrevet i NIR for Tandklinikker (se referencelisten). Fleksible endoskoper behandles og opbevares som beskrevet i NIR for genbehandling af fleksible endoskoper. Til desinfektion og sterilisering anvendes apparatur, som er beregnet til formålet, dvs. CE-mærket. (CE-mærket er producentens erklæring om, at udstyret lever op til gældende normer og lovkrav).

HO**Helt opfyldt**

Opfølgning:

Indikator 3

Processen til sterilisering af medicinsk udstyr til flergangsbrug kontrolleres løbende i overensstemmelse med NIR for genbehandling af steriliserbart medicinsk udstyr, s. 86. Brug af autoklavetape eller tilsvarende Kontrol af at korrekt tryk, tid og temperatur er opnået efter hver kørsel Regelmæssig brug af sporeprøver (mindst hver 3. måned). Apparatet vedligeholdes i øvrigt i overensstemmelse med kravene i standard 1.7.1. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, hvor der anvendes medicinsk udstyr, der skal steriliseres (kritisk udstyr). NIR foreskriver også brug af kemiske indikatorer, men det er ikke muligt at opstille generelle kriterier for anvendelse, der kan lægges til grund for akkreditering.

IR**Ikke relevant**

Der steriliseres ikke medicinsk udstyr.

Opfølgning:

Indikator 4	DOK Der foreligger retningslinjer for håndtering, opbevaring og vask af tekstiler til flergangsbrug. NIR kan bruges direkte, eller der kan være udarbejdet lokale retningslinjer med udgangspunkt i NIR om håndtering af tekstiler til flergangsbrug i sundhedssektoren. Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalet anvender tekstiler til flergangsbrug.	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:	
Indikator 5	Ledelse og medarbejdere kan forklare og demonstrere håndtering, opbevaring og vask af tekstiler til flergangsbrug. Dette gælder såvel rene som urene tekstiler. Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalet anvender tekstiler til flergangsbrug.	NO	I nogen grad opfyldt	Hospitalet har ikke en korrekt procedure for vask af tekstiler til flergangsbrug, idet tekstiler ikke vaskes ved 60 grader jf. anbefalinger i NIR.	Opfølgning: Interview	Ved interview skal der redegøres for korrekt vask af tekstiler jf. NIR.
Indikator 6	Ledelse og medarbejdere kan forklare og demonstrere rengøring af apparatur til klinisk brug. Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalet anvender apparatur til klinisk brug.	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:	

1.5.5 Hånd- og uniformshygiejne

Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for håndhygiejne, der beskriver den korrekte fremgangsmåde, inkl. kirurgisk håndvask, hvor der udføres operative indgreb. NIR kan bruges direkte, eller der kan være udarbejdet lokale retningslinjer med udgangspunkt i NIR om håndhygiejne	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:	
Indikator 2	DOK Hospitalet har retningslinjer for uniformshygiejne.	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:	
Indikator 3	Hospitalet har lettilgængelige faciliteter for håndhygiejne til rådighed i områder, hvor der sker behandling med direkte patientkontakt. Der skal findes flydende sæbe og håndsprit og anvendes engangshåndklæder. Håndhygiejne gennemføres i overensstemmelse med hospitalets retningslinjer.	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:	
Indikator 4	Når der er fysisk patientkontakt, anvendes arbejdsdragt med korte ærmer, og der bæres ikke ure, ringe og håndledssmykker.	NO	I nogen grad opfyldt	Arbejdsgangen er undersøgt på begge enheder. Medarbejdere med fysisk patientkontakt bærer langærmet beklædning.	Opfølgning: Interview	Ved interview skal der redegøres for korrekt arbejdsbeklædning jf. NIR.

1.5.6 Rengøring

Indikator 1	DOK Hospitalet har planer for rengøring af hospitalets bygninger, lokaler og inventar. I planen indgår, at lokaler til patientbehandling og –undersøgelse, plejeopgaver, venteværelse og kontor skal rengøres på brugsdage og efter behov. Toiletter skal rengøres dagligt og ved behov.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 2	Hospitalets bygninger, lokaler og inventar er rengjorte i overensstemmelse med retningslinjerne.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 3	Hospitalet følger systematisk op på kvaliteten af rengøringen.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 4	Klinisk risikoaffald, skærende og stikkende affald og medicinrester opbevares sikkert og bortskaffes i henhold til det lokale renovations-selskabs bestemmelser. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, hvor en eller flere af disse kategorier af affald forekommer.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:


1.6.3 Brandsikring

Indikator 1	DOK Hospitalet har en lettilgængelig og ajourført plan, der beskriver lederes og medarbejderes pligter og opgaver ved brand. For hospitaler, hvor patienterne selv vil kunne evakuere sig, er det tilstrækkeligt, at planen beskriver alarmering af brandvæsen og dem, der befinder sig i lokalerne, samt flugtveje, samlingsplads og de brandbekæmpelsesmidler, der er til rådighed.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 2	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan det sikres, at medarbejdere, herunder også eventuelle konsulenter, har de nødvendige kompetencer inden for brandbekæmpelse. Ved survey bekræftes dette under interviews med medarbejdere.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 3	Hospitalet har gennemført foranstaltninger for at forebygge brand. Foranstaltningerne omfatter sikker opbevaring af brandbare varer. Indsatsen baseres på en risikovurdering.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:

Indikator 4	Hospitalet 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.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 5	Alle ledere og medarbejdere kan forklare egne opgaver og ansvar i tilfælde af aktivering af planen for brand, og hvor de skal samles i tilfælde af evakuering.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:

1.7.1 Apparaturl til klinisk brug




Indikator 1	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan apparatur til klinisk brug anskaffes og tages i brug. Herunder hvordan man sikrer, at apparaturet opfylder sikkerhedskravene og mærkes, så det kan identificeres af hensyn til vedligehold og håndtering af fejlmeldinger.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 2	Hospitalet har vejledninger eller brugsanvisninger til apparatur til klinisk brug. Vejledningerne er lettilgængelige for dem, der skal anvende apparaturet.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 3	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan personale uddannes i håndtering af apparatur til klinisk brug, herunder for sine overvejelser vedr. apparatur, der kun må anvendes af personale, der har fået specifik oplæring i det konkrete apparatur. Ved stikprøver under survey bekræftes det, at medarbejdere, der arbejder med denne type apparatur, har gennemgået den krævede oplæring.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:

Indikator 4	Hospitalet ledelse kan forklare, hvordan apparatur til klinisk brug kontrolleres og vedligeholdes i overensstemmelse med god faglig praksis. Tilfældigt udvalgte stikprøver bekræfter dette. Der foreligger et register, en logbog eller tilsvarende, hvoraf det fremgår, hvilket apparatur, der skal kalibreres eller serviceres, og hvor kalibreringen/serviceringen er dokumenteret. Udstyr, som ikke længere er funktionsdygtigt, eller som er teknologisk forældet, kasseres. Hvis producenten angiver, at et måleapparat kan anvendes en bestemt tid uden kalibrering, kan hospitalet vælge at udskifte apparatet, inden det "udløber". I så fald er det denne udskiftning, der styres med logbogen.		Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 5	Personalet kan forklare, hvordan de forholder sig, hvis de oplever fejl med apparatur til klinisk brug, og hvordan det ved mærkning eller på anden vis sikres, at man ikke anvender fejlramt apparatur.		Helt opfyldt	Opfølgning:

1.8.4 Tekniske forsyninger

Indikator 1	DOK Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man sikrer sig mod skader på grund af svigt af patientkritiske tekniske forsyninger, specielt elektricitet og ilt, og kan henvise til dokumenter, hvor dette beskrives og ansvaret er placeret. Hvis der kun anvendes ilt på flasker, kan ledelsen forklare, hvordan man sikrer sig, at der altid er tilstrækkelige reserver.		Ikke relevant	Der anvendes ikke ilt eller eldrevet medicinsk udstyr. Opfølgning:
Indikator 2	Ledere og medarbejdere kan forklare og demonstrere egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske tekniske forsyninger, specielt elektricitet og ilt.		Ikke relevant	Der anvendes ikke ilt eller eldrevet medicinsk udstyr. Opfølgning:

2.1.1 Informeret samtykke

Indikator 1	Medarbejdere kan forklare, hvordan de indhenter informeret samtykke til behandling samt til indhentning og videregivelse af helbredsoplysninger til brug for behandling. Interviewene med medarbejdere underbygges med interviews med patienter og med opslag i tilfældigt udvalgte stikprøver af patientjournaler. Surveyorne sikrer sig både, at patienterne får den nødvendige information, og at samtykket gives og dokumenteres i overensstemmelse med reglerne i lovgivningen.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 2	Der kan vises dokumentation for indhentning af informeret samtykke i forbindelse med forskningsprojekter. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, hvor der har været gennemført forskningsprojekter siden seneste eksterne survey (ved førstegangssurvey inden for det seneste år før surveyet).	 Ikke relevant	Der har ikke været gennemført forskningsprojekter siden seneste eksterne survey (ved førstegangssurvey inden for det seneste år før surveyet).	Opfølgning:
Indikator 3	Der kan vises dokumentation for indhentning af informeret samtykke til kosmetisk behandling i henhold til lovgivningens regler om dette. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, der tilbyder kosmetisk behandling.	 Ikke relevant	Der tilbydes ikke kosmetisk behandling.	Opfølgning:

2.1.2 Patientens og pårørendes inddragelse som partnere


Indikator 1	Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan hospitalet inddrager patienterne i beslutningerne om deres eget behandlingsforløb. Beslutningerne kan vedrøre valg af behandling og måden, som behandlingen tilrettelægges og gennemføres på.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 2	Ledere på alle niveauer kan forklare, hvordan der indsamles oplysninger, der belyser patienters og pårørendes oplevelser og erfaringer med hospitalet, og hvordan denne information bruges til at udvikle kvaliteten af de ydelser, de har ansvaret for.	 Helt opfyldt		Opfølgning:

2.2.2 Skriftlig information om behandlingsforløb

Indikator 1	Hospitalet har skriftligt eller elektronisk informationsmateriale om patientforløb for de hyppigst gennemførte undersøgelser og behandlinger, samt hvor hospitalet i øvrigt har defineret, at der er behov for det, og på de sprog, hospitalet har defineret. Både operationer og ikke-kirurgiske behandlinger er omfattet.	HO Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 2	Skriftligt informationsmateriale, som hospitalet selv udarbejder, skal være omfattet af dokumentstyring, jfr. standard 1.3.1. Anvendes materiale produceret af eksterne parter, kan ledelsen forklare, hvordan hospitalet sikrer, at fremlagte og udleverede materialer er opdaterede.	HO Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 3	Hospitalet kan vise skriftligt informationsmateriale for alle de kosmetiske behandlinger, hospitalet tilbyder, samt at det udleveres til patienterne jf. ref. 1. Denne indikator er kun relevant for hospitaler og klinikker, der tilbyder kosmetisk behandling jf. Vejledning om kosmetisk behandling, kapitel 3.	IR Ikke relevant	Der tilbydes ikke kosmetisk behandling.	Opfølgning:

2.7.1 Planlægning og gennemførelse af individuelle patientforløb

Indikator 1	Hospitalet informerer selvhenvendere om hvilke typer af udredning og behandling, der tilbydes. Patienter henvist i henhold til aftaler med regionerne informeres om den udredning eller behandling de er henvist til samt om, hvordan der kan tilbagehenvises til regionale hospitaler. Forsikringspatienter informeres i henhold til aftale med det enkelte forsikringselskab.	HO Helt opfyldt		Opfølgning:
--------------------	---	------------------------	--	-------------

Indikator 2	Ledelsen og relevante medarbejdere kan forklare, hvordan det sikres, at patienter med behov for hurtigere indsats, end hvad der umiddelbart vil fremgå af henvisningsårsagen, identificeres og tilbydes rettidig behandling. Denne indikator er relevant på hospitaler, der kan modtage henvisninger eller henvendelser, som kræver en akut eller subakut indsats, uden at det nødvendigvis fremgår af henvisningen.		Ikke relevant	Der modtages ikke henvisninger eller henvendelser, som kræver akut eller subakut indsats.	Opfølgning:
Indikator 3	Ledere og medarbejdere kan forklare, hvorledes man indhenter relevant information, herunder laboratoriesvar og billedmateriale, fra andre behandlingssteder, hvor patienten har været behandlet. Eventuelle mangler i forhold til reglerne om samtykke til indhentning af helbredsoplysninger vurderes under standard 2.1.1, indikator 1.		Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 4	Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan det sikres, at der er en plan for hvert enkelt patientforløb, og hvordan den fremgår af patientjournalen. Planen omfatter indsatser i forhold til livsstilsfaktorer og genoptræning, når det er relevant. Hvis der undervejs i forløbet sker en overdragelse af patienten, kan det forklares, hvordan det sikres, at næste led er informeret om planen. Forklaringen underbygges ved demonstration i tilfældigt udvalgte journaler.		Helt opfyldt		Opfølgning:


Indikator 5	På psykiatriske hospitaler og klinikker kan ledere og medarbejdere forklare, hvordan de inddrager patienterne i udarbejdelse af en behandlingsplan i overensstemmelse med lovgivningens regler om dette, herunder regler for tidsfrist og indhold. Surveyorne undersøger på en tilfældigt udvalgt stikprøve af journaler, om der er udarbejdet behandlingsplaner inden for den tidsfrist og med det indhold, der er fastsat af lovgivningen. Overlægen har ansvaret for, at der opstilles en behandlingsplan for enhver der indlægges på psykiatrisk afdeling og at patienten inddrages og høres om planens indhold, samt at patientens samtykke til dens gennemførelse til stadighed søges opnået. En kopi af behandlingsplanen skal udleveres til patienten, medmindre denne frabeder sig dette (ref. 2). Tidsfrister og indhold fremgår af ref. 3. Denne indikator anvendes kun, hvor der behandles psykiatriske patienter	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

2.7.4 Forebyggelse af selvmord





Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for selvmordsforebyggelse, som er udarbejdet med inddragelse af "det støttende og ledsagende princip".	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 2	Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan de vil sikre, at selvmord forebygges i overensstemmelse med retningslinjerne.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 3	Hospitalet gennemfører analyse af årsager ved selvmord og selvmordsforsøg på hospitalet. Der følges op på selvmord og selvmordsforsøg. Denne indikator er kun relevant, hvis selvmord eller selvmordsforsøg er forekommet siden seneste survey. Ved førstegangssurvey inden for det seneste år før survey.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:

2.7.5 Specialiseret smertebehandling




Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for smertevurdering og -behandling.	IR	Ikke relevant	Hospitalet tilbyder ikke specialiseret smertebehandling.	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	----------------------	--	-------------


Indikator 2	Smertevurderinger og planen for smertebehandling er dokumenteret i patientjournalen.	 Ikke relevant	Hospitalet tilbyder ikke specialiseret smertebehandling.	Opfølgning:
Indikator 3	Effekt og revurdering af smertebehandling dokumenteres i patientjournalen. Det samme gælder information til patienten om trafikfarlig medicin.	 Ikke relevant	Hospitalet tilbyder ikke specialiseret smertebehandling.	Opfølgning:

2.8.2 Rekvisition af og prøvetagning til paraklinisk undersøgelse





Indikator 1	DOK Hospitalet har indhentet retningslinjer for rekvisition af undersøgelse fra de parakliniske enheder, som man samarbejder med.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 2	DOK Hospitalet har indhentet retningslinjer for udtagelse og håndtering af prøver til undersøgelse fra de parakliniske enheder, som man samarbejder med. Retningslinjerne er om nødvendigt suppleret for at tage højde for lokale forhold. Der kan fx suppleres med beskrivelser af, hvordan det konkret sikres, at prøver opbevares korrekt indtil forsendelse, og at forsendelse sker rettidigt.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 3	Parakliniske undersøgelser rekvireres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 4	Prøver til parakliniske undersøgelser udtages og håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.	 Helt opfyldt		Opfølgning:

2.8.5 Undersøgelser udført uden for diagnostisk afdeling

Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for kvalitetssikring af diagnostiske undersøgelser, der udføres uden for diagnostisk afdeling.	 Ikke relevant	Der udføres ikke diagnostiske undersøgelser uden for en diagnostisk afdeling.	Opfølgning:
Indikator 2	Personale, der udfører diagnostiske undersøgelser uden for diagnostiske afdelinger, opnår og opretholder de rette kompetencer.	 Ikke relevant	Der udføres ikke diagnostiske undersøgelser uden for en diagnostisk afdeling.	Opfølgning:
Indikator 3	Ansvaret for kvalitetssikring, kalibrering og korrekt anvendelse af udstyr er entydigt placeret og kendt af relevant personale.	 Ikke relevant	Der udføres ikke diagnostiske undersøgelser uden for en diagnostisk afdeling.	Opfølgning:

Indikator 4	Ansvaret for tolkning og dokumentation af resultater af undersøgelserne er entydigt placeret og kendt af relevant personale.	 Ikke relevant	Der udføres ikke diagnostiske undersøgelser uden for en diagnostisk afdeling.	Opfølgning:
--------------------	--	--	---	-------------

2.8.6 Rettidig reaktion på prøve-svar og undersøgelsesresultater

Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for afgivelse af svar på prøver og undersøgelser. Der er kun krav om en skriftlig retningslinje på klinikker, hvor der arbejder flere end to sundhedspersoner eller er ansat flere end to personer ud over ejeren. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, der afgiver svar på diagnostiske undersøgelser.	 Ikke relevant	Hospitalet afgiver ikke svar på diagnostiske undersøgelser.	Opfølgning:
Indikator 2	DOK Hospitalet har retningslinjer for modtagelse af svar på prøver og undersøgelser. Der er kun krav om en skriftlig retningslinje på klinikker, hvor der arbejder flere end to sundhedspersoner eller er ansat flere end to personer ud over ejeren. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, der modtager svar på diagnostiske undersøgelser.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 3	Svar på prøver og undersøgelser afgives i overensstemmelse med retningslinjerne for afgivelse af svar på prøver og undersøgelser. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, der afgiver svar på diagnostiske undersøgelser.	 Ikke relevant	Hospitalet afgiver ikke svar på diagnostiske undersøgelser.	Opfølgning:
Indikator 4	Ledere og medarbejdere kan forklare og demonstrere, hvordan det registreres, at en ansvarlig person har set et prøve- eller undersøgelses svar og har forholdt sig til resultatet. Det skal sikres, at også svar, der modtages efter patientens udskrivelse, ses og vurderes. Hensigten med denne indikator er at vurdere, om hospitalet har et system, der sikrer, at det kan opdages, hvis et prøvesvar er modtaget og registreret, men ikke er blevet vurderet af en ansvarlig person. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, der modtager svar på diagnostiske undersøgelser.	 Helt opfyldt		Opfølgning:

Indikator 5

Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan det sikres, at der reageres rettidigt ved modtagelse af svar på prøver og undersøgelser, der kræver akut indsats. Det skal sikres, at der også reageres rettidigt på svar, der modtages efter patientens udskrivelse. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, der modtager svar på diagnostiske undersøgelser.

HO**Helt opfyldt**

Opfølgning:

Indikator 6

For hver patient er det registreret, hvilke prøver og undersøgelser der er rekvireret, og hvilke svar der er modtaget. Hensigten med denne indikator er at vurdere, om hospitalet har et system, der sikrer, at der reageres, hvis svar på en prøve eller undersøgelse kan være gået tabt eller bliver væsentligt forsinket. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, der modtager svar på diagnostiske undersøgelser.

HO**Helt opfyldt**

Opfølgning:

2.9.1 Lægemeddelordination

Indikator 1	<p>DOK Hospitalet har fælles retningslinjer for lægemiddelordination. Retningslinjerne beskriver følgende krav til dokumentation ved lægemiddelordination:</p> <p>Patientinformation Indikation ved nye ordinationer Lægemedlets navn Lægemiddelform og -styrke Dosering (mængde, hyppighed, tidspunkt for administration og behandlingsvarighed (om muligt)) Administrationsmåde Navnet på den ordinerende person Modtagelse af telefonordinationer, hvis dette forekommer Løbende monitorering af effekt og bivirkninger. Hvis der på hospitalet anvendes rammeordinationer, beskriver retningslinjerne forudsætningerne for dette, og hvordan rammeordinationer dokumenteres. Hvis der på hospitalet forekommer telefonordinationer, beskriver retningslinjerne, hvordan og af hvem disse dokumenteres. Retningslinjerne placerer ansvaret for optagelse af lægemiddelnavn ved indledningen af et patientforløb. Retningslinjerne placerer ansvaret for opdatering af FMK, herunder ved udskrivelse. Retningslinjerne behøver ikke udtrykkeligt give anvisninger, som entydigt fremgår af brugerfladen for det anvendte elektroniske medicinmodul.</p>	HO Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 2	<p>Lægemeddelordinationer dokumenteres i det enstrengede lægemiddeldokumentationssystem, undtagen hvor hospitalet foreskriver anden dokumentation (fx dokumentation af anæstesi på anæstheskema).</p>	HO Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 3	<p>Lægemeddelordinationer registreres i det fælles medicinkort (FMK) i overensstemmelse med lovgivningens regler om dette.</p>	HO Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 4	<p>Indikationer for lægemiddelordinationer dokumenteres i patientjournalen.</p>	HO Helt opfyldt	Opfølgning:

Indikator 5	De enkelte lægemiddelordinationer er i overensstemmelse med retningslinjerne for lægemiddelordination. Hvis hospitalet anvender rammeordinationer, undersøges eksempler på både rammeordinationer og øvrige ordinationer under survey. Hvis der forekommer telefonordinationer, undersøges eksempler på disse under survey.	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	--	-------------

2.9.2 Lægemedeldispensering

Indikator 1	DOK Hospitalet har fælles retningslinjer, der beskriver dispensering af lægemidler. Der er kun krav om en skriftlig retningslinje på klinikker, hvor der arbejder flere end to sundhedspersoner eller er ansat flere end to personer ud over ejeren.	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 2	Der udføres kontrol af vanskelige, individuelle dosisberegninger. Der tænkes her på tilfælde, hvor dosis ikke kan slås op i en håndbog eller tabel men beregnes konkret for den enkelte patient. Denne indikator er kun relevant, hvis der forekommer vanskelige, individuelle dosisberegninger.	IR	Ikke relevant	Der forekommer ikke vanskelige, individuelle dosisberegninger.	Opfølgning:
Indikator 3	Ophældte lægemidler og afmålte injektions-/infusionsvæsker mærkes. Poser med lægemidler, der medgives ved hjemsendelse/udskrivelse af patient, er mærket med lægemidlets handelsnavn, doseringsvejledning og dato for omhældning til pose.	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 4	Lægemedeldispensering dokumenteres i lægemiddeldokumentationssystemet.	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:

2.9.3 Lægemedeladministration

Indikator 1	DOK Hospitalet har fælles retningslinjer, der beskriver lægemiddeladministration, herunder forholdsregler til forebyggelse og behandling af anafylaktiske situationer.	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 2	Lægemedeladministrationen dokumenteres i lægemiddeldokumentationssystemet.	HO	Helt opfyldt		Opfølgning:

Indikator 3	Lægemidlers virkning og bivirkninger vurderes.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 4	Lægemiddelbivirkninger rapporteres til Lægemiddelstyrelsen.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:

2.9.5 Opbevaring af lægemidler





Indikator 1	DOK Der foreligger retningslinjer for opbevaring af hospitalets lægemidler, patienters medbragte lægemidler og patientadministrerede lægemidler.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 2	Lægemidler opbevares ved den rette temperatur. Der er termometer i rum, hvor der opbevares medicin. Temperaturen i køleskabe overvåges ved kontinuerlig temperaturmonitorering med logning. Leder og medarbejdere kan forklare, hvordan der reageres ved afvigelser. Dette kan fx indebære, at man spørger apotek eller anden farmaceutisk ekspertise til råds, når der har været afvigelser.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 3	Lægemidler opbevares forsvarligt. Patientadministrerede lægemidler er kun tilgængelige for den pågældende patient og personalet. Der er ingen særlige krav til opbevaring af medicin, der udleveres til patienten i bægre med henblik på snarlig indtagelse Der er ikke krav om, at patientadministrerede lægemidler, bortset fra euforiserende stoffer, skal opbevares aflåst, men hospitalet skal have klare regler for, hvordan lægemidlerne opbevares betryggende.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 4	Lægemidler returneres, når udløbsdatoen er overskredet. Dette undersøges ved stikprøver i medicinskabe.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 5	Hospitalet dokumenterer, at der med faste intervaller udføres medicinskabseftersyn.	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:

2.9.6 Lægemidler til akutte situationer


Indikator 1	DOK Ledelsen og relevante medarbejdere kan forklare og vise, hvordan tilgængeligheden af lægemidler til anvendelse i akutte situationer sikres, og kan henvise til retningslinjer, hvor det er beskrevet, og ansvaret er placeret.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
Indikator 2	Der er akutbakker, og de kontrolleres i henhold til hospitalets principper. Det skal kunne ses, om akutbakken har været anbrudt.	 Ikke relevant	Der opbevares ikke lægemidler til akut behandling i særlige akutbakker eller tilsvarende.	Opfølgning:
Indikator 3	Akutbakker er let tilgængelige for relevant personale i akutte situationer, men placeret så de ikke er tilgængelige for personer, der ikke skal have adgang til dem.	 Ikke relevant	Der opbevares ikke lægemidler til akut behandling i særlige akutbakker eller tilsvarende.	Opfølgning:
Indikator 4	Kontrollen af akutbakkerne dokumenteres i en logbog, og specielt bemærkes det, at akutbakker er opfyldt efter anbrud.	 Ikke relevant	Der opbevares ikke lægemidler til akut behandling i særlige akutbakker eller tilsvarende.	Opfølgning:

2.10.1 Observation og opfølgning på kritiske observationsfund

Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for observation og opfølgning på observationsfund. Der er klart beskrevne kriterier for, hvornår observationen kan afsluttes eller fortsætte på et lavere niveau. Der skal altid foreligge skriftlig retningslinje for overvågning efter generel eller regional anæstesi. I øvrigt er der kun krav om en skriftlig retningslinje på klinikker, hvor der arbejder flere end to sundhedspersoner eller er ansat flere end to personer ud over ejeren.	 Ikke relevant	Der foretages ikke procedurer i generel anæstesi, regional anæstesi eller sedation.	Opfølgning:
Indikator 2	Medarbejdere kan forklare deres egne opgaver med observation af patienter. Der kan vises eksempler på journaler eller observationsskemaer, som viser, at patienter er observeret efter hospitalets retningslinjer. Observationen er fortsat, til de fastsatte kriterier er opfyldt.	 Ikke relevant	Der foretages ikke procedurer i generel anæstesi, regional anæstesi eller sedation.	Opfølgning:

Indikator 3	DOK Hospitalet har retningslinjer for håndtering af kritisk forværring. Der skal altid foreligge skriftlig retningslinje, hvor der udføres procedurer i generel eller regional anæstesi. I øvrigt er der kun krav om en skriftlig retningslinje på klinikker, hvor der arbejder flere end to sundhedspersoner eller er ansat flere end to personer ud over ejeren. Retningslinjer for håndtering af større blødning under og efter operative indgreb vurderes i standard 2.11.5, indikator 4.		Ikke relevant	Der foretages ikke procedurer i generel anæstesi, regional anæstesi eller sedation.	Opfølgning:
Indikator 4	Medarbejdere kan forklare deres egne opgaver ved kritisk forværring af patientens tilstand, herunder for tilkald af assistance, yderligere vurdering af patienten og overflytning til akutsygehus. Håndtering af større blødning under og efter operative indgreb vurderes i standard 2.11.5, indikator 4.		Ikke relevant	Der foretages ikke procedurer i generel anæstesi, regional anæstesi eller sedation.	Opfølgning:
Indikator 5	For patienter, der har gennemgået procedurer i generel eller regional anæstesi, findes en plan for det postoperative forløb. Personalet i opvågningen og – for indlagte patienters vedkommende – på sengeafsnittet kan forklare, hvordan de ved, hvad planen er for en konkret patient, og kan fremvise eksempler på planer. Planen kan tage udgangspunkt i en standardplan, der fx fremgår af en forløbsbeskrivelse, men tilpasses den enkelte patient. For den enkelte patient kan den fremgå af et overvågnings-skema, der er en del af anæstesi-journalen.		Ikke relevant	Der foretages ikke procedurer i generel anæstesi, regional anæstesi eller sedation.	Opfølgning:
Indikator 6	For patienter, der har gennemgået operative indgreb (uanset anæstesi-form) findes en plan for postoperativ smertebehandling. Afhængigt af situationen kan der være tale om en ordination af fast og/eller p.n. smertestillende medicin eller en plan, der omfatter systematisk registrering af smerter og kriterier for medicinering ud fra smertescoren.		Ikke relevant	Der udføres ikke operative indgreb.	Opfølgning:






2.10.2 Sedation af patienter uden medvirken af anæstesiologisk personale

Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for sedation af patienter i forbindelse med procedurer foretaget uden medvirken af anæstesiologisk personale.	 Ikke relevant	Der udføres ikke procedurer med behov for sedation uden medvirken af anæstesiologisk personale.	Opfølgning:
Indikator 2	Patienter, der skal sederes i forbindelse med procedurer uden anæstesiologisk medvirken, vurderes og udvælges i overensstemmelse med hospitalets retningslinjer.	 Ikke relevant	Der udføres ikke procedurer med behov for sedation uden medvirken af anæstesiologisk personale.	Opfølgning:
Indikator 3	DOK Hospitalet har en skriftlig retningslinje, der beskriver, hvordan sedation gennemføres. Retningslinjen kan udformes som en rammeordination. Hvis der kun ordineres sedation i form af en enkelt dosis af et sederende middel, ordineret af læge, behøves ingen retningslinje.	 Ikke relevant	Der udføres ikke procedurer med behov for sedation uden medvirken af anæstesiologisk personale.	Opfølgning:

2.11.1 Vurdering forud for procedurer i anæstesi

Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for vurdering forud for procedurer i anæstesi. Retningslinjerne er fælles for det anæstesiologiske personale og det personale, der er ansvarlig for at gennemføre procedurerne.	 Ikke relevant	Der udføres ikke procedurer, der indebærer anæstesi.	Opfølgning:
Indikator 2	Patienter vurderes forud for en procedure i anæstesi af den behandlende læge i overensstemmelse med hospitalets retningslinjer. Vurderingen dokumenteres i patientens journal.	 Ikke relevant	Der udføres ikke procedurer, der indebærer anæstesi.	Opfølgning:
Indikator 3	Patienter vurderes forud for en procedure i anæstesi af det anæstesiologiske team i overensstemmelse med hospitalets retningslinjer. Vurderingen dokumenteres i patientens journal. Anæstesijournalen anses for at være en del af patientens journal.	 Ikke relevant	Der udføres ikke procedurer, der indebærer anæstesi.	Opfølgning:

2.11.5 Sikker kirurgi

Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer, der sikrer mod forvekslinger i forbindelse med kirurgiske indgreb. Der er kun krav om en skriftlig retningslinje på klinikker, hvor der arbejder flere end to sundhedspersoner eller er ansat flere end to personer ud over ejeren.	 Ikke relevant	Der gennemføres ikke operative indgreb i fuld eller delvis anæstesi, hvor der er anæstesipersonale til stede.	Opfølgning:
Indikator 2	DOK Hospitalet har udarbejdet en eller flere tjeklister, der baserer sig på WHO's "Sikker Kirurgi". Tjeklisterne kan være tilpasset de lokale forhold.	 Ikke relevant	Der gennemføres ikke operative indgreb i fuld eller delvis anæstesi, hvor der er anæstesipersonale til stede.	Opfølgning:
Indikator 3	Ledere og medarbejdere gennemfører tiltagene i hospitalets tjekliste i forbindelse med operative, invasive indgreb under generel eller regional anæstesi.	 Ikke relevant	Der gennemføres ikke operative indgreb i fuld eller delvis anæstesi, hvor der er anæstesipersonale til stede.	Opfølgning:
Indikator 4	DOK Ledere og medarbejdere kan forklare hospitalets beredskab for at håndtere større blødning under og efter operative indgreb. Hvis der er ansat mindst tre sundhedspersoner ud over lægerne, skal der endvidere foreligge en skriftlig retningslinje. Hvis hospitalet ved survey kan argumentere tilfredsstillende for, at der ikke foretages kirurgiske indgreb med kendt risiko for større blødninger, er indikatoren ikke relevant.	 Ikke relevant	Der gennemføres ikke operative indgreb, hvor der er risiko for større blødning.	Opfølgning:
Indikator 5	DOK Hospitalet har en instruks for optælling af materiale brugt under operationen. Denne indikator er kun relevant, såfremt lægen anvender assistent ved indgrebene.	 Ikke relevant	Der gennemføres ikke operative indgreb, hvor lægen har en assistent.	Opfølgning:

2.13.1 Hjertestopbehandling

Indikator 1	DOK Hospitalet har fælles retningslinjer for hjertestopbehandling (hjerte-lungeredning) for voksne. Hvis hospitalet behandler børn, beskrives også hjertestopbehandling for børn. Retningslinjerne udarbejdes i overensstemmelse med de nyeste nationale guidelines og beskriver både den faglige indsats og tilkaldelse af hjælp.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
--------------------	--	---	--	-------------

Indikator 2	<p>Ledere og medarbejdere, herunder konsulenter, har inden for de sidste tre år gennemført uddannelse i hjertelungeredning, og der kan fremlægges dokumentation for uddannelsen. Det skal af dokumentationen fremgå, hvem der har deltaget i uddannelsen. Uddannelse i basal hjertelungeredning tilbydes af forskellige kursusudbydere, eller kan gives af en sundhedsperson med særlig kompetence på området. Omfanget svarer som minimum til det, der angives under "Kurser for alle" på hjemmesiden for Dansk Råd for Genoplivning (det betyder, at praktiske øvelser skal indgå). Hospitalet vurderer, om der også skal findes kapacitet til avanceret hjertelungeredning. Det vil dog altid være tilfældet på hospitaler, der tilbyder behandling i generel eller regional anæstesi. Kravet gælder sundhedspersonalet. I små klinikker kan det være relevant også at uddanne sekretærerne for at sikre sig, at der altid er mulighed for give hjertestopbehandling.</p>	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 3	<p>Personalet kender egne opgaver og ansvar i forbindelse med hjertestop.</p>	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
Indikator 4	<p>Der er let adgang til hjertestarter på hospitalet. For en mindre klinik kan dette opfyldes ved at klinikken har adgang til en hjertestarter hos en nabo, der ikke er låst inde i klinikkens åbningstid.</p>	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:




2.17.4 Afslutning af behandling og overdragelse af behandlingsansvaret

Indikator 1	<p>Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan de sikrer, at patienten informeres om, hvad der skal ske efter indlæggelsen. Der kan vises eksempler på information til patienter og inddragelse af patienter i udskrivningsplanlægningen. Dette underbygges ved opslag i tilfældigt udvalgte stikprøver af patientjournaler. Eksemplerne kan være medicinliste til konkret patient, rehabilitering- eller genoptræningsplan, eller skriftlig information til patient om konkret plan.</p>	HO	Helt opfyldt	Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------	-------------




Indikator 2	Hospitalet kan vise, at der udarbejdes epikriser i henhold til reglerne i lovgivningen, og at de afsendes i henhold til hospitalets fastsatte tidsfrister efter patientens udskrivelse eller ambulante forløb. Dette underbygges ved opslag i tilfældigt udvalgte stikprøver af patientjournaler.	 I betydelig grad opfyldt	Der er set fem journaler på indlagte, afsluttede forløb og fem journaler på fem ambulante, afsluttede forløb. I to ud af fem ambulante, afsluttede forløb er der ikke afsendt epikrise i hht. hospitalets fastsatte tidsfrist på 10 dage.	Opfølgning:
Indikator 3	For patienter, der har behov for genoptræning, er der udarbejdet en genoptræningsplan. For patienter, der ikke behandles efter en aftale med regionerne, er der sendt en henvisning til fysioterapi med henblik på genoptræning.	 Ikke relevant	Der forekommer ikke patienter med behov for efterfølgende genoptræning.	Opfølgning:
Indikator 4	Hospitalet kan vise eksempler på, hvordan de samarbejder med primærsektoren, og at relevant information videregives hertil. Dette underbygges ved opslag i tilfældigt udvalgte stikprøver af patientjournaler. Indikatoren er ikke relevant, hvis hospitalet aldrig udskriver patienter til fortsat pleje i primærsektoren.	 Helt opfyldt		Opfølgning:

3.12.1 Hospitalets anvendelse af faglige retningslinjer

Indikator 1	Hospitalets medarbejdere, herunder også konsulenter, har let adgang til faglige retningslinjer for: De hyppigst forekommende patientgrupper Komplekse forløb dvs. patientgrupper med komplicerede udrednings-, behandlings-, genoptrænings-, pleje-, eller rehabiliteringsudfordringer Alle patientgrupper, der omfattes af nationale pakkeforløb. Ledelsen kan forklare, hvordan patientgrupperne er udvalgt. Der kan vises eksempler på faglige retningslinjer. Ledelsen kan forklare, hvordan man sikrer sig, at der henvises til opdaterede versioner af retningslinjerne. De retningslinjer, som hospitalet selv har udarbejdet, dokumentstyres, jfr. standard 1.3.1. Ledelsen kan fremvise en oversigt over de retningslinjer, der anvendes på hospitalet. Oversigten kan være elektronisk, evt. i form af links.	 Helt opfyldt		Opfølgning:
--------------------	---	---	--	-------------

Indikator 2	Ledelsen kan forklare, hvordan man sikrer sig, at medarbejderne, herunder konsulenter, ved, hvilke retningslinjer og forløbsbeskrivelser, der anvendes. Ledelsen kan endvidere forklare, hvordan medarbejderne, herunder konsulenter, får den nødvendige efteruddannelse, når retningslinjerne opdateres. Omfanget af efteruddannelsen afhænger af behovet. Fx er det ikke nødvendigt med særlige indsatser for konsulenter, der til dagligt arbejder efter de samme faglige retningslinjer på deres hovedarbejdssted.	 Helt opfyldt		Opfølgning:	
Indikator 3	Ledelsen kan forklare, hvordan man overvåger den faglige kvalitet af behandlingen. Der kan fremvises data vedr. den faglige kvalitet, som belyser de almindeligst forekommende forløb på hospitalet. Ovenfor i standardens indhold beskrives muligheder for, hvordan det kan gøres. Små klinikker med få typer af behandlinger kan vælge en simpel optælling af antal behandlinger med en angivelse af, om forløbet vurderes som tilfredsstillende, eller om der opstod komplikationer samt arten af disse). Overvågningen baseres på faglige mål for behandlingskvaliteten, jfr. standard 1.2.1.	 I nogen grad opfyldt	Hospitalets læger overvåger den faglige kvalitet inden for områder som polyfarmaci, komorbiditet og bivirkninger ved deres årlige journalaudits, men trækker ingen data vedrørende den faglige kvalitet, som er indberettet til RKKP.	Opfølgning: Interview	Der skal kunne fremvises data vedr. overvågning af den faglige kvalitet fra RKKP.
Indikator 4	Hvis indrapporteringen af data til RKKP-databaserne ikke er komplet, har ledelsen iværksat tiltag med henblik på at opnå dette. Denne indikator er relevant på hospitalet, der skal indrapportere data til en eller flere RKKP-databaser.	 Ikke opfyldt	Hospitalet oplyser, at de ikke har nogen adgang til egne indrapporterede data og har derfor heller ikke kendskab til komplethed.	Opfølgning: Interview	Ved interview skal hospitalet kunne redegøre for, hvordan de tilgår egne indrapporterede data, samt hvordan de sikrer sig datakomplethed i forhold til det indrapporterede.

4.1.1 Hospitalets sociale ansvar (Corporate Social Responsibility)

Indikator 1	Hospitalet kan vise, hvordan det løfter sit sociale ansvar i relation til indkøb.	 Helt opfyldt		Opfølgning:	
Indikator 2	Hospitalet kan vise, hvordan det løfter sit sociale ansvar i relation til CO2-udledning som følge af hospitalets	 Helt opfyldt		Opfølgning:	
Indikator 3	Hospitalet kan vise, hvordan det løfter sit sociale ansvar i relation til ansvarlig håndtering af affald og udslip.	 Helt opfyldt		Opfølgning:	

Indikator 4

Hospitalet kan vise, hvordan det i øvrigt løfter sit sociale ansvar (jfr. punkterne om dette i feltet "Indhold").

HO**Helt opfyldt**

Opfølgning: