

Survey er gennemført på baggrund af standardsæt for Privathospitaler og klinikker version 2 udgave 1.

Akkrediteringen er gyldig fra 11-05-2021 til 05-07-2024.

### Endelig tildelt akkrediteringsstatus: Akkrediteret

#### Begrundelse for tildeling af endelig akkrediteringsstatus ved Akkrediteringsnævnet

Alle indikatorer er helt opfyldt.

#### Sammenfatning af forløb:

Efter første surveybesøg den 11-05-2021 blev der fundet mangler i en eller flere indikatorer, der blev vurderet i nogen grad opfyldt eller ikke opfyldt. Klinikken kunne derfor akkrediteres med bemærkninger.

Efter opfølgning den 23-06-2021 kan det konstateres, at alle indikatorer er helt opfyldt eller i betydelig grad opfyldt, og klinikken kan derfor akkrediteres.


#### Surveyteamets sammenfattende konklusion efter opfølgning:

Ved det eksterne survey var der tre indikatorer, der krævede kvalitetsforbedrende tiltag. Ved opfølgning er alle relevante indikatorer vurderet helt opfyldt (HO), og klinikken lever op til alle krav i Den Danske Kvalitetsmodel.


#### 1.2.1 Kvalitetsudvikling


|                    |   |    |              |   |
|--------------------|---|----|--------------|---|
| <b>Indikator 1</b> | 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". | HO | Helt opfyldt | Ved opfølgning foreligger nu dokumentation for hospitalets mål, de indikatorer som anvendes til at følge op på målene, og de standarder der er sat for tilfredsstillende målopfyldelse. |
| <b>Indikator 2</b> | Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan der løbende indsamles data til kvalitetsovervågning, og hospitalet kan ved surveyet vise hospitalets kvalitetsdata.   | HO | Helt opfyldt | Ved opfølgning foreligger der dokumentation for dataindsamling.   |
| <b>Indikator 3</b> | 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.   | HO | Helt opfyldt | Ved opfølgning foreligger der dokumentation for, at der er fulgt op på resultaterne for klinikkens mål.   |
| <b>Indikator 4</b> | Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man gennemfører kvalitetsforbedringstiltag, og ledelsen kan ved surveyet fremvise eksempel/eksempler på gennemførte tiltag.   | HO | Helt opfyldt |   |


### 1.2.1 Kvalitetsudvikling


**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".  **Helt opfyldt**


### 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**

**Indikator 2** DOK Hospitaler med flere ledelsesniveauer har en plan for risikostyring. Planen evalueres årligt.  **Ikke relevant** Hospitalet har kun ét ledelsesniveau.






**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**

**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.  **Helt opfyldt**

**Indikator 5** Ledelsen kan forklare, hvad den gør for at sikre, at rapportering og læring af utilsigtede hændelser er en del af hospitalets kultur.  **Helt opfyldt**




**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.  **Helt opfyldt**

### 1.2.7 Patientidentifikation og mærkning af diagnostisk materiale m.v.

|                    |   |  |                      |
|--------------------|---|--|----------------------|
| <b>Indikator 1</b> | 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. |  | <b>Helt opfyldt</b>  |
| <b>Indikator 2</b> | Personalet ved, hvornår patientidentifikation skal foretages.   |  | <b>Helt opfyldt</b>  |
| <b>Indikator 3</b> | Patienter bliver identificeret efter den beskrevne procedure og metode.   |  | <b>Helt opfyldt</b>  |
| <b>Indikator 4</b> | Korrekt mærkning med patient-ID samt side og sideangivelse sikres ved billedoptagelse i overensstemmelse med retningslinjerne for patientidentifikation. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, hvor der foretages billeddiagnostik, som indebærer, at der gemmes billeder eller  |  | <b>Ikke relevant</b> |
| <b>Indikator 5</b> | Udtaget prøvemateriale mærkes i overensstemmelse med retningslinjerne for patientidentifikation. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, hvor der udtages prøvemateriale til paraklinisk undersøgelse.   |  | <b>Helt opfyldt</b>  |

Der foretages ikke billeddiagnostik, som indebærer, at der gemmes billeder eller beskrivelser.

### 1.2.10 Patientklager og patientskade-erstatningssager

|                    |   |  |                     |
|--------------------|---|--|---------------------|
| <b>Indikator 1</b> | DOK Der foreligger retningslinjer for håndtering af mundtlige og skriftlige klager fra patienter, pårørende og andre interessenter samt for sagsbehandling af patientskadeerstatningssager.   |    | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 2</b> | 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. |  | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 3</b> | 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.   |  | <b>Helt opfyldt</b> |

### 1.2.10 Patientklager og patientskade-erstatningssager

|                    |   |    |              |
|--------------------|---|----|--------------|
| <b>Indikator 4</b> | 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. | HO | Helt opfyldt |
|--------------------|---|----|--------------|

### 1.3.1 Dokumentstyring

|                    |  |    |              |
|--------------------|--|----|--------------|
| <b>Indikator 1</b> | 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 |
| <b>Indikator 2</b> | 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 |

### 1.3.2 Patientjournalen

|                    |  |    |              |
|--------------------|--|----|--------------|
| <b>Indikator 1</b> | DOK Hospitalet har retningslinjer for de grundlæggende principper for journalføring.   | HO | Helt opfyldt |
| <b>Indikator 2</b> | 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 |
| <b>Indikator 3</b> | Den enkelte patientjournal indeholder relevant dokumentation, jfr. indikator 2, og det er entydigt angivet, hvem der har udfærdiget journalnotatet.  | HO | Helt opfyldt |
| <b>Indikator 4</b> | Den enkelte patientjournal er ajourført.   | HO | Helt opfyldt |
| <b>Indikator 5</b> | Den enkelte patientjournal er lettilgængelig.  | HO | Helt opfyldt |
| <b>Indikator 6</b> | 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 kladdetark til senere renskrivning ved sekretær.  | HO | Helt opfyldt |

### 1.3.4 Allergi og intolerans

- |                    |   |           |                     |
|--------------------|---|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 1</b> | DOK Hospitalets retningslinjer for indholdet af patientjournalen præciserer, hvordan oplysninger om allergi og intolerans dokumenteres.   | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 2</b> | 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. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |

### 1.3.5 Sikkerhed og fortrolighed ved personhenførbare data

- |                    |   |           |                     |
|--------------------|---|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 1</b> | 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.   | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 2</b> | 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. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 3</b> | Ved interview med ledere og medarbejdere kan de forklare, hvordan diskretion og tavshedspligt sikres i kontakten med patienterne.   | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 4</b> | 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.   | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |

### 1.4.1 Ansættelse, introduktion og fastlæggelse af arbejdsområder

- |                    |   |           |                     |
|--------------------|---|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 1</b> | Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man udvælger og ansætter medarbejdere og konsulenter.   | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 2</b> | 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. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 3</b> | 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.  | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |

#### 1.4.1 Ansættelse, introduktion og fastlæggelse af arbejdsområder

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

**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

#### 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

#### 1.4.7 Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed

**Indikator 1** Hospitalet kan vise tilfældigt udvalgte eksempler på delegeringer, 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

#### 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

**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





### 1.5.1 Infektionshygiejne

|                    |  |   |   |
|--------------------|--|---|---|
| <b>Indikator 3</b> | 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.   |  <b>Ikke relevant</b> | Patienter er ikke udsat for smitterisiko fra varmt brugsvand i brusebade eller spabade. |
| <b>Indikator 4</b> | 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. |  <b>Ikke relevant</b> | Der forekommer ikke behandling med antibiotika.   |




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

|                    |  |   |   |
|--------------------|--|---|---|
| <b>Indikator 1</b> | 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.   |  <b>Ikke relevant</b> | Der genbehandles ikke medicinsk udstyr til flergangsbrug. |
| <b>Indikator 2</b> | 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). |  <b>Ikke relevant</b> | Der genbehandles ikke medicinsk udstyr til flergangsbrug. |

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

|                    |  |   |                      |  |
|--------------------|--|---|----------------------|--|
| <b>Indikator 3</b> | 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). Apparaturet 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 | <b>Ikke relevant</b> | Der steriliseres ikke medicinsk udstyr.        |
| <b>Indikator 4</b> | 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.  |  IR | <b>Ikke relevant</b> | Der anvendes ikke tekstiler til flergangsbrug. |
| <b>Indikator 5</b> | 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.   |  IR | <b>Ikke relevant</b> | Der anvendes ikke tekstiler til flergangsbrug. |
| <b>Indikator 6</b> | 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 | <b>Helt opfyldt</b>  |  |

#### 1.5.5 Hånd- og uniformshygiejne

|                    |  |   |                     |  |
|--------------------|--|---|---------------------|--|
| <b>Indikator 1</b> | 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 | <b>Helt opfyldt</b> |  |
| <b>Indikator 2</b> | DOK Hospitalet har retningslinjer for uniformshygiejne.  |  HO | <b>Helt opfyldt</b> |  |
| <b>Indikator 3</b> | 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 | <b>Helt opfyldt</b> |  |



### 1.5.5 Hånd- og uniformshygiejne

|                    |   |           |                     |
|--------------------|---|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 4</b> | Når der er fysisk patientkontakt, anvendes arbejdsdragt med korte ærmer, og der bæres ikke ure, ringe og håndledssmykker. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|--------------------|---|-----------|---------------------|

### 1.5.6 Rengøring

|                    |  |           |                     |
|--------------------|--|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 1</b> | 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. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 2</b> | Hospitalets bygninger, lokaler og inventar er rengjorte i overensstemmelse med retningslinjerne.   | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 3</b> | Hospitalet følger systematisk op på kvaliteten af rengøringen.   | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 4</b> | 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.            | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |

### 1.6.3 Brandsikring

|                    |  |           |                     |
|--------------------|--|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 1</b> | 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 lokalene, samt flugtveje, samlingsplads og de brandbekæmpelsesmidler, der er til rådighed. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 2</b> | 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.  | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 3</b> | Hospitalet har gennemført foranstaltninger for at forebygge brand. Foranstaltningerne omfatter sikker opbevaring af brandbare varer. Indsatsen baseres på en risikovurdering.  | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 4</b> | 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.  | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |

### 1.6.3 Brandsikring

**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**

### 1.7.1 Apparat 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**

**Indikator 2** Hospitalet har vejledninger eller brugsanvisninger til apparatur til klinisk brug. Vejledningerne er lettilgængelige for dem, der skal anvende apparaturet. **HO Helt opfyldt**

**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**

**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. **HO Helt opfyldt**

**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. **HO Helt opfyldt**

### 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. **HO Helt opfyldt**

#### 1.8.4 Tekniske forsyninger

|                    |  |           |                     |
|--------------------|--|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 2</b> | Ledere og medarbejdere kan forklare og demonstrere egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske tekniske forsyninger, specielt elektricitet og ilt. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|--------------------|--|-----------|---------------------|

#### 2.1.1 Informeret samtykke

|                    |  |           |                     |
|--------------------|--|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 1</b> | 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. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|--------------------|--|-----------|---------------------|

|                    |   |           |                     |
|--------------------|---|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 2</b> | 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). | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|--------------------|---|-----------|---------------------|

|                    |  |           |                      |
|--------------------|--|-----------|----------------------|
| <b>Indikator 3</b> | 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. | <b>IR</b> | <b>Ikke relevant</b> |
|--------------------|--|-----------|----------------------|

Der tilbydes ikke kosmetisk behandling.

#### 2.1.2 Patientens og pårørendes inddragelse som partnere



|                    |  |           |                     |
|--------------------|--|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 1</b> | 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. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|--------------------|--|-----------|---------------------|

|                    |  |           |                     |
|--------------------|--|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 2</b> | 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. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|--------------------|--|-----------|---------------------|





#### 2.2.2 Skriftlig information om behandlingsforløb

|                    |   |           |                     |
|--------------------|---|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 1</b> | 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. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|--------------------|---|-----------|---------------------|

## 2.2.2 Skriftlig information om behandlingsforløb

|                    |  |   |   |
|--------------------|--|---|---|
| <b>Indikator 2</b> | 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.                             |  <b>Helt opfyldt</b>  |   |
| <b>Indikator 3</b> | 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. |  <b>Ikke relevant</b> | Der tilbydes ikke kosmetisk behandling. |

## 2.7.1 Planlægning og gennemførelse af individuelle patientforløb

|                    |  |  |   |
|--------------------|--|--|---|
| <b>Indikator 1</b> | 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 forsikringsselskab.   |  <b>Helt opfyldt</b>   |   |
| <b>Indikator 2</b> | 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.   |  <b>Ikke relevant</b>  | Der modtages ikke henvisninger eller henvendelser, som kræver akut eller subakut indsats. |
| <b>Indikator 3</b> | 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.  |  <b>Helt opfyldt</b>   |   |
| <b>Indikator 4</b> | 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. |  <b>Helt opfyldt</b> |   |

### 2.7.1 Planlægning og gennemførelse af individuelle patientforløb

**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



Ikke relevant

Der er ikke tale om et psykiatrisk behandlingssted.

### 2.7.4 Forebyggelse af selvmord

• *Standarden er ikke relevant.*

**Indikator 1** DOK Hospitalet har retningslinjer for selvmordsforebyggelse, som er udarbejdet med inddragelse af "det støttende og ledsagende princip".

**Indikator 2** Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan de vil sikre, at selvmord forebygges i overensstemmelse med retningslinjerne.

**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.

### 2.7.5 Specialiseret smertebehandling

• *Standarden er ikke relevant.*

**Indikator 1** DOK Hospitalet har retningslinjer for smertevurdering og -behandling.

**Indikator 2** Smertevurderinger og planen for smertebehandling er dokumenteret i patientjournalen.

**Indikator 3** Effekt og revurdering af smertebehandling dokumenteres i patientjournalen. Det samme gælder information til patienten om trafikfarlig medicin.

## 2.8.2 Rekvisition af og prøvetagning til paraklinisk undersøgelse



|                    |  |   |                      |  |
|--------------------|--|---|----------------------|--|
| <b>Indikator 1</b> | DOK Hospitalet har indhentet retningslinjer for rekvisition af undersøgelse fra de parakliniske enheder, som man samarbejder med.  |  IR | <b>Ikke relevant</b> | Der hverken rekvireres eller udføres diagnostiske undersøgelser. |
| <b>Indikator 2</b> | 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. |  IR | <b>Ikke relevant</b> | Der hverken rekvireres eller udføres diagnostiske undersøgelser. |
| <b>Indikator 3</b> | Parakliniske undersøgelser rekvireres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.   |  IR | <b>Ikke relevant</b> | Der hverken rekvireres eller udføres diagnostiske undersøgelser. |
| <b>Indikator 4</b> | Prøver til parakliniske undersøgelser udtages og håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.  |  IR | <b>Ikke relevant</b> | Der hverken rekvireres eller udføres diagnostiske undersøgelser. |

## 2.8.5 Undersøgelser udført uden for diagnostisk afdeling

- *Standarden er ikke relevant.*

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Indikator 1</b> | DOK Hospitalet har retningslinjer for kvalitetssikring af diagnostiske undersøgelser, der udføres uden for diagnostisk afdeling. |
| <b>Indikator 2</b> | Personale, der udfører diagnostiske undersøgelser uden for diagnostiske afdelinger, opnår og opretholder de rette kompetencer.   |
| <b>Indikator 3</b> | Ansvar for kvalitetssikring, kalibrering og korrekt anvendelse af udstyr er entydigt placeret og kendt af relevant personale.    |
| <b>Indikator 4</b> | Ansvar for tolkning og dokumentation af resultater af undersøgelserne er entydigt placeret og kendt af relevant personale.       |

## 2.8.6 Rettidig reaktion på prøve-svar og undersøgelsesresultater

|                    |   |   |                     |
|--------------------|---|---|---------------------|
| <b>Indikator 1</b> | 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.   |  HO | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 2</b> | 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. |  HO | <b>Helt opfyldt</b> |

## 2.8.6 Rettidig reaktion på prøve-svar og undersøgelsesresultater

|                    |   |           |                     |
|--------------------|---|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 3</b> | 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.  | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 4</b> | 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. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 5</b> | 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.  | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 6</b> | 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.  | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |

### 2.9.1 Lægemeddelordination

|                    |  |           |                     |
|--------------------|--|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 1</b> | DOK Hospitalet har fælles retningslinjer for lægemiddelordination. Retningslinjerne beskriver følgende krav til dokumentation ved lægemiddelordination:<br>Patientinformation Indikation ved nye ordinationer<br>Lægemedlets navn Lægemiddelform og -styrke Dosering (mængde, hyppighed, tidspunkt for administration og behandlingsvarighed (om muligt)) Administrationsmåde<br>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 lægemiddelanamnese 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. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 2</b> | Lægemeddelordinationer dokumenteres i det enstrengede lægemiddeldokumentationssystem, undtagen hvor hospitalet foreskriver anden dokumentation (fx dokumentation af anæstesi på anæstesiskema).  | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 3</b> | Lægemeddelordinationer registreres i det fælles medicinkort (FMK) i overensstemmelse med lovgivningens regler om dette.  | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 4</b> | Indikationer for lægemiddelordinationer dokumenteres i patientjournalen.   | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 5</b> | 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.  | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |

### 2.9.2 Lægemedeldispensering





|                    |  |           |                     |
|--------------------|--|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 1</b> | 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. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
|--------------------|--|-----------|---------------------|





## 2.9.2 Lægemedeldispensering

|                    |  |   |                      |  |
|--------------------|--|---|----------------------|--|
| <b>Indikator 2</b> | 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 | <b>Ikke relevant</b> | Der forekommer ikke vanskelige, individuelle dosisberegninger. |
| <b>Indikator 3</b> | 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 omhædning til pose.  |  HO | <b>Helt opfyldt</b>  |  |
| <b>Indikator 4</b> | Lægemedeldispensering dokumenteres i lægemiddeldokumentationssystemet.   |  HO | <b>Helt opfyldt</b>  |  |

## 2.9.3 Lægemedeladministration

|                    |  |   |                     |  |
|--------------------|--|---|---------------------|--|
| <b>Indikator 1</b> | DOK Hospitalet har fælles retningslinjer, der beskriver lægemiddeladministration, herunder forholdsregler til forebyggelse og behandling af anafylaktiske situationer. |  HO | <b>Helt opfyldt</b> |  |
| <b>Indikator 2</b> | Lægemedeladministrationen dokumenteres i lægemiddeldokumentationssystemet.   |  HO | <b>Helt opfyldt</b> |  |
| <b>Indikator 3</b> | Lægemidlers virkning og bivirkninger vurderes.   |  HO | <b>Helt opfyldt</b> |  |
| <b>Indikator 4</b> | Lægemedelbivirkninger rapporteres til Lægemedelstyrelsen.  |  HO | <b>Helt opfyldt</b> |  |

## 2.9.5 Opbevaring af lægemidler

|                    |   |   |                     |  |
|--------------------|---|---|---------------------|--|
| <b>Indikator 1</b> | DOK Der foreligger retningslinjer for opbevaring af hospitalets lægemidler, patienters medbragte lægemidler og patientadministrerede lægemidler.  |  HO   | <b>Helt opfyldt</b> |  |
| <b>Indikator 2</b> | Lægemedler 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 | <b>Helt opfyldt</b> |  |

### 2.9.5 Opbevaring af lægemidler

|                    |   |    |              |
|--------------------|---|----|--------------|
| <b>Indikator 3</b> | 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 |
| <b>Indikator 4</b> | Lægemidler returneres, når udløbsdatoen er overskredet. Dette undersøges ved stikprøver i medicinskabe.   | HO | Helt opfyldt |
| <b>Indikator 5</b> | Hospitalet dokumenterer, at der med faste intervaller udføres medicinskabseftersyn.   | HO | Helt opfyldt |





### 2.9.6 Lægemidler til akutte situationer

|                    |  |    |              |
|--------------------|--|----|--------------|
| <b>Indikator 1</b> | 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. | HO | Helt opfyldt |
| <b>Indikator 2</b> | Der er akutbakker, og de kontrolleres i henhold til hospitalets principper. Det skal kunne ses, om akutbakken har været anbrudt.   | HO | Helt opfyldt |
| <b>Indikator 3</b> | 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.   | HO | Helt opfyldt |
| <b>Indikator 4</b> | Kontrollen af akutbakkerne dokumenteres i en logbog, og specielt bemærkes det, at akutbakker er opfyldt efter anbrud.  | HO | Helt opfyldt |

### 2.10.1 Observation og opfølgning på kritiske observationsfund

|                    |   |    |              |
|--------------------|---|----|--------------|
| <b>Indikator 1</b> | 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. | HO | Helt opfyldt |
| <b>Indikator 2</b> | Medarbejdere kan forklare deres egne opgaver med observation af patienter. Der kan vises eksempler på journaler eller observationskemaer, som viser, at patienter er observeret efter hospitalets retningslinjer. Observationen er fortsat, til de fastsatte kriterier er opfyldt.  | HO | Helt opfyldt |

### 2.10.1 Observation og opfølgning på kritiske observationsfund

|                    |  |   |                      |                                     |
|--------------------|--|---|----------------------|-------------------------------------|
| <b>Indikator 3</b> | 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.  |  HO | <b>Helt opfyldt</b>  |                                     |
| <b>Indikator 4</b> | 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.   |  HO | <b>Helt opfyldt</b>  |                                     |
| <b>Indikator 5</b> | 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 overvågningsskema, der er en del af anæstesijournalen. |  HO | <b>Helt opfyldt</b>  |                                     |
| <b>Indikator 6</b> | For patienter, der har gennemgået operative indgreb (uanset anæstesiform) 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.   |  IR | <b>Ikke relevant</b> | Der udføres ikke operative indgreb. |

### 2.10.2 Sedation af patienter uden medvirken af anæstesiologisk personale

- *Standarden er ikke relevant.*

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Indikator 1</b> | DOK Hospitalet har retningslinjer for sedation af patienter i forbindelse med procedurer foretaget uden medvirken af anæstesiologisk personale.  |
| <b>Indikator 2</b> | Patienter, der skal sederes i forbindelse med procedurer uden anæstesiologisk medvirken, vurderes og udvælges i overensstemmelse med hospitalets retningslinjer.   |
| <b>Indikator 3</b> | 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 enkeltdosis af et sederende middel, ordineret af læge, behøves ingen retningslinje. |

### 2.11.1 Vurdering forud for procedurer i anæstesi

|                    |   |   |  |
|--------------------|---|---|--|
| <b>Indikator 1</b> | 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.                                     |  <b>Ikke relevant</b> | Der udføres ikke procedurer, der indebærer anæstesi. |
| <b>Indikator 2</b> | Patienter vurderes forud for en procedure i anæstesi af den behandlende læge i overensstemmelse med hospitalets retningslinjer. Vurderingen dokumenteres i patientens journal.  |  <b>Ikke relevant</b> | Der udføres ikke procedurer, der indebærer anæstesi. |
| <b>Indikator 3</b> | 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. |  <b>Ikke relevant</b> | Der udføres ikke procedurer, der indebærer anæstesi. |

### 2.11.5 Sikker kirurgi

- *Standarden er ikke relevant.*

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>Indikator 1</b> | 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.   |
| <b>Indikator 2</b> | DOK Hospitalet har udarbejdet en eller flere tjeklister, der baserer sig på WHO's "Sikker Kirurgi". Tjeklisterne kan være tilpasset de lokale forhold.   |
| <b>Indikator 3</b> | Ledere og medarbejdere gennemfører tiltagene i hospitalets tjekliste i forbindelse med operative, invasive indgreb under generel eller regional anæstesi.  |
| <b>Indikator 4</b> | 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. |
| <b>Indikator 5</b> | DOK Hospitalet har en instruks for optælling af materiale brugt under operationen. Denne indikator er kun relevant, såfremt lægen anvender assistent ved indgrebene.   |

### 2.13.1 Hjertestopbehandling

|                    |   |    |              |
|--------------------|---|----|--------------|
| <b>Indikator 1</b> | DOK Hospitalet har fælles retningslinjer for hjertestopbehandling (hjerter-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.   | HO | Helt opfyldt |
| <b>Indikator 2</b> | Ledere og medarbejdere, herunder konsulenter, har inden for de sidste tre år gennemført uddannelse i hjerter-lungeredning, 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. | HO | Helt opfyldt |
| <b>Indikator 3</b> | Personalet kender egne opgaver og ansvar i forbindelse med hjertestop.  | HO | Helt opfyldt |
| <b>Indikator 4</b> | 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 klinikens åbningstid.  | HO | Helt opfyldt |

### 2.17.4 Afslutning af behandling og overdragelse af behandlingsansvaret

|                    |   |    |              |
|--------------------|---|----|--------------|
| <b>Indikator 1</b> | 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. | HO | Helt opfyldt |
| <b>Indikator 2</b> | 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.   | HO | Helt opfyldt |

## 2.17.4 Afslutning af behandling og overdragelse af behandlingsansvaret

|                    |   |           |                      |   |
|--------------------|---|-----------|----------------------|---|
| <b>Indikator 3</b> | 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.  | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b>  |   |
| <b>Indikator 4</b> | 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. | <b>IR</b> | <b>Ikke relevant</b> | Hospitaler udskriver ikke patienter til fortsat pleje i primærsektoren. |

## 3.12.1 Hospitalets anvendelse af faglige retningslinjer

|                    |  |           |                     |  |
|--------------------|--|-----------|---------------------|--|
| <b>Indikator 1</b> | 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, dokumentstyes, 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. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |  |
| <b>Indikator 2</b> | 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.   | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |  |

### 3.12.1 Hospitalets anvendelse af faglige retningslinjer

|                    |   |           |                     |
|--------------------|---|-----------|---------------------|
| <b>Indikator 3</b> | 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. | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |
| <b>Indikator 4</b> | 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 hospitaler, der skal indrapportere data til en eller flere RKKP-databaser.   | <b>HO</b> | <b>Helt opfyldt</b> |

### 4.1.1 Hospitalets sociale ansvar (Corporate Social Responsibility)

- *Standarden er ikke relevant.*

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>Indikator 1</b> | Hospitalet kan vise, hvordan det løfter sit sociale ansvar i relation til indkøb.   |
| <b>Indikator 2</b> | Hospitalet kan vise, hvordan det løfter sit sociale ansvar i relation til CO2-udledning som følge af hospitalets aktiviteter. |
| <b>Indikator 3</b> | Hospitalet kan vise, hvordan det løfter sit sociale ansvar i relation til ansvarlig håndtering af affald og udslip.           |
| <b>Indikator 4</b> | Hospitalet kan vise, hvordan det i øvrigt løfter sit sociale ansvar (jfr. punkterne om dette i feltet "Indhold").             |