

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

Akkrediteringen er gyldig fra 14-11-2019 til 08-01-2023.

Endelig tildelt akkrediteringsstatus: Akkrediteret

Begrundelse for tildeling af endelig akkrediteringsstatus ved Akkrediteringsnævnet

Alle indikatorer er helt opfyldt eller i betydelig grad opfyldt.

Sammenfatning af forløb:


Efter første surveybesøg den 14-11-2019 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 07-04-2021 kan det konstateres, at alle indikatorer er helt opfyldt eller i betydelig grad opfyldt, og klinikken kan derfor akkrediteres.

Surveyteamets sammenfattende konklusion efter opfølgning:

Der er tale om en lille enmandsbetjent klinik i opstartsfasen. Ambitionsniveauet er højt og kvalitetsarbejdet er indtænkt fra begyndelsen på den rigtige måde. Det faglige niveau må ligeledes anses for at være på højt niveau. De fysiske rammer er beskedne, men der er taget højde for patienternes behov og tilfredsheden er høj.




1.1.1 Virksomhedsgrundlag og ledelsesgrundlag

Indikator 1	DOK Hospitalet har et virksomhedsgrundlag, der definerer mission, vision, værdier og overordnede strategier. Virksomhedsgrundlaget er tilgængeligt for hospitalets ledere og medarbejdere og for offentligheden.		I betydelig grad opfyldt	Der er et virksomhedsgrundlag- det er tilgængelig for klinikejer og ved survey - men det er ikke tilgængeligt på hjemmesiden.
Indikator 2	DOK Hospitalet har et ledelsesgrundlag. Ledere på alle niveauer kender de dele af ledelsesgrundlaget, som er relevante for dem. Denne indikator er ikke relevant for små klinikker, hvis klinikkens ejer(e) direkte leder klinikken, og der ikke er ansatte med ledelsesopgaver.		Ikke relevant	Klinikkens ejer(e) leder direkte klinikken, og der ikke er ansatte med ledelsesopgaver.
Indikator 3	Ledelser på alle niveauer kan forklare, hvordan de bidrager til at implementere virksomhedsgrundlaget.		Helt opfyldt	
Indikator 4	Virksomhedsgrundlaget ajourføres løbende, som minimum ved væsentlige forandringer af organisationen.		Helt opfyldt	









1.1.3 Planlægning af driften

Indikator 1	Der er aftalt mål for aktivitet og økonomi på kort og lang sigt for hospitalet. Målene afspejler hospitalets overordnede strategier. Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan der er taget højde for effektiv udnyttelse af ressourcer og for miljømæssige hensyn samt for, hvordan der følges op på målene. Dette understøttes ved eksempler på opfølgningen.		Helt opfyldt	
Indikator 2	Ledere på alle niveauer kan forklare, hvordan man planlægger bemanningen, således at det rigtige antal personer og de rigtige kompetencer er til stede eller kan tilkaldes ved behov. Lederne kan også forklare, hvordan man håndterer ekstraordinære situationer, fx spidsbelastninger eller fravær pga sygdom. Der kan vises eksempler både på den normale planlægning af bemanningen og på håndtering af ekstraordinære situationer. Eksemplerne kan fx være vagtplaner, tilkaldelister eller eksempler på, hvordan man har håndteret faktiske ekstraordinære situationer.		Helt opfyldt	
Indikator 3	DOK Personalet kan forklare, hvordan der tilkaldes akut hjælp og kan vise retningslinjer, der beskriver dette. Der tænkes her på situationer, hvor der skal tilkaldes ekstra hjælp udefra, fx læge, der har tilkaldevagt fra bolig.		Ikke relevant	Hospitalet vurderer, at der ikke er brug for at kunne tilkalde akut hjælp udefra til patienter.



1.2.1 Kvalitetsudvikling

Indikator 1	Hospitalets ledelse kan forklare, hvilke eksterne målsætninger og eksterne konkrete mål for kvaliteten hospitalet er forpligtet til at leve op til. Eksterne målsætninger og konkrete mål kan fx være fastsat i lovgivningen, i nationale strategier eller i kontrakter om levering af behandlinger, fx kontrakter vedr. det udvidede frie sygehusvalg.		Helt opfyldt	
Indikator 2	Ledelser på alle niveauer kan forklare, hvordan målsætninger og konkrete mål, som de skal efterleve, fastsættes og kan redegøre for deres egne målsætninger og konkrete mål. Der menes her både eksternt fastsatte målsætninger og konkrete mål og målsætninger og konkrete mål, som er besluttet af hospitalet eller på afdelingsniveau.		Helt opfyldt	
Indikator 3	Målsætninger og konkrete mål på lavere niveauer understøtter målsætninger og mål på højere niveauer. Der kan findes mål på lavere niveauer, som ikke er afledt af mål på højere niveauer, men der må ikke være modstrid mellem målene på forskellige niveauer. Mål på højere niveauer behøver ikke at genfindes på alle underliggende niveauer, men ledelsen skal kunne redegøre for, hvordan målene er rullet ud. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, hvor der fastsættes målsætninger og mål på flere ledelsesniveauer.		Ikke relevant	Der fastsættes ikke målsætninger og mål på flere ledelsesniveauer.






1.2.1 Kvalitetsudvikling

Indikator 4	Ledelser på alle niveauer kan forklare, hvordan de prioriterer målsætningerne, og hvordan patientperspektivet inddrages.		Helt opfyldt	
Indikator 5	Det er fastlagt, hvordan og hvor ofte målsætninger og konkrete mål revideres. Dette gælder på alle niveauer af hospitalet. Det kan vises, at målsætninger og konkrete mål er revideret som fastlagt.		Helt opfyldt	
Indikator 6	Ledere på alle niveauer kan forklare, hvilke data om kvalitet de modtager for deres eget niveau, og hvordan de anvender data. Eksempler på data om kvalitet kan vises. Data modtages rettidigt i forhold til formålet.		Helt opfyldt	Kravene i indikatoren er helt opfyldt efter opfølgning.
Indikator 7	Kvalitetsovervågningen belyser de konkrete mål, der er sat. På alle niveauer findes overvågning af målene for dette niveau. Kvalitetsovervågningen omfatter som minimum de fælles nationale kvalitetsovervågninger, herunder RKKP, LUP og overvågning af nationale pakkeforløb. Der skal altid indsamles data vedr. faglig og patientoplevet kvalitet, også hvis hospitalet ikke er omfattet af RKKP eller LUP.		Helt opfyldt	
Indikator 8	I kvalitetsovervågningen anvendes almindeligt anerkendte metoder til indsamling, validering og analyse af data. Hospitalets ledelse kan redegøre for baggrunden for sit valg af metoder. For så vidt angår kvalitetsovervågningsprogrammer, der drives af eksterne parter (fx nationale programmer), bidrager hospitalet til at sikre datakvaliteten (indsamling og validering) på den måde, som programmet kræver, men valget af metode til at sikre datakvaliteten indgår ikke i vurderingen af hospitalet.		I betydelig grad opfyldt	Ledelsen kan forklare, men der er endnu ingen eksempler.
Indikator 9	Ledere på alle niveauer kan forklare, hvordan indholdet og omfanget af kvalitetsovervågningen udvikles sammen med revisionen af målsætninger og konkrete mål (jf. indikator 5).		Helt opfyldt	
Indikator 10	Ledere på alle niveauer kan forklare, hvordan de systematisk følger op på kvalitetsovervågningen og hvordan der træffes beslutninger om eventuelle forbedringstiltag. Der kan vises eksempler på, hvordan det er sket. Eksemplerne kan fx være referater fra ledelsesmøder, hvor der er fulgt op og truffet beslutning.		I betydelig grad opfyldt	Ledelsen kan forklare, men der er endnu ingen eksempler.
Indikator 11	Ledelser på alle niveauer kan forklare hvordan de prioriterer forbedringstiltag. Der kan vises eksempler på, hvordan det er sket. Eksemplerne kan fx være referater fra ledelsesmøder, hvor der er prioriteret imellem forbedringstiltag.		I betydelig grad opfyldt	Ledelsen kan forklare, men der er endnu ingen eksempler.

1.2.1 Kvalitetsudvikling

Indikator 12	Ledelser på alle niveauer kan forklare og vise eksempler på hvordan de organiserer og følger op på gennemførelse af de besluttede forbedringstiltag. Eksemplerne kan fx være referater fra ledelsesmøder, hvor der er truffet beslutning om at iværksætte forbedringstiltag.		I betydelig grad opfyldt	Ledelsen kan forklare, men der er endnu ikke nogen eksempler.
Indikator 13	Hospitalets ledelse kan forklare hvordan man systematisk offentliggør kvalitetsresultater, enten selv eller via sin deltagelse i de nationale monitoreringsprogrammer. Der kan vises eksempler på offentliggjorte data.		Helt opfyldt	Kravene i indikatoren er helt opfyldt efter opfølgning.

1.2.6 Risikostyring og rapportering af utilsigtede hændelser

Indikator 1	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man afdækker hvilke arbejdsgange, behandlinger og anvendelse af apparatur, der medfører en risiko for skade på patienten samt for komplikationer i patientforløbet. Hospitalets ledelse kan også forklare, hvordan man iværksætter tiltag til at forebygge skader, hvor der er identificeret en risiko. DOK På hospitaler med flere ledelsesniveauer er dette beskrevet i en skriftlig plan for risikostyring.		Helt opfyldt	
Indikator 2	DOK Ledere på alle niveauer kan forklare deres ansvar og opgaver i forbindelse med risikostyring og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet. Ansvar og opgaver kan være beskrevet i en stillingsbeskrivelse, men kan fx også fremgå af en plan for risikostyring.		Helt opfyldt	
Indikator 3	Hospitalet evaluerer årligt sin samlede risikostyring. Formålet er, at afdække, om risikostyringen har fungeret efter hensigten, eller om der er behov for at ændre den.		I betydelig grad opfyldt	Der er risikovurderet, og der er plan for næste gang, men der er endnu ikke gennemført nogen evaluering.
Indikator 4	Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan de vil rapportere en utilsigtet hændelse. Der kan vises eksempler på rapporterede utilsigtede hændelser. Det er ikke nødvendigt, at alle kan vise eksempler på rapporterede hændelser, men der skal findes eksempler på hospitalet.		Helt opfyldt	
Indikator 5	Udvalgte utilsigtede hændelser analyseres dybtgående. Ikke alle hospitaler vil kunne vise eksempler på alvorlige hændelser, hvor en dybtgående analyse har været berettiget, men alle hospitaler skal kunne forklare, hvilke typer hændelser man i givet fald ville analysere og hvilken metode, man ville anvende. Hospitaler, der vurderer, at der ikke vil kunne forekomme sådanne hændelser, skal ved survey kunne begrunde dette tilfredsstillende. Indikatoren er i så fald ikke relevant.		Helt opfyldt	

1.2.6 Risikostyring og rapportering af utilsigtede hændelser

Indikator 6	Ledere på alle niveauer kan forklare, hvordan utilsigtede hændelser anvendes til læring i 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 indberette, eller om det skyldes, at indberetning af hændelser ikke er implementeret i klinikken endnu.	 BO	I betydelig grad opfyldt	Klinikejeren kan forklare hvordan han vil anvende evt UTH til læring, men der kan endnu ikke vises eksempler.
Indikator 7	Hospitalets ledelse evaluerer mindst en gang i kvartalet de indkomne rapporter om utilsigtede hændelser for at identificere eventuelle mønstre og tendenser. På små klinikker kan antallet af rapporter være så lille, at det ikke giver mening at evaluere kvartalsvis. I så fald kan frekvensen reduceres. Dog skal man mindst gøre status en gang årligt.	 BO	I betydelig grad opfyldt	Der har ingen UTH'er været- derfor ingen evaluering, men klinikken kan forklare, hvordan man vil evaluere.
Indikator 8	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	

1.2.7 Patientidentifikation og mærkning af diagnostisk materiale m.v.

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

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.	 IR	Ikke relevant	Antal medarbejdere er under det niveau, hvor der kræves en skriftlig retningslinje.
Indikator 2	Personalet ved, hvornår patientidentifikation skal foretages.	 HO	Helt opfyldt	
Indikator 3	Patienter bliver identificeret efter den beskrevne procedure og metode.	 HO	Helt opfyldt	
Indikator 4	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	 IR	Ikke relevant	Der foretages ikke billeddiagnostik, som indebærer, at der gemmes billeder eller beskrivelser.

1.2.7 Patientidentifikation og mærkning af diagnostisk materiale m.v.

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

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.	HO	Helt opfyldt
--------------------	---	-----------	---------------------

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.	HO	Helt opfyldt
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.	HO	Helt opfyldt
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.	HO	Helt opfyldt
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.	HO	Helt opfyldt





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
Indikator 2	Hospitalet anvender et dokumentstyringssystem, der understøtter, at dokumenter indeholder information om version, formål, anvendelsesområde, godkendelse, gyldighedsperiode og ansvarlig for revision. Dette bekræftes af stikprøver udtaget af surveyors under survey.	HO	Helt opfyldt

1.3.2 Patientjournalen



Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for de grundlæggende principper for journalføring.	HO	Helt opfyldt
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 kan være en simpel tjekliste eller kan fremgå af brugerfladen for den anvendte elektroniske patientjournal.	HO	Helt opfyldt

1.3.2 Patientjournalen






Indikator 3	Den enkelte patientjournal indeholder relevant dokumentation, og det er entydigt angivet, hvem der har udfærdiget journalnotatet.		Helt opfyldt
Indikator 4	Den enkelte patientjournal er ajourført.		Helt opfyldt
Indikator 5	Den enkelte patientjournal er lettilgængelig.		Helt opfyldt
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 kladdemark til senere renskrivning ved sekretær.		Ikke relevant

Håndskrevne notater forekommer ikke, hverken som en del af journalen eller som kladdemark til senere renskrivning ved sekretær.

1.3.4 Allergi og intolerans

Indikator 1	DOK Hospitalets retningslinjer for indholdet af patientjournalen præciserer, hvorledes oplysninger om allergi og intolerans dokumenteres.		Helt opfyldt
Indikator 2	Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan oplysninger om kendt allergi og intolerans videregives til relevante fagpersoner.		Helt opfyldt

1.3.5 Sikkerhed og fortrolighed ved personhenførbare data

Indikator 1	DOK Der foreligger retningslinjer for sikkerhed, fortrolighed og tilgængelighed af personhenførbare data.		Helt opfyldt
Indikator 2	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man håndterer sikkerhed, fortrolighed og tilgængelighed af personhenførbare data. Dette både under normale forhold og i forbindelse med interne beredskabshændelser, fx brand og oversvømmelse. Forklaringen bekræftes af surveyornes observationer under survey.		Helt opfyldt
Indikator 3	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man arkiverer og destruerer personhenførbare data sikkert og med overholdelse af gældende arkiveringsperioder.		Helt opfyldt
Indikator 4	Ledere og medarbejdere kan forklare egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske it-systemer.		Helt opfyldt
Indikator 5	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man sikrer, at der er backup af patientkritiske data.		Helt opfyldt

1.4.1 Ansættelse, introduktion og fastlæggelse af arbejdsområder

- *Standarden er ikke relevant.*

- Indikator 1** Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man udvælger og ansætter medarbejdere og konsulenter.
- Indikator 2** DOK Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man sikrer sig, at de ansatte medarbejdere og konsulenter har de fornødne 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.
- 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.
- Indikator 4** Alle nyansatte medarbejdere og konsulenter gennemgår et introduktionsforløb.
- Indikator 5** Som led i introduktionsforløbet sker der en evaluering af, om medarbejderen eller konsulenten har de fornødne kompetencer og egenskaber til at kunne tilknyttes fast til hospitalet.

1.4.5 Uddannelse og kompetenceudvikling

- *Standarden er ikke relevant.*

- Indikator 1** DOK Hospitalets ledelse kan forklare hvordan man løbende sikrer, at medarbejdere og konsulenter har de fornødne kompetencer, hvordan de planlægger og gennemfører kompetenceudvikling, når der viser sig behov for dette, 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.
- Indikator 2** I hospitalets overordnede målsætninger jf. standard 1.2.1 indgår målsætninger vedrørende kvaliteten af den uddannelse og kompetenceudvikling, som hospitalet tilbyder sine medarbejdere. Denne indikator vedrører ikke konsulenter, og er derfor kun relevant på hospitaler, hvor der er fastansatte medarbejdere.

1.4.7 Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed

- *Standarden er ikke relevant.*

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.

1.5.1 Infektionshygiejne

Indikator 1 Ansvaret for at fastlægge retningslinjer vedr. infektionshygiejne, for at sikre implementeringen af retningslinjerne og for at overvåge forekomsten af nosokomielle infektioner er entydigt placeret. Ansvaret kan ligge hos en eller flere person(er) eller hos en hygiejneorganisation. Overvågning af forekomsten af nosokomielle infektioner er ikke relevant, hvis de invasive procedurer, der foretages, kun indebærer en ringe risiko for infektion. Fx skal forekomsten ikke overvåges, hvis eneste invasive procedure er anlæggelse af i.v. adgang.

HO Helt opfyldt

Indikator 2 DOK Hospitalet har retningslinjer, der beskriver forholdsregler i relation til konkrete invasive procedurer, som udføres på hospitalet, fx intravenøs adgang, operative indgreb og anlæggelse af blærekateter, med henblik på at minimere risikoen for, at patienten påføres en infektion som følge af proceduren. Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man sikrer, at retningslinjerne følges. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, hvor der udføres invasive procedurer.

HO Helt opfyldt

Indikator 3 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.

HO Helt opfyldt

Indikator 4 Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man sikrer sig, at antibiotika anvendes hensigtsmæssigt. Dette kan fx ske ved at henvise til de nationale retningslinjer, der følges. Denne indikator er kun relevant på hospitaler, hvor der forekommer behandling med antibiotika.

IR Ikke relevant

Der forekommer ikke behandling med antibiotika.



1.5.1 Infektionshygiejne

Indikator 5	Hospitalet definerer konkrete mål for forekomsten af nosokomielle infektioner og overvåger opfyldelsesgraden af disse. Målet eller målene indgår i hospitalets overordnede målsætninger, jfr. standard 1.2.1. Mål for forekomsten af nosokomielle infektioner er ikke relevant, hvis de invasive procedurer, der foretages, kun indebærer en ringe risiko for infektion.	 Ikke relevant	De invasive procedurer, der foretages, indebærer kun en ringe risiko for infektion.
--------------------	--	---	---

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. Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalet genbehandler medicinsk udstyr til flergangsbrug.	 Ikke relevant	Hospitalet genbehandler ikke medicinsk udstyr til flergangsbrug.
Indikator 2	DOK Der foreligger retningslinjer for håndtering, opbevaring og vask af tekstiler til flergangsbrug. Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalet anvender tekstiler til flergangsbrug.	 Helt opfyldt	
Indikator 3	Ledelse og medarbejdere kan forklare og demonstrere genbehandling af medicinsk udstyr til flergangsbrug. Ved stikprøver under survey findes ingen eksempler på udstyr, der har overskredet udløbsdatoen. Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalet genbehandler medicinsk udstyr til flergangsbrug.	 Ikke relevant	Hospitalet genbehandler ikke medicinsk udstyr til flergangsbrug.
Indikator 4	Ledelse og medarbejdere kan forklare og demonstrere håndtering, opbevaring og vask af tekstiler til flergangsbrug. Dette gælder såvel rene som urene tekstiler. Ved stikprøver under survey findes ingen eksempler på tekstiler, der har overskredet udløbsdatoen. Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalet anvender tekstiler til flergangsbrug.	 Helt opfyldt	
Indikator 5	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.	 Ikke relevant	Hospitalet anvender ikke apparatur til klinisk brug.

1.5.5 Hånd- og uniformshygiejne

Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for håndhygiejne, der beskriver den korrekte fremgangsmåde. Retningslinjerne kan være udarbejdet af hospitalet selv, eller man kan bruge eksternt materiale, der beskriver fremgangsmåden. Retningslinjen kan bestå i en kort vejledning, der sættes op, hvor der skal udføres håndhygiejne.	 Helt opfyldt	
Indikator 2	DOK Hospitalet har retningslinjer for uniformshygiejne.	 Helt opfyldt	

1.5.5 Hånd- og uniformshygiejne

- | | | | |
|--------------------|--|-----------|---------------------|
| Indikator 3 | Hospitalet har lettilgængelige faciliteter for håndhygiejne til rådighed i områder, hvor der sker behandling med direkte patientkontakt. Håndhygiejne gennemføres i overensstemmelse med hospitalets retningslinjer. | HO | Helt opfyldt |
| Indikator 4 | Arbejdsdragt og anvendelse af håndsmykker og armbåndsure er i overensstemmelse med hospitalets retningslinjer. | HO | Helt opfyldt |

1.5.6 Rengøring

- | | | | |
|--------------------|---|-----------|---------------------|
| Indikator 1 | DOK Hospitalet har planer for rengøring af hospitalets bygninger, lokaler og inventar. | HO | Helt opfyldt |
| Indikator 2 | Hospitalets bygninger, lokaler og inventar er rengjorte i overensstemmelse med retningslinjerne. | HO | Helt opfyldt |
| Indikator 3 | I hospitalets overordnede målsætninger jf. standard 1.2.1 indgår målsætninger vedrørende kvaliteten af rengøringen. | HO | Helt opfyldt |

1.6.3 Brand og andre trusler mod hospitalet

- | | | | |
|--------------------|--|-----------|---|
| Indikator 1 | DOK Hospitalet har en lettilgængelig og ajourført plan, der beskriver lederes og medarbejderes pligter og opgaver ved brand og andre trusler mod hospitalet. For privathospitaler og klinikker, 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 |
| Indikator 2 | Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan det sikres, at medarbejdere, herunder også eventuelle konsulenter, har de fornødne kompetencer inden for brandbekæmpelse. Ved survey bekræftes dette under interviews med medarbejdere. | IR | Ikke relevant Klinikejer er ene i klinikken. |
| Indikator 3 | Alle ledere og medarbejdere kan forklare egne opgaver og ansvar i tilfælde af aktivering af planen for brand og andre trusler mod hospitalet. | HO | Helt opfyldt |







1.7.1 Apparat til klinisk brug

- | | | | |
|--------------------|---|-----------|---|
| Indikator 1 | Hospitalet ledelse kan forklare, hvordan apparatur til klinisk brug anskaffes og tages i brug. Herunder hvordan man sikrer, at apparaturet opfylder sikkerhedskravene og mærkes, således at det vil kunne identificeres af hensyn til vedligehold og håndtering af fejlmeldinger. | IR | Ikke relevant Der anvendes ikke apparatur til kliniske brug. |
| Indikator 2 | Hospitalet har vejledninger eller brugsanvisninger til apparatur til klinisk brug. Vejledningerne er lettilgængelige for dem, der skal anvende apparaturet. | IR | Ikke relevant Der anvendes ikke apparatur til kliniske brug. |

1.7.1 Apparaturl til klinisk brug

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, at medarbejdere, der arbejder med denne type apparatur, har gennemgået den krævede oplæring.	 IR	Ikke relevant	Der anvendes ikke apparatur til kliniske brug.
Indikator 4	DOK Hospitalet ledelse kan forklare, hvordan apparatur til klinisk brug kontrolleres og vedligeholdes i overensstemmelse med god faglig praksis. Tilfældigt udvalgte stikprøver bekræfter dette. Ledelsen kan henvise til dokumenter, hvor arbejdsgangen beskrives og ansvaret er placeret.	 IR	Ikke relevant	Der anvendes ikke apparatur til kliniske brug.
Indikator 5	Personalet kan forklare, hvordan de forholder sig, hvis de oplever fejl med apparatur til klinisk brug, samt for hvordan det ved mærkning eller på anden vis sikres, at man ikke anvender fejlrant apparatur.	 IR	Ikke relevant	Der anvendes ikke apparatur til kliniske brug.
Indikator 6	Hospitalet har en ajourført registrering af alt apparatur til klinisk brug samt dokumentation af: Forebyggende vedligehold og kontrol inden for fastsatte tidsrammer Udførte reparationer Apparaturets forventede levetid Eventuelle software�ndringer.	 IR	Ikke relevant	Der anvendes ikke apparatur til kliniske brug.

1.8.1 Hospitalets sikkerhed og tilgængelighed

Indikator 1	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man løbende håndterer bygningers og udenomsarealers sikkerhed og tilgængelighed.	 HO	Helt opfyldt	
Indikator 2	Hospitalet er forsynet med tydelig og opdateret skiltning, herunder både sikkerhedsskiltning og vejledende skiltning.	 HO	Helt opfyldt	
Indikator 3	Hospitalet har planlagt foranstaltninger for at sikre fremkommeligheden under forskellige vejrforhold. Indsatsen baseres på en risikovurdering.	 HO	Helt opfyldt	
Indikator 4	Hospitalet har gennemført foranstaltninger for at sikre mod uberettiget adgang (tyveri og overfald). Indsatsen baseres på en risikovurdering.	 HO	Helt opfyldt	
Indikator 5	Hospitalets bygninger og udenomsarealer vedligeholdes, s� bygninger og adgangsveje ikke er til fare for personer. Indsatsen baseres på en risikovurdering.	 HO	Helt opfyldt	
Indikator 6	Hospitalet har gennemført foranstaltninger for at forebygge brand. Foranstaltningerne omfatter sikker opbevaring af brandbare varer. Indsatsen baseres på en risikovurdering.	 HO	Helt opfyldt	

1.8.1 Hospitalets sikkerhed og tilgængelighed

Indikator 7	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
Indikator 8	Forud for større om- og nybygninger gennemføres en risikovurdering af byggefasen, inklusive vurdering af hygiejne og brandsikkerhed. På grundlag af denne iværksættes relevante sikkerhedsforanstaltninger. Denne indikator er kun relevant, hvis der har været større om- og nybygninger siden seneste survey. Ved førstegangssurvey inden for det seneste år før survey.	HO	Helt opfyldt
Indikator 9	Forud for nybygning og større ombygninger samt ved væsentlige ændringer i anvendelsen af lokaler til patientbehandling, vurderes bygningers og lokalers egnethed i forhold til det tiltænkte formål. Denne indikator er kun relevant, hvis der har været større om- og nybygninger siden seneste survey. Ved førstegangssurvey inden for det seneste år før survey.	HO	Helt opfyldt

1.8.3 Håndtering af affald

Indikator 1	Ledere og medarbejdere kan forklare håndtering, opbevaring og bortskaffelse af affald, herunder klinisk risikoaffald.	HO	Helt opfyldt
Indikator 2	Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan opbevaring og bortskaffelse af kemikalier og isotoper håndteres. Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalet anvender kemikalier og isotoper.	IR	Ikke relevant Hospitalet anvender ikke kemikalier og isotoper.

1.8.4 Tekniske forsyninger

- *Standarden er ikke relevant.*

Indikator 1	DOK Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man sikrer sig mod svigt af patientkritiske tekniske forsyninger, fx elektricitet, vand, varme, ventilation, rørbårne gasser og vakuum, og kan henvise til dokumenter, hvor dette beskrives og ansvaret er placeret.
Indikator 2	DOK Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan man sikrer sig mod forurening af brugsvand. Dette kan indebære både et samarbejde med den eksterne vandforsyning, som sikrer hurtig varsling ved problemer, og sikring mod forurening opstået internt, fx Legionella, og kan henvise til dokumenter, hvor dette beskrives og ansvaret er placeret.

1.8.4 Tekniske forsyninger

- *Standarden er ikke relevant.*

Indikator 3 Ledere og medarbejdere kan forklare og demonstrere egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske tekniske forsyninger.

2.1.1 Informeret samtykke

Indikator 1 Medarbejdere kan forklare, hvordan de indhenter informeret samtykke til behandling og til videregivelse af helbredsoplysninger til brug for behandling. Interviewene med medarbejdere underbygges med interviews med patienter og med opslag i tilfældigt udvalgte stikprøver af patientjournaler.



Helt opfyldt

Indikator 2 Der kan vises dokumentation for indhentning af informeret samtykke i forbindelse med forskningsprojekter. Denne indikator er kun relevant på privathospitaler og klinikker, 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.

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

Hospitalet tilbyder ikke kosmetisk behandling.

2.1.2 Patientens og pårørendes inddragelse som partnere

Indikator 1 Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan hospitalet planlægger og gennemfører behandlingen med patienten og pårørende som partnere.







Helt opfyldt

Indikator 2 Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan vigtige samtaler med patient og pårørende foregår respektfuldt og i passende rammer.



Helt opfyldt

2.1.2 Patientens og pårørendes inddragelse som partnere

Indikator 3	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. Jfr. Lov om Anvendelse af Tvang i Psykiatrien (29.09.2015) §3 stk 3: 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. Tidsfrister og indhold fremgår af Vejledning om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning mv. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger (Vejledning nr. 9427 af 20.01.2011). Denne indikator er kun relevant på psykiatriske behandlingssteder.	 IR	Ikke relevant	Hospitalet tilbyder ikke psykiatrisk behandling.
Indikator 4	Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan de indtænker tolkebistand, hvor det er relevant.	 HO	Helt opfyldt	
Indikator 5	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.	 HO	Helt opfyldt	Kravene i indikatoren er helt opfyldt efter opfølgning.
Indikator 6	I hospitalets overordnede målsætninger jf. standard 1.2.1 indgår målsætninger vedrørende inddragelse af patienters og pårørendes oplevelser og erfaringer. Målsætningerne vil bl.a. kunne belyses med resultater fra LUP.	 HO	Helt opfyldt	

2.1.4 Religiøs og kulturel støtte til patienter og pårørende

Indikator 1	Hospitalets kosttilbud tager hensyn til patienternes religiøse baggrund. Denne indikator er kun relevant, hvis patienterne tilbydes kost.	 IR	Ikke relevant	Patienterne tilbydes ikke forplejning.
Indikator 2	Der tages hensyn til patienternes blufærdighed. Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalets behandlingstilbud indebærer elementer, der kan påvirke patienternes blufærdighed.	 HO	Helt opfyldt	
Indikator 3	Hospitalet tilbyder eksistentiel eller åndelig støtte til patienter og pårørende under behandlingsforløbet. Denne indikator er ikke relevant, hvis hospitalets behandlingstilbud udelukkende er rettet mod tilstande, hvor et behov for sådan støtte ikke forventes.	 IR	Ikke relevant	Hospitalets behandlingstilbud er udelukkende rettet mod tilstande, hvor et behov for eksistentiel eller åndelig støtte ikke forventes.



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. Hospitalet kan endvidere vise, at materialet udleveres til patienterne. Både operationer og ikke-kirurgiske behandlinger er omfattet		Helt opfyldt	
Indikator 2	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan de sikrer, at det skriftlige informationsmateriale er opdateret. Dette kan ske ved, at materialerne er mærket med dato eller versionsnummer.		Helt opfyldt	
Indikator 3	Hospitalet kan vise skriftligt informationsmateriale for alle de kosmetiske behandlinger, hospitalet tilbyder, samt at det udleveres til patienterne jf. VEJ nr. 9453 af 27/06/2014, Vejledning om kosmetisk behandling Denne indikator er kun relevant for hospitaler og klinikker, der tilbyder kosmetisk behandling jf. Vejledning om kosmetisk behandling kapitel 3.		Ikke relevant	Hospitalet tilbyder ikke kosmetisk behandling.

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 forsikringsselskab.		Helt opfyldt	
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 ikke relevant, hvis hospitalet kan godtgøre, at denne type situationer ikke vil kunne forekomme som følge af karakteren af de behandlinger, man tilbyder.		Ikke relevant	Hospitalet vurderer, at det som følge af karakteren af de behandlinger, man tilbyder ikke vil kunne forekomme, at en patient har behov for hurtigere indsats end det umiddelbart fremgår af henvisningsårsagen.
Indikator 3	Ledere og medarbejdere, der har ansvar for at sikre, at behandlingen følger en plan, kan forklare, hvordan planen lægges og dokumenteres. De kan forklare hvordan forskellige typer af ekspertise inddrages ved planlægningen, når der er behov for det, og de kan forklare, hvordan patienten og eventuelt pårørende inddrages i planlægningen.		Helt opfyldt	

2.7.1 Planlægning og gennemførelse af individuelle patientforløb

Indikator 4	Medarbejdere, der deltager i behandlingen af patienter, kan forklare, hvordan de på ethvert tidspunkt i patientforløbet kan se, hvad der er den aktuelle behandlingsplan. Dette indebærer, at de både har information om behandlingstiltag, de skal udføre, eventuel observation for at følge om behandlingsmålet/målene nås, og eventuel observation for at sikre at planen tages op til overvejelse af en ansvarlig person, hvis der er behov for dette. Dette underbygges under survey med opslag i tilfældigt udvalgte stikprøver af patientjournaler.	 Helt opfyldt	
Indikator 5	For psykiatriske patienter undersøger surveyerne 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. Denne indikator anvendes kun, hvor der behandles psykiatriske patienter	 Ikke relevant	Hospitalet tilbyder ikke psykiatrisk behandling.

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. Denne indikator er kun relevant, hvis selvmord eller selvmordsforsøg er forekommet siden seneste survey. Ved førstegangssurvey inden for det seneste år før survey.
Indikator 4	Hospitalet har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af overvågning af selvmordsrisiko eller for at fastholde et allerede højt kvalitetsniveau. 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 Smertevurdering og -behandling

- *Standarden er ikke relevant.*

Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for smertevurdering og -behandling.
Indikator 2	Når hospitalets retningslinjer kræver en smertevurdering eller en plan for smertebehandling, dokumenteres disse i patientjournalen.

2.7.5 Smertevurdering og -behandling

- *Standarden er ikke relevant.*

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

2.7.8 Livsstilsfaktorer

Indikator 1 Ledere og medarbejdere kan forklare, hvordan man identificerer patientforløb, hvor intervention i relation til livsstilsfaktorer vil gøre en forskel i forhold til resultatet af patientforløbet. **HO Helt opfyldt**

Indikator 2 Hospitalet kan vise eksempler på patientgrupper, der tilbydes intervention ved livsstilsfaktorer, der har en betydning for behandlingsresultatet. Dette bekræftes under survey ved en tilfældigt udvalgt stikprøve af journaler. **HO Helt opfyldt**

2.7.9 Genoptræning

- *Standarden er ikke relevant.*

Indikator 1 Ledere og medarbejdere kan forklare deres opgaver med at sikre, at patienter med genoptræningsbehov får udarbejdet en genoptræningsplan og for at iværksætte genoptræning efter planen.

Indikator 2 For patienter, der har behov for genoptræning, er der udarbejdet en genoptræningsplan.

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. **HO Helt opfyldt**

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. **HO Helt opfyldt**

Indikator 3 Parakliniske undersøgelser rekvireres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. **HO Helt opfyldt**





Indikator 4 Prøver til parakliniske undersøgelser udtages og håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2. **HO Helt opfyldt**

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.	 IR	Ikke relevant	Der udføres ikke diagnostiske undersøgelser uden for en diagnostisk afdeling.
Indikator 2	Personale, der udfører diagnostiske undersøgelser uden for diagnostiske afdelinger, opnår og opretholder de rette kompetencer.	 IR	Ikke relevant	Der udføres ikke diagnostiske undersøgelser uden for en diagnostisk afdeling.
Indikator 3	Ansvar for kvalitetssikring, kalibrering og korrekt anvendelse af udstyr er entydigt placeret og kendt af relevant personale.	 IR	Ikke relevant	Der udføres ikke diagnostiske undersøgelser uden for en diagnostisk afdeling.
Indikator 4	Ansvar for tolkning og dokumentation af resultater af undersøgelserne er entydigt placeret og kendt af relevant personale.	 IR	Ikke relevant	Der udføres ikke diagnostiske undersøgelser uden for en diagnostisk afdeling.



2.8.6 Rettidig reaktion på prøve-svar og undersøgelsesresultater

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

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.	 IR	Ikke relevant	Der afgives ikke svar på diagnostiske undersøgelser.
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.	 IR	Ikke relevant	Antal medarbejdere er under det niveau, hvor der kræves skriftlig retningslinje.
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.	 IR	Ikke relevant	Der afgives ikke svar.
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.	 HO	Helt opfyldt	

2.8.6 Rettidig reaktion på prøve-svar og undersøgelsesresultater

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

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.		Helt opfyldt
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.		Helt opfyldt




2.9.1 Lægemedelordination

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

Indikator 1	DOK Hospitalet har fælles retningslinjer for lægemiddelordination. Retningslinjerne beskriver følgende krav til dokumentation ved lægemiddelordination: 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 lægemiddelanamnese ved indledningen af et patientforløb. Retningslinjerne behøver ikke udtrykkeligt give anvisninger, som entydigt fremgår af brugerfladen for det anvendte elektroniske medicinmodul.		Ikke relevant	Der ordineres ikke lægemidler.
Indikator 2	De, der har ansvar for optagelse af lægemiddelanamnese, kan forklare, hvordan det sker. Der kan forevises eksempler på lægemiddelanamneser i tilfældigt udvalgte stikprøver af patientjournaler.		Ikke relevant	Der ordineres ikke lægemidler.

2.9.1 Lægemedelordination

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

Indikator 3	Lægemedelordinationer dokumenteres i det enstrengede lægemiddeldokumentationssystem, undtagen hvor hospitalet foreskriver anden dokumentation. Dette skal forstås sådan: at lægemiddeldispenseringen og -administration sker direkte ud fra en ordination, indført i journalen af lægen, uden at ordinationen senere manuelt er overført fra ét sted til et andet at alle oplysninger om en given patients lægemiddelordinationer findes ét sted, bortset fra veldefinerede situationer, som er kendt i hospitalet (fx ordinationer, der fremgår af et anæsthesiskema). Det er således uvedkommende for vurderingen af denne indikator, om lægen har valgt at gentage ordinationen i et journalnotat, når det samtidigt er klart, at dispensering og administration foregår ud fra og dokumenteres i det enstrengede system.	 Ikke relevant	Der ordineres ikke lægemidler.
Indikator 4	Indikationer for lægemiddelordinationer dokumenteres i patientjournalen.	 Ikke relevant	Der ordineres ikke lægemidler.
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.	 Ikke relevant	Der ordineres ikke lægemidler.


2.9.2 Lægemedeldispensering

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

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.	 Ikke relevant	Der dispenseres ikke lægemidler
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 ikke relevant, hvis der ikke forekommer vanskelige, individuelle dosisberegninger. Hospitalet skal ved survey kunne begrunde dette tilfredsstillende.	 Ikke relevant	Hospitalet vurderer, at der ikke forekommer vanskelige, individuelle dosisberegninger.
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.	 Ikke relevant	Der dispenseres og administreres ikke lægemidler.

2.9.2 Lægemedeldispensering

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

Indikator 4	Lægemedeldispensering dokumenteres i det enstrengede lægemiddeldokumentationssystem. Se herom standard 2.9.1, indikator 3		Ikke relevant	Der dispenseres og administreres ikke lægemidler.
--------------------	---	--	----------------------	---

2.9.3 Lægemedeladministration

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*
- *Standarden er ikke relevant.*

Indikator 1	DOK Hospitalet har fælles retningslinjer, der beskriver lægemiddeladministration.
Indikator 2	Lægemedeladministrationen dokumenteres i det enstrengede lægemiddeldokumentationssystem. Se herom standard 2.9.1, indikator 3
Indikator 3	Lægemidlers virkning og bivirkninger vurderes.
Indikator 4	Lægemedelbivirkninger rapporteres til Lægemedelstyrelsen.

2.9.5 Opbevaring af lægemidler

Indikator 1	DOK Der foreligger retningslinjer for opbevaring af hospitalets lægemidler, patienters medbragte lægemidler og patientadministrerede lægemidler.		Helt opfyldt	
Indikator 2	Ledere og medarbejdere kan forklare og vise, hvordan det overvåges, at lægemidler opbevares ved den rette temperatur, og hvordan der reageres ved afvigelser. Overvågningen kan ske ved automatisk registrering af temperaturen og en alarm ved afvigelser. Men den kan fx også ske ved regelmæssig manuel temperaturlæsning og dokumentation i en logbog.		Helt opfyldt	
Indikator 3	Relevante medarbejdere kan forklare og vise, hvordan patienters medbragte medicin opbevares. Patienters private medicin kan opbevares i medicinrum under følgende forudsætninger: at det sikres, at der ikke kan ske forvekslinger mellem afdelingens medicin og patienters private medicin, og mellem medicin der tilhører forskellige patienter at der er truffet foranstaltninger for at sikre, at patienters private medicin ikke forurener medicinrummet og afdelingens medicin at kun personalet har adgang til medicinrummet Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalet opbevarer patienters medbragte medicin.		Ikke relevant	Hospitalet opbevarer ikke patienters medbragte medicin.

2.9.5 Opbevaring af lægemidler

Indikator 4	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
Indikator 5	Lægemidler returneres, når udløbsdatoen er overskredet. Dette undersøges ved stikprøver i medicinskabe.	HO	Helt opfyldt
Indikator 6	Hospitalet dokumenterer, at der med faste intervaller udføres medicinskabseftersyn.	HO	Helt opfyldt

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 dette er beskrevet og ansvaret er placeret.	HO	Helt opfyldt
Indikator 2	Der er akutbakker, og de kontrolleres i henhold til hospitalets principper.	HO	Helt opfyldt
Indikator 3	Akutbakker er tilgængelige for relevant personale i akutte situationer.	HO	Helt opfyldt
Indikator 4	Kontrollen af akutbakkerne dokumenteres i en logbog og specielt bemærkes, at akutbakker er opfyldt efter anbrud.	HO	Helt opfyldt

2.10.1 Observation og opfølgning på kritiske observationsfund

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*
- *Standarden er ikke relevant.*

Indikator 1	DOK Hospitalet har retningslinjer for observation og opfølgning på observationsfund. 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.
Indikator 2	DOK Hospitalet har retningslinjer, som overordnet beskriver kriterier for, hvornår patienter skal overføres til akutsygehus, samt hvordan man forholder sig, når en patient ønskes overflyttet dertil. 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.

2.10.1 Observation og opfølgning på kritiske observationsfund

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*
- *Standarden er ikke relevant.*

- Indikator 3** DOK På opvågningsafsnit findes retningslinjer for postoperativ opvågning. Heri indgår kriterier for, hvornår patienter kan forlade opvågningsafsnittet. Hvis privathospitalet har stationære senge, kan der være forskellige kriterier for, hvornår en patient kan overflyttes til en stationær sengeafdeling, og hvornår patienten kan udskrives direkte til hjemmet. Denne indikator anvendes kun, hvor der anvendes generel eller regional anæstesi.
- Indikator 4** Patienters postanæstesiologiske overvågningsforløb sikres gennem en fastlagt postanæstesiologisk plan. Personalet i opvågningsafsnittet kan forklare, hvorledes de ved, hvad planen er for en konkret patient, og kan fremvise eksempler på overvågningsplaner i tilfældigt udvalgte stikprøver af journaler. 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 overvågningskema, der er en del af anæstesijournalen. Denne indikator anvendes kun, hvor der anvendes generel eller regional anæstesi.
- Indikator 5** 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.
- Indikator 6** 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.
- Indikator 7** Medarbejdere på opvågningsafsnit kan forklare hvordan kriterierne for at forlade afsnittet anvendes. Der kan vises eksempler på journaler eller observationsskemaer, som viser, at patienter er overflyttet eller udskrevet efter disse kriterier. Denne indikator anvendes kun, hvor der anvendes generel eller regional anæstesi.

2.10.2 Sedation af patienter uden medvirken af anæstesiologisk personale

- *Standarden er ikke relevant.*

- Indikator 1** DOK Hospitalet har retningslinjer for sedation af patienter i forbindelse med procedurer foretaget uden medvirken af anæstesiologisk personale.

2.10.2 Sedation af patienter uden medvirken af anæstesiologisk personale

- *Standarden er ikke relevant.*

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

Indikator 3 Patienter, der i forbindelse med procedurer sederes uden anæstesiologisk medvirken, overvåges efter hospitalets retningslinjer.

2.11.1 Vurdering forud for procedurer i anæstesi

- *Standarden er ikke relevant.*

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.

Indikator 2 Patienter vurderes forud for en procedure i anæstesi af den behandlende læge i overensstemmelse med hospitalets retningslinjer. Vurderingen dokumenteres i patientens journal.

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.

2.11.5 Sikker kirurgi

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

- *Standarden er ikke relevant.*

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.

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.

Indikator 3 Ledere og medarbejdere gennemfører tiltagene i hospitalets tjekliste i forbindelse med operative, invasive indgreb under fuld eller delvis anæstesi, hvor der er anæstesipersonale tilstede.

2.11.5 Sikker kirurgi

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*
- *Standarden er ikke relevant.*

- 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.
- 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.

2.13.1 Hjertestopbehandling

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

- Indikator 1** 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
- Indikator 2** Nyansatte medarbejdere og nytiltrådte konsulenter undervises i hospitalets procedure for hjertestopbehandling. Alle medarbejdere og konsulenter får vedligeholdelsesuddannelse efter en plan fastsat af hospitalets ledelse. Hvis det udelukkende er ejerne der arbejder i klinikken, redegør disse for, hvordan de opretholder deres kompetencer i hjertestopbehandling. Kontrakter med eksterne parter kan indeholde specifikke krav om uddannelse i hjertestopbehandling. **HO** Helt opfyldt
- Indikator 3** Personalet kender egne opgaver og ansvar i forbindelse med hjertestop. **HO** Helt opfyldt

2.17.4 Afslutning af behandling og overdragelse af behandlingsansvaret

Indikator 1	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, skriftlig information til patient om konkret plan.	HO	Helt opfyldt	
Indikator 2	Hospitalet kan vise, at der udfærdiges 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	
Indikator 3	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.	IR	Ikke relevant	Hospitalet udskriver aldrig patienter til fortsat pleje i primærsektoren.

3.12.1 Hospitalets anvendelse af faglige retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser

Indikator 1	Hospitalets ledelse kan forklare, hvordan der udarbejdes faglige retningslinjer og forløbsbeskrivelser vedrørende behandling af konkrete patientgrupper for: De hyppigst forekommende patientgrupper Komplekse forløb dvs. patientgrupper med komplicerede udrednings-, behandlings-, genoptrænings-, pleje-, eller rehabiliteringsudfordringer Alle patientgrupper, der omfattes af nationale pakkeforløb Der kan vises eksempler på faglige retningslinjer og forløbsbeskrivelser. Andre dokumenter, som vejleder behandlingsindsatsen, kan indgå. Det kan fx dreje sig om standardsortimenter af lægemidler, rammeordinationer eller standardiserede analysepakker. Vurderingsvejledning: Ved vurderingen lægges hovedvægten på, at der er en systematisk tilgang til udarbejdelse af faglige retningslinjer og forløbsbeskrivelser. Hvis antallet af faglige retningslinjer og/eller forløbsbeskrivelser åbenlyst er utilstrækkelige i forhold til behovet, kan vurderingen dog højst blive NO. Det samme gælder, hvis der mangler retningslinjer vedr. patientgrupper, der omfattes af nationale pakkeforløb. Det er ikke afgørende, om retningslinjer er udarbejdet lokalt. Afgørende er, om det er klart, hvilke retningslinjer man ønsker at følge.	HO	Helt opfyldt	
--------------------	---	-----------	---------------------	--

3.12.1 Hospitalets anvendelse af faglige retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser

Indikator 2	Hospitalet har en fastlagt proces, der sikrer, at lokalt udarbejdede faglige retningslinjer og forløbsbeskrivelser gennemgår en faglig hørings- og godkendelsesproces forud for den endelige ledelsesmæssige godkendelse. Denne indikator er ikke relevant på hospitaler, der udelukkende anvender andre sygehuses retningslinjer og forløbsbeskrivelser.	 Ikke relevant	Hospitalet anvender udelukkende andre sygehuses faglige retningslinjer og forløbsbeskrivelser.
Indikator 3	Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante faglige retningslinjer og forløbsbeskrivelser og kan forklare, hvorledes de sikrer, at patienter behandles i overensstemmelse med disse. I konkrete tilfælde kan det være velbegrunder at fravige retningslinjer og forløbsbeskrivelserne. Væsentlige fravalg beskrives og begrundes i patientjournalen.	 Helt opfyldt	
Indikator 4	Patientforløb, der indgår i nationale pakker, monitoreres både hvad angår indhold og overholdelse af tidsfrister. Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalet behandler patienter omfattet af nationale pakkeforløb.	 Ikke relevant	Hospitalet behandler ikke patienter omfattet af nationale pakkeforløb.
Indikator 5	I hospitalets overordnede målsætninger, jf. standard 1.2.1 indgår, at patienter behandles som beskrevet i de nationale pakkeforløb. Denne indikator er kun relevant, hvis hospitalet behandler patienter omfattet af nationale pakkeforløb.	 Ikke relevant	Hospitalet behandler ikke patienter omfattet af nationale pakkeforløb.