

**Akkrediteringsstatus Midlertidig akkreditering**

Opfyldelse af de patientsikkerhedskritiske standarder tillægges en særlig betydning ved vurdering af akkrediteringsstatus, da manglende opfyldelse af disse standarder kan indebære umiddelbar risiko for patienten.

**Begrundelse for akkrediteringsstatus ved Akkrediteringsnævnet**

Flere indikatorer er vurderet i nogen grad opfyldt og ikke opfyldt. Der tildeles derfor midlertidig akkreditering, indtil der kan ske en fornyet vurdering ved et telefon/videointerview inden for 6 måneder efter Akkrediteringsnævnets afgørelse.

**Surveyteamets sammenfattende konklusion ved Linda Stampe Greffel**

Surveyteamet oplever Suderø sygehus som et velfungerende sygehus med mange engagerede og dygtige medarbejdere. Suderø Sygehus er et lille sygehus med 30 senge og en lille ambulansfunktion. Sygehuset varetager primært akutte opgaver. Dette indenfor en række kirurgiske og medicinske specialer - alt på basis niveau. Desuden har sygehuset en døgnåben skadestue. Sygehusets afstand til Torshavn og de periodevis lukkede forbindelser til omverdenen gør, at sygehuset skal være forberedt på at kunne modtage alle slags sygeforløb. Sygehuset har kun ganske få fastansatte læger og må derfor i stor udstrækning benytte sig af lægevikarer på alle niveauer, dog er det lykkedes sygehuset at rekruttere kvalificerede læger, så den akutte funktion kan oprettes, og kvaliteten i denne bevares. Sygehusets strategiske arbejde med at forbedre kvalitet og patientsikkerhed bærer præg af stringens vilje, og at såvel ledere som medarbejdere vil DDKM. Der er udarbejdet retningslinjer, der er sat få mål, der er målt på disse og der er igangsat forbedringer. Der arbejdes med UTH og risikostyring, og der er fokus på personalekompetencer - at der altid er de rette kompetencer tilstede for at kunne løfte akutopgaven. Suderø Sygehus har en meget flad struktur, og det kan være svært at se, hvornår det er ledelseslaget, der bærer og styrer, og hvornår det styres nedefra.

**1.1.1 Virksomhedsgrundlag (1/5)**

<b>Indikator 1</b>	Sygehuset har et virksomhedsgrundlag, der definerer mission, vision, værdier og overordnede strategier.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Virksomhedsgrundlaget er tilgængeligt for sygehusets ledere og medarbejdere og for offentligheden.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	Virksomhedsgrundlaget ajourføres løbende, dog mindst hvert 4. år.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

<b>Indikator 4</b>	<p>Ledelsen planlægger og understøtter implementeringen af virksomhedsgrundlaget. Implementeringen inddrager alle ledelsesniveauer.</p>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

### 1.1.2 Ledelsesgrundlag (2/5)

<b>Indikator 1</b>	<p>Der foreligger et ledelsesgrundlag for sygehuset.</p>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------	-------------







<b>Indikator 2</b>	<p>Ledelser på alle niveauer kender ledelsesgrundlaget og arbejder i overensstemmelse med dette.</p>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------	-------------

### 1.1.3 Planlægning, drift og økonomi (3/5)

<b>Indikator 1</b>	<p>Der er aftalt mål for aktivitet og økonomi på kort og lang sigt for sygehuset som helhed og for de enkelte afdelinger på sygehuset. Målene afspejler sygehusets overordnede strategier.</p>	<b>BO</b>	<b>I betydelig grad opfyldt</b>	<p>Sygehuset er ramkestyret. Der er fastsat mål for økonomien, men sygehuset har for 2017 besluttet, at der skal fastsættes mål for aktiviteten på alle centre. Processen er påbegyndt.</p>	Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------------------	---	-------------

<b>Indikator 2</b>	<p>Der findes et ledelsesinformationssystem, der sikrer, at ledelser på alle niveauer har aktuelle og valide oplysninger til at kunne følge op på målene for aktivitet og økonomi.</p>	<b>BO</b>	<b>I betydelig grad opfyldt</b>	<p>Økonomien er i LIS ( Ledelses informationssystem), mens dette er ikke helt udbygget for aktiviteten.</p>	Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------------------	---	-------------

<b>Indikator 3</b>	<p>Sygehuset har en strategi for at fremme effektiv ressourceudnyttelse og mindskelse af spild.</p>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

<b>Indikator 4</b>	Sygehuset har en politik, der understøtter forskning og innovation, tilpasset sygehusets størrelse og opgaver. Politikken omfatter anvendelse af forskning og sygehusets egen aktive deltagelse i forskning og innovation.	 <b>Ikke relevant</b>	Ingen forskning på sygehuset.	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	Sygehuset har formaliserede feedbacksystemer, så interessenter og personale kan kommentere sygehusets aktuelle mål, krav og resultater samt komme med forslag til udvikling og forbedring.	 <b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:
<b>Indikator 6</b>	Ledelser på sygehus- og afdelingsniveau planlægger driften i overensstemmelse med de aftalte mål for aktivitet og økonomi, effektiv ressourceudnyttelse samt forskning og innovation (jf. indikator 1, 3 og 4).	 <b>Helt opfyldt</b>	Ledelserne planlægger driften ud fra den tildelte normering i forhold til det akutte og i forhold til hvilke læger, der på sygehuset til at udføre elektive ting, der er kun lidt elektiv aktivitet	Opfølgning:
<b>Indikator 7</b>	Ledelser på alle niveauer modtager regelmæssigt oversigter over aktivitet og økonomi.	 <b>I betydelig grad opfyldt</b>	Der foreligger oversigter på økonomien. Dette ikke fuldt implementeret for aktiviteten.	Opfølgning:
<b>Indikator 8</b>	Sygehuset og de enkelte afdelinger anvender feedback modtaget via formaliserede feedbacksystemer.	 <b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:
<b>Indikator 9</b>	Der foreligger dokumentation for, at ledelser på alle niveauer evalueres i forhold til opfyldelsen af målene for aktivitet og økonomi.	 <b>I betydelig grad opfyldt</b>	Der er dokumentation for, at der afholdes møder mellem direktør og landsting omkring økonomi og sygehusets virke, dette er ikke fuldt implementeret for aktiviteten.	Opfølgning:

**Indikator 10** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre opfyldelsen af målene for aktivitet og økonomi. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede mål for aktivitet, kvalitet og økonomi.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

### 1.1.5 Datasikkerhed (4/5)

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for datasikkerhed. Retningslinjerne tager udgangspunkt i en risikovurdering.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 2** Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 3** Der foreligger dokumentation for gennemført backup af datasystemer.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 4** Der foreligger dokumentation for, at nødprocedurer i forbindelse med systemnedbrud afprøves med regelmæssige intervaller.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 5** Hvis der er påvist mangler i backupprocedurer eller i nødprocedurer for systemnedbrud, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

### 1.1.7 Inddragelse af borgerne i udvikling af kvaliteten af sygehusets ydelser (5/5)

**Indikator 1** Sygehuset har en politik for inddragelse af borgere.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 2** Borgerne inddrages i overensstemmelse med sygehusets politik.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

### 1.2.1 Kvalitetsudvikling (1/6)

**Indikator 1** \*Sygehusledelsen kan redegøre for, hvilke eksterne målsætninger og eksterne konkrete mål for kvaliteten sygehuset er forpligtet til at leve op til. Eksterne målsætninger og konkrete mål kan fx være fastsat i lovgivningen, i nationale strategier eller på ledelsesniveauer over sygehusledelsen.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**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 sygehuset eller på afdelingsniveau.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**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

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 4** \*Ledelser på alle niveauer kan forklare, hvordan de prioriterer målsætningerne, og hvorledes patientperspektivet inddrages.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 5** \*Det er fastlagt, hvordan og hvor ofte målsætninger og konkrete mål revideres. Dette gælder på alle niveauer. Det kan demonstreres, at målsætninger og konkrete mål faktisk er revideret som fastlagt.

HO

**Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 6** \*Ledere på alle niveauer kan redegøre for, hvilke data om kvalitet de modtager for deres eget niveau, og på hvilken måde de anvender data. Eksempler på data om kvalitet kan demonstreres. Data modtages rettidigt i forhold til formålet.

HO

**Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 7** \*Kvalitetsovervågningen belyser de konkrete mål der er sat. På alle niveauer findes overvågning af målene for dette niveau.

HO

**Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 8** \*I kvalitetsovervågningen anvendes almindeligt anerkendte metoder til indsamling, validering og analyse af data. Sygehuset kan redegøre for baggrunden for sit valg af metoder. For så vidt angår kvalitetsovervågningsprogrammer, der drives af eksterne parter (fx nationale programmer), bidrager sygehuset 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 sygehuset.

HO

**Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 9** \*Ledere på alle niveauer kan redegøre for, hvordan indholdet og omfanget af kvalitetsovervågningen udvikles sammen med revisionen af målsætninger og konkrete mål (jfr. indikator 5). **HO** Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 10** \*Ledere på alle niveauer kan redegøre for, hvordan de systematisk følger op på kvalitetsovervågningen og hvordan der træffes beslutninger om eventuelle forbedringstiltag. Der fremvises eksempler på, hvorledes dette er sket. **HO** Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 11** \*Ledelser på alle niveauer kan redegøre for, hvordan de prioriterer forbedringstiltag. Der fremvises eksempler på, hvorledes dette er sket. **HO** Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 12** \*Ledelser på alle niveauer kan forklare og kan vise eksempler på hvorledes de organiserer og følger op på gennemførelse af de besluttede forbedringstiltag. **HO** Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 13** \*Sygehuset kan redegøre for, hvorledes man systematisk offentliggør kvalitetsresultater, enten selv eller via sin deltagelse i de nationale monitoreringsprogrammer. Der kan demonstreres eksempler på offentliggjorte data. **HO** Helt opfyldt

Opfølgning:

### 1.2.6 Risikostyring og rapportering af utilsigtede hændelser (2/6)

**Indikator 1** \*Der er en plan for risikostyring. **HO** Helt opfyldt

Opfølgning:



<b>Indikator 2</b>	*Ved interview med ledere på alle niveauer kan de redegøre for, hvordan man får et samlet billede af risikostyringen i deres ledelsesområde og henvise til dokumenter, der beskriver risikosituationen.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
<b>Indikator 3</b>	*Ved interviews med ledere på alle niveauer kan de redegøre for deres ansvar og opgaver i forbindelse med risikostyring og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
<b>Indikator 4</b>	*Sygehuset evaluerer årligt sin samlede risikostyring.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
<b>Indikator 5</b>	*Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for, hvordan de vil rapportere en utilsigtet hændelse. Der kan demonstreres eksempler på rapporterede utilsigtede hændelser. Det er ikke nødvendigt, at alle kan demonstrere eksempler på rapporterede hændelser, men der skal findes eksempler på sygehuset.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>
<b>Indikator 6</b>	*Udvalgte utilsigtede hændelser analyseres dybtgående.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>

Opfølgning:

Opfølgning:

Opfølgning:

Opfølgning:

Opfølgning:

**Indikator 7** \*Ved interviews med ledere på alle niveauer kan de redegøre for, hvordan utilsigtede hændelser anvendes til læring i sygehuset. Der kan demonstreres eksempler på dette. Det er ikke nødvendigt, at alle kan demonstrere eksempler, men der skal findes eksempler på sygehuset.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 8** \*Ledelsen evaluerer mindst en gang i kvartalet de indkomne rapporter om utilsigtede hændelser med henblik på at identificere eventuelle mønstre og tendenser.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

### 1.2.7 Patientidentifikation (3/6) #

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for patientidentifikation.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer, som fastlægger metode og ansvar for at sikre korrekt sideangivelse i overensstemmelse med henvisning forud for billedoptagelse.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 3** \*Personalet ved, hvornår patientidentifikation skal foretages.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 4** \*Patienter bliver identificeret i henhold til den beskrevne procedure og metode.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

<b>Indikator 5</b>	*Korrekt side og sideangivelse sikres ved billedoptagelse i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------	-------------

### 1.2.9 Omsorg for patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse (4/6)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for omsorg og eventuel behandling til patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

<b>Indikator 2</b>	Ledere og medarbejdere kender relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------	-------------

### 1.2.10 Patientklager og patientskade-erstatningssager (5/6)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for håndtering af mundtlige og skriftlige klager fra patienter, pårørende og andre interessenter.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for sagsbehandling af patientskadeerstatningssager.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

<b>Indikator 3</b>	Sygehuset har en fastlagt proces for analyse og formidling af læring ved patientklager og patientskadeerstatningssager.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

<b>Indikator 4</b>	Der foreligger skriftligt informationsmateriale, der beskriver patientens klage- og erstatningsmuligheder udarbejdet i henhold til gældende lovgivning.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

<b>Indikator 5</b>	Patientskadeerstatningssag er sagsbehandles i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 6</b>	Der foreligger dokumentation for opgørelse og analyse af patientklager og patientskadeerstatningssager. Analyserne anvendes til læring i organisationen.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 7</b>	Analyserne anvendes til fastsættelse af mål og prioriteringer for sygehusets kvalitetsforbedringsarbejde, jf. standard 1.2.1 Kvalitetsudvikling.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

#### 1.2.11 Inddragelse af patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer (6/6)

<b>Indikator 1</b>	Ved interview med ledere på alle niveauer kan de redegøre for, hvordan der indsamles oplysninger, der belyser patienters og pårørendes oplevelser og erfaringer med sygehuset, og hvordan denne information bruges til at udvikle kvaliteten af de ydelser, de har ansvaret for.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	*I sygehusets overordnede målsætninger jf. standard 1.2.1 indgår målsætninger vedrørende inddragelse af patienters og pårørendes oplevelser og erfaringer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

#### 1.3.1 Dokumentstyring (1/4)

<b>Indikator 1</b>	Sygehuset har en proces, der sikrer udarbejdelse og godkendelse af retningsgivende dokumenter.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------	-------------

<b>Indikator 2</b>	Sygehuset har retningslinjer for dokumentstyring.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Retningsgivende dokumenter udarbejdes og godkendes efter den fastlagte proces.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	Sygehuset anvender et dokumentstyringsystem i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	Ledere og medarbejdere ved, hvor de kan finde relevante retningsgivende dokumenter.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 1.3.2 Patientjournalen (2/4)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for de grundlæggende principper for journalføring.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for patientjournalen, hvori det er angivet, hvilke specifikke data og informationer, der skal dokumenteres i patientjournalen.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	Den enkelte patientjournal indeholder relevant dokumentation.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	*Den enkelte patientjournal er ajourført.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	Den enkelte patientjournal er lettilgængelig.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 6</b>	Hvis der forekommer håndskrevne notater i patientjournaler, er disse daterede og underskrevne.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 1.3.4 Allergi og intolerans (3/4)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for dokumentation af kendt allergi.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for dokumentation af kendt intolerans.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Kendt allergi og intolerans dokumenteres i patientjournalen.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	*Kendt allergi og intolerans videregives til relevante fagpersoner.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 1.3.5 Sikkerhed og fortrolighed ved personhenførbare data (4/4)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for sikkerhed, fortrolighed og tilgængelighed af personhenførbare data.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for arkiveringsperioder og destruktion af personhenførbare data.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Personhenførbare data opbevares sikkert og fortroligt. Dette både under normale forhold og i forbindelse med interne beredskabshændelser, fx brand og oversvømmelse.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	Personhenførbare data arkiveres og destrueres i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 1.4.1 Ansættelse af personale (1/6)

<b>Indikator 1</b>	Sygehuset har en politik for ansættelse af personale.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

**Indikator 2** Ledere med ansættelseskompetence og medarbejdere, der deltager i ansættelsesprocessen, arbejder systematisk efter politikken **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 3** Der foreligger fyldestgørende stillings- og funktionsbeskrivelser. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 4** Ledere og medarbejdere kender deres stillings- og funktionsbeskrivelse. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

### 1.4.3 Introduktion af nyt personale (2/6)

**Indikator 1** Sygehuset har et opdateret introduktionsprogram for nyt personale. Introduktionsprogrammet indeholder både introduktion til sygehuset generelt og til den afdeling, personalet er tilknyttet. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 2** Ved interview med ledere på alle niveauer kan de redegøre for, hvordan de evaluerer nyt personale. Dette bekræftes ved interviews med nyligt ansatte medarbejdere. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 3** \*Nyt personale deltager i introduktionen. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

### 1.4.4 Arbejdstilrettelæggelse (3/6)

**Indikator 1** Sygehuset definerer, hvilke personaleressourcer og kompetencer, der skal være til stede for at løse konkrete opgaver i patientbehandlingen. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

<b>Indikator 2</b>	*De enkelte afdelinger har metoder med henblik på bemanning i ekstraordinære situationer, hvor de ønskede personaleressourcer og kompetencer ikke er til stede eller ved spidsbelastninger.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	Den daglige bemanning sker med udgangspunkt i de fastsatte rammer, sygehuset har defineret.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	*Ekstraordinære situationer håndteres i overensstemmelse med de fastsatte metoder.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

#### 1.4.5 Uddannelse og kompetenceudvikling (4/6)

<b>Indikator 1</b>	Ved interview med ledere på alle niveauer kan de redegøre for, hvordan de planlægger og gennemfører kompetenceudvikling for deres medarbejdere, samt hvordan medarbejderne involveres i denne udvikling. Dette understøttes ved interviews med medarbejdere.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	*I sygehusets overordnede målsætninger jf. standard 1.2.1 indgår målsætninger vedrørende kvaliteten af uddannelse og kompetenceudvikling af medarbejderne.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:



#### 1.4.6 Bemyndigelse af klinisk personale med forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (Læger, tandlæger, jordemødre og kiropraktorer) (5/6)

<b>Indikator 1</b>	<p>*Sygehuset har en politik for bemyndigelse, der beskriver, hvorledes det fastsættes, hvilke medarbejdere med forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed, der har de fornødne kompetencer til at kunne levere de kliniske ydelser, der defineres som forbundet med særlig risiko. Politikken sikrer, at dette for den enkelte omfattede medarbejder vurderes ved nyansættelse, og at der herefter med fastsatte intervaller sker en revurdering. Politikken beskriver, hvorledes man forholder sig, når sygehuset optager væsentlig nye behandlingsformer. Politikken beskriver, hvordan autenticiteten af den dokumentation, der ligger til grund for bemyndigelsen, sikres.</p>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	<p>*Medarbejdere, der er omfattet af politikken, tildeles bemyndigelse ved ansættelsen og med de fastlagte intervaller.</p>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	<p>* Information om tildelt bemyndigelse skal være tilgængelig for sygehusets medarbejdere.</p>	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:








#### 1.4.7 Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (6/6)

<b>Indikator 1</b>	Sygehuset har en politik for delegation af sundhedsfaglige arbejdsopgaver. I politikken beskrives sygehusets overordnede principper for, hvad der kan delegeres og for, hvorledes lovgivningens krav overholdes.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Delegation foretages i overensstemmelse med sygehusets politik.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Der foreligger fortegnelser, hvoraf det fremgår, hvem der har delegation til hvad og på hvilke betingelser.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

#### 1.5.1 Hygiejnepolitik og -organisation (1/5)

<b>Indikator 1</b>	Sygehuset har en hygiejnepolitik, der beskriver sygehusets overordnede mål og ansvar for infektionshygiejne.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Der er etableret en ledelsesforankret hygiejneorganisation med et kommissorium.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante dele af hygiejnepolitikken og arbejder i overensstemmelse hermed.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	Hygiejneorganisationen arbejder i overensstemmelse med hygiejnepolitikken og sit kommissorium.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 1.5.3 Forebyggelse og overvågning af nosokomielle infektioner (2/5)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for forebyggelse og håndtering af nosokomielle infektioner, der er udarbejdet på baggrund af relevante nationale og internationale retningslinjer.		<b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	*Udbrud af smitsomme sygdomme håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.		<b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Screening af resistente bakterier udføres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.		<b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	*Anlæggelse og pleje af blærekateter håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.		<b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	*Anlæggelse og pleje af centralt venekateter håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.		<b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:
<b>Indikator 6</b>	*Infektionsprofylakse i relation til respiratorbehandling håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.		<b>Ikke relevant</b>	Ingen respiratorbehandling på sygehuset.	Opfølgning:
<b>Indikator 7</b>	*Perioperativ infektionsprofylakse håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.		<b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:

**Indikator 8** Der foreligger en årsrapport fra hygiejneorganisationen, der beskriver udbrudshåndtering af smitsomme sygdomme, screening for resistente bakterier og andre nationalt og lokalt specificerede indsatsområder udpeget i sygehusets hygiejnepolitik. Rapporten indeholder mål for sygehusets håndtering af nosokomielle infektioner.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 9** \*I sygehusets overordnede målsætninger jf. standard 1.2.1 indgår målsætninger vedrørende forebyggelse af nosokomielle infektioner.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

#### 1.5.4 Procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr og tekstiler (3/5)

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr til flergangsbrug.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for håndtering, opbevaring og vask af tekstiler til flergangsbrug.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 3** Medicinsk udstyr til flergangsbrug genbehandles i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 4** Tekstiler håndteres og opbevares korrekt i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

### 1.5.5 Hånd- og uniformshygiejne (4/5)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for håndhygiejne.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for uniformshygiejne.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Håndhygiejne gennemføres i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	*Arbejdsdragt og anvendelse af håndsmykker og armbåndsure er i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 1.5.6 Rengøring (5/5)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger planer for rengøring af sygehusets bygninger, lokaler og inventar.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Sygehusets bygninger, lokaler og inventar er rengjorte i overensstemmelse med retningslinjerne.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*I sygehusets overordnede målsætninger jf. standard 1.2.1 indgår målsætninger vedrørende kvaliteten af rengøringen.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 1.6.1 Beredskabsplan (1/2)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger en lettilgængelig beredskabsplan, der beskriver lederes og medarbejderes pligter og opgaver ved eksterne beredskabshændelser.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------	-------------

<b>Indikator 2</b>	Der foreligger en plan for personaleuddannelse, der som minimum omfatter gennemførelse af beredskabsøvelser.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Alle ledere og medarbejdere kender egne opgaver og ansvar i tilfælde af aktivering af beredskabsplanen.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	*Der foreligger en ajourført liste over indkaldelse af personale ved eksterne beredskabshændelser.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	*Der gennemføres personaleuddannelse i overensstemmelse med sygehusets plan.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 6</b>	*Der afholdes beredskabsøvelser med faste intervaller.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 7</b>	Der udarbejdes rapporter efter faktiske beredskabshændelser og beredskabsøvelser. Rapporten analyserer og beskriver, hvor beredskabsplanen blev iværksat som planlagt, og hvor beredskabsøvelsen eller den faktiske hændelse viste, at planen ikke fungerede som forventet.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 8</b>	Hvis der i rapporterne konstateres mangler i beredskabet, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 1.6.3 Interne beredskabshændelser (2/2)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger en lettilgængelig plan for interne beredskabshændelser, der beskriver lederes og medarbejderes pligter og opgaver ved interne beredskabshændelser. Planen for interne beredskabshændelser ajourføres ved ændringer, der påvirker planen.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger en plan for personaleuddannelse, der som minimum sikrer medarbejdernes kompetencer inden for brandsikring i forhold til behov.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Alle ledere og medarbejdere kender egne opgaver og ansvar i tilfælde af aktivering af planen for interne beredskabshændelser.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	*Der gennemføres personaleuddannelse i overensstemmelse med sygehusets plan.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	*Der afholdes interne beredskabsøvelser med faste intervaller.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 6</b>	Der udarbejdes rapporter efter faktiske interne beredskabshændelser. Rapporten analyserer og beskriver, hvor planen for interne beredskabshændelser blev iværksat som planlagt samt hvor planen ikke fungerede som forventet.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

**Indikator 7** Hvis der i rapporterne konstateres mangler i beredskabet, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. **HO Helt opfyldt**

Opfølgning:

### 1.7.1 Anskaffelse og implementering af apparatur til klinisk brug (1/4)

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for anskaffelse, afprøvning og implementering af apparatur til klinisk brug, der tager højde for de administrative, kliniske og medicotekniske forhold. **HO Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 2** Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse. **HO Helt opfyldt**

Opfølgning:

### 1.7.2 Håndtering af apparatur til klinisk brug (2/4)

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for systematisk uddannelse i håndteringen af apparatur til klinisk brug. **NO I nogen grad opfyldt**

Der er ingen retningslinje, der specifik fortæller om uddannelsen. Der er lidt beskrevet i retningslinjen omkring anskaffelse af apparatur.

Opfølgning: Interview

Sygehuset fremsender en retningslinje.

**Indikator 2** Der forefindes i afdelingerne lettilgængelige vejledninger og brugsanvisninger til relevant apparatur til klinisk brug. **HO Helt opfyldt**

Opfølgning:

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

Opfølgning:

### 1.7.3 Kontrol, vedligehold, reparation og udfasning af apparatur til klinisk brug (3/4)

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for forebyggende vedligehold og kontrol af apparatur til klinisk brug. **HO Helt opfyldt**

Opfølgning:



<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for håndtering af fejlramt apparatur til klinisk brug.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	Der gennemføres uddannelse af relevant klinisk og teknisk personale i forebyggende vedligehold, reparation og kontrol af apparatur.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	Apparatur til klinisk brug kontrolleres og vedligeholdes i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	Der forefindes en ajourført registrering af alt apparatur til klinisk brug samt dokumentation af: forebyggende vedligehold og kontrol inden for fastsatte tidsrammer udførte reparationer apparaturets forventede levetid eventuelle softwareændringer	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

#### 1.7.4 Forsyning af utensilier (4/4)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for bestilling, modtagelse og opbevaring af utensilier.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for opfølgning på kvalitetsbrist i forbindelse med modtagelse af utensilier.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	Sygehuset beskriver forholdsregler i situationer med svigt af forsyninger af utensilier.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

<b>Indikator 4</b>	Utensilier bestilles og rekvireres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	Der følges op på kvalitetsbrist i forbindelse med modtagelse af utensilier i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 6</b>	Relevante ledere og medarbejdere kender forholdsreglerne for situationer med svigt af utensilier.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 1.8.1 Sygehusets sikkerhed og tilgængelighed (1/5)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger planer for løbende sikring af bygningers og udenomsarealers sikkerhed og tilgængelighed.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Sygehuset er forsynet med tydelig og opdateret skiltning, herunder både sikkerhedsskiltning og vejledende skiltning.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	Sygehuset har planlagt foranstaltninger for at sikre fremkommeligheden under forskellige vejrforhold. Indsatsen baseres på en risikovurdering.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	Sygehuset har gennemført foranstaltninger for at sikre mod uberettiget adgang (tyveri og overfald). Indsatsen baseres på en risikovurdering.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

**Indikator 5** Sygehusets bygninger og udenomsarealer vedligeholdes således, at bygninger og adgangsveje ikke er til fare for personer. Indsatsen baseres på en risikovurdering. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 6** \*Sygehuset har gennemført foranstaltninger for at forebygge brand. Foranstaltningerne omfatter sikker opbevaring af brandbare varer. Indsatsen baseres på en risikovurdering. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 7** \*Sygehuset har planlagt foranstaltninger, der gør det muligt at bekæmpe en brand og som beskytter patienter og personale mod konsekvenserne af brand, herunder sikring af flugtveje og tilstedeværelse af brandslukningsudstyr. Indsatsen baseres på en risikovurdering. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 8** Forud for større om- og nybygninger gennemføres en risikovurdering af byggefasen, inklusive vurdering af hygiejne og brandsikkerheden. På grundlag af denne iværksættes relevante sikkerhedsforanstaltninger. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

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

**Indikator 1** Sygehuset har en proces for vurdering af, om bygninger og lokaler til patientbehandling er egnede til det tiltænkte formål. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 2** Forud for nybygning og større ombygninger samt ved væsentlige ændringer i anvendelsen af lokaler til patientbehandling, vurderes bygningers og lokalers egnethed i forhold til det tiltænkte formål.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

### 1.8.3 Håndtering af affald (3/5)

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for håndtering, opbevaring og bortskaffelse af affald, herunder klinisk risikoaffald.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for håndtering, opbevaring og bortskaffelse af kemikalier og isotoper.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 3** Klinisk risikoaffald håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 4** Kemikalier og isotoper håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

### 1.8.4 Tekniske forsyninger (4/5)

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for drift, vedligehold, kontrol og forebyggelse af driftsstop af tekniske forsyninger. Retningslinjerne er baseret på en risikovurdering.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 2** Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

<b>Indikator 3</b>	*Der foreligger dokumentation for mikrobiologisk og toksikologisk kontrol af brugsvand.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	Der foreligger dokumentation for kontrol af lufttryklæg, ilt, medicinske gasser og vakuum.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	Der foreligger dokumentation for kontrol af ventilationsanlæg.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 6</b>	Der foreligger dokumentation for kontrol med nødforsyning af brugsvand.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 7</b>	Der foreligger dokumentation for prøveørsler af nødstrømsanlæg.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 8</b>	Hvis der er påvist mangler i relation til tekniske forsyninger, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:




### 1.8.5 Svigt af patientkritiske tekniske forsyninger, it-systemer og kommunikationssystemer (5/5)

<b>Indikator 1</b>	I hver afdeling foreligger retningslinjer, der beskriver opgaver og pligter i forbindelse med svigt af patientkritiske tekniske forsyninger samt it- og kommunikationssystemer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------


<b>Indikator 2</b>	*Ledere og medarbejdere kender egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske tekniske forsyninger.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Ledere og medarbejdere kender egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske it-systemer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	*Ledere og medarbejdere kender egne opgaver og ansvar ved svigt af patientkritiske kommunikationssystemer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	Efter hændelser med større svigt af patientkritiske tekniske forsyninger samt it- og kommunikationssystemer udarbejdes rapporter, hvori hændelsen analyseres.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 6</b>	Hvis der i rapporter konstateres mangler i håndteringen af svigt af patientkritiske tekniske forsyninger samt it- og kommunikationssystemer, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 2.1.1 Informeret samtykke (1/5)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for indhentning af informeret samtykke.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

<b>Indikator 2</b>	*Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan de indhenter informeret samtykke til behandling; og ved interviews med patienter kan de redegøre for, at de har fået information fra sundhedspersonalet og at de har samtykket til behandling.	 <b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	Der foreligger dokumentation for indhentning af informeret samtykke i forbindelse med forskningsprojekter.	 <b>Ikke relevant</b>	Ingen forskning på sygehuset.	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	Der foreligger dokumentation for indhentning af informeret samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger, undtagen når dette ifølge lovgivningen ikke er påkrævet.	 <b>I betydelig grad opfyldt</b>	Der er dokumenteret samtykke i de fleste tilfælde, men ikke altid. Dette understøttes af journalaudit.	Opfølgning:

### 2.1.2 Patientens og pårørendes inddragelse som partnere (2/5)

<b>Indikator 1</b>	Sygehuset har en politik for, hvorledes man aktivt inddrager patienter og pårørende som partnere ved planlægning og gennemførelse af behandlingen.	 <b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:
--------------------	--	---	--	-------------

<b>Indikator 2</b>	<p>Politikken suppleres med retningslinjer, der beskriver håndteringen af:</p> <p>inddragelse af unge under 15 år samt gruppen af 15-17-årige specielle forhold reguleret i psykiatrilovens bestemmelser</p> <p>forholdsregler, der tilgodeser patientkategorier, som ikke selv kan tage stilling – eksempelvis bevidstløse og demente patienter</p> <p>forholdsregler, der tilgodeser patientkategorier med høre- og formuleringshandicap</p> <p>forudgående fravalg af livsforlængende behandling</p> <p>information og inddragelse af pårørende med respekt for patientens rettigheder til fortrolighed om helbredsoplysninger</p> <p>pårørendes selvstændige rettigheder til generel information om sygdommen</p>	<div style="background-color: #008000; color: white; padding: 2px 5px; display: inline-block;"><b>HO</b></div>	<b>Helt opfyldt</b>
--------------------	---	--	---------------------

Opfølgning:

<b>Indikator 3</b>	<p>Sygehuset planlægger og gennemfører behandlingen med patienten og pårørende som partnere i overensstemmelse med dets politik.</p>	<div style="background-color: #008000; color: white; padding: 2px 5px; display: inline-block;"><b>HO</b></div>	<b>Helt opfyldt</b>
--------------------	--	--	---------------------

Opfølgning:

#### 2.1.4 Religiøs og kulturel støtte til patienter og pårørende (3/5)

<b>Indikator 1</b>	<p>Sygehusets kosttilbud tager hensyn til patienternes religiøse baggrund.</p>	<div style="background-color: #008000; color: white; padding: 2px 5px; display: inline-block;"><b>HO</b></div>	<b>Helt opfyldt</b>
--------------------	--	--	---------------------

Opfølgning:

<b>Indikator 2</b>	<p>Der tages hensyn til patienternes blufærdighed.</p>	<div style="background-color: #008000; color: white; padding: 2px 5px; display: inline-block;"><b>HO</b></div>	<b>Helt opfyldt</b>
--------------------	--	--	---------------------

Opfølgning:



**Indikator 3** Sygehuset tilbyder eksistentiel eller åndelig støtte til patienter og pårørende under indlæggelsen. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

### 2.2.1 Vigtige samtaler med patienten og pårørende (4/5)

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for rammerne for vigtige samtaler med patienten og/eller pårørende. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

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

Opfølgning:

**Indikator 3** Vigtige samtaler med patienter og/eller pårørende foregår i rammer, der er i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 4** Personalet indtænker ved vigtige samtaler behovet for tolkebistand, hvor det er relevant. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 5** Personalet håndterer vigtige samtaler i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

### 2.2.2 Skriftlig information om behandlingsforløb og patientrettigheder (5/5)

**Indikator 1** Der er udarbejdet skriftligt eller elektronisk informationsmateriale om patientrettigheder på de sprog, sygehuset har defineret. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 2** Der er udarbejdet skriftligt eller elektronisk informationsmateriale om patientforløb, hvor sygehuset har defineret, at der er behov for dette og på de sprog sygehuset har defineret. **HO Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 3** Der udleveres relevant skriftligt materiale til patienter og/eller pårørende. **HO Helt opfyldt**

Opfølgning:

#### 2.4.1 Henvisninger (1/1)

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for indholdet af henvisninger af såvel akutte som elektivt henviste patienter til sygehusets ydelser. **HO Helt opfyldt**

Opfølgning:

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

Opfølgning:

#### 2.7.3 Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (1/5)

- *Standarden er ikke relevant: Ingen psykiatri på sygehuset.*

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for anvendelse af tvang, der er i overensstemmelse med gældende lovgivning.

Opfølgning:

**Indikator 2** \*Frihedsberøvelse og anden tvang udføres og dokumenteres i overensstemmelse med retningslinjerne og gældende lovgivning.

Opfølgning:

**Indikator 3** Sygehuset gennemgår hvert halve år 20 journaler fra patienter, der har været udsat for frihedsberøvelse eller anden tvang. Ved gennemgangen afklares, om der foreligger en tvangsprotokol, der opfylder gældende regler og lovgivning.

Opfølgning:

**Indikator 4** Sygehuset gennemgår hvert halve år journalerne fra de patienter, der har været udsat for frihedsberøvelse eller anden tvang. Ved gennemgangen afklares, om der er dokumentation for, at der er afholdt opfølgende samtale med patienten efter tvang. Der gennemgås maksimalt 20 journaler. Hvis tvang har været anvendt i mere end 20 forløb, gennemgås en tilfældig stikprøve på 20 journaler.

Opfølgning:

**Indikator 5** Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af anvendelsen af frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag. Indikatoren er ikke relevant, hvis sygehuset opfylder de opstillede kvalitetsmål.

Opfølgning:

## 2.7.4 Forebyggelse af selvmordsrisiko (2/5)

- *Standarden er ikke relevant: Ingen psykiatri på sygehuset.*

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for selvmordsforebyggelse, som er udarbejdet med inddragelse af "det støttende og ledsagende princip".	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	*Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse.	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	Der gennemføres analyse af årsager ved selvmord og selvmordsforsøg på sygehuset.	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	Sygehuset har gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten af overvågning af selvmordsrisiko eller for at fastholde et allerede højt kvalitetsniveau.	Opfølgning:

## 2.7.5 Smertevurdering og -behandling (3/5)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for smertevurdering og -behandling.	<b>HO</b> Helt opfyldt	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	*Når sygehusets retningslinjer kræver en smertevurdering eller en plan for smertebehandling, dokumenteres disse i patientjournalen.	<b>HO</b> Helt opfyldt	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Effekt og revurdering af smertebehandling dokumenteres i patientjournalen.	<b>HO</b> Helt opfyldt	Opfølgning:

## 2.7.6 Behandling af den enkelte akutte patient (4/5)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for den indledende vurdering af patienten. Retningslinjerne beskriver indhold af og tidsfrist for vurderingen.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for udarbejdelse og indhold af behandlingsplan for den enkelte akutte patient, herunder observationsplan for den efterfølgende periode. Planen udarbejdes så vidt muligt med inddragelse af patienten og eventuelle pårørende.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Der foretages en indledende vurdering af patienten ved ankomsten til sygehuset.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	*Der foreligger en behandlingsplan for den enkelte patient. Behandlingsplanen er udarbejdet inden for den af sygehuset fastsatte tidsramme og inkluderer observationsplan.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	*Den enkelte patient revurderes i henhold til sygehusets retningslinjer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

## 2.7.7 Behandling af den elektivt henviste patient (5/5)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for modtagelse og visitation af en henvisning.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------	-------------

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for indkaldelse af elektivt henviste patienter til behandling. Retningslinjerne sikrer, at indholdet af indkaldelsesbreve og tilsvarende, opfylder krav i lovgivning og aftaler. Retningslinjerne sikrer, at tidsfrister i lovgivning og aftaler overholdes. **HO Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 3** Der foreligger retningslinjer for udarbejdelse og indhold af behandlingsplan for den enkelte elektivt henviste patient. Planen kan være et standardiseret program, der i relevant omfang tilpasses i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende. **HO Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 4** Der foreligger retningslinjer for, hvornår en behandlingsplan revurderes. **HO Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 5** Visitation af modtagne henvisninger foregår i henhold til sygehusets retningslinjer. **HO Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 6** Elektivt henviste patienter indkaldes til behandling i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer. **HO Helt opfyldt**


Opfølgning:


**Indikator 7** Der foreligger en behandlingsplan for den enkelte patient. Behandlingsplanen er udarbejdet inden for den af sygehuset fastsatte tidsramme. **HO Helt opfyldt**


Opfølgning:

<b>Indikator 8</b>	Den enkelte behandlingsplan revurderes i henhold til sygehusets retningslinjer.		<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	---	---------------------	-------------


### 2.8.2 Rekvisition af og prøvetagning til paraklinisk undersøgelse (1/3)


<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer fra hver paraklinisk afdeling for rekvisition af undersøgelse.		<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	--	---	---------------------	-------------

<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer fra hver paraklinisk afdeling for udtagelse af prøver til undersøgelse.		<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	---	---------------------	-------------


<b>Indikator 3</b>	Der foreligger retningslinjer fra hver paraklinisk afdeling for håndtering af diagnostisk materiale efter udtagelse.		<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	--	---	---------------------	-------------

<b>Indikator 4</b>	Parakliniske undersøgelser rekvireres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.		<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	--	---	---------------------	-------------

<b>Indikator 5</b>	Prøver til parakliniske undersøgelser udtages i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.		<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	--	---	---------------------	-------------

<b>Indikator 6</b>	Diagnostisk materiale håndteres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 3.		<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	--	---	---------------------	-------------






### 2.8.5 Undersøgelser udført uden for diagnostisk afdeling (2/3)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for kvalitetssikring af diagnostiske undersøgelser, der udføres uden for diagnostisk afdeling.		<b>Ikke opfyldt</b>	Der foreligger ikke retningslinje for kvalitetssikring af blodsukkerapparat, som bruges på afdelingen af personalet der.	Opfølgning: Interview	Sygehuset fremsender en retningslinje.
--------------------	--	---	---------------------	--	-----------------------	--

<b>Indikator 2</b>	*Personale, der udfører diagnostiske undersøgelser uden for diagnostiske afdelinger, opnår og opretholder de rette kompetencer.	 <b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:	
<b>Indikator 3</b>	*Ansvar for kvalitetssikring, kalibrering og korrekt anvendelse af udstyr er entydigt placeret og kendt af relevant personale.	 <b>Ikke opfyldt</b>	Der er ikke entydig ansvarsplacering for kvalitetssikring af apparatet.	Opfølgning: Interview	Dette skal fremgå af ovennævnte retningslinje, implementeringen, er jeg ikke i tvivl om, vil foregå efterfølgende.
<b>Indikator 4</b>	*Ansvar for tolkning og dokumentation af resultater af undersøgelserne er entydigt placeret og kendt af relevant personale.	 <b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:	

### 2.8.6 Rettidig reaktion på prøve-svar og undersøgelsesresultater (3/3) #

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for afgivelse af svar på prøver og undersøgelser.	 <b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:	
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for modtagelse af svar på prøver og undersøgelser.	 <b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:	
<b>Indikator 3</b>	*Svar på prøver og undersøgelser afgives i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.	 <b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:	
<b>Indikator 4</b>	*Der kvitteres for modtagelse af svar på prøver og undersøgelser.	 <b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:	
<b>Indikator 5</b>	*Ved modtagelse af svar på prøver og undersøgelser, der kræver akut indsats, reageres rettidigt.	 <b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:	



**Indikator 6** \*For hver patient er det registreret, hvilke prøver og undersøgelser, der er rekvireret, og for hvilke svar er modtaget.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

## 2.9.1 Lægemiddelordination (1/7) #

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer fælles for sygehuset for lægemiddelordination. Retningslinjerne beskriver som minimum krav til dokumentation af følgende ved lægemiddelordination:  
Patientinformation  
Indikation ved nye ordinationer  
Lægemidlets navn  
Lægemiddelform og -styrke  
Dosering (mængde, hyppighed, tidspunkt for administration og behandlingsvarighed (om muligt))  
Administrationsmåde  
Navnet på den ordinerende person  
Årsag til afvigelse fra standardsortiment  
Modtagelse af telefonordinationer  
Løbende monitorering af effekt og bivirkninger  
Tvangsmedicinering

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

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

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

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

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

<b>Indikator 4</b>	*Indikationer for lægemiddelordinationer dokumenteres i patientjournalen.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	*De enkelte lægemiddelordinationer er i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 6</b>	*Udstedte recepter er i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 2.9.2 Lægemiddeldispensering (2/7) #

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer fælles for sygehuset, der beskriver dispensering af lægemidler.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	*Der udføres kontrol af vanskelige, individuelle dosisberegninger.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Ophældte lægemidler og afmålte injektions-/infusionsvæsker mærkes.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	*Lægemiddeldispensering dokumenteres i det enstrengede lægemiddeldokumentations system.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 2.9.3 Lægemiddeladministration (3/7) #

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer fælles for sygehuset, der beskriver lægemiddeladministration.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

<b>Indikator 2</b>	*Der udføres kontrol for at sikre, at lægemidlet administreres på den ordinerede måde.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Lægemiddeladministration en dokumenteres i det enstrengede lægemiddeldokumentations system.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	*Lægemidlers virkning og bivirkninger vurderes.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	*Lægemiddelbivirkninger rapporteres til Lægemiddelstyrelsen.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 2.9.5 Opbevaring af lægemidler (4/7)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer fælles for sygehuset for opbevaring af sygehusets lægemidler.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:	
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer fælles for sygehuset for opbevaring af patientens medbragte lægemidler samt patientadministrerede lægemidler.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:	
<b>Indikator 3</b>	Lægemidler opbevares ved den rette temperatur. Dette dokumenteres fx i form af logbøger.	<b>BO</b>	<b>I betydelig grad opfyldt</b>	Et medicinrum for varmt over længere tid. Alle øvrige opbevaringer OK.	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	Patientadministrerede lægemidler er kun tilgængelige for den pågældende patient og personalet.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Ingen patientadministreret medicin.	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	Lægemidler returneres, når udløbsdatoen er overskredet.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:	

<b>Indikator 6</b>	Afdelingen dokumenterer, at der med faste intervaller udføres medicinskabseftersyn.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:	
<b>Indikator 7</b>	Hvis der ved medicinskabseftersyn er påvist mangler, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag.	<b>NO</b>	<b>I nogen grad opfyldt</b>	Der er påvist mangler ved medicinskabseftersyn, da køleskab i medicinrum afgav for meget varme og temperaturen således var for høj. Sygehuset har påbegyndt tiltag ved at opsætte en blæser.	Opfølgning: Interview	Der fremsendes beskrivelse af hvilke tiltag der er gjort.

### 2.9.6 Lægemidler til akutte situationer (5/7)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer, der beskriver, hvordan tilgængeligheden af lægemidler til anvendelse i akutte situationer sikres.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:	
<b>Indikator 2</b>	Akutbakkerne forefindes og kontrolleres i henhold til retningslinjerne.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:	
<b>Indikator 3</b>	Akutbakker er tilgængelige for relevant personale i akutte situationer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:	
<b>Indikator 4</b>	Kontrollen af akutbakkerne dokumenteres i en logbog og specielt bemærkes, at akutbakker er opfyldt efter anbrud.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>		Opfølgning:	

**Indikator 5** Hvis der ved kontrollen er påvist mangler i tilgængelighed og indhold af akutbakker, er der gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene er vurderet, og man har enten konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man har igangsat nye korrigerende tiltag.

HO

**Helt opfyldt**

Opfølgning:

### 2.9.7 Systematisk indsats for at nedbringe polyfarmaci (6/7)

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer fælles for sygehuset, der beskriver hvordan, hvornår og hvem, der foretager og dokumenterer medicingennemgang for at nedbringe polyfarmaci. Retningslinjerne definerer ligeledes kriterier for, hvornår patienter skal have foretaget medicingennemgang for at nedbringe polyfarmaci. Retningslinjerne definerer endvidere kriterier for, hvornår der foretages medicingennemgang for patienter med kroniske lidelser, der ses i ambulante forløb. Hvis ansvaret deles med primærsektoren, dokumenteres ansvars- og opgavefordelingen.

HO

**Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 2** \*Der foretages medicingennemgang for at nedbringe polyfarmaci i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.

HO

**Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 3** \*Medicingennemgangen dokumenteres i patientjournalen.

HO

**Helt opfyldt**

Opfølgning:

## 2.9.8 Forsyning af lægemidler (7/7)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for bestilling og modtagelse af lægemidler både ved planlagte og akutte situationer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Sygehuset beskriver forholdsregler i situationer med svigt af forsyninger af lægemidler.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	Lægemidler bestilles og rekvireres i overensstemmelse med retningslinjerne.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	Der følges op på leverancesvigt og fejlløst leverancer i forbindelse med modtagelse af lægemidler.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	Relevante ledere og medarbejdere kender forholdsreglerne for situationer med svigt af forsyninger af lægemidler.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

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

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for observation og opfølgning på observationsfund.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer, som overordnet beskriver, hvilke patienter, der kan modtages på intensivt terapiafsnit, samt hvordan man forholder sig, når en patient ønskes overflyttet dertil.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Der er ikke intensiv afdeling på øen. Retningslinje for traumemodtagelse og ledsaget patienttransport rummer beskrivelse. Opfølgning:

**Indikator 3** \*Patienter observeres i overensstemmelse med retningslinjerne. **HO** Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 4** \*Ved interview kan medarbejderne redegøre for deres egne opgaver ved kritisk forværring af patientens tilstand, herunder for tilkald af assistance, yderligere vurdering af patienten, tilkald af bistand fra andre afdelinger, og overflytning til intensivt terapiafsnit. **HO** Helt opfyldt

Opfølgning:

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

- *Standarden er ikke relevant: Ingen sedation uden medvirken af anæstesiologisk personale på sygehuset.*

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for sedation af patienter i forbindelse med procedurer foretaget uden medvirken af anæstesiologisk personale.

Opfølgning:

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

Opfølgning:

**Indikator 3** \*Patienter, der i forbindelse med procedurer sederes uden anæstesiologisk medvirken, overvåges i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.

Opfølgning:

### 2.11.1 Vurdering forud for procedurer i anæstesi (1/4)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for vurdering forud for procedurer i anæstesi. Retningslinjerne er fælles for den anæstesiologiske afdeling og for den eller de afdelinger, der er ansvarlige for at gennemføre procedurerne.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	*Patienter vurderes forud for en procedure i anæstesi af den behandlende afdeling i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Patienter vurderes forud for en procedure i anæstesi af den anæstesiologiske afdeling i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

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

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for planlægning af det postanæstesiologiske overvågningsforløb.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for afslutning af det postanæstesiologiske overvågningsforløb.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Postanæstesiologiske overvågningsforløb planlægges og gennemføres i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:



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

Opfølgning:

### 2.11.5 Sikker kirurgi (3/4) #

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer, der understøtter sikker gennemførelse af operative, invasive indgreb under fuld eller delvis anæstesi, hvor der er anæstesipersonale tilstede. Retningslinjerne baserer sig på WHO's "Sikker Kirurgi". Der er udarbejdet tjeklister, som kan være tilpasset konkrete procedurer. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 2** \*Ledere og medarbejdere gennemfører tiltagene i sygehusets tjekliste i forbindelse med operative, invasive indgreb under fuld eller delvis anæstesi, hvor der er anæstesipersonale tilstede. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

### 2.11.6 Infusion med blodkomponenter (4/4)

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for procedure for identifikation af patient og blodprøve/blodkomponent. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for indikation til behandling med **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 3** Der foreligger retningslinjer for observation, registrering samt indberetning af bivirkninger og komplikationer. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 4** \*Indikation for blodtransfusion dokumenteres i patientjournalen. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

**Indikator 5** \*Blodtransfusion udføres i overensstemmelse med Vejledning om blodtransfusion. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

### 2.13.1 Hjertestopbehandling (1/1) #

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer fælles for hele sygehuset for hjertestopbehandling (hjerte-lungeredning) for voksne, børn og nyfødte. Retningslinjerne udarbejdes i overensstemmelse med de nyeste nationale guidelines. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

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

Opfølgning:

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

Opfølgning:

**Indikator 4** \*Det dokumenteres, at personalet har gennemført uddannelse og vedligeholdelsestræning i forhold til hjertestopbehandling på det niveau, ledelsen har besluttet. **HO** **Helt opfyldt**

Opfølgning:

### 2.14.1 Ernæringscreening, plan og opfølgning (1/1)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for ernæringscreening med henblik på identifikation af patienter i ernæringsmæssig risiko.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Det foreligger retningslinjer for iværksættelse af plan for ernæring og opfølgning for patienter i ernæringsmæssig risiko. Hvis indsatsen sker i samarbejde med eksterne parter, beskrives opgave- og ansvarsfordeling.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	Der foretages ernæringscreening i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	*Patienter i ernæringsmæssig risiko, der har direkte betydning for behandlingsresultat, tilbydes relevant intervention (plan for ernæring). Øvrige patienter i ernæringsmæssig risiko tilbydes intervention eller rådgivning om, hvor relevant intervention kan fås.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	Plan for ernæring og opfølgning dokumenteres i patientjournalen.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 2.15.1 Genoptræning (1/1)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for, hvorledes sygehuset identificerer patienter med behov for genoptræning og for, hvorledes der udarbejdes genoptræningsplaner for disse.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for deres opgaver med at sikre, at patienter med genoptræningsbehov får udarbejdet en genoptræningsplan og for at iværksætte genoptræning efter planen.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	For patienter, der har behov for genoptræning, foreligger der en genoptræningsplan.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

### 2.16.2 Forebyggelse og sundhedsfremme (1/1)

<b>Indikator 1</b>	Sygehuset har en politik for forebyggelse og sundhedsfremme, der beskriver definerede mål og prioriteringer for indsatsen på området samt hvorledes disse synliggøres over for medarbejdere, patienter og pårørende.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	--	-----------	---------------------	-------------

**Indikator 2** Der foreligger retningslinjer for vurdering af sundhedsmæssig risiko hos patienter, som beskriver, hvorledes sygehuset identificerer patienter, hvor en intervention i forhold til livsstilsfaktorer har betydning for resultatet af patientforløbet, eller hvor livsstilsfaktorer i øvrigt udgør en betydelig risiko for patienten.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 3** Der foreligger retningslinjer for gennemførelse af intervention vedrørende livsstilsfaktorer, som har betydning for resultatet af patientforløbet, eller hvor livsstilsfaktorer i øvrigt udgør en risiko for patienten. Hvis interventionen sker i samarbejde med eksterne parter, beskrives opgave- og ansvarsfordeling.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

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

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

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

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

### 2.17.2 Epikrise (1/3)

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for indholdet af og afsendelse af epikriser.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

<b>Indikator 2</b>	*Der udfærdiges epikriser efter sygehusets retningslinjer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Epikrisen afsendes i henhold til de fastsatte tidsfrister efter patientens udskrivelse, ambulante forløb eller skadestuebesøg.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

#### 2.17.4 Information ved overflytning mellem afdelinger og sygehuse (2/3)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for overflytning mellem afdelinger og sygehuse.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	*Ved overflytning overdrages relevante informationer i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Fælles journalsystem mellem sygehusene gør informationer umiddelbart tilgængelige. Opfølgning:

#### 2.17.5 Udskrivelsesplanlægning i samarbejde med patienten og videregivelse af information (3/3)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for udskrivelsesplanlægning i samarbejde med patienten.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for videregivelse af informationer i forbindelse med udskrivelse til primærsektoren.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Udskrivelse planlægges og gennemføres i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

#### 2.18.1 Patienttransport med sundhedsfaglig ledsager (1/1)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer for patienttransport med sundhedsfaglig ledsager.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
--------------------	---	-----------	---------------------	-------------

**Indikator 2** Ledelsen tager stilling til, i hvilket omfang personalet skal uddannes til at varetage ledsagelse ved patienttransport og fastsætter et uddannelsesprogram. På sygehuse, der modtager akutte patienter, skal foreligge et sådant program, medmindre sygehuset har aftaler, der placerer opgaven med at ledsage patienter andetsteds.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

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

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

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

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

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

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 6** Personalet uddannes i patienttransport i overensstemmelse med sygehusets beslutninger om dette.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

### 2.19.1 Palliativ indsats til patienter med livstruende sygdom og omsorg for patientens pårørende (1/2)

**Indikator 1** Der foreligger retningslinjer for sygehusets tilbud om palliativ indsats til patienter med livstruende sygdom samt organisering af dette i samarbejde med primærsektoren og hospice.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer for sygehusets understøttelse af patientens ønsker og behov i forbindelse med palliativ indsats.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	Der foreligger retningslinjer for sygehusets understøttelse af patientens pårørende.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	Relevante patienter tilbydes palliativ indsats i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	Relevante patienters pårørende tilbydes støtte i overensstemmelse med sygehusets retningslinjer.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:

#### 2.19.2 Værdig omgang med afdøde (2/2)

<b>Indikator 1</b>	Der foreligger retningslinjer, der sikrer overholdelse af lovgivningen i forbindelse med dødsfald.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 2</b>	Der foreligger retningslinjer, der understøtter korrekt og værdig omgang med den afdøde og dennes efterladte.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante dele af retningslinjerne og arbejder i overensstemmelse med disse.	<b>HO</b>	<b>Helt opfyldt</b>	Opfølgning:



### 3.12.1 Sygehusets anvendelse af faglige retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser (1/2)

**Indikator 1** \*Sygehuset har en proces, der sikrer, at der udarbejdes 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 Der kan forevises eksempler på faglige retningslinjer og forløbsbeskrivelser. Vurderingsvejledning: Ved vurderingen lægges hovedvægten på vurderingen af processen. Hvis antallet af faglige retningslinjer og/eller forløbsbeskrivelser åbenlyst er utilstrækkeligt i forhold til behovet, kan vurderingen dog højst blive NO.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 2** \*Sygehuset har en proces, der sikrer, at retningslinjer og forløbsbeskrivelser gennemgår en faglig hørings- og godkendelsesproces forud for den endelige ledelsesmæssige godkendelse.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 3** \*Sygehuset har en proces for samarbejdet mellem primær- og sekundærsektoren for patienter med kronisk sygdom. Aftalerne beskriver som minimum: Opgaver i forskellige faser af forløbet Entydig placering af ansvaret for alle faser i forløbet

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 4** \*Der foreligger konkrete forløbsbeskrivelser for patienter med kronisk sygdom udarbejdet som følge af processen om samarbejdet mellem primær- og sekundærsektoren for patienter med kronisk sygdom. (jf. indikator 2).

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

**Indikator 5** \*Ledere og medarbejdere har kendskab til relevante retningslinjer og forløbsbeskrivelser og arbejder i overensstemmelse med disse. I konkrete tilfælde kan det være velbegrunderet at fravige retningslinjer og forløbsbeskrivelserne. Væsentlige fravalg beskrives og begrundes i patientjournalen.

HO

Helt opfyldt

Opfølgning:

### 3.12.2 Behandling på intensiv terapienhed (2/2)

- *Standarden er ikke relevant: Ingen intensiv terapienhed på sygehuset.*

**Indikator 1** \*Der foreligger retningslinjer for diagnostik og behandling af sepsis og septisk chok. Retningslinjerne dækker sygehusets samlede indsats for behandling af disse tilstande.

Opfølgning:

<b>Indikator 2</b>	*Der foreligger retningslinjer for forebyggelse, diagnostik og behandling af ventilatorassocieret pneumoni (VAP).	Opfølgning:
<b>Indikator 3</b>	*Der foreligger retningslinjer for afdelingsspecifik (enhedsspecifik) antibiotikastrategi.	Opfølgning:
<b>Indikator 4</b>	*Der foreligger retningslinjer for intensiv delir.	Opfølgning:
<b>Indikator 5</b>	*Der foreligger retningslinjer for afdelingsspecifik (enhedsspecifik) sedationsstrategi.	Opfølgning:
<b>Indikator 6</b>	*Diagnostik og behandling af sepsis og septisk chok foregår i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 1.	Opfølgning:
<b>Indikator 7</b>	*Forebyggelse, diagnostik og behandling af ventilatorassocieret pneumoni (VAP) foregår i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 2.	Opfølgning:
<b>Indikator 8</b>	*Behandling med antibiotika foregår i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 3.	Opfølgning:
<b>Indikator 9</b>	*Behandling af intensiv delir foregår i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 4.	Opfølgning:

**Indikator 10** \*Patienterne sederes i overensstemmelse med retningslinjerne i indikator 5.

Opfølgning:

#### 4.1.1 Vold og trusler mod personale (P)

• *Standarden er ikke relevant.*

**Indikator 1** Ved interviews kan ledere og medarbejdere redegøre for, hvordan vold og trusler mod personale håndteres.

Opfølgning:

**Indikator 2** Der er et register over anmeldelser om vold og trusler.

Opfølgning:

**Indikator 3** Episoder med vold og trusler evalueres. Denne indikator vurderes under survey ikke relevant, hvis der ikke har været episoder med vold og trusler.

Opfølgning:

#### 4.1.2 Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning (P)

• *Standarden er ikke relevant.*

**Indikator 1** Ved interviews med relevante ledere kan de redegøre for, hvordan transportmidler og udrustning anskaffes.

Opfølgning:

**Indikator 2** Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan transportmidler og udrustning anvendes og vedligeholdes.

Opfølgning:

**Indikator 3** Transportmidler kontrolleres og vedligeholdes.

Opfølgning:

**Indikator 4** Udrustning kontrolleres og vedligeholdes.

Opfølgning:

#### 4.1.3 Sikkerhed under transport (P)

- *Standarden er ikke relevant.*

**Indikator 1** Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de forklare og demonstrere, hvordan transportmidler er indrettet for at opnå størst mulig sikkerhed under transport og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.

Opfølgning:

**Indikator 2** En gang årligt evalueres personskader i forbindelse med transport.

Opfølgning:

#### 4.1.4 Telemedicin (P)

- *Standarden er ikke relevant.*

**Indikator 1** Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for deres opgaver og ansvar i forbindelse med brug af telemedicin og kan demonstrere, hvordan telemedicin fungerer og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.

Opfølgning:

**Indikator 2** Kommunikationsmidler i relation til telemedicin testes regelmæssigt og dokumentation for testene kan fremvises.

Opfølgning:

**Indikator 3** To gange årligt gennemføres audit med fokus på anvendelsen af telemedicin.

Opfølgning:

**Indikator 4** En gang årligt evalueres telemedicinsk kommunikation mellem aktørerne.

Opfølgning:

#### 4.1.5 Indbringelse af patient med afvigende adfærd (P)

- *Standarden er ikke relevant.*

**Indikator 1** Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan visitation og behandling af patienter med afvigende adfærd foregår og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet. Opfølgning:

**Indikator 2** En gang årligt evalueres samarbejde med samarbejdsparter i forhold til indbringelse af patienter med afvigende adfærd. Opfølgning:

#### 4.1.6 Sundhedsfaglig visitation i AMK-vagtcentralen (P)

- *Standarden er ikke relevant.*

**Indikator 1** Der er retningslinjer for sundhedsfaglig visitation. Opfølgning:

**Indikator 2** Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan sundhedsfaglig visitation i vagtcentralen foregår og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet. Opfølgning:

**Indikator 3** To gange årligt gennemføres audit af den sundhedsfaglige rådgivning. Opfølgning:

**Indikator 4** To gange årligt gennemføres audit af, om der er afsendt korrekte typer enheder på baggrund af den sundhedsfaglige visitation. Opfølgning:

#### 4.1.7 Teknisk disponering i AMK-vagtcentralen (P)

- *Standarden er ikke relevant.*

**Indikator 1** Der er retningslinjer for teknisk disponering. Opfølgning:

**Indikator 2** Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan teknisk disponering foregår og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet. Opfølgning:

**Indikator 3** En gang årligt evalueres kommunikationen mellem de sundhedsfaglige visitatorer og de tekniske disponenter i AMK-vagtcentralen. Opfølgning:

#### 4.1.8 Melding og kommunikation (P)

• *Standarden er ikke relevant.*

**Indikator 1** Der er retningslinjer for indholdet af meldingen fra AMK-vagtcentralen. Opfølgning:

**Indikator 2** Der er retningslinjer for melding og kommunikation via meldesystemet mellem AMK-vagtcentralen og de præhospitalenheder. Opfølgning:

**Indikator 3** Ved interviews med medarbejdere kan de forklare og demonstrere, hvordan meldinger afgives og modtages. Opfølgning:

**Indikator 4** En gang årligt evaluerer AMK-vagtcentralen samarbejdet med de øvrige præhospitalaktører. Opfølgning:

#### 4.1.9 Koordinering af medicinsk behandling (P)

• *Standarden er ikke relevant.*

**Indikator 1** Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan koordination af den medicinske behandling foregår og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet. Opfølgning:


**Indikator 2** Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan gensidig assistance koordineres mellem de involverede aktører. Opfølgning:

**Indikator 3** En gang årligt evaluerer de involverede parter koordineringen af den medicinske behandling. Opfølgning:

#### 4.1.10 Afslutning af den præhospital indsats på stedet # (P)

• *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

**Indikator 1** Der er retningslinjer for afslutning af den præhospital indsats på stedet.  Ikke relevant . Opfølgning:

**Indikator 2** Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan den præhospital indsats afsluttes på stedet.  Ikke relevant . Opfølgning:

**Indikator 3** To gange årligt gennemføres audit med fokus på dokumentation af patienters afslag af eller ønske om afbrud af behandling.  Ikke relevant . Opfølgning:

#### 4.1.11 Overdragelse # (P)

• *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

**Indikator 1** Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan der videregives information om den præhospital indsats til relevant personale, når patienten overdrages.  Ikke relevant . Opfølgning:

**Indikator 2** To gange årligt gennemføres audit med fokus på overdragelse.  Ikke relevant . Opfølgning:



**Indikator 3** En gang årligt evalueres videregivelse af information om den præhospitale indsats til relevant personale, når patienter overdrages.



**Ikke relevant**

Opfølgning:

#### 4.1.12 Vurdering og behandling af patienter # (P)

- *Standarden er patientsikkerhedskritisk.*

**Indikator 1** Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan det sikres, at der foreligger regelmæssigt opdaterede generelle retningslinjer for initial vurdering og behandling og løbende observation og revurderinger, som lever op til anerkendt faglig standard og relevante nationale vejledninger og tilsvarende, og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.



**Ikke relevant**

Opfølgning:

**Indikator 2** Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan man understøtter implementeringen af retningslinjerne for initial vurdering og behandling og løbende observation og revurdering af patienten, og hvordan efterlevelsen overvåges regelmæssigt.



**Ikke relevant**

Opfølgning:

**Indikator 3** Ved interviews med medarbejderne kan de redegøre for, hvordan de opnår kendskab til indholdet af retningslinjerne for initial vurdering og behandling og løbende observation og revurdering af patienten, og hvordan de kan få adgang til retningslinjerne, hvis de under en indsats bliver i tvivl om den rette fremgangsmåde.



**Ikke relevant**

Opfølgning:

**Indikator 4** Stikprøvekontrol foretaget af surveyors viser, at der er udført initial vurdering efter ABCDE-principperne. Surveyorne udvælger på tilfældig vis et antal journaler. Journalgennemgang bekræfter, at der er udført initial vurdering efter ABCDE-principperne.



**Ikke relevant**





Opfølgning:

**Indikator 5** Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan det sikres, at der foreligger regelmæssigt opdaterede kliniske retningslinjer, baseret på bedst mulig evidensbaserede praksis for specifikke alvorlige, behandlingskrævende tilstande med udgangspunkt i prioritering efter ABCDE-principperne og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.



**Ikke relevant**

Opfølgning:

<b>Indikator 6</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan man understøtter implementeringen af evidensbaserede, kliniske retningslinjer for specifikke, alvorlige behandlingskrævende tilstande, og hvordan efterlevelsen overvåges regelmæssigt.	 <b>Ikke relevant</b>	.	Opfølgning:
<b>Indikator 7</b>	Ved interviews med medarbejderne kan de redegøre for, hvordan de opnår kendskab til indholdet af kliniske retningslinjer for specifikke, alvorlige behandlingskrævende tilstande, og hvordan de kan få adgang til retningslinjerne under en indsats.	 <b>Ikke relevant</b>	.	Opfølgning:
<b>Indikator 8</b>	Surveyorne udvælger på tilfældig vis et antal journaler. Journalgennemgang bekræfter, at patienterne er behandlet efter gældende behandlingsalgoritmer.	 <b>Ikke relevant</b>	.	Opfølgning:
<b>Indikator 9</b>	To gange årligt udføres audit med fokus på behandling af specifikke kliniske tilstande, herunder også vurdering af tidsforbrug på skadestedet.	 <b>Ikke relevant</b>	.	Opfølgning: