

## Kvalitetsovervågning Trin 3

OBS: Arket indeholder kun de standarder hvor der er krav om kvalitetsovervågning på trin 3

| Standard   | Kvalitetsovervågning Trin 3  | Kvalitetsmål  | Metode til kvalitetsovervågning                     | Frekvens   | Resultat | Dato for kvalitetsmålingen |
|--|--|---|---|--|----------|----------------------------|
| 1.2.3 - Kvalitetsovervågning (2/8)   | Forvandlingshuset rapporterer mønstre og tendenser i de monitorerede områder til relevante ledelsesniveauer. Mønstre og tendenser observeret på nationalt niveau inddrages, hvor det er relevant.          | At der er udarbejdet en kvalitetsovervågningsplan   | At anvende kvalitetsovervågningsplanen              | minimum en gang årligt, samt ved utilsigtede hændelser | 100%     | 27.01.2015                 |
| 1.2.4 - Kvalitetsforbedring (3/8)  | Forvandlingshuset overvåger løbende, om de iværksatte handleplaner har den tilsigtede effekt.  | Overvågning af om iværksatte forbedringer har den tilsigtede effekt   | At evaluere om forbedri                             | 3 måneder efter iværksatte forbedringstiltag           |          | 29.04.2015                 |
| 1.2.6 - Patientsikkerhed og risikostyring (4/8)                                | Forvandlingshuset overvåger effekten af konkrete iværksatte tiltag til risikostyring og forbedring af patientsikkerheden.  | Overvågning af om der foreligger selvmordsrisikovurdering og medicineringen, samt om der blev fulgt op på utilsigtede hændelser | Journalaudit og rapport vedr. utilsigtede hændelser | Hvert halve år, samt ved UTH                           | 100%     | 29.01.2015                 |
| 1.2.11 - Inddragelse af patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer (8/8) | Data indsamlet ved de landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser og ved lokale eller regionale aktiviteter analyseres og vurderes.   | at der evalueres i forbindelse med utilfredshed, afslutning, udeblivelse og opbør   | Den løbende dialog og journalaudit                  | Løbende  | 100%     | 29.01.2015                 |
| 1.3.2 – Patientjournalen (2/4)   | Forvandlingshuset har mål for kvaliteten af journalføringen. Sygehuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes.                                  | At der anvendes skabelon for journalføring  | Journalaudit  | Hvert halve år   | 100%     | 29.01.2015                 |
| 1.3.4 - Allergi og intolerans (3/4)  | Forvandlingshuset har mål for kvaliteten af dokumentationen af allergi og intolerans. Forvandlingshuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes. | at der forefindes dokumentation for allergi og intolerans i alle journaler.   | Journalaudit  | Hvert halve år   | 60/50%   | 29.01.2015                 |

|   |   |  |   |  |       |            |
|---|---|--|---|--|-------|------------|
| 1.5.5 - Hånd- og uniformshygiejne (4/5)   | Forvandlelingshuset har mål for kvaliteten af hånd- og uniformshygiejnen. Målene kan både være procesmål (gennemførelse af korrekte procedurer) og resultatmål (forekomst af infektioner relateret til mangler i hånd- og uniformshygiejne). Forvandlelingshuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes. | at hygiejnen har et niveau hvor der ikke spredes smitte, samt hvor der er engangshåndklæder og sprit på badeværelset                                       | Hygiejneaudit   | Årligt   | 100 % | 16.06.2015 |
| 1.5.6 - Rengøring (5/5)   | Forvandlelingshuset har mål for kvaliteten af rengøringen og overvåger løbende kvaliteten af rengøringen af lokaler og inventar. Kvalitetsovervågningen dokumenteres systematisk.   | Vores kvalitetskrav er, at alt fremstår rent i henhold til plan for rengøring og at der er afkrydset på tjeklisten for rengøring.                          | Der foretages visuel kontrol, samt kontrol af om tjeklisten er udfyldt  | Hver fredag  | 100%  | 16.06.2015 |
| 1.6.3 - Interne beredskabshændelser (2/2)   | 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.  | Alle relevante medarbejdere har kendskab til opgaver ved interne beredskabshændelser   | Rapporterer efter faktiske hændelser<br>Dokumentation for brandøvelser på listeform, samt tjek af brandudstyr Statuslister over gennemførelse af kursus hos Falck, hvert 3. år. | Rapporter; når de foreligger Brandøveseler 2 gange årligt og tjek af brandudstyr 1 gang månedligt. Kursus hvert 3. år. | 100%  | 16.06.2015 |
| 1.7.3 - Kontrol, vedligehold, reparation og udfasning af apparatur til klinisk brug (3/4) | Der forefindes en ajourført registrering af alt apparatur til klinisk brug samt dokumentation af:<br>· forebyggende vedligehold og kontrol inden for fastsatte tidsrammer<br>· udførte reparationer<br>· apparaturets forventede levetid<br>· eventuelle softwareændringer  | Blodtryksmåler har evig kalibrationsgaranti og vægt udskiftes hvert andet år.<br>Hjertestarterten er igen nem abonnement og batteriet tjekkes månedligt    | Dokumentation for indkøb og tjekliste for hjertestarter   | Begivenheder sættes i kalender. Årligt   | 100%  | 16.06.2015 |
| 2.1.1 - Informeret samtykke (1/3)   | Forvandlelingshuset har mål for kvaliteten af dokumentationen af informeret samtykke. Forvandlelingshuset indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af målene. Data analyseres og vurderes.  | Alle patienter skal give informeret samtykke på baggrund af fyldestgørende information om behandlingstilbud, samt til videregivelse af helbredsoplysninger | Journalaudit  | Hvert halve år   | 100 % | 29.01.2015 |
| 2.1.2 - Patientens og pårørendes inddragelse som partnere (2/3)                           | Forvandlelingshuset har mål for kvaliteten af inddragelsen af patienter og pårørende som partnere og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.   | At patienteres ønske om pårørendes inddragelse imødekommes og at de er inddraget i udarbejdelse af behandlingsplan   | Journalaudit  | Hvert halve år   | 100 % | 29.01.2015 |

|  |   |   |              |                   |  |            |
|--|---|---|--------------|-------------------|--|------------|
| 2.2.1 - Vigtige samtaler med patienten og pårørende (1/2)                      | Forvandlingshuset har mål for kvaliteten ved gennemførelsen af vigtige samtaler med patienten og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse. | Alle vigtige samtaler foregår face to face i fortrolighed.  | Journalaudit | Årligt            | ingen forekomst                                    | 29.01.2015 |
| 2.2.2 - Skriftlig information om behandlingsforløb og patientrettigheder (2/2) | Forvandlingshuset har mål for kvaliteten af skriftligt informationsmateriale og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.                  | Alle patienter får information om patientrettigheder. Alle patienter modtager skriftlig information om behandlingsforløb. | Journalaudit | Hvert halve år    | 100% skriftlig oplysning<br>Patientrettigheder 0 % | 29.01.2015 |
| 2.7.4 - Forebyggelse af selvmordsrisiko (2/5)                                  | Der gennemføres analyse af årsager ved selvmord og selvmordsforsøg på Forvandlingshuset.  | Der laves analyse ved hændelser   | UTH          | Når de foreligger | Ingen forekomst                                    | 29.01.2015 |
| 2.7.7 - Behandling af den elektivt henviste patient (5/5)                      | Forvandlingshuset har mål for kvaliteten af behandlingen af elektivt henviste patienter og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.       | Indkaldelse efter max 8 dage. At ventetiden fra   |              | Hvert halve år    | 100%   | 29.01.2015 |
| 2.17.2 - Epikrise (1/3)  | Forvandlingshuset har mål for tidsfristen for udsendelse af epikriser, i overensstemmelse med nationalt og regionalt fastsatte mål. Forvandlingshuset overvåger løbende overholdelse af tidsfrister for udsendelse af epikriser. Data analyseres og vurderes.                       | Senest 3 hverdage efter udskrivningsdagen sendes epikrisen til egen læge og henvisende læge                               | Journalaudit | Hvert halve år    | 75%  | 29.01.2015 |
|  | Forvandlingshuset har mål for kvaliteten af indholdet af epikriser og vurderer mindst to gange i løbet af en treårsperiode, om målet/målene er nået. Vurderingen kan baseres på kvantitative eller kvalitative metoder eller på en kombination af disse.                            | Indholdet af lægebrev skal som minimum skal lave op til standarderne beskrevet i Journalføring                            | Journalaudit | Hvert halve år    | 100 %  | 29.01.2015 |

#### Kvalitetsforbedring trin 4

| Standard  | Kvalitetsbrist   | Kvalitetsforbedringstiltag   | Prioritering | Deadline for gennemførelse                                    | Ansvarlig | Tiltag Gennemført dato | Vurdering af effekt   |
|---|--|--|--------------|---|-----------|------------------------|---|
| 1.3.4 Allergi og intolerans   | kun opfyldt ved 50 og 60 % af journalerne  | Vi vil indarbejde det i skabelonen for indledende journal                      | Højt         | senest 12. marts, dog hurtigere hvis vi får henvist patienter | Kaj       | 9.3.2015               | Det er indarbejdet i skabelon, men effekt kan ikke vurderes, da der ikke er henvist patienter |
| 2.2.2 Skriftlig information om behandlingsforløb og patientrettigheder              | Vi mangler et dokument vedr. patientrettigheder                                  | Dokumentet udarbejdes  | Højt         | senest 12. marts, dog hurtigere hvis vi får henvist patienter | Kaj       | 10.3.2015              | Er udarbejdet.  |
| 2.2.2 Skriftlig information om behandlingsforløb og patientrettigheder              | Vi mangler direkte dokumentation i journal for at vi har sendt det               | der udarbejdes skablonnotat i MyClinic   | Højt         | senest 12. marts, dog hurtigere hvis vi får henvist patienter | Katarina  | 12.3.2015              | Er udarbejdet.  |
| 1.5.6 - Rengøring   | Vi mangler dokumentation for udført kvalitetskontrol og plan for rengøring.      | Der udarbejdes instruks og kvalitetsovervågning tilføjes til tjekliste.        | Højt         | senest 29.5.2015  | Kaj       | 29.5.2015              | Er udarbejdet.  |
| 1.6.3 - Interne beredskabshændelser   | Der blev kun gennemført en brandøvelse.  | Instruks redigeres og tilpasses af virkeligheden                               |              | senest 12. marts 2015   | Katarina  | 8.3.2015               | Er udarbejdet og brandøvelse er gennemført  |
| 1.6.3 - Interne beredskabshændelser   | Vi mangler dokumentation for tjek af brandudstyr.                                | Skema udarbejdes og overvåges, dato sættes i kalender (hv. 2. mandag om måned) | Højt         | senest 1.2.2015   | Kaj       | 1.2.2015               | Er udarbejdet og det føres i skema  |
| 1.6.3 - Interne beredskabshændelser   | Mangler systematik vedr. kurser.   | Instruks redigeres og tilpasses af virkeligheden                               |              | senest 12. marts 2015   | Katarina  | 9.3.2015               | Er udarbejdet.  |
| 1.7.3 - Kontrol, vedligehold, reparation og udfasning af apparatur til klinisk brug | blodtryksmåler er ikke kalibreret.   | Indkøb af blodtryksmåler med evigheds kalibrerings-garanti                     |              |   | Katarina  | 1.2.2015               | Er gennemført   |
| 1.7.3 - Kontrol, vedligehold, reparation og udfasning af apparatur til klinisk brug | Der mangler dato for indkøb af ny vægt.  | Dato sættes i Påmindelser.   | Højt         | senest 12. marts 2015   | Katarina  | 9.2.2015               | Er planlagt   |
| 2.17.2 - Epikrise   | En epikrise blev ikke sendt til egen læge, fordi CVI blev oprettet som henviser. | Henvisninger skal oprettes elektronisk som om modtaget fra e.l.                | Højt         | hvis vi får henvist patienter                                 | Katarina  |                        | Kan ikke vurderes på grund af manglende henvisning.   |