

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Dato	Godkendt af		Begrundelse	Akkr.status
20-12-2010	jp-nævn	Jesper Poulsen	<p>Der er mangler i opfyldelsen af i alt 22 standarder. Manglerne varierer standarderne imellem og er udspecificeret under hver enkel standard i surveyrapporten. Det drejer sig om følgende standarder:</p> <p>Standarder, der er vurderet delvist opfyldt: 1.3.2, 1.5.5, 2.1.1, 2.14.1</p> <p>Standarder, der er vurderet ikke opfyldt: 1.1.5, 1.3.1, 1.3.4, 1.4.5, 1.6.1, 2.1.4, 2.7.5, 2.8.1, 2.8.6, 2.9.2, 2.9.3, 2.9.5, 2.9.6, 2.10.2, 2.16.2, 2.16.3, 3.9.1, 3.9.2</p> <p>Opfølgningen er uddybet under den enkelte standard. Fælles er dog, at der stilles krav om fokuseret genbesøg senest 6 måneder efter mødet i akkrediteringsnævnet.</p>	Akkrediteret med bemærkninger

Standarder der er delvist opfyldte	
SGH.1.03.02 (1)	Patientjournalen
SGH.1.05.05 (1)	Håndhygiejne
SGH.2.01.01 (1)	Informeret samtykke til behandling
SGH.2.14.01 (1)	Ernæringscreening

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standarder der er ikke opfyldte	
SGH.1.01.05 (1)	Datasikkerhed og -fortrolighed
SGH.1.03.01 (1)	Dokumentstyring
SGH.1.03.04 (1)	Allergi og intolerans
SGH.1.04.05 (1)	Uddannelse og kompetenceudvikling
SGH.1.06.01 (1)	Beredskabsplan
SGH.2.01.04 (1)	Religiøs og kulturel støtte til patienter
SGH.2.07.05 (1)	Smertevurdering og -behandling
SGH.2.08.01 (1)	Planlægning af udredningsforløb
SGH.2.08.06 (1)	Rettidig reaktion på prøvesvar
SGH.2.09.02 (1)	Lægemedeldispensering
SGH.2.09.03 (1)	Lægemedeladministration
SGH.2.09.05 (1)	Opbevaring af lægemidler
SGH.2.09.06 (1)	Lægemedler til akutte situationer
SGH.2.10.02 (1)	Sedation af patienter i forbindelse med invasive procedurer uden medvirken af anæstesiologisk personale
SGH.2.16.02 (1)	Identifikation af sundhedsmæssig risiko
SGH.2.16.03 (1)	Intervention over for patienter med sundhedsmæssig risiko
SGH.3.09.01 (1)	Akut blødende mavesår
SGH.3.09.02 (1)	Perforation af mavesår

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.01.01 Virksomhedsgrundlag (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Virksomhedsgrundlag	1 Helt opfyldt		
	02	Implementering af virksomhedsgrundlaget	2 Helt opfyldt		
	03	Dokumentation for implementering	3 Helt opfyldt		
	04	Kvalitetsforbedring	4 Helt opfyldt		
SGH.1.01.02 Ledelsesgrundlag (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Ledelsesgrundlag	1 Helt opfyldt		
	02	Kendskab til ledelsesgrundlaget	2 Helt opfyldt		
SGH.1.01.03 Planlægning og drift (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Aktivitets- og kvalitetsmål	1 Helt opfyldt		
	02	Krav til eksterne leverandører	1 Helt opfyldt		
	03	Ledelsesinformationssystem	1 Helt opfyldt		
	04	Feedbacksystemer	1 Helt opfyldt		
	05	Planlægning af drift	2 Delvist opfyldt	de eksterne leverandører (ISS) har ikke sikret brandkursus for deres medarbejdere, men vil sørge for at dette fremover indgår i introduktionen	
	06	Dokumentation Aktivitets- og kvalitetsmål	3 Helt opfyldt		
	07	Konkrete indsatsområder	4 Helt opfyldt		

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.01.04 Økonomistyring (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer økonomistyring	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab til retningslinjer	2	Helt opfyldt	
	03	Oversigter og årlig revision	3	Helt opfyldt	
	04	Konkrete indsatsområder	4	Helt opfyldt	
SGH.1.01.05 Datasikkerhed og -fortrolighed (1)					
			Ikke opfyldt	I flere områder på de 3 sygehuse blev det observeret, at personhenførbare data var frit tilgængelig for uvedkomne såsom patientjournaler, personalesager og whiteboards med personfølsomme data	Fokuseret genbesøg på sengeafsnit på anæstesiafd., kirurgisk afd. og dialyseafd. samt fokuseret genbesøg på medicinsk afd. i Sønderborg, neurologisk afd., øjenafd. og børneafd. med henblik på kontrol af at retningslinjen kendes og anvendes. Fokuseret genbesøg om 6 måneder
	01	Retningslinjer informationssikkerhedsarbejde	1	Helt opfyldt	
	02	Data- og informationsplan	1	Helt opfyldt	
	03	Kendskab og anvendelse af retningslinjerne	2	Ikke opfyldt	I flere områder på de 3 sygehuse blev det observeret, at personhenførbare data var frit tilgængelig for uvedkomne såsom patientjournaler, personalesager og whiteboards med personfølsomme data
	04	Dokumentation for backup	3	Helt opfyldt	
	05	Overvågning af logningslister	3	Helt opfyldt	
	06	Nødprocedurer systemnedbrud	3	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.01.05 Datasikkerhed og -fortrolighed (1)					
	07	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.1.01.06 Institutionens bygninger, forsyninger og øvrige faciliteter (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Drifts-, forsynings- og vedligeholdelsesplaner	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	<p>AFFALDSHÅNTERING: Sønderborg terminal for affald: Affaldshåndtering af vævsaffald der skal transporteres til destruktions opbevares i 6 alm. fryserne, 5 aflåste og 2 i aktivt brug. Fryserne bliver ikke monitoreret for tp og ikke rengjort. Den ene af frysernes lysmarkør for tp fungerer ikke.</p> <p>Åbenrå terminal for affald:affaldscontainere er placeret udenfor. Det medfører, at vogne der transportere affald skal køre udenfor og derefter tilbage på sygehuset igen.</p> <p>Printerpatroner Sønderbrog: dagrenovation. Der foreligger ikke en handleplan, men emnet analyseres og drøftes Åbenrå: printer patroner går retur til leverandør.</p> <p>BRAND Der kan ikke fremvises brandudstyr i sengeredningen</p>
	03	Evaluering af planernes implementering	3	Delvist opfyldt	Evaluering af planer: Der er ikke fremvist rapporter for affald, brand og forsyningsystemer
	04	Logbog rengøring	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Ikke opfyldt	Jvf trin 3 foreligger mangelfuld dokumentation som baggrund for opfyldelse og ingen handleplaner for forbedringer.

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution: sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.02.01 Kvalitetspolitik (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Kvalitetspolitik	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
SGH.1.02.02 Kvalitetsorganisation (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Kvalitetsorganisation	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab	2	Helt opfyldt	
SGH.1.02.03 Dokumentation og monitorering af kvalitet og patientsikkerhed (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Plan for dokumentation og monitorering	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Rapportering af monitorerede områder	3	Helt opfyldt	
	04	Krav til offentliggørelse	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.1.02.04 Kvalitetsforbedring (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Plan for beslutning og prioritering	1	Helt opfyldt	
	02	Arbejde efter planerne	2	Helt opfyldt	
	03	Monitorering	3	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.02.04 Kvalitetsforbedring (1)					
	04	Kvalitetsforbedring	4	Delvist opfyldt	Handleplaner opfylder i varierende grad formalia sv.t. 1.2.4
SGH.1.02.05 Anvendelse af kliniske retningslinjer (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Kliniske retningslinjer	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
SGH.1.02.06 Risikostyring (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer kliniske processer	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Dokumentation risikoområder	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.1.02.07 Patientidentifikation (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer identifikation	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Utilsigtede hændelser patientidentifikation	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.02.08 Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer utilsigtede hændelser	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og rapportering	2	Delvist opfyldt	de parakliniske afdelinger indrapporterer stort set ikke de utilsigtede hændelser der sker f.eks. forkert mærkning, forkert patient ID, forkert prøve. De har et eget rapporteringssystem
	03	Monitorering af utilsigtede hændelser	3	Helt opfyldt	
	04	Analyse af alvorlige utilsigtede hændelser	3	Delvist opfyldt	den årlige analyse omfatter ikke utilsigtede hændelser indenfor laboratorie specialerne
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.1.02.09 Omsorg for patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer omsorg efter utilsigtede hændelse	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03p	Patienttilfredshedsundersøgelse omsorg ved utilsigtet hændelse	3	Helt opfyldt	
	03s	Patienttilfredshedsundersøgelse omsorg ved utilsigtet hændelse	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.1.02.10 Patientklager og patientforsikringsager (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer patientklager og patientforsikringsager	1	Helt opfyldt	
	02	Informationsmateriale klage- og erstatningsmuligheder	1	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning	
SGH.1.02.10 Patientklager og patientforsikringsager (1)						
	03	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt		
	04	Monitorering af patientklager og patientforsikringsager	3	Helt opfyldt		
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt		
SGH.1.03.01 Dokumentstyring (1)						
				Ikke opfyldt	Efterlevelse af politikken for dokumentstyring: 1. Adskillige fund på, at personale ikke kan anvende infonet og finde retningsgivende dokumenter, som er relevante for deres funktion. Flere personaler oplyser som årsag, at de skal bruge en særlig kode (hvilket ikke er tilfældet, da systemet er lettilgængeligt via intranettet) 2. Adskillige fund af dokumenter der bruges som retningsgivende for personlet i de enkelte enheder uden at have påført dato og kender: vejledninger, instrukser, væskekemaer, diabetesskemaer. 3. der forefindes mapper med retningsgivende dokumenter som er forældede og ikke dokumentstyrere.	Fokuseret genbesøg om 6 måneder med fokus på, hvorvidt ledere og medarbejdere i praksis efterlever politikken for dokumentstyring
	01	Politik for dokumentstyring	1	Helt opfyldt		
	02	Arbejde efter politikken	2	Delvist opfyldt	Efterlevelse af politikken for dokumentstyring: 1. Adskillige fund på, at personale ikke kan anvende infonet og finde retningsgivende dokumenter, som er relevante for deres funktion. Flere personaler oplyser som årsag, at de skal bruge en særlig kode (hvilket ikke er tilfældet, da systemet er lettilgængeligt via intranettet) 2. Adskillige fund af dokumenter der bruges som retningsgivende for personlet i de enkelte enheder uden at have påført dato og godkender: vejledninger, instrukser, væskekemaer, diabetesskemaer. 3. der forefindes mapper med retningsgivende dokumenter som er forældede og ikke dokumentstyrere	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.03.02 Patientjournalen (1)					
			Delvist opfyldt	<p>Der er væsentlige mangler i jorunalføring omkring:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Allergi og intolerens - informeret samtykke - medicinafstemning - behandlingsplan/plejeplan - ernæring - indledende vurdering og behandlingsplan - rehabilitering - identifikation af intervention overfor sundhedsmæssig risiko - patientinformation og vejledning <p>Disse bliver løbende drøftet og forbedret ved korrigerende handlinger.</p>	Fokuseret genbesøg om 6 måneder med fokus på, hvorvidt manglerne i journalerne er udbedret, og at ledere og medarbejdere deraf anvender de retningsgivende dokumenter på trin 1.
	01	Retningslinjer patientjournalen	1 Helt opfyldt		
	02	Dokumentation i patientjournal	1 Delvist opfyldt	<p>Der er konstateret mangler i journalerne på følgende områder</p> <ul style="list-style-type: none"> -Allergi og intolerens -informeret samtykke -medicinafstemning - behandlingsplan/plejeplan -ernæring -indledende vurdering og behandlingsplan -rehabilitering -identifikation af intervention overfor sundhedsmæssig risiko - patientinformation og vejledning 	
	03	Kendskab og anvendelse	2 Delvist opfyldt	<p>Der mangler dokumentation jvf indikator 2:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Allergi og intolerens -informeret samtykke -medicinafstemning - behandlingsplan/plejeplan -ernæring -indledende vurdering og behandlingsplan -rehabilitering -identifikation af intervention overfor sundhedsmæssig risiko - patientinformation og vejledning 	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.03.02 Patientjournalen (1)					
	04	Journalaudit information om behandlingsplan	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.1.03.03 Ensartethed og genkendelighed (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer forkortelser og symboler	1	Helt opfyldt	
	02	Skabeloner patientrelaterede dokumenttyper	1	Delvist opfyldt	Det overordnede væskeskema som er bilag til det retningsgivende dokument er ikke mærket med godkendt og datoer. Ved udprint til brug er disse oplysninger således ikke synlige
	03	Kodevejledning	1	Helt opfyldt	
	04	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Der er fund i nogle afdelinger om brug af ældre/andre udgaver af væske og diabetesskemaer i kliniske afdelinger
SGH.1.03.04 Allergi og intolerans (1)					
				Ikke opfyldt	Retningslinjen mangler beskrivelse af dokumentation af andre allergier end medicinske. Ikke alle følger vejledningen og dokumenterer i henhold til retningslinjen. Udarbejdelse af revideret retningslinje, der indeholder både allergi og intolerans, og i øvrigt lever op til kravene i indikator 1. Sikring af at ledere og medarbejdere kender og anvender retningslinjerne. Fokuseret genbesøg om 6 måneder.

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.03.04 Allergi og intolerans (1)					
	01	Retningslinjer allergi og intolerans	1	Delvist opfyldt	Der mangler retningslinie for allergi og intolerans på de områder som ikke omhandler lægemiddelområdet: Overordnet retningslinie: Definition i retningslinien af CAVE: "CAVE betyder "Pas på". I denne sammenhæng tænkes på lægemidler og produkter, der anvendes i forbindelse med lægemiddelhåndtering, som patienten er allergisk overfor." Det retningsgivende dokument er således afgrænset til brugen af CAVE til lægemidler og ikke til andre allergier/intolerans, herunder fødemidler.
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Der er i ortopædkirurgisk afdeling 2 journalsystemer - dels har afdelingen EPJ og desuden skal der være en papirjournal hvis patienten skulle få forløb i andre afdelinger. En patient som er allergisk overfor penicillin er registreret til det i ort kir EPJ-journal, men ikke på forsiden af papirjournalen, således som retningslinien foreskriver. Der er et fund i anden afdeling hvor CAVE plaster ikke er angivet som CAVE på forsiden af journalen. På mange journaler fremgår det ikke af forsiden om CAVE er afdækket.
	03	Journalaudit allergi og intolerans	3	Helt opfyldt	
	04	Utilsigtede hændelser mangelfuld registrering	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.1.04.01 Ansættelse af personale (1)					
				Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.04.01 Ansættelse af personale (1)					
	01	Politik for ansættelse	1	Helt opfyldt	
	02	Arbejde systematisk efter politikken	2	Delvist opfyldt	Af politikken fremgår at personalet skal til en opfølgende samtale 2½ måned efter ansættelsesstart. Ved forespørgsel til personale og observatione af indtastede oplysninger i uddannelsesportalen fremgår det at dette krav ikke efterleves
	03	Stikprøve stillings- og funktionsbeskrivelser	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Delvist opfyldt	Der foreligger handleplan for forbedringer, men denne opfylder ikke DDKMS formkrav i 1.2.4 i form af konkret mål, midler til rådighed, ansvar, overvågning samt ansvar for opfølgning.
SGH.1.04.02 Ansættelse af overlæger (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer overlægestillinger	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Stikprøve overlægers stillings- og funktionsbeskrivelser	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.1.04.03 Introduktion af nyt personale (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Introduktionsprogram	1	Helt opfyldt	
	02	Deltagelse i introduktionen	2	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.04.03 Introduktion af nyt personale (1)					
	03	Dokumentation for deltagelse i introduktionen	3	Delvist opfyldt	Der er i uddannelsesportalen central sikring af gennemført fællesintroduktion via tilmelding og tjek på deltagelse for de fremmødte. De der ikke kan deltage: På tidspunktet for ekstern survey er der fund som viser at opfølgningen på restgruppen ikke er dokumenteret. Da introduktionen også omfatter brand og genoplivning har indikatoren særlig betydning for patientsikkerheden
	04	kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.1.04.04 Arbejdstilrettelæggelse (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Planer	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
SGH.1.04.05 Uddannelse og kompetenceudvikling (1)					
				Ikke opfyldt	Varierende opfyldelsesgrad af individuelle kompetenceplaner og afholdt MUS og der foreligger ikke handleplaner som opfylder 1.2.4. Gennemsnitligt har ca. 50% af medarbejderne deltaget i MUS. Det skal sikres, at der foreligger plan for kompetenceudvikling på institutions-, enheds- og individniveau, der opfylder kravene i indikator 1. Det skal sikres at der arbejdes systematisk efter planen for kompetenceudvikling. Det skal sikres, at der afholdes MUS, jf. indikator 3.
	01	Plan for kompetenceudvikling	1	Delvist opfyldt	Plan for kompetenceudvikling på institutionsniveau er opfyldt. Plan på enhedsniveau og individniveau er delvist opfyldt, men der er set eksempler på gode initiativer f.eks. dynamisk funktionsbeskrivelser. Der er adskillige fund på at der ikke foreligger kompetenceplan på individniveau.

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning	
SGH.1.04.05 Uddannelse og kompetenceudvikling (1)						
	02	Arbejde systematisk efter planen	2	Delvist opfyldt	Der er ved interview fundet personale på alle niveauer som ikke har været til MUS indenfor sidste år: - afdelingsledelsesniveau - mellemliderniveau (overlæge og afdelingssygeplejerske) - medarbejdere ansat i sygehuset Disse fund underbygges af uddannelsesportalen som viser fund af manglende MUS.	
	03	Dokumentation for medarbejderudviklingssamtaler	3	Delvist opfyldt	Uddannelsesportalen viser mangelfuld dokumentation for afholdt MUS. Imidlertid har interview med personale vist god opfyldelsesgrad, hvilket kunne tyde på at ikke alle anvender uddannelsesportalen	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Delvist opfyldt	Der foreligger ikke handleplaner som opfylder 1.2.4	
SGH.1.05.01 Hygiejnepolitik (1)						
				Helt opfyldt		
	01	Hygiejnepolitik	1	Helt opfyldt		
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt		
SGH.1.05.02 Hygiejneorganisation (1)						
				Helt opfyldt		
	01	Hygiejneorganisation	1	Helt opfyldt		
	02	Kendskab	2	Helt opfyldt		
SGH.1.05.03 Dokumentation og monitorering af nosokomielle infektioner (1)						
				Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer nosokomielle infektioner	1	Helt opfyldt		

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.05.03 Dokumentation og monitorering af nosokomielle infektioner (1)					
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	I forbindelse med shared care af patienter med CVK er der udarbejdet tjekskemaer for at undgå infektioner. Observerede skemaer var dog mangelfuldt udfyldt. Enkelte kan ikke redegøre for forholdsregler ved MRSA og nosokomielle infektioner i egen afdeling.
	03	Årsrapport hygiejneorganisationen	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.1.05.04 Procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr, tekstiler og inventar (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer procedure og arbejdsgange	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Rengøring og desinfektion af fleksible endoskoper	3	Helt opfyldt	
	04	Validering af dampautoklaver	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.1.05.05 Håndhygiejne (1)					
				Delvist opfyldt	Manglende opfyldelse på "kender-anvender"niveau hvad angår håndhygiejne, uniformsetikette, anvendelse af ure, armbåd, ringe, anvendelse af sprit og handsker. Der er lavet tiltag på baggrund af lokal observation og hygiejneaudit med indførelse af bl. belysningsbokse
					Det skal sikres at medarbejdere og ledere kender og anvender alle punkterne i retningslinjen, herunder håndhygiejne, brug af engangshandsker samt korrekt påklædning. Fokuseret genbesøg om 6 måneder
	01	Retningslinjer håndhygiejne	1	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning	
SGH.1.05.05 Håndhygiejne (1)						
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	alle surveyoerne observerede i flere situationer: Personale der ikke fulgte retningslinierne for korrekt uniformering, bar ure, ringe og armbåde. Manglende spritdispensere findes ved nogle håndvaske. Anvendelse af bølter til risikoaffald til andet formål. Manglende brug af handsker ved håndtering af urent materiale.	
	03	Observation af håndhygiejne	3	Helt opfyldt		
	04	Monitorering af håndinfektionsmidler	3	Helt opfyldt		
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt		

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.06.01 Beredskabsplan (1)					
			Ikke opfyldt	Der foreligger retningsgivende dokument for hver af de enkelte sygehuse. Samtidig har sygehuset både et infonet og intranet med dokumenter. Interview af personale i de forskellige områder, inklusiv nogle af de personer, der vil få en aktiv rolle, har vist at de er usikre på hvor de skal finde de retningsgivende dokumenter og usikre på hvordan alarmering sker og egen rolle i planen. Der foreligger ingen specifik uddannelse eller afholdelse af beredskabsøvelser eller katastrofeøvelser.	Der skal udarbejdes een beredsskabsplan der tager højde for såvel ydre katastrofer der medfører øget patientindtag, der overskrider sygehusets kapacitet såvel som indre hændelser der kræver evakuering af patienter og som beskriver arbejdsgange, ansvar og opgaver for de medarbejdere der er omfattet af beredsskabet. De retningsgivende dokumenter må udformes, således at personalet ved, hvad deres rolle er i situationer relateret til 1.6.1. Beredskabsplan. Det anbefales desuden at sikre at planen er lettilgængelig for medarbejdere og ledere for hele institutionen og at den ajourføres jf. indikator 2, samt at der foretages regelmæssige beredsskabsøvelser med efterfølgende afrapportering og feedback med henblik på kvalitetsforbedringer. Dette kontrolleres ved fokuseret genbesøg efter 6 måneder
	01	Beredskabsplan katastrofesituationer	1 Delvist opfyldt	I denne standard er det et krav på trin 1 at materialet skal være lettilgængeligt. Jvf fund i trin 2 er der uklarhed over forskellen på de to planer hos personalet. Beredskabsplanen findes i infonet under brand/katastrofeplan. Katastrofeplanen forefindes i mapper på kontorerne. Når personalet spørges til beredskabsplan bliver i flere tilfælde katastrofeplanen taget frem	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.06.01 Beredskabsplan (1)					
	02	Kendskab og ansvar	2	Ikke opfyldt	Personalet besvarer spørgsmål om beredskabsplanen ved at tage mappen med katastrofeplanen i nogle tilfælde. I andre tilfælde kan beredskabsplanen ikke fremfindes i infonet. (ligger i netbogen under katastrofeplanen). Denne usikkerhed på så vigtigt et område for patientsikkerheden vurderes som "ikke opfyldt"
	03	Plan for personaleuddannelse	2	Ikke opfyldt	Der foreligger ikke en plan for personaleuddannelse der omfatter gennemførelse af regelmæssige beredskabsøvelser
	04	Rapporter efter katastrofesituationer og beredskabsøvelser	3	Delvist opfyldt	Der foreligger rapport efter faktisk katastrofesituation. Der foreligger ikke rapporter efter beredskabsøvelser, idet disse ikke er afholdt
	05	Kvalitetsforbedring	4	Ikke opfyldt	Der er ikke fremvist rapport efter den faktiske katastrofesituation i 2008 (brand). Da der ikke afholdes beredskabsøvelser er personalets usikkerhed ikke blevet identificeret eller givet anledning til en handleplan
SGH.1.06.02 Institutionens kritiske, patientnære tekniske forsyninger (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer forsyningssikkerhed	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab til egne opgaver	2	Helt opfyldt	
	03	Rapporter efter tab af vitale forsyninger eller apparatursvigt	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.1.07.01 Anskaffelse og implementering af apparatur til klinisk brug (1)					
				Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.1.07.01 Anskaffelse og implementering af apparatur til klinisk brug (1)					
	01	Retningslinjer apparatur til klinisk brug	1	Delvist opfyldt	Der er udarbejdet en pjece, der skulle beskrive bullet 1. Den kunne ikke findes og var vist under udarbejdelse. Der findes retningslinjer i servicecentret, som mangler inddragelse af patientsikkerhedsaspektet (bullet 2). Der er forespurgt om retningslinier på intensiv, anæst., COP som er beskrevet som OK, men ikke set dokumenteret.
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
SGH.1.07.02 Håndtering af apparatur til klinisk brug (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer håndtering af apparatur til klinisk brug	1	Helt opfyldt	
	02	Program for uddannelse	2	Helt opfyldt	
	03	Dokumentation for uddannelse i højrisikoapparatur	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.1.07.03 Vedligehold, reparation og udfasning af apparatur til klinisk brug (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Planer forebyggende vedligehold og kontrol	1	Helt opfyldt	
	02	Retningslinjer apparatur til klinisk brug	1	Helt opfyldt	
	03	Uddannelse af det tekniske personale	2	Helt opfyldt	
	04	Registrering af apparatur til klinisk brug	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.01.01 Informeret samtykke til behandling (1)					
			Delvist opfyldt	Der er kendskab til retningslinie, men den blev sjældent anvendt på ITA, gyn.obst. Dokumentation af Inf.samtykke manglede i mange af de sete journaler (gyn.obst, med.afd. Sø/ha/Aa,,øjenafd.,børneafd.), og det blev anført ved interview at det ikke blev journalført konsekvent. Af samme grund har SHS afholdt fokuseret seminar herom for at bedre opfyldelsesgraden (trin 4). Tiltagene med henblik på opfyldelse sybes dog ikke tilstrækkelige.	Der skal sikres kendskab til og anvendelse af retningslinjerne blandt ledere og medarbejdere. Fokuseret genbeøsg om 6 måneder.
	01	Retningslinjer informeret samtykke	1 Helt opfyldt		
	02	Kendskab og anvendelse	2 Delvist opfyldt	Der er kendskab til retningslinie, men blev sjældent anvendt på ITA, gyn.obst. Informeret samtykke er i mange tilfælde ikke dokumenteret. Dette gælder for samtykke til behandlingsplan samt forskellige supplerende behandlinger eller undersøgelser i løbet af patientforløbet. For kirurgiske patienter er det dokumenteret i relation til "de fem trin" men ofte ikke for de medicinske patienter. Ved interview fremgår det at det også anvendes sjældent af intensiv afdelingen. Dokumentation af Inf.samtykke manglede i mange af de sete journaler (gyn.obst, med.afd. Sø/ha/Aa,,øjenafd.,børneafd.), og det blev anført ved interview at det ikke blev journalført konsekvent. Af samme grund har SHS afholdt fokuseret seminar herom for at bedre opfyldelsesgraden	
	03	Journalaudit informeret samtykke	3 Helt opfyldt		
	04	Kvalitetsforbedring	4 Helt opfyldt		
SGH.2.01.02 Patientens inddragelse i beslutninger vedrørende behandlingen (1)					
			Helt opfyldt		

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.01.02 Patientens inddragelse i beslutninger vedrørende behandlingen (1)					
	01	Retningslinjer patientinddragelse	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03p	Patienttilfredshedsundersøgelse indflydelse på behandling	3	Helt opfyldt	
	03s	Patienttilfredshedsundersøgelse inddragelse	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.01.03 Pårørendes inddragelse i patientbehandlingen (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer pårørendes inddragelse	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03p	Patienttilfredshedsundersøgelse medinddragelse	3	Helt opfyldt	
	03s	Patienttilfredshedsundersøgelse inddragelse af pårørende	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.01.04 Religiøs og kulturel støtte til patienter (1)					
				Ikke opfyldt	Den foreliggende retningslinje beskriver ikke, hvorledes institutionen identificerer og understøtter patientens og pårørendes religiøse og kulturelle behov, som det kræves på trin 1. Desuden er vurdering af religiøse og kulturelle behov kun set anvendt i børneafdelingen og ikke andre steder.
	01	Retningslinjer religiøse og kulturelle ønsker	1	Delvist opfyldt	Fokuseret genbesøg om 6 måneder. Fremvisning af retningslinje der beskriver kravene i indikator 1 og en handleplan for implementering af denne blandt ledere og medarbejdere.
					Den foreliggende retningslinje beskriver ikke, hvorledes institutionen identificerer og understøtter patientens og pårørendes religiøse og kulturelle behov.

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.01.04 Religiøs og kulturel støtte til patienter (1)					
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Vurdering af religiøse og kulturelle behov er set anvendt i børneafdelingen men ikke andre steder.
SGH.2.02.01 Vigtige samtaler med patienten (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer vigtige samtaler	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03p	Patienttilfredshedsundersøgelse uforstyrret samtale med personale	3	Helt opfyldt	
	03s	Patienttilfredshedsundersøgelse omfanget af mundtlig information	3	Helt opfyldt	
	04p	Patienttilfredshedsundersøgelse vurdering af personalets forberedelse	3	Helt opfyldt	
	04s	Patienttilfredshedsundersøgelse personalets forberedelse til planlagte samtaler	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.02.02 Skriftlig information i behandlingsforløbet (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer skriftligt/elektronisk informationsmateriale	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Dokumentation for udleveret skriftlig information eller anden information er mangelfuld i flere afdelinger. Der er fundet forældet informationsmateriale med bl.a. forkerte tlf.nr.,
	03p	Patienttilfredshedsundersøgelse skriftlig information	3	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.02.02 Skriftlig information i behandlingsforløbet (1)					
	03s	Patienttilfredshedsundersøgelse skriftlig information	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.03.01 Pakkeforløb (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Plan for nationale pakkeforløb	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Udtræk fra Sundhedsstyrelsen	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.03.02 Sundhedsfaglig kontaktperson (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer sundhedsfaglig kontaktperson	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Sygehusets afdelinger har i variende omfang implementeret de retningsgivende dokumenter. Journalauditresultater og fund viser mangelfuld opfyldelse. Patienterne er eksempelvis forespurgt om de oplever at have en kontaktperson, hvilket ofte ikke var tilfældet. Personalet er forespurgt om de kender deres rolle og var usikker herpå. Der forefindes dokumentation for at der er planlagt aktiviteter med henblik på at opnå opfyldelse på nogle områder
	03	Journalaudit sundhedsfaglig kontaktperson under indlæggelse	3	Helt opfyldt	
	04	Journalaudit sundhedsfaglig kontaktperson ambulante forløb	3	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.03.02 Sundhedsfaglig kontaktperson (1)					
	05p	Patienttilfredshedsundersøgelse tilfredshed med kontaktperson(er)	3	Helt opfyldt	
	05s	Patienttilfredshedsundersøgelse ansvar for kontinuitet, koordinering og udskrivelse	3	Helt opfyldt	
	06	Kvalitetsforbedring	4	Delvist opfyldt	Kvalitetsrådet har iværksat en række initiativer til forbedringer, men formkrav for handleplan opfyldes ikke i henhold til 1.2.4.
SGH.2.03.03 Forløbsansvar for patienter med kronisk sygdom (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Aftaler om tværsektorielt samarbejde	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
SGH.2.04.01 Henvisninger (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer henvisning	1	Helt opfyldt	
	02	Tilgængelighed af retningslinjer	2	Helt opfyldt	
	03	Journalaudit indhold i henvisning	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Delvist opfyldt	Der foreligger ikke i alle tilfælde plan for iværksættelse af konkrete tiltag til kvalitetsforbedringere
SGH.2.05.01 Visitation af akutte patienter til korrekt enhed (1)					
				Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.05.01 Visitation af akutte patienter til korrekt enhed (1)					
	01	Retningslinjer visitation af akut indlagte patienter	1	Delvist opfyldt	Enkelte afdelinger (neurologisk afdeling og Øre-næse-halsafdelingen) har ikke kunnet fremlægge generel retningslinje trin 1 og der er ikke dokumentation for iværksat aktivitet.
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Afdelinger med retningslinjer lever op til disse. Afdelinger uden retningslinjer kan ikke vurderes.
SGH.2.05.02 Indkaldelse af patienter til undersøgelse og behandling (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer indkaldelse	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Journalaudit information om dato og sted	3	Helt opfyldt	
	04	Journalaudit tid til undersøgelse/behandling	3	Helt opfyldt	
	05	Patienttilfredshedsundersøgelse information om ventetid	3	Helt opfyldt	
	06	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.06.01 Akutmodtagelser (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer modtagelse af akutte patienter	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
SGH.2.06.02 Modtagelse af elektivt henviste patienter (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer modtagelse af elektive patienter	1	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.06.02 Modtagelse af elektivt henviste patienter (1)					
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03p	Patienttilfredshedsundersøgelse tilfredshed med modtagelse	3	Helt opfyldt	
	03s	Patienttilfredshedsundersøgelse effektiv modtagelse	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.07.01 Behandlingsplan i somatikken (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer udarbejdelse og ajourføring af behandlingsplan	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Journalaudit indledende vurdering	3	Helt opfyldt	
	04	Journalaudit udarbejdelse af behandlingsplan	3	Helt opfyldt	
	05	Journalaudit indhold i behandlingsplan	3	Helt opfyldt	
	06	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.07.04 Vurdering af selvmordsrisiko (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer selvmordsforebyggelse	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	Vurderingen udført på baggrund af få observationer.
	03	Analyse af årsager ved selvmord og selvmordsforsøg	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.07.05 Smertevurdering og -behandling (1)					
			Ikke opfyldt	Retningslinjer skal indeholde alle bullets i indikator 1, og dette var ikke tilfældet over alt på SHS	De retningsgivende dokumenter skal have indarbejdet bullet 2 og 5 under indikator 1. Det skal sikres, at relevante ledere og medarbejdere kender og anvender alle kravene til retningslinjerne. Fokuseret genbesøg om 6 måneder.
	01	Retningslinjer smertebehandling	1	Delvist opfyldt	Retningslinjer skal indeholde alle bullets i indikator 1, og dette var ikke tilfældet. Flere steder med lokale instrukser manglede indarbejdelse af bullet 2 og 5.
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Mangler i det retningsgivende dokument medfører nedsat kendskab til og anvendelse af det retningsgivende dokument.
	03	Journalaudit plan for smertebehandling	3	Helt opfyldt	
	04	Journalaudit effekt af smertebehandling	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.08.01 Planlægning af udredningsforløb (1)					
			Ikke opfyldt	Der er ikke på sygehusniveau eller for mange af afdelingerne retningslinjer for udredning af udvalgte patientgrupper med komplekse forløb. Der er set lokale retningslinier som dels ikke opfylder indikator 1's krav og i flere tilfælde anvendes de heller ikke. Surveyteamet har ikke set dokumentation for at sygehuset har prioriteret, hvilke forløb, der skal udarbejdes retningslinjer for. For to af de afdelinger, hvor der findes retningslinjer for denne patientgruppe kendes de ikke.	Udarbejdelse af fyldestgørende retningslinjer for hyppige og komplekse udredningsforløb for udvalgte patientgrupper. Desuden skal udarbejdes plan for implementering af retningslinjerne samt redegørelse for at implementeringen har fundet sted. Fokuseret genbesøg om 6 måneder.

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.08.01 Planlægning af udredningsforløb (1)					
	01	Retningslinjer hyppige og komplekse udredningsforløb	1	Ikke opfyldt	Der er ikke på sygehusniveau eller for mange af afdelingerne retningslinjer for udredning af udvalgte patientgrupper med komplekse forløb. Der er set lokale retningslinier som dels ikke opfylder indikator 1's krav og i flere tilfælde anvendes de heller ikke. Surveyteamet har ikke set dokumentation for at sygehuset har prioriteret, hvilke forløb, der skal udarbejdes retningslinjer for.
	02	Kendskab og anvendelse	2	Ikke opfyldt	For to af de afdelinger, hvor der findes retningslinjer for denne patientgruppe kendes de ikke
	03p	Patienttilfredshedsundersøgelse indlæggelse godt planlagt	3	Helt opfyldt	
	03s	Patienttilfredshedsundersøgelse ventetider	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Ikke opfyldt	Der er ikke set handleplaner eller konkrete tiltag til at prioritere og udarbejde retningslinier
SGH.2.08.02 Rekvisition af og prøvetagning til diagnostisk undersøgelse (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer rekvisering af diagnostiske undersøgelser	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Utilsigtede hændelser ikke korrekt rekvisition og prøvetagning	3	Delvist opfyldt	Ikke alle utilsigtede hændelser indberettes centralt men behandles lokalt
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.08.03 Laboratorieydelse (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer laboratorieundersøgelser	1	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.08.03 Laboratorydelser (1)					
	02	Retningslinjer analyser, der ikke er omfattet af institutionens laboratoriedelser	1	Helt opfyldt	
	03	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	04	Overvågning af svartider	3	Helt opfyldt	
	05	Utilsigtede hændelser ikke korrekt mærket prøvematerialer	3	Delvist opfyldt	Ikke alle utilsigtede hændelser indberettes centralt men vurderes lokalt
	06	Liste over henvisningssteder	3	Delvist opfyldt	Foreligger på 2 ud af 4 laboratorieafdelinger
	07	Kvalitetsforbedring	4	Delvist opfyldt	der foreligger ikke en kvalitetsforbedringsplan for immunologisk afdeling
SGH.2.08.04 Billeddiagnostiske ydelser (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer billeddiagnostiske ydelser	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Logbog kontrol af personlige værnemidler	3	Helt opfyldt	
	04	Overvågning af persondosimetri	3	Helt opfyldt	
	05	Logbog konstanskontroller	3	Helt opfyldt	
	06	Overvågning af svartider	3	Helt opfyldt	
	07	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.08.05 Undersøgelser udført uden for diagnostisk enhed (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer kvalitetssikring uden for diagnostisk enhed	1	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.08.05 Undersøgelser udført uden for diagnostisk enhed (1)					
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Dokumentation for kvalitetssikring	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.08.06 Rettidig reaktion på prøvesvar (1)					
				Ikke opfyldt	På trods af udførlige retningslinier for afgivelse af svar er der ikke tilsvarende generelle retningslinier for reaktion på svar. Der er en usikker praksis med dokumentation for set svar, der forsvinder med udskiftning af LAPKA-skemaet ved ny udskrift. Der er ingen dokumentation eller overblik over om set svar også medfører rettidig reaktion. Der skal sikres kendskab til og anvendelse af retningslinier for afvigelser og modtagelse af svar på prøver og undersøgelser blandt ledere og medarbejdere. Fokuseret genbesøg efter 6 måneder
	01	Retningslinjer afvigelse og modtagelse af svar	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Laboratoriepersonalet findes generelt kompetent arbejdende iht. laboratorieafdelingernes egne faste instrukser. Der er viden om svartider som en forankret del af arbejdet. Laboratoriet dokumenterer afgivelse af svar i LABKA - Sikring af at et blodprøvesvar er set sker ved signering på LABKA-svararket. Når nyt skema udkommer forsvinder det forudgående ark - med signeringer. Iagttaget flere skemaer uden signering. Modtageafdelingens personale dokumenterer ofte ikke modtagelse og vurdering af prøvesvar. Det er personlige vaner, der skal sikre at akutte prøvesvar ses - ingen sikre rutiner. Nogle laboratorieafdelinger oplever ofte at rykket for svar på allerede afgivne svar.

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.08.06 Rettidig reaktion på prøvesvar (1)					
	03	Utilsigtede hændelser manglende rettidig reaktion	3	Delvist opfyldt	Der er ikke fremkaldt specifikke tal for antal utilsigtede hændelser som følge af manglende rettidig reaktion på prøvesvar. I årsrapport for patientsikkerhedsarbejdet er der for 2009 indrapporteret 76 UTH (skønnet fra kurve) som en samlet opgørelse over UTH fra lab. og rtg. med handleplaner. Vær opmærksom på at UTH på baggrund af manglende rettidig resktion på prøvesvar skal vurderes en gang årligt.
	04	Kvalitetsforbedring	4	Delvist opfyldt	Kvalitetsafdelingen har på basis af den hidtidige indrapporteringspraksis lavet planer for tiltag.
SGH.2.09.01 Lægemedelordination (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer lægemiddelordination	1	Delvist opfyldt	Retningslinjen indeholder ikke retningslinjer for tvangsmedicinering og retningslinjer for monitorering
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Mangler i det retningsgivende dokument vil medføre mangler i kendskab og anvendelse.
	03	Journalaudit dosering ved lægemiddelordination	3	Helt opfyldt	
	04	Utilsigtede hændelser lægemiddelordination	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Delvist opfyldt	Der er endnu ikke lavet handleplaner på baggrund af journalaudit eller opgørelse af UTH relateret til medicin

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning	
SGH.2.09.02 Lægemedeldispensering (1)						
			Ikke opfyldt	Der er en divergens mellem retningslinjen og standarderen vedr. særlig komplicerede beregninger, hvor standarderen kræver en anden persons kontrolberegning. På baggrund af det patientsikkerhedsmæssige perspektiv vurderes standarden som værende ikke opfyldt.	Retningslinjen skal sikre kontrol af dosisberegning ved anden person når der er tale om vaskelige, individuelle dosisberegninger. Desuden skal det sikres at ledere og medarbejdere, der dispenserer lægemidler kender og anvender retningslinjen. Fokuseret genbesøg om 6 måneder.	
	01	Retningslinjer lægemiddeldispensering	1	Delvist opfyldt	Sygehuset retningslinje for lægemiddelhåndtering angiver at man i tilfælde, hvor der foreligger et særligt skema kan gennemføre beregningen af en enkelt person. Indikatoren forudsætter dog, at der også i disse tilfælde altid sker kontrol ved anden person.	retningslinjen udarbejdes i overensstemmende med indikatoren
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Ophældning foregår ikke altid i et lokale, hvor cosmic er tilgængelig kontrol ved komplicerede dosisberegninger udføres ikke da retningslinjen ikke omfatter dette. Den observerede procedure indebærer potentielt en risiko for patienten	
	03	Utilsigtede hændelser lægemiddeldispensering	3	Helt opfyldt		
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt		

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.09.03 Lægemiddeladministration (1)					
			Ikke opfyldt	<p>Stor variation i hvordan ptt identificeres på medicinbakken, der anvendes til ophældning og uddeling. Denne er opdelt i stuenumre med løse lapper papir med eller uden cprnr og navn i de rumopdelte bakker.</p> <p>Vedr. patientidentifikation har sygehuset fastlagt anvendelse af navn og CPR og ikke stuenummer.</p> <p>I nogle enheder dokumenteres medicinadministration ikke i cosmic</p> <p>Dette anses som væsentlige ifht. patientsikkerheden, og derfor vurderes standarden ikke opfyldt.</p>	<p>Det skal sikres, at ledere og medarbejdere, der administrerer lægemidler, kender og anvender retningslinjerne.</p> <p>I sin yderste konsekvens indebærer det en kontinuerlig proces fra ophældning af medicin til indgift med kontrol af patient ID samt kontrol af lægemidlets ID.</p> <p>Fokuseret genbesøg efter 6 måneder.</p>
	01	Retningslinjer lægemiddeladministration	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	<p>Stor variation i hvordan ptt identificeres på medicinbakken, der anvendes til ophældning og uddeling. Denne er opdelt i stuenumre med løse lapper papir med eller uden cprnr og navn i de rumopdelte bakker.</p> <p>Vedr. patientidentifikation har sygehuset fastlagt anvendelse af navn og CPR og ikke stuenummer.</p> <p>I nogle enheder dokumenteres medicinadministration ikke i cosmic</p>
	03	Utlisgtede hændelser ikke korrekt lægemiddeladministration	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.09.04 Medicinafstemning (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retnigslinjer medicinafstemning	1	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.09.04 Medicinafstemning (1)					
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Der dokumenteres som hovedregel ikke medicinafstemning i overensstemmelse med retningslinjerne, men der er initiativer igang på at forbedre forholdene, jf. indikator 5
	03	Journalaudit medicinafstemning ved indlæggelse	3	Helt opfyldt	
	04	Journalaudit medicinafstemning ved udskrivelse	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.09.05 Opbevaring af lægemidler (1)					
				Ikke opfyldt	Medarbejderne anvender ikke retningslinjerne for opbevaring af medicin korrekt: Medbragt medicin ikke adskilt fra øvrig medicin. Talrige observationer hvor medicin er opbevaret uaflåst/uden observation. Medicin er fundet udenfor original emballage. tp i køleskabsmedicin ikke kontrolleret (> 10 gr) Udateret anbrudt hætteglas og udløbet medicin er observeret
	01	Retningslinjer opbevaring af lægemidler	1	Helt opfyldt	Det skal sikres, at ledere og medarbejdere i enheder, der administrerer lægemidler, kender og anvender retningslinjerne. Fokuseret genbesøg om 6 måneder.
	02	Kendskab og anvendelse	2	Ikke opfyldt	Medarbejderne anvender ikke retningslinjerne for opbevaring af medicin korrekt: Medbragt medicin ikke adskilt fra øvrig medicin. Talrige observationer hvor medicin er opbevaret uaflåst/uden observation. Medicin er fundet udenfor original emballage. tp i køleskabsmedicin ikke kontrolleret (> 10 gr) Udateret anbrudt hætteglas og udløbet medicin er observeret
	03	Medicinskabseftersyn	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Ikke opfyldt	Der er ikke set handlingsplaner mht forbedring

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.09.06 Lægemidler til akutte situationer (1)					
			Ikke opfyldt	Der er ikke set retningslinjer for lægemidler til akutte situationer. der er ingen systematisk proces for kontrol af akutbakker. kontrollen på sygehusniveau er usystematisk. Ikke set tiltag til kvalitetsforbedringer eller handlingsplaner.	Alle enheder med patientkontakt skal have retningslinjer, der omfatter kravene i indikator 1. det skal sikres at akutbakkerne kontrolleres i henhold til retningslinjerne, samt at kontrol af akutbakker dokumenteres i en logbog. Fokuseret genbesøg om 6 måneder.
	01	Retningslinjer tilgængelighed af lægemidler	1 Ikke opfyldt	Der er ikke set retningslinjer for lægemidler til akutte situationer	
	02	Forefindelse og kontrol af akutbakker	2 Delvist opfyldt	Der er ingen systematisk proces for kontrol af akutbakker. Der er set god praksis men også manglende kontrol. Kontrol af hjertebakker er velfungerende - dette finder sted i apoteksregi.	
	03	Logbog kontrol af akutbakker	3 Delvist opfyldt	Kontrollen på sygehusniveau er usystematisk og meget varierende fra OK til total mangel. Kontrol af hjertebakker er velfungerende - dette finder sted i apoteksregi.	
	04	Kvalitetsforbedring	4 Ikke opfyldt	Ikke set tiltag til kvalitetsforbedringer eller handlingsplaner	
SGH.2.10.01 Observation og opfølgning på kritiske observationsfund (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer observation og opfølgning	1 Helt opfyldt		
	02	Kendskab og anvendelse	2 Delvist opfyldt	der findes en retningslinie, men den er ikke udbredt til hele sygehuset	
	03	Utilsigtede hændelser sen erkendelse	3 Helt opfyldt		
	04	Kvalitetsforbedring	4 Helt opfyldt		

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.10.02 Sedation af patienter i forbindelse med invasive procedurer uden medvirken af anæstesiologisk personale (1)					
			Ikke opfyldt	Den del af dagkirurgisk afsnit som ikke er under medvirken af anæstesiologisk personale opfattes ikke af kirurgen som dennes ansvar selvom det er angivet i retningslinien. Kirurgen foretager udelukkende det kirurgiske indgreb, og ikke den præoperative vurdering, de 5 trin eller føler sig ansvarlig for den postoperative kontrol. Dette anses for at kunne bringe patientsikkerheden i fare.	Ledere og medarbejdere, der er involveret i sedation af patienter, kender og anvender retningslinjerne, herunder ansvarsplacering af patienten før, under og efter proceduren. Fokuseret genbesøg om 6 måneder.
	01	Retningslinjer sedation uden medvirken af anæstesiologisk personale	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Ikke opfyldt	
	03	Utilsigtede hændelser sedation uden medvirken af anæstesiologisk personale	3	Helt opfyldt	
	04	Kontrol af overvågnings- og genoplivningsudstyr	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.11.01 Vurdering forud for invasiv behandling i anæstesi (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer vurdering forud for invasiv behandling	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.11.01 Vurdering forud for invasiv behandling i anæstesi (1)					
	03	Journalaudit præoperativ diagnose	3	Helt opfyldt	
	04	Journalaudit indikation for behandling	3	Helt opfyldt	
	05	Journalaudit ASA-klassifikation	3	Helt opfyldt	
	06	Journalaudit informeret samtykke til procedure	3	Helt opfyldt	
	07	Journalaudit informeret samtykke til anæstesi	3	Helt opfyldt	
	08	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.11.02 Patientens ophold i opvågningsenheden (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer det postoperative forløb	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Tilgængelig postoperativ plan	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.11.03 Forebyggelse af forvekslingsindgreb (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer forebyggelse af forvekslingsindgreb	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Journalaudit gennemførelse af "De fem trin"	3	Helt opfyldt	
	04	Utilsigtede hændelser forvekslingsindgreb	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Delvist opfyldt	de 5 trin er kun gennemført 50%. Der mangler en handlingsplan for forbedringer af opfyldelsesgraden

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.11.04 Optælling og kontrol af anvendt materiale i forbindelse med kirurgiske og andre invasive procedurer (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer kontrol og dokumentation	1 Helt opfyldt		
	02	Kendskab og anvendelse	2 Helt opfyldt		
	03	Utilsigtede hændelser efterladt materiale/instrumenter i patient	3 Helt opfyldt		
	04	Kvalitetsforbedring	4 Helt opfyldt		
SGH.2.12.01 Adgang til ydelser på intensiv terapienhed (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer visitation	1 Helt opfyldt		
	02	Kendskab og anvendelse	2 Helt opfyldt		
	03	Journalaudit vurdering forud for indlæggelse på intensiv terapienhed	3 Helt opfyldt		
	04	Overflytning pga. kapacitetsproblemer	3 Helt opfyldt		
	05	Genindlæggelse inden for 48 timer	3 Helt opfyldt		
	06	Kvalitetsforbedring	4 Helt opfyldt		
SGH.2.12.02 Behandling på intensiv terapienhed (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer	1 Helt opfyldt		
	02	Kendskab og anvendelse	2 Helt opfyldt		
	03	Mortalitet	3 Helt opfyldt		

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.12.02 Behandling på intensiv terapienhed (1)					
	04	Hyppighed af VAP	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.13.01 Hjertestopbehandling (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer hjertestopbehandling	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Utilsigtede hændelser hjertestopbehandling	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.14.01 Ernæringscreening (1)					
				Delvist opfyldt	Retningslinjen omfatter ikke intervention overfor overvægtige Der er aktiviteter i gang på området. Retningslinjen skal indbefatte intervention overfor såvel underernærede som overvægtige. Fokuseret genbesøg om 6 måneder.
	01	Retningslinjer ernæringscreening	1	Delvist opfyldt	Retningslinjen omfatter ikke intervention overfor overvægtige
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Medarbejderne kender, men anvender ikke retningslinjerne systematisk til ernæringscreening og evt. efterfølgende intervention i tilfælde af undervægt respektiv overvægt, men der foreligger initiativer med henblik på forbedringer
	03	Journalaudit ernæringscreening	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.14.02 Ernæringsplan og opfølgning (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer ernæringsplan og opfølgning	1 Helt opfyldt		
	02	Kendskab og anvendelse	2 Delvist opfyldt	Medarbejderne kender og anvender ikke retningslinjerne systematisk og bruger ikke data til iværksættelse af behandlingsplan, men der foreligger initiativer til forbedring	
	03	Journalaudit fastsat ernæringsbehov	3 Helt opfyldt		
	04	Journalaudit ordination af kostform	3 Helt opfyldt		
	05	Kvalitetsforbedring	4 Helt opfyldt		
SGH.2.15.01 Rehabilitering (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer vurdering og planlægning	1 Helt opfyldt		
	02	Plan for rehabilitering	1 Helt opfyldt		
	03	Kendskab og anvendelse	2 Delvist opfyldt	Der foreligger retningslinier men ikke alle kender og anvender disse. Det er fundet mangler i kendskab til og anvendelse af retningslinjer på ort.kir., mens de medicinske afdelinger benytter retningslinjerne.	
	04	Journalaudit beskrivelse af funktionsniveau	3 Helt opfyldt		
	05	Journalaudit beskrivelse af behov for hjælp	3 Helt opfyldt		
	06	Journalaudit udarbejdelse af genoptræningsplan	3 Helt opfyldt		
	07	Kvalitetsforbedring	4 Delvist opfyldt	Der er endnu ikke lavet handleplaner for kvalitetsforbedringer	
SGH.2.16.01 Politikker for forebyggelse og sundhedsfremme (1)					
			Helt opfyldt		

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.16.01 Politikker for forebyggelse og sundhedsfremme (1)					
	01	Politikker for forebyggelse og sundhedsfremme	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
SGH.2.16.02 Identifikation af sundhedsmæssig risiko (1)					
				Ikke opfyldt	Da KRAM-screening ikke gennemføres systematisk gives der som følge heraf ikke systematisk tilbud om intervention ved identifikation af sundhedsmæssige risici. Nogle af sygehusets patienter vil derfor ikke modtage relevante tilbud til fremme af deres sundhedstilstand.
	01	Retningslinjer sundhedsmæssig risikovurdering	1	Helt opfyldt	Der skal sikres kendskab til og anvendelse af retningslinjerne blandt ledere og medarbejdere. Fokuseret genbøg 6 måneder efter møde i akkrediteringsnævnet.
	02	Kendskab og anvendelse	2	Ikke opfyldt	Da KRAM-screening ikke gennemføres systematisk gives der som følge heraf ikke systematisk tilbud om intervention ved identifikation af sundhedsmæssige risici. Nogle af sygehusets patienter vil derfor ikke modtage relevante tilbud til fremme af deres sundhedstilstand.
	03	Journalaudit sundhedsmæssig risiko vedr. rygning	3	Helt opfyldt	
	04	Journalaudit sundhedsmæssig risiko vedr. alkohol	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	Trods manglende systematisk KRAM-screening og prioriteres området ikke som indsatsområde på baggrund af journalaudits.

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.16.03 Intervention over for patienter med sundhedsmæssig risiko (1)					
			Ikke opfyldt	Det er udbredt på hele SHS, at der ikke udføres systematisk KRAM-screening og som følge heraf heller ikke systematik i tilbud om intervention. I pakkeforløb for brystkræft, ved apopleksi og Diabetes tilbydes dog i nogen udstrækning intervention. Der er observeret enkelte fund, hvor personalet havde godt kendskab til interventionstilbud på h.h.v. sygehus/kommuners tilbud om intervention.	Der skal sikres kendskab til og anvendelse af retningslinjerne blandt ledere og medarbejdere. Fokuseret genbøg 6 måneder efter møde i akkrediteringsnævnet.
	01	Retningslinjer intervention vedr. kost, rygning, alkohol og motion	1 Helt opfyldt		
	02	Kendskab og anvendelse	2 Ikke opfyldt	Det er udbredt på hele SHS, at der ikke udføres systematisk KRAM-screening og som følge heraf heller ikke systematik i tilbud om intervention. I pakkeforløb for brystkræft, ved apopleksi og Diabetes tilbydes dog i nogen udstrækning intervention. Der er observeret enkelte fund, hvor personalet havde godt kendskab til interventionstilbud på h.h.v. sygehus/kommuners tilbud om intervention.	
	03	Journalaudit intervention ved sundhedsmæssig risiko	3 Helt opfyldt		
	04p	Patienttilfredshedsundersøgelse information om livsstils betydning	3 Helt opfyldt	Ikke relevant (psykiatri).	
	04s	Patienttilfredshedsundersøgelse information om livsstils betydning	3 Helt opfyldt		
	05	Kvalitetsforbedring	4 Helt opfyldt		
SGH.2.16.04 Undervisning af patienter med kronisk sygdom (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer patientundervisning	1 Helt opfyldt		
	02	Kendskab og anvendelse	2 Helt opfyldt		

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.17.01 Aftaler om samarbejde med primærsektoren (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Aftaler om samarbejde	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03p	Patienttilfredshedsundersøgelse samarbejde mellem steder med kontakt	3	Helt opfyldt	Ikke relevant - psykiatri
	03s	Patienttilfredshedsundersøgelse tilrettelæggelse af forløb	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.17.02 Information til alment praktiserende læge ved udskrivelse af patient (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer epikriser	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Journalaudit afsendt epikrise	3	Helt opfyldt	
	04	Journalaudit indhold i epikrise	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.17.03 Information til kommune ved udskrivelse af patient fra institution (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer oplysninger til kommunalt regi	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03p	Patienttilfredshedsundersøgelse aftale om tid til udskrivning	3	Helt opfyldt	Ikke relevant. Psykiatri.

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.17.03 Information til kommune ved udskrivelse af patient fra institution (1)					
	03s	Patienttilfredshedsundersøgelse samarbejde	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.17.04 Information ved overflytning mellem enheder og institutioner (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer overflytning	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Flere observationer på hele SHS: redskaber som tjekliste, ISBAR og overflytningsrapport anvendes ikke systematisk.
	03	Patienttilfredshedsundersøgelse tilrettelæggelse og koordination	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.18.01 Patienttransport med sundhedsfaglig ledsager (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer patienttransport	1	Helt opfyldt	
	02	Undervisningsprogram for personalet	1	Helt opfyldt	
	03	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	04	Utsigtede hændelser ledsaget patienttransport	3	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.2.19.01 Palliativ behandling af den uhelbredelige patient og omsorg for patientens pårørende (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer palliativ behandling	1	Delvist opfyldt	Er udarbejdet, men endnu ikke godkendt

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.2.19.01 Palliativ behandling af den uhelbredelige patient og omsorg for patientens pårørende (1)					
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
SGH.2.19.02 Omsorg for den afdøde patient (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer omsorg til afdøde patienter	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
SGH.3.01.01 Apopleksi (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer akut apopleksi	1	Helt opfyldt	
	02	kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Auditrapport apopleksi	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring NIP-indikatorer	4	Helt opfyldt	
SGH.3.02.01 Brystkræft (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer brystkræft	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Auditrapport brystkræft	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring DBCG-indikatorer	4	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.3.03.01 Diabetes (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer diabetes	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Auditrapport diabetes	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring NIP-indikatorer	4	Helt opfyldt	
SGH.3.04.01 Graviditet (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer gravide	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	LPR-udtræk væksthæmmede børn	3	Helt opfyldt	
	04	LPR-udtræk prægravid Body Mass Index	3	Helt opfyldt	
	05	Database-udtræk downs syndrom	3	Helt opfyldt	
	06	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.3.04.02 Fødsel (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer kvinder i fødsel	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Patienttilfredshedsundersøgelse smertehåndtering	3	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.3.04.02 Fødsel (1)					
	04	Patienttilfredshedsundersøgelse jordemoderstøtte	3	Helt opfyldt	
	05	LPR-udtræk komplikationer og indgreb	3	Helt opfyldt	
	06	LPR-udtræk førstegangsfødende	3	Helt opfyldt	
	07	LPR-udtræk ukomplicerede forløb førstegangsfødende	3	Helt opfyldt	
	08	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.3.04.03 Barsel (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer tidlige barselsperiode	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Observation hud til hud kontakt med moder	3	Helt opfyldt	
	04	Andet end moders mælk	3	Helt opfyldt	
	05	LPR-udtræk genindlæggelse	3	Helt opfyldt	
	06	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
SGH.3.05.01 Hjertereinsufficiens (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer hjertesufficiens	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Delvist opfyldt	Ikke opfyldt i Sønderborg
	03	Auditrapport hjertesufficiens	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.3.05.01 Hjerteinsufficiens (1)					
	05	Kvalitetsforbedring NIP-indikatorer	4	Helt opfyldt	
SGH.3.06.01 Hoftenære frakturer (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer hoftenære frakturer	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Auditrapport hoftenære frakturer	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring NIP-indikatorer	4	Helt opfyldt	
SGH.3.07.01 Kronisk obstruktiv lungelidelse (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer KOL	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	
	03	Auditrapport KOL	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring NIP-indikatorer	4	Helt opfyldt	
SGH.3.08.01 Lungekræft (1)					
				Helt opfyldt	
	01	Retningslinjer lungekræft	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution: sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.3.08.01 Lungekræft (1)					
	03	Auditrapport lungekræft	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring NIP-indikatorer	4	Helt opfyldt	
SGH.3.09.01 Akut blødende mavesår (1)					
				Ikke opfyldt	Personalet vidste ikke der var 2 retningslinjer, anvendte ingen af dem, gjorde som de plejer
					Retningslinjen/retningslinjerne på trin 1 skal implementeres, så det sikres at ledere og medarbejdere på alle enheder, der udreder, behandler, plejer og rehabiliterer patienter med akut øvre gastrointestinal blødning kender og anvender denne/disse. Fokuseret genbesøg om 6 måneder
	01	Retningslinjer akut øvre gastrointestinal blødning	1	Helt opfyldt	
	02	Kendskab og anvendelse	2	Ikke opfyldt	Personalet vidste ikke der var 2 retningslinjer, anvendte ingen af dem, gjorde som de plejer
	03	Auditrapport øvre gastrointestinal blødning	3	Helt opfyldt	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	
	05	Kvalitetsforbedring NIP-indikatorer	4	Helt opfyldt	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning
SGH.3.09.02 Perforation af mavesår (1)					
			Ikke opfyldt	Personalet kender ikke retningslinjerne og arbejder ikke efter dem.	Retningslinjen/retningslinjerne på trin 1 skal implementeres, så det sikres at ledere og medarbejdere på alle enheder, der udreder, behandler, plejer og rehabiliterer patienter med akut perforeret ulcus i ventrikel og/eller duodenum kender og anvender denne/disse. Fokuseret genbesøg om 6 måneder
	01	Retningslinjer perforeret ulcus	1 Helt opfyldt		
	02	Kendskab og anvendelse	2 Ikke opfyldt	Personalet vidste ikke der var 2 retningslinjer, anvendte ingen af dem, gjorde som de plejer	
	03	Auditrapport perforeret ulcus	3 Helt opfyldt		
	04	Kvalitetsforbedring	4 Helt opfyldt		
	05	kvalitetsforbedring NIP-indikatorer	4 Helt opfyldt		
SGH.3.11.01 Kræft i tyk- og endetarm (1)					
			Helt opfyldt		
	01	Retningslinjer kræft i tyktarm og endetarm	1 Delvist opfyldt	Der foreligger en detaljerede retningslinier fra afdelingen med nøje beskrivelse af henvisning og visitations forhold - samt for delprocedurer under indlæggelsen . Retningslinjen er baseret på at egen læge handler rigtigt i sin henvisning af patienten. Dette er afgørende for at patienten kommer i pakkeforløb med den acceleration af forløbet dette indebærer. Det er dokumenteret at patienter, der ikke dirigeres til pakkeforløb trods tumor, ikke omvisiteres til dette af modtagende speciallæge.	
	02	Kendskab og anvendelse	2 Delvist opfyldt	Pakkeforløb kendes og følges. Patienter, der ikke i første omgang af egen læge placeres i pakkeforløb trods tumor har forsinkede forløb.	

Surveyrapport til offentliggørelse

Sektor: Sygehuse

Standardsæt-version 1

Institution sgh:5001 Sygehus Sønderjylland

Survey: 1 Ekstern survey (Akkrediteret med bemærkninger)

Startdato: 17-05-2010

Standard	Indikator	Trin	Opf.grad	Begrundelse	Opfølgning	
SGH.3.11.01 Kræft i tyk- og endetarm (1)						
	03	Auditrapport kræft i tyktarm og endetarm	3	Helt opfyldt	Udskrifter fra national database viser, at afdelingen overholdelse af hurtig indkaldelse for patienter med mistanke om mavetarmkræft nov-febr. 2010 ligger med mål opfyldelse på 100 %. Der foreligger kvalitetsdata iht. DCCG registrering. Vedr. varighed af udredning er der markant kortere ventetider end resten af regionens sygehuse. Afdelingen laver radikale operationer i over 90 % af tilfældene (Opfylder DCCG-standard) og afdelingen ligger bedst med 30 dages mortalitet på 0.	
	04	Kvalitetsforbedring	4	Helt opfyldt	Der er ikke rapporteret en plan for konkrete tiltag til for kvalitetsforbedringer. Imidlertid opfylder man målet,	
	05	Kvalitetsforbedring DCCG-indikatorer	4	Helt opfyldt	Der foreligger ingen plan for konkrete tiltag for kvalitetsforbedringer, da man opfylder målet	

Standarder der er fravalgt i denne survey

Standard	
SGH.2.07.02	Behandlingsplan i psykiatrien
SGH.2.07.03	Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien
SGH.3.10.01	Voksne med skizofreni
SGH.3.10.02	Børn og unge med skizofreni