

2. Version af DDKM for sygehuse – log over rettelser fra 1. til 2. udgave

Side	Kapitel/ Standard/ Bilag	Afsnit/Indikator	Formulering i 1. publicerede version	Formulering ændres til
9	Indledning	Afdelinger akkrediteret efter ISO 15189	De detaljerede regler er beskrevet i på IKAS' hjemmeside www.ikas.dk (søg på ISO 15 189 på forsiden)	De detaljerede regler er beskrevet i Håndbog i DDKM for sygehuse i afsnittet "Under ekstern survey" på IKAS' hjemmeside www.ikas.dk
12	Indledning	Figur 2	Fejl i temattitler: Hygiejne Beredskab og forsyninger Henvisning	Hygiejne og infektionsprofylakse Beredskab Henvisninger
51	1.3.5	Trin 4	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsovervågning i relation til denne standard	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsforbedring i relation til denne standard.
57	1.4.4	Trin 4	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsovervågning i relation til denne standard	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsforbedring i relation til denne standard.
61	1.4.6	Trin 4	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsovervågning i relation til denne standard	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsforbedring i relation til denne standard.
63	1.4.7	Trin 4	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsovervågning i relation til denne standard	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsforbedring i relation til denne standard.
64	1.5.1	Tema	Hygiejne	Hygiejne og infektionsprofylakse
66	1.5.3	Tema	Hygiejne	Hygiejne og infektionsprofylakse
69	1.5.4	Tema	Hygiejne	Hygiejne og infektionsprofylakse
69	1.5.4	Reference 3	Revideret reference: Råd og anvisninger om rengøring og desinfektion af fleksible endoskoper	Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for genbehandling af fleksible endoskoper. Statens Serum Institut. 2012

Side	Kapitel/ Standard/ Bilag	Afsnit/Indikator	Formulering i 1. publicerede version	Formulering ændres til
74	1.6.1	Indhold	Punkt d) og f) "Sikring af at nødvendige ressourcer er til stede" er identiske	Punkt f) slettes. Punkt g) "Ekstraordinær overflytning til andre sygehuse eller udskrivelse til hjemmeplejen" bliver dermed punkt f)
79	1.7.1	Trin 4	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsovervågning i relation til denne standard	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsforbedring i relation til denne standard.
84	1.7.4	Trin 4	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsovervågning i relation til denne standard	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsforbedring i relation til denne standard.
85	1.8.1	Formål, indikator 1 og 6	Udenoms arealer	udenomsarealer
86	1.8.1	Trin 4	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsovervågning i relation til denne standard	Der er ikke specifikke krav om kvalitetsforbedring i relation til denne standard.
101	2.2.2	Titel	Patentrettigheder (der mangler et i)	patientrettigheder
115	2.7.7	Tema	Modtagelse, planlægning og vurdering	Modtagelse, vurdering og planlægning
160	2.17.2	Indhold, sidste afsnit	Fejlagtig henvisning til indikator 4	Eftersom epikrisen bliver skrevet af sygehuset, mens oplysninger i den skal anvendes i primærsektoren, bør kvalitetsovervågningen af epikriserne (indikator 5) foregå i et samarbejde mellem sygehuset og primærsektoren, fx med involvering praksiskonsulentordningen.
162	2.17.4	Indhold, punkt d)	oplysninger om patientens aktuelle, ordinerede lægemidler (lægemiddelliste/medicinstatus) inklusive dokumentation for medicinafstemning	oplysninger om patientens aktuelle, ordinerede lægemidler (lægemiddelliste/medicinstatus)
173	3.12.1	Indikator 3	Der foreligger retningslinjer udarbejdet på baggrund af den udarbejdede handleplan	Der foreligger retningslinjer udarbejdet i overensstemmelse med processen (jf. indikator 1)
177	3.12.3	Indikator 3	Der foreligger forløbsbeskrivelser udarbejdet på baggrund af den udarbejdede handleplan (jf. indikator 1).	Der foreligger forløbsbeskrivelser udarbejdet i overensstemmelse med processen (jf. indikator 1).

Side	Kapitel/ Standard/ Bilag	Afsnit/Indikator	Formulering i 1. publicerede version	Formulering ændres til
194	Bilag 2	Std 2.14.1	Der mangler X i en af kolonnerne	X i Fastsættelse af lokale mål og vurdering af opfyldelse to gange i en treårs periode.
197	Bilag 3	Std 2.15.2	Kun relevant for patienter, hvor der er konstateret et behov for rehabilitering .	Kun relevant for patienter, hvor der er konstateret behov for en genoptræningsplan
176	3.12.3	Indhold	Forløbsbeskrivelser skal ikke opfylde specifikke formkrav ud over kravene i standard 1.3.3 Dokumentstyring	Forløbsbeskrivelser skal ikke opfylde specifikke formkrav ud over kravene i standard 1.3.1 Dokumentstyring
118	2.8.2	Indhold	<p>Fejl i punkttopstilling:</p> <p>Retningslinjerne i indikator 1 beskriver som minimum følgende:</p> <p>Patientforberedelse, herunder indhentning af informeret samtykke</p> <p>a) Hvordan korrekt brug af rekvisitioner sikres, herunder præcisering af at relevante kliniske oplysninger skal påføres samt en problemformulering, hvor det er relevant</p> <p>b) Retningslinjerne i indikator 2 beskriver som minimum følgende:</p> <p>c) Hvordan det sikres, at relevant udstyr og reagenser til anvendelse ved prøveudtagelse er til stede</p> <p>d) Hvordan korrekt patientidentifikation sikres, herunder entydig mærkning</p> <p>e) Hvordan korrekt udtagelse af diagnostisk materiale sikres.</p>	<p>Retningslinjerne i indikator 1 beskriver som minimum følgende:</p> <p>a) Patientforberedelse, herunder indhentning af informeret samtykke</p> <p>b) Hvordan korrekt brug af rekvisitioner sikres, herunder præcisering af at relevante kliniske oplysninger skal påføres samt en problemformulering, hvor det er relevant</p> <p>Retningslinjerne i indikator 2 beskriver som minimum følgende:</p> <p>a) Hvordan det sikres, at relevant udstyr og reagenser til anvendelse ved prøveudtagelse er til stede</p> <p>b) Hvordan korrekt patientidentifikation sikres, herunder entydig mærkning</p> <p>c) Hvordan korrekt udtagelse af diagnostisk materiale sikres.</p>
21	Indledning	Akkreditering/Surveyrapport	<p>Fejl i sidste dot:</p> <ul style="list-style-type: none"> Oversigt over standarder, hvor der er indikatorer, som vurderes til NO/BO (for de otte patientsikkerhedskritiske standarder også BO) og de dertil relaterede krav om opfølgning 	<ul style="list-style-type: none"> Oversigt over standarder, hvor der er indikatorer, som vurderes til NO/IO (for de otte patientsikkerhedskritiske standarder også BO) og de dertil relaterede krav om opfølgning

Side	Kapitel/ Standard/ Bilag	Afsnit/Indikator	Formulering i 1. publicerede version	Formulering ændres til
			terede krav om opfølgning	
112	2.7.6	Indhold	I indikator 2 er der krav om retningslinjer for behandlingsplan for den enkelte akutte patient.	I indikator 3 er der krav om retningslinjer for behandlingsplan for den enkelte akutte patient.
31	1.2.1	Indhold	Fejl i punktstilling, punkt f skal ikke være punkt: f) Detaljeringsgrad og omfang af kvalitetspolitikken kan variere alt efter sygehusets størrelse og opgaver.	Detaljeringsgrad og omfang af kvalitetspolitikken kan variere alt efter sygehusets størrelse og opgaver.
112	2.7.6	Indhold	S for meget i punkt f) Stillingstagen	Stillingtagen
170	2.19.2	Indhold	Fejl i punktstilling: Retningslinjerne i indikator 2 beskriver som minimum følgende: a) Registrering af dødsfald i patientjournalen b) Påsætning af tåseddel eller anden metode til sikring af den afdødes identitet c) Registrering, opbevaring og udlevering af afdødes ejendele d) Information til afdødes efterladte, herunder vejledning om: e) Samtykke til obduktion f) Bisættelse/begravelse, herunder de pårørendes kontakt til bedemand g) Respekt for den afdødes og de efterladtes ønsker h) Organdonation i) Istandgørelse af afdøde j) Fremvisning af afdøde k) Opbevaring, transport og udlevering af afdøde	Retningslinjerne i indikator 2 beskriver som minimum følgende: a) Registrering af dødsfald i patientjournalen b) Påsætning af tåseddel eller anden metode til sikring af den afdødes identitet c) Registrering, opbevaring og udlevering af afdødes ejendele d) Information til afdødes efterladte, herunder vejledning om: ▪ Samtykke til obduktion ▪ Bisættelse/begravelse, herunder de pårørendes kontakt til bedemand e) Respekt for den afdødes og de efterladtes ønsker f) Organdonation g) Istandgørelse af afdøde h) Fremvisning af afdøde i) Opbevaring, transport og udlevering af afdøde j) Mulighed for videregivelse af oplysninger om den

Side	Kapitel/ Standard/ Bilag	Afsnit/Indikator	Formulering i 1. publicerede version	Formulering ændres til
			l) Mulighed for videregivelse af oplysninger om den afdødes sygdom/dødsårsag/døds måde til de efterladte, såfremt dette ikke er i modstrid med dennes ønske, eller andet taler afgørende imod.	afdødes sygdom/dødsårsag/døds måde til de efterladte, såfremt dette ikke er i modstrid med dennes ønske, eller andet taler afgørende imod
55	1.4.3	Indhold	Uanset om sygehuset ansætter fast personale, vikarer eller konsulenter, skal disse gennemgå et introduktionsprogram (indikator 1).	Både fast personale, vikarer eller konsulenter skal gennemgå et introduktionsprogram (indikator 1).
44	1.2.11	Indhold, 2. afsnit	I indikator 1 er der krav om en plan for, hvordan patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer med sygehuset, inddragelse i udvikling af sygehusets ydelser og kvalitet.	I indikator 1 er der krav om en plan for, hvordan patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer med sygehuset inddrage i udvikling af sygehusets ydelser og kvalitet.
144	2.11.5	Krydsreferencer		Tilføjelse: Standard 2.1.1 Informeret samtykke Standard 1.2.7 Patientidentifikation
36	1.2.4	Indikator 7		Tilføjelse: Denne indikator kan ikke af sygehuset fravælges som ikke-prioriteret.
70	1.5.4	Reference 2	Råd og anvisninger om desinfektion i sundhedssektoren. Statens Serum Institut. 2004	NY: Nationale infektionshygiejniske retningslinjer for desinfektion i sundhedssektoren 2014