

## Ledelsens evaluering 2010

### Deltagere:

Ledende overlæge Steen Stender (SS)  
Ledende bioanalytiker Eva Reinholdt (ER),  
Sektionsleder Lis Nielsen (LN) (stedfortræder for kvalitetsleder)  
Kvalitetsleder Karin Heidemann (KaH) (mødeleder og referent)  
Overlæge Pal Szecsi (observatør)

**Dagsorden** for mødet følger vejledning 0024 "Ledelsens evaluering"

1. Opfølgning af ledelsens evaluering 2009 (LE).....	2
2. Status for iværksatte korrigerende og nødvendige forebyggende handlinger.....	3
3. Rapporter fra ledende og tilsynsførende .....	3
4. Resultatet af interne audit .....	4
5. Bedømmelser foretaget af eksterne parter.....	4
6. Resultater af eksterne kvalitetsbedømmelser .....	4
7. Udnyttelse af ressourcer.....	4
8. Tilbagemeldinger.....	5
a. Håndtering af klager.....	5
b. Håndtering af årsagsanalyser .....	5
c. Ris-Ros fra patienter.....	5
9. Kvalitetsindikatorer til overvågning af laboratoriets bidrag til patientpleje og -behandling 5	
a. Prøvetagningstidspunkter .....	5
b. Undervisning af klinisk personale .....	5
c. Kvalitetssikring af POCT-udstyr .....	5
d. Nedbringelse af ventetider .....	5
e. Monitorering af håndhygiejne .....	6
f. Faglig kvalitet – revision af dokumenter .....	6
g. Rekvirenternes behov .....	6
10. Afvigelser .....	6
11. Overvågning af svartider .....	6
12. Resultater af processer til løbende forbedringer.....	7
13. Bedømmelse af leverandører.....	7
12. Afdelingens image .....	7
a) Publiceret i tidsskrifter med peer review .....	7
b) Lærebogsudarbejdelse.....	9
c) Publikationer i fagtidsskrifter uden peer review .....	9
13. Handleplan – mål for 2011.....	10
14. Revision af kvalitetshåndbog .....	10
15. Bilag .....	10

## Ledelsens evaluering 2010

### 1. Opfølgning af ledelsens evaluering 2009 (LE)

Deadline	Sag	Status
01.03.2010	enGen™ i gang	Udført
01.03.2010	Biobank i gang	Udført
01.03.2010	Vitamin D i gang	Udført
01.03.2010	C-Peptid i gang	Udført
25.03.2010	Temadag angående ambulatoriet	Der er fokus på ambulatoriet
07.04.2010	Møde med Ortho Clinical	Afholdt
30.04.2010	Insulin i gang	Kvaliteten på Immulite er for dårlig. Afventer implementering af Centaur XP
01.05.2010	Ny sygefraværspolitik ført ind i Personalehåndbog	Indført i Personalehåndbogen 01.05.2010
17.-21.05.2010	Lean-vurdering udført af Ortho Clinical	Udført, men umiddelbart skønner afdelingen ikke store landvindinger ved de forslåede tiltag, da flere af disse er fremkommet grundet misforståelser. Dog er apparaturvedligehold flyttet fra peaktime til senere på dagen.
31.05.2010	Metodeblade på alle KBA's analyser	Der mangler nu kun metodeblade på diverse væsker
01.06.2010	Informationsmateriale til ambulante patienter	Er under udarbejdelse
01.07.2010	Urin toksikologi-screening i gang	Udført
01.07.2010	Implementering af Lean i ambulatoriet	Er ved at blive indført
30.09.2010	Urin-stix aflæsnings-apparater i gang	Er ved at blive indført
01.10.2010	Implementering af Lean i prøvemodtagelse og ved enGen™	Det giver ingen mening at implementere Lean, før Labka II er indført, da dette vil medføre adskillige ændrede procedure
01.12.2010	Nærværprojekt genoptages	Udsendt efter beslutning på MED
31.12.2010	Hvor det er muligt: Maks. svartid på 60 minutter	Der er konstant fokus på svartider, ikke mindst ved de månedlige KS-møder
01.04.2011	Akkreditering af Vitamin D, POCT Glukose, 5 Immulite-analyser	<i>Vitamin D:</i> Validering udført, der mangler kun begrundelse for godkendelse af korrekthed <i>POCT Glukose:</i> Der har været arbejdet på at få e-learning-programmet i gang. Nu mangler kun test af programmet <i>Immulite-analyser:</i> Immulite erstattes primo 2011 af Advia Centaur XP og validering er fuld gang

## Ledelsens evaluering 2010

### 2. Status for iværksatte korrigerende og nødvendige forebyggende handlinger

Stort set alle afvigelser korrigeres hurtigt og nødvendige forebyggende handlinger iværk-sættes umiddelbart efter afvigelsen er kendt.

I 2009 blev der foretaget tre årsagsanalyser:

1. Fejlagtige resultater på Double-test
2. Fejlagtige resultater på PTH
3. Fejlagtige resultater på Troponin I

Der blev iværksat følgende korrigerende og forebyggende handlinger

1. Dobbeltindtastning af kontrolresultater. Siden indførelsen er fejlen ikke set.
2. Justering og tilhørende kvalitetskontroller godkendes før der analyseres patient-prøver. Siden indførelsen er fejlen ikke set.
3. Årsag kunne ikke findes, derfor ingen korrigerende handling.

### 3. Rapporter fra ledende og tilsynsførende

#### *Patientsikkerhedsrunde*

Den 27. januar foretog hospitalets 2 vicedirektører samt risikomanageren en patientsik-kerhedsrund på KBA – rapporten kan ses i bilag 1.

Der blev identificeret 7 problemområder, hvor af et ikke kunne løses (svært at læse CPRnr. på prøveglassene – etiketternes format kan ikke ændres). Et andet (nr. 2 angå-ende undersøgelse af præanalytiske fejl i samarbejde med børneafdelingen) strandede, da børneafdelingen ikke har foretaget analyse af indsamlede data.

#### *Arbejdstilsynet*

Den 11. august havde KBA tilsynsbesøg fra arbejdstilsynet. Årsagen til besøget var en nærmere undersøgelse af arbejdsmiljøet i rum XA126.

Det blev givet følgende påbud:

- Nedbringelse af unødig generede støj
  - Unødig støj/svag støj kan medføre træthed, koncentrationsvanskeligheder, give stress og være psykisk belastende
- Sikring af, at de ansatte og rengøringspersonale arbejder forsvarligt under udfø-relse af oprydning, rengøring og vedligeholdelse. Løse ledninger og kabler skal fjernes fra gulvet for derved at undgå et forringet indeklima for de ansatte, dårli-ge arbejdsstillinger for rengøringspersonale og risiko for ulykker
- Sikring af, at medarbejderne under arbejde med blod og fiksering med ethanol ik-ke udsættes for unødige påvirkninger fra stoffer og materialer eller biologiske agenser. Der skal etableres effektiv procesventilation/stinkskab, således at al for-urening fra stoffer og materialer/biologiske agenser fjernes fra dannelsesstedet.

#### *Mock-survey - JCI*

Fra den 28. september til den 1. oktober havde Gentofte Hospital besøg af konsulenter fra Joint Commission International. Besøget var en forberedelse til det endelige akkredi-teringsbesøg i maj 2011.

Besøget på KBA varende en time og der var stor ros til afdelingen for arbejdet med ned-bringelse af svartider.

Den amerikanske surveyor var i prøvetagningsambulatoriet og her spurgte han en prøve-tager, hvordan man identificerer patienter. Prøvetageren svarede, at man siger patien-tens navn og patienten spørges om CPRnr. Dette er ikke korrekt i henhold til Sundheds-styrelsens regler. Patienter skal selv sige både fulde navn og CPRnr. Der er nu rettet i al-le prøvetagningsinstrukser, således at dette klart fremgår.

I 4. udgave af JCI-standarden er der et krav om, at KBA har såkaldte kritiske analyser. Det er analyser, hvor svaret altid afgives telefonisk rekvirerende afdeling – KBA har valgt

## Ledelsens evaluering 2010

Csv-tælling som kritisk analyse, hvilket efterfølgende er godkendt af hospitalets kvalitetsråd.

### 4. Resultatet af interne audit

#### *Interne audits*

De interne audits blev foretaget i november måned. Audits blev foretaget af ER, HS, LN og KaH.

Der blev fundet 101 afvigelser, mod 57 i 2009 – i bilag 2 er der en oversigt over, hvordan afvigelseerne fordeler sig på afsnittene.

Grunden til det forholdsvis store antal afvigelser i 2010 er ikke et udtryk for at der er slækket på kvaliteten, men derimod et udtryk for at auditørerne har fuldt DANAKs anbefalinger om i højere grad end i 2009, at "finde tilbage til ISO 15189".

Der er ingen grelle afvigelser.

### 5. Bedømmelser foretaget af eksterne parter

Den 25. og 26. februar havde KBA besøg af DANAK.

To tekniske assessorer (Poul Jørgen Jørgensen og Søren Ladefoged) samt en ledende assessor (Anders Hansen) gennemgik kvalitetsstyringssystemet og fandt 20 afvigelser – jf. bilag 3.

Alle er korrigeret og DANAK har givet tilsagn til fortsat akkreditering.

På baggrund af henstilling fra ledende assessor Anders Hansen, afholdt KaH en møde for ledelsesteamet, hvor punkterne 4.14 "Interne audit" og 4.15 "Ledelsens evaluering" i ISO 15189, blev detaljeret gennemgået. Dette afstedkom revision af vejledningerne 0023 "Interne audit" og 0024 "Ledelsens evaluering".

### 6. Resultater af eksterne kvalitetsbedømmelser

Klinisk-biokemisk afdeling har deltaget i ekstern kvalitetssikring for ca. 130 analyser.

Pr. 14.12.2010 var der modtaget rapporter for i alt 3.193 resultater.

Nedenfor er anført afdelingens mål og målopfyldelse.

Kvalitetsmål		Realiseret 2009 (2.666 resultater)	Realiseret 2010 Pr. 14.12.2010 (3.193 resultater)
Procent analyser, der falder uden for acceptgrænse en enkelt gang	2009: < 10,0 % 2010: < 7,5 %	5,5 %	4,3 %
Procent analyser, hvor to på hinanden følgende resultater falder uden for acceptgrænse til samme side	< 2 %	0,7 %	0,5 %
Procent analyser, hvor 2 på hinanden følgende resultater falder uden for hver sin acceptgrænse	< 0,5 %	0,2 %	0,1 %

### 7. Udnyttelse af ressourcer

Grundet den nye hospitalsplan er KBAs personalebudget blevet reduceret med 3,5 mio. kr. Dette har betydet at afdelingen i 2010 måtte afskedige medarbejdere og nedsætte FADL-holdets timer.

I marts måned begyndte KBA at analysere D-Vitamin i stedet for at sende prøverne til KBA, Herlev Hospital. Dette betyder kortere svartider.

## Ledelsens evaluering 2010

### 8. Tilbagemeldinger

#### a. Håndtering af klager

Der er pr. 14.12.2010 modtaget seks klager.

Fire af klagerne var fra ambulante patienter. Halvdelen af klagerne var berettigede – jf. bilag 4.

Det blev besluttet, at undersøge muligheden for at det faste personale i ambulatoriet kan komme på kurser i servicemindedhed.

#### b. Håndtering af årsagsanalyser

I 2010 er der ikke udført nogen årsagsanalyser.

#### c. Ris-Ros fra patienter

Til og med den 30.11.2010 har der været 51.644 fremmødte patienter i KBA's ambulatorium, af disse har 49 (svarende til 0,1 %) udfyldt et Ris-Ros-skema.

Generelt er patienterne tilfredse med betjeningen og de fysiske rammer, men utilfredse med ventetiden. Se grafisk oversigt i bilag 5.

Det blev besluttet:

- at der fremstilles opslag til venteværelset, så patienterne kan se, hvornår der er kortest ventetid
- at der igangsættes et pilotprojekt for de afdelinger, der benytter sig af "spar-et-besøg"-prøver. De kliniske afdelinger skal booke tid til blodprøvetagning og patienterne møder direkte i prøvetagningskabinen.

### 9. Kvalitetsindikatorer til overvågning af laboratoriets bidrag til patientpleje og -behandling

#### a. Prøvetagningstidspunkter

KBA har udarbejdet aftaler med flere kliniske afdelinger ang. prøvetagning på bestemte tidspunkter, der passer ind i afdelingens rutiner.

#### b. Undervisning af klinisk personale

KBA uddanner det kliniske personale i håndtering af POCT udstyr til måling af syre-base-parametre og glukose.

KBA tilbyder kurser i veneblodprøvetagning.

#### c. Kvalitetssikring af POCT-udstyr

KBA udfører intern og ekstern kvalitetssikring på POCT-udstyr til måling af glukose og INR.

KBA udfører intern kvalitetssikring på ABL'er, der er decentralt placeret.

#### d. Nedbringelse af ventetider

Der er stor fokus på nedbringelse af ventetiden til blodprøvetagning for de ambulante patienter, hvorfor det er et fast punkt på de månedlige KS-møder. Ventetider for oktober og november 2010 samt hele 2009, før og efter reception kan ses i bilag 6.

Som nævnt ovenfor igangsættes et pilotprojekt.

## Ledelsens evaluering 2010

### e. Monitorering af håndhygiejne

Kontaktsmitte via personalets hænder er den mest almindelige måde, hvorpå smitte overføres fra patient til patient. Omhyggelig håndhygiejne er derfor den vigtigste enkeltstående procedure til at mindske risikoen for smittespredning og forebygge hospitalsinfektioner. Derfor monitoreres medarbejdernes udførelse af håndhygiejne. Resultatet af KBA's monitorering kan ses i bilag 7.

### f. Faglig kvalitet – revision af dokumenter

For at sikre optimal faglig kvalitet revideres alle KBA's 768 dokumenter (vejledninger, instrukser, sikkerhedsinstrukser, metodeblade, aftaler, kvalitetshåndbog og personalehånd) jævnlige, således at alle arbejdsgange gennemgås og eventuelt ændres. I 2010 blev der fremstillet 38 nye metodeblade. Metodeblade er dokumenter, som indeholder analysespecifikke oplysninger. Alle 128 metodeblade er tilgængelige på KBA's hjemmeside.

Mål for den faglige kvalitet:

	Mål	Realiseret 2009	Realiseret 2010
Procent reviderede dokumenter	50 % < 1 år	86 %	95 %
	100 % < 2 år	99 %	99 %

### g. Rekvirenternes behov

Der afholdes mindst en gang årligt møde med alle de kliniske afdelingsledelser. Her diskuteres bl.a.:

- ønske om nye analyser
- ønske om ændring i profiler
- ønske om ændring i prøvetagningstidspunkter
- ønske om ændring i svarudskrivningstidspunkter.

I august indførte KBA 12 narkotikaanalyser på urin med afgivelse af kvalitative svar.

### 10. Afvigelser

Der er pr. 06.12.2010 indberettet 1.988 afvigelser i 2010.

Lige som de foregående år er det de præanalytiske afvigelser, der topper – hele 82 % - jf. bilag 8.

KBA har som noget nyt udbudt kurser i veneblodprøvetagning, desværre uden den store tilslutning.

KaH fortæller om problemet ved det første kvalitetsudvalgsmøde i 2011. Deltagere i disse møder er kvalitetskoordinatorer fra de kliniske afdelinger.

### 11. Overvågning af svartider

På de månedlige KS-møder overvåges svartiderne<sup>1</sup> nøje.

der er tre typer opgørelser:

- Alle analyser – hele døgnet
- Fordelt på apparatur
- Fordelt på vagtperioder

Opgørelser pr. november måned kan ses i bilag 9-11.

<sup>1</sup> Der beregnes kun svartider for blodprøver taget på indlagte patienter. På grund af arbejdsgange i blodprøveambulatoriet bliver ventetid før skranke og før blodprøvetagning medtaget i den totale svartid.

## Ledelsens evaluering 2010

### 12. Resultater af processer til løbende forbedringer

I maj måned havde KBA besøg af et Lean-team fra Ortho Clinical. Der var forslag til løbende forbedringer. Når Labka er implementeret, vurderes forslagene nærmere.

Gennem de seneste år har der været meget opmærksomhed på svartiderne. Der er for Advia-analysernes vedkommende gjort flere tiltag til nedsættelse af svartiderne. Ledelsen mener, at de kan nedsættes yderligere, derfor bliver der i 2011 fokuseret på dette.

### 13. Bedømmelse af leverandører

Leverandørerne blev evalueret på følgende områder:

- Indkøb
  - Telefonbetjening
  - Leveringstid
  - Leveringssikkerhed
- Dokumentation
  - Testoplysninger
  - Leverandørbrugsanvisninger
  - Certificerings- og akkrediteringsbeviser
- Service
  - Responstid
  - Teknikerens kompetence
  - Certificeringsbeviser

Evalueringen blev gradueret efter følgende skala:

- 5 : God
- 4 : Acceptabel
- 3: Mindre god

I forhold til 2009 er der stor forbedring for Abbott (PCx-glukoseapparater) fra 3,1 til 4,8 samt for Hettich (glas og kanyler) fra 3,5 til 5,0.

Derimod er der tilbagegang for OCD's Vitros fra 4,7 til 4,1. Det skyldes udelukkende leveringsproblemer. Firmaet er i gang med forbedringer desangående.

EnGen er ny i 2010 og der har været responsproblemer.

Nr-systemet Scancoin, temperaturovervågningssystemet Radiolog og samtlige IT-supporter scorer relativt lavt.

Det blev besluttet, at SS kontakter IT-chef Thomas Kjellberg Christensen og forelægger ham evalueringen.

Triolabs Nova8 og PerkinElmers Delfia Xpress er begge udgåede i 2010.

Se oversigt i bilag 12.

### 12. Afdelingens image

Publikationer fra 2010, hvor ansatte på Klinisk biokemisk afd. - markeret med understregning - optræder blandt forfatterne.

#### a) Publiceret i tidsskrifter med peer review

1. Andersen MR, Uldbjerg N, Stender S, Sandager P, Aalkjær C.  
Maternal smoking and impaired endothelium-dependent nitric oxide-mediated relaxation of uterine small arteries in vitro.  
Am J Obstet Gynecol 2010; Oct 23 (Epub).

## Ledelsens evaluering 2010

2. Bladbjerg EM, Larsen TM, Due A, Jespersen J, Stender S, Astrup A.  
Long-term effects on haemostatic variables of three ad libitum diets differing in type and amount of fat and carbohydrate: a 6-month randomised study in obese individuals.  
Br J Nutr 2010; 104(12): 1824-30.
3. Carlsen BC, Johansen JD, Menné T, Meldgaard M, Szecsi PB, Stender S, Thyssen JP.  
Filaggrin null mutations and association with contact allergy and allergic contact dermatitis: results from a tertiary dermatology clinic.  
Contact Dermatitis 2010; 63(2): 89-95.
4. Dufour N, Thamsborg G, Oefeldt A, Lundsgaard C, Stender S.  
Treatment of chronic low back pain: a randomized, clinical trial comparing group-based multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation and intensive individual therapist-assisted back muscle strengthening exercises.  
Spine 2010; 35(5): 469-76.
5. Froelund U, Sandbakken E, Szecsi P, Birgens H  
Further Studies on Hb Canebière [ $\beta$ 12(G4)Asn→His], a Low Affinity Hemoglobin Variant.  
Hemoglobin 2010; 34(5): 495-9.
6. Klajnbard A, Szecsi PB, Colov NP, Andersen MR, Jørgensen M, Bjørngaard B, Barfoed A, Haahr K, Stender S.  
Laboratory reference intervals during pregnancy, delivery, and the early postpartum period.  
Clin Chem Lab Med. 2010; 48(2):237-48.
7. Larsen TM, Dalskov SM; van Baak M, Jebb SA, Papadaki A; Pfeiffer AFH, Martinez JA, Handjieva-Darlenska T, Kunesova M, Pihlsgård M, Stender S, Holst C, Saris WH, Astrup A.  
Diets with high or low protein content and glycemic index for weight-loss maintenance.  
N Engl J Med 2010; 363(22): 2102-13.
8. The Navigator Study Group (inklusive Steen Stender)  
Effect of Nateglinide on the Incidence of Diabetes and Cardiovascular Events.  
N Engl J Med. 2010; 362(2): 1463-76.
9. The Navigator Study Group (inklusive Steen Stender).  
Effect of Valsartan on the Incidence of Diabetes and Cardiovascular Events.  
N Engl N Med. 2010; 362(2): 1477-90.
10. Szecsi PB, Jørgensen M, Klajnbard A, Andersen MR, Colov NP, Stender S.  
Haemostatic reference intervals in pregnancy.  
Thromb Haemost. 2010; 103(4):718-27.
11. Thyssen JP, Johansen JD, Linneberg A, Menné T, Meldgaard M, Szecsi PB, Stender S.  
The association between null mutations in the filaggrin gene and contact sensitization to nickel and other chemicals in the general population.  
Br J Dermatol 2010; 162(6): 1278-85.

## Ledelsens evaluering 2010

12. Thyssen JP, Carlsen BC, Johansen JD, Meldgaard M, Szecsí PB, Stender S, Menné T.  
Filaggrin haploinsufficiency among patients with dermatitis from a tertiary referral centre: early findings and possible phenotype.  
Contact Dermatitis 2010; 62(3): 182-3.
13. Thyssen JP, Carlsen BC, Menné T, Linneberg A, Nielsen NH, Meldgaard M, Szecsí PB, Stender S, Johansen JD.  
Filaggrin null mutations increase the risk and persistence of hand eczema in subjects with atopic dermatitis: results from a general population study.  
Br J Dermatol 2010; 163(1): 115-20.
14. Thyssen JP, Carlsen BC, Johansen JD, Meldgaard M, Szecsí PB, Stender S, Menné T.  
Filaggrin null-mutations may be associated with a distinct subtype of atopic hand eczema.  
Acta Derm Venereol 2010; 90(5): 528.

### b) Lærebogsudarbejdelse

15. Astrup A, Bügel S, Dyerberg J, Stender S (redaktører)  
Menneskets ernæring  
København: Munksgaard 2010, 3. udgave: 1-624
16. Astrup A, Bügel S, Dyerberg J, Stender S.  
Fødevarer og næringsstoffer  
Bidrag til bogen Menneskets Ernæring, 3. udgave København: Munksgaard, 2010: 75-77.
17. Astrup A, Bügel S, Dyerberg J, Stender S.  
Ernæringsforskningens historie I Danmark.  
Bidrag til bogen Menneskets Ernæring, 3. udgave København: Munksgaard, 2010: 565-577.
18. Astrup A, Dyerberg J, Stender S.  
Legemets opbygning og funktioner  
Bidrag til bogen Menneskets Ernæring, 3. udgave København: Munksgaard, 2010: s. 29-39.
19. Dyerberg J, Hansen HS, Stender S.  
Fedtstoffer  
Bidrag til bogen Menneskets Ernæring, 3. udgave København: Munksgaard, 2010: 93-108.
20. Stender S, Astrup A, Dyerberg J.  
Principper for evidensbaserede næringstofanbefalinger  
Bidrag til bogen Menneskets Ernæring, 3. udgave København: Munksgaard, 2010: 235-244.
21. Stender S, Dyerberg J.  
Kost og åreforkalkning  
Bidrag til bogen Menneskets Ernæring, 3. udgave København: Munksgaard, 2010: 463-481.

### c) Publikationer i fagtidsskrifter uden peer review

22. Meldgaard M, Szecsí PB, Stender S.  
Kan du tåle at vaske op? Genetisk analyse for filaggrinmangel  
Danske bioanalytikere, 2010 (6+7):19.

## Ledelsens evaluering 2010

23. Stender S, Dyerberg J, Astrup A.  
Hjertesygdom og transfedt i Danmark.  
Aktuel Naturvidenskab 2010; 6: 6-9.
24. Szecs PB, Stender S.  
Normalværdier på blodprøver fra gravide  
DSKB-NYT, 2010(2): 12-16.
25. Szecs PB, Stender S.  
Normalværdier på blodprøver fra gravide  
Klinisk Biokemi i Norden, 2010; 22(3): 12-19.

### 13. Handleplan – mål for 2011

Deadline	Sag
1. kvartal	Udarbejdelse af analyseoversigt
	Pilotprojekt med "Spar-et-besøg"-patienter og bookning af prøvetagningstid
	Implementering af decentrale udstyr til aflæsning af Urin-stix
	Udarbejdelse af metodeblade for samtlige analyser
2. kvartal	Udbydelse af analyser til andre hospitaler
	Implementering af Advia Centaur XP
	"Blød" bookning via internet for patienter i KBA-ambulatoriet
3. kvartal	Validering og akkreditering af Advia Centaur XP-analyser
	Samlebånd i prøvetagningskabinerne
4. kvartal	Hjemtagning af HLADQ-28
Ikke fastsat	Implementering af Labka II

### 14. Revision af kvalitetshåndbog

KaH samler alle rettelserne til kvalitetshåndbogen.

### 15. Bilag

1. Patientsikkerhedsrunde
2. Afvigelser fra interne audit
3. Afvigelser fra ekstern bedømmelse
4. Oversigt over klager
5. Ris-Ros-fordeling
6. Ventetider i KBA's ambulatorium
7. Resultat af monitorering af håndhygiejne
8. Afvigelser fordelt på hovedtyper
9. Svartider – alle analyser, hele døgnet
10. Svartider – fordelt pr. apparatur
11. Svartider – fordelt pr. vagtperiode
12. Bedømmelse af leverandører

## Ledelsens evaluering 2010

### Bilag 1 - Patientsikkerhedsrunde



### Patientsikkerhedsrunde

### Gentofte Hospital afdeling J

Dato: 27/1 2010

### Opfølgingsrunde

Dato: 15.9.2010

## Ledelsens evaluering 2010

Klinisk-biokemisk afdeling J	
Dato:	27/1 2010 kl. 12.00 – 14.00
Teamleder fra direktionen:	Torben Laurén/ Lars Juhl Petersen
Risikomanager:	Kristina Bartholin

### Det aftaltes, at omstående områder skal behandles og indgå i handlingsplanen

Problemområder:	Evt. bemærkninger	Opdatering 15.9.2010
1	<p>Patient – ID/ PDA og ny Labka</p> <p>En problematik som berører mange afdelinger, da der er ID fejl i patienternes prøvemateriale. Lokal indsats; korrigerende handlinger.</p> <p>Da lægemiddelkomitéen i samarbejde med rM/ITafd. har igangsat en relancering af PDA i hele hospitalet (start uge 2), vil det være naturligt at koble brug af PDA til patientidentificering i LABKA på, når LABKA kommer. Kristina B. inddrager afdeling J i processen, kontaktperson er Eva R.</p>	<b>Labka venter vi på kommer i 2011</b>
2	<p>Præanalyse fejl</p> <p>Afd. J registrerer præanalyse fejl. Fra 1. 2. 2010 starter afd. J et projekt om dette med børneafdelingen, hvor det er et stort problem. Da problematikken findes rigtig mange steder på hospitalet, fremlægger afd. J sit projekt for PSK netværk (ansvarlig PAL) og sender konklusioner og resultaterne af projektet til Risikomanager Kristina B og Direktionen (ansvarlig Eva R.)</p>	<b>Eva venter på svar</b>
3	<p>Meget svært at læse cpr. Nr på prøveglassene</p> <p>Vanskeligt at gøre noget ved problemet, men afdelingen arbejder på det (ansvarlig Steen S. og Eva R.)</p>	<b>Kan ikke løses</b>
4	<p>Problem at der er fare for, at patienter/ansatte går ind i glasrude i dør.</p> <p>Anden halvdel af døren åbner ved tryk på knap, fare for at få den i hovedet.</p> <p>Glas i den ene dør v. blodprøvetagningsventeværelset er svært at se.</p> <p>Der mangler skiltning af hvad vej døren åbner. Afdelingen tager kontakt til driftsafdelingen, og beder om at få det løst. (ansvarlig Eva R. og Steen S.)</p>	<p><b>Der er nu fabrikeret pæne neutrale skilte som er sat op på glasruden for at forebygge.</b></p> <p><b>Skilt til gulv er udarbejdet vi live sat op nu</b></p>
5	<p>Personalet der er adspurgt på runden, har ikke et stort kendskab til rapportering af UTH og patientsikkerhed</p> <p>Afdelingen arbejder meget med kvalitet og afvigelser, men taler ikke så meget om patientsikkerhed og utilsigtede hændelser. Alle sager tages op af PSK, i det lokale kvalitetsråd som afholdes hver måned. Afdelingsledelsen og PSK vil arbejde videre med patientsikkerhedskulturen og tage det op på deres personalemøde "FLU".</p>	<p><b>1. temaeftermiddag om UTH i forår og 2. temaeftermiddag afholdes 15.9.2010</b></p>

## Ledelsens evaluering 2010

Problemområder:	Evt. bemærkninger	Opdatering 15.9.2010
6  Der foreligger ikke retningslinjer for hvordan man kan faldforebygge når man som laborant er på afdelingerne og tager prøver m.m.	<p>Der er mange faldtruede patienter indlagt på vores, særlig medicinske, afdelinger, der falder. I forebyggelsen af fald, bør de mange kontakter en patient har med fagpersoner, der kommer ind og ud af afdelingerne også tænkes med i. Er patienten sikret, således at et evt. fald kan undgås?</p> <p>Der findes regionale vejledninger for hvordan vi på hospitalerne kan forebygge at patienterne falder. Afdeling J er ikke bekendt med det nærmere indhold i vejledningen, og vil se på om den skal føre til korrigerende handlinger i afdelingen. Afdelingen vil udarbejde en lokal vejledning for personalet. (Ansvarlig Eva R.)</p>	<b>Faldforebyggelse er beskrevet i blodprøvetagningsvejledningen, og der har været talt om det. Nye laboranter bliver oplært efter vejledningen</b>
7  Opfølgning på UTH sag - 212 775 Sac score 3  Afdelingen har gennemført en analyse – men ikke en kerneårsagsanalyse.	<p>Fremover vil sac score 3 alvorlige hændelser skulle gå via RM til Direktionen, således at vi får udarbejdet en kerneårsagsanalyse hvor ny viden via enheden for patientsikkerhed og det regionale kvalitetsråd, samt via sundhedsstyrelsen. (Ansvarlig PSK, afdelingsledelsen og RM)</p> <p>Afdelingen sender analysen og rapporten til Kristina B. som vil sørge for at den vedlægges sagen, og sendes i sundhedsstyrelsen. (ansvarlig PAL S. og Steen S. )</p>	<b>RM har ikke modtaget rapporten i DPSD er beskrevet at sagen er behandlet internt</b>

Ny problemstilling siden mødet i januar er de mange prøver der ikke er rekvireret i systemet, men hvor patienterne blot møder op i afdeling J.

Problemet er ikke alvorligt i forhold til patientsikkerheden, men udgør en potentiel risiko, idet vigtige prøver kan overses da alt bestilles som **regnbueprofiler**. Patient id i forhold til at patienten selv dukker op og papirerne ikke er udarbejdet øger risiko for forveksling, senere i forløbet.

Den store mængde af sager i sig selv er problematisk.

Afdelingen fører statistik over hvilke patienter, og hvor de kommer fra, samt historik om hvad der skete i forhold til den enkelte prøvetagning.

Plan: Vi afventer statusmøde med Direktionen, men vi kan se at trods dialog med de forskellige afdelinger, og fokus på at forandre arbejdsgange på flere afdelinger, er det fortsat et lige så stort problem. Eva og Pal giver RM en status i løbet af næste måned.

Der er åben adgang til rum hvor der opbevares kemikalier, de farligste dog bag lås, i et område hvor patienter færdes.

At få sat låse på døren skal afdelingsledelsen kontakte driftsafdelingen om at få løst.

## Ledelsens evaluering 2010

### Bilag 2 – Afdigelser fra interne audits

Afsnit	Ansvarlig	Nr.	Kort beskrivelse
Ambulatorium	HS	314	Manglende att. I logbog
Ambulatorium	HS	315	Manglende kompetenceblad (blod+EKG) og afholdelse af MUS for NP
Ambulatorium	HS	316	Manglende overensstemmelse mellem mapper i reception og instruks 1202
ABL835	BLP	317	Håndrettelse i 0107g foretaget at uautoriseret
ABL835	HS	318	Kopi af A-09, A-23 og A-24 alle udgået. Manglende kopi af A-26
ABL835	HS	319	Manglende afholdelse af sektionmøder
ABL835	BLP	320	Manglende apparaturkonfiguration i apparatrummet
ABL835	BLP	321	Manglende angivelse af næste servicedato
Biobank	MRA	322	Manglende ugentlig genstart af PC
Biobank	MRA	323	Manglende kompetenceblad for NP
Biobank	SS	324	Manglende afholdelse af MUS for NP
Biobank	SS	325	Manglende samtykkeerklæring (afd. PA-413) fra pt., hvor der er taget prøver til biobank
Biobank	SS	326	Manglende information til pt. ang. prøvetagning til biobank
Forsendelse	UH	327	Udateret og usigneret seddel ang. U-Cortison i instruks 0705 - ikke i original
Forsendelse	UH	328	Udateret og usigneret seddel ang. leveringsdage af tøris i 0704 - ikke i original
Forsendelse	ER	329	SI-04 og SI-09 er ikke opdaterede
Forsendelse	UH	330	Manglende signering på PL
Forsendelse	UH	331	Manglende markering af næste servicebesøg på centrifuge - kun internt nr. påsat
EDB	BRB/ KAH	332	Forskriftsmappe indeholder forældede kopier af 2705 (BRB) og 1214 (KAH)
EDB	BRB/LA	333	Manglende angivelse af dato for udgåelse på alle sider af 1006/04 og 1010/04
EDB	BRB	334	Manglende kontinuitet i afholdelse af EDB-møder
EDB	SS	335	Manglende afholdelse af MUS for BRB
iSYS	KAH	336	Manglende påsætning af skråstregs-markering på mapper
iSYS	KAH	337	Manglende håndrettelse (12-11-10) på original af 0319a-1
iSYS	KAH	338	Manglende mærkning af apparat fra Driftafd. Manglende markering af næste servicedato
ImmunoCAP	LN	339	M-101/03 har samme dato for ibrugtagning og revision
ImmunoCAP	LA	340	Dok.styret kopi af 1032/04 forældet - der findes en version 05
ImmunoCAP	LN	341	Udateret og usigneret seddel i 1804g/05 - ikke i original
ImmunoCAP	LN	342	Manglende ibrugtagning for kit-inserts (CD-rom)
ImmunoCAP	LN	343	Manglende opdatering af software version i logbog
ImmunoCAP	LN	344	Manglende afholdelse af sektionmøder
ImmunoCAP	LN	345	Manglende ibrugtagningsdato for IgA calibrator Strpis log. DRGO i logbog
ImmunoCAP	LN	346	Det fremgår ikke af logbog, hvilke dage der ikke er udført vedligeholdelse
LilleLab	LN	347	Udateret og usigneret håndrettelse i 1739a/03 - ikke i original
LilleLab	LN	348	Gammel håndrettelse (29.12.09) i 1739i/03 - ikke i original
LilleLab	LN	349	2201/05 er påført samme dato for ibrugtagning og revision
LilleLab	LN	350	2 eksemplarer af 2205/05 i samme mappe - rumplacering uklar
LilleLab	LN	351	I instruksmappen "Ascites, Pleura..." er 2215/03 placeret - der findes en version 04
LilleLab	LN	352	Manglende revision af 2219/01

## Ledelsens evaluering 2010

Afsnit	Ansvarlig	Nr.	Kort beskrivelse
LilleLab	LN	353	pH-meter: Manglende signering for daglig vedligeholdelse og accept for standardisering
LilleLab	LN	354	Manglende ibrugtagsdatoer for buffer til pH-meter og reagenser til EMNI i logbog "Lille Lab"
LilleLab	HS	355	Quantiferon: Mangelfuldt udfyldt sidste side i logbog
LilleLab	LN	356	pH-meter: Ikke mærket eller registreret i FindiGen
LilleLab	LN	357	B-Fæces: Manglende signatur ved aflæsning af de seneste 3 B-Fæces
RadioLog	UH	358	Manglende mapper til RadioLog
RadioLog	BRB	359	Der ses ingen servicereporter
RadioLog	MRA/UH	360	Manglende tilbagemeldinger i logbog
RadioLog	UH	361	Manglende angivelse af software version i logbog
RadioLog	BRB/UH	362	Ingen dokumentation for temperatur i perioden 11.08-20.08.10 for XA130-2 og XB130
RadioLog	BRB/UH	363	Ingen umiddelbar dokumentation for temperatur før august 2010 pga. om-nummerering
RadioLog	UH	364	Inkubator til Quantiferoner: Ingen registrering og dokumentation for temperatur
RadioLog	UH	365	Ingen skriftlig dokumentation for fasteste temperaturgrænser
Personaleadm	ER	366	Forkert angivelse af initialer på signaturark (SAME i stedet for SME)
Personaleadm	SS	367	Manglende 1160 for 2009 og 2010 for PaS
Personaleadm	SS	368	Kopi af udgået 13176/01 i personalemappe for PaS
Personaleadm	SS	369	Manglende afholdelse af MUS for PaS
Personaleadm	UH	370	Superbruger NK har kun trin 3 på kompetenceblad for prøvmodt.
Personaleadm	HS	371	Manglende 1359 for ND
Personaleadm	ER	372	Seneste kompetenceblade er ikke at finde i mappen med fratrådt personale for BCS
Vægt & pipetter	AG	373	Kopi af udgået 1715/05
Vægt & pipetter	ER	374	Manglende vurdering af leverandører
ACL TOP	HS	375	For sen opfølgning på afvigelse, der blev til UTH
ACL TOP	HS	376	Manglende korrigerende handling på afv. 247 - ændring i quickguide
Generelt	ER	377	Der er for langsom tilbagemelding på afvigelser. Diskuteres på DM
ACL TOP	HS	378	Manglende serviceregistreringer i logbogen
ACL TOP	HS	379	Manglende streg i logbogens opfølgingsfelter, hvor det kun drejer sig om en besked
ACL TOP	HS	380	Der er ikke fulgt op i alle vedligeholdelsesfelter i logbog
ACL TOP	HS	381	Modtage- og ibrugtagsregistreringer er ikke fyldestgørende
Advia	LN	382	Manglende rumplacering på instrukserne 0208a-i og 0209f, også originaler
Advia	LN	383	Udateret og usigneret håndrettelse påført 0208a/06, som ikke er på originaleksemplar
Advia	LN	384	Håndrettelse dateret 14.05.10 påført 0209d/04 er ikke påført originaleksemplar
Advia	LN	385	Der mangler objektive krav til accept af sammenligning mellem gamle og nye reagens lot
Vitros 5.1	SS	388	Aftale A-31/02 er udgået den 31.03.2010
Vitros 5.1	HN	389	Instruks 2004/03 mangler rumbetegnelse
Vitros 5.1	HN	390	Udgåede interne opslag
Vitros 5.1	HN	391	Manglende oplysning om opbevaringsforhold i 2005b/03

## Ledelsens evaluering 2010

Afsnit	Ansvarlig	Nr.	Kort beskrivelse
Vitros 5.1	HN	392	Manglende validering af Digoxin
Afd.led.sekretariat	BRB/LA	393	Instruks 1077 er udgået
Afd.led.sekretariat	KAH	394	Instruks 1501 udgået
Afd.led.sekretariat	KAH	395	Instruks 1221 er udgået
Afd.led.sekretariat	MH	396	Instruks 2117 er udgået
Afd.led.sekretariat	MH	397	Instruks 2107 er udgået
Afd.led.sekretariat	BRB	398	Instruks 2708 er udgået
Afd.led.sekretariat	ER	399	Instruks 1326 er udgået
Sikkerhed	ER	400	Sikkerhedsinstruks SI-08/05 er udgået 01.10.10
Sikkerhed	ER	401	Mappen "Sygehushygiejne" indeholder både sikkerheds- og hygiejneinstrukser
Immulite	KAH	405	Manglende afholdelse af sektionmøder
Prøvemodtagelse	UH	406	KC ikke godkendt til enGEN
Prøvemodtagelse	HS	407	Udateret og usigneret opslag vedr. Quantiferon-prøver
Prøvetagning	AG	408	Kopi af instruks 0515/02 er udgået
Prøvetagning	AG	409	Metodeblad for EKG M-150/01 er udgået 26.06.10
Prøvetagning	HS	410	Aftale A-08/03 har samme dato for ibrugtagning og revision
Prøvetagning	HS	411	Aftalerne A-.12/02, A-19/03, A-20/03, A-21/03 og A-45/01 har alle angivet en fratrådt medarbejder som kontaktperson
Prøvetagning	HS	412	MB mangler kompetencer for 13119
Prøvetagning	ER	413	Manglende tilbagemeldinger i logbogen "Prøvetagningsproblemer"
Prøvetagning	BRB/LA	414	Manglende genstart af PC i rumderum i ugerne 23 og 24
Prøvetagning	AG/BN	416	Pt. blev ikke bedt om at sige sit fulde navn ved identifikation
EKG	AG	417	Instruks 0765 findes i to versioner (04 og 05), er tilsyneladende begge er i brug
EKG	ER	418	Manglende udførelse af håndhygiejne før patientkontakt
EKG	AG/BN	419	Pt. blev ikke bedt om at sige sit fulde navn ved identifikation
EKG	AG/BN	420	Pt. havde friske sår på maven - der blev ikke som foreskrevet lagt et blåt engangsunderlag over til beskyttelse

## Ledelsens evaluering 2010

### Bilag 3 - Afvigelser fra ekstern bedømmelse

Nr.	Afvigelse
1	Gældende procedure for afskaffelse af udstyr sikrer ikke at fortrolige personhenførbare oplysninger beskyttes
2	Der er ikke overensstemmelse i oplysninger om akkrediterede metoder i metodetablade og metodelisten for webtool. Set for hs-CRP og EKG
3	Temperaturen i laboratoriet styres ikke i henhold til relevante krav i specifikationer og er ikke tilpasset de opgaver, der udføres
4	Der kunne ikke fremvises dokumentation for at bioanalytikerstuderende er gjort bekendt med deres tavshedspligt
5	Den fremviste leverandøroversigt og leverandørbedømmelse er ikke komplet. Der savnes angivelse af leverandører af kalibreringsydelser samt leverancer fra andre af hospitalets afdelinger (IT, Drift/medicoteknik, Varemodtagelsen)
6	Der ses ikke dokumenterede formidlede kvalitetskrav til ydelser indkøbt fra hospitalets øvrige afdelinger (IT, Drift/medicoteknik, Varemodtagelsen)
7	Der ses ikke dokumenterede procedurer til sikring af tab eller forringelse af data fra elektroniske medier
8	Dokumenter som patientvejledninger i EPIS ses ikke styret
9	Henvisning til akkrediteringen på papirsvarudskrifter er ikke i overensstemmelse med akkrediterings-bestemmelserne
10	Ledelsens evaluering: Der ses ikke aftale om passende tidsrum for iværksatte handlinger. Effektiviteten af gennemførte korrigerende handlinger ses ikke evalueret
11	Hettich Centrifuge: Afdelingen har ikke taget stilling til acceptabel temperaturforskel mellem aktuel og vist temperatur
12	ImmunoCap: Enkelte markeringer for daglig vedligehold mangler. Ses især på dage, hvor afd. F har stået for analyseringen
13	Der mangler instruktion omkring håndtering af software-opdateringer. Registreringer og evt. validering
14	Valideringer: Der ses ingen eller mangelfuld stillingtagen til leverandørens oplysninger. Baggrund for valg af kvalitetskrav ses sjældent. Måleinterval følger ikke egen vejledning
15	Jobbeskrivelse for Pal er ikke revideret (revisionsdato 01-02-2009). CV er ikke opdateret. Det fremgår ikke at Pal er bemyndiget til godkendelse af valideringer
16	Afdelingens valideringsrapporter har ikke konsekvent et indhold svarende til vejledning 0009/14. Rapporterne ved. B-Sedimentationsreaktion, P-Koagulation, vævsinduceret, P-Fibrin D-dimer, Hb-Carbonmonoxidhæmoglobin lever ikke op til dette
17	Der er ikke overensstemmelse mellem referenceintervaller for P-Natrium opgivet i metodeblad og instruks 0107/05 samt for rapporten Hb-Carbonmonoxidhæmoglobin opgivet i metodeblad, instruks 0107/05 og valideringsrapport
18	Der findes ikke dokumentation for at vandkvaliteten ved vandanlæg til demineraliseret vand overholder afdelingens krav
19	P-Natrium og P-Kalium bestemmes på både ABL 835 og Vitros 5.1. Der ses ikke systematiske sammenligninger af disse.
20	Apparaturmanual (firma) ved Immulite er ikke styret

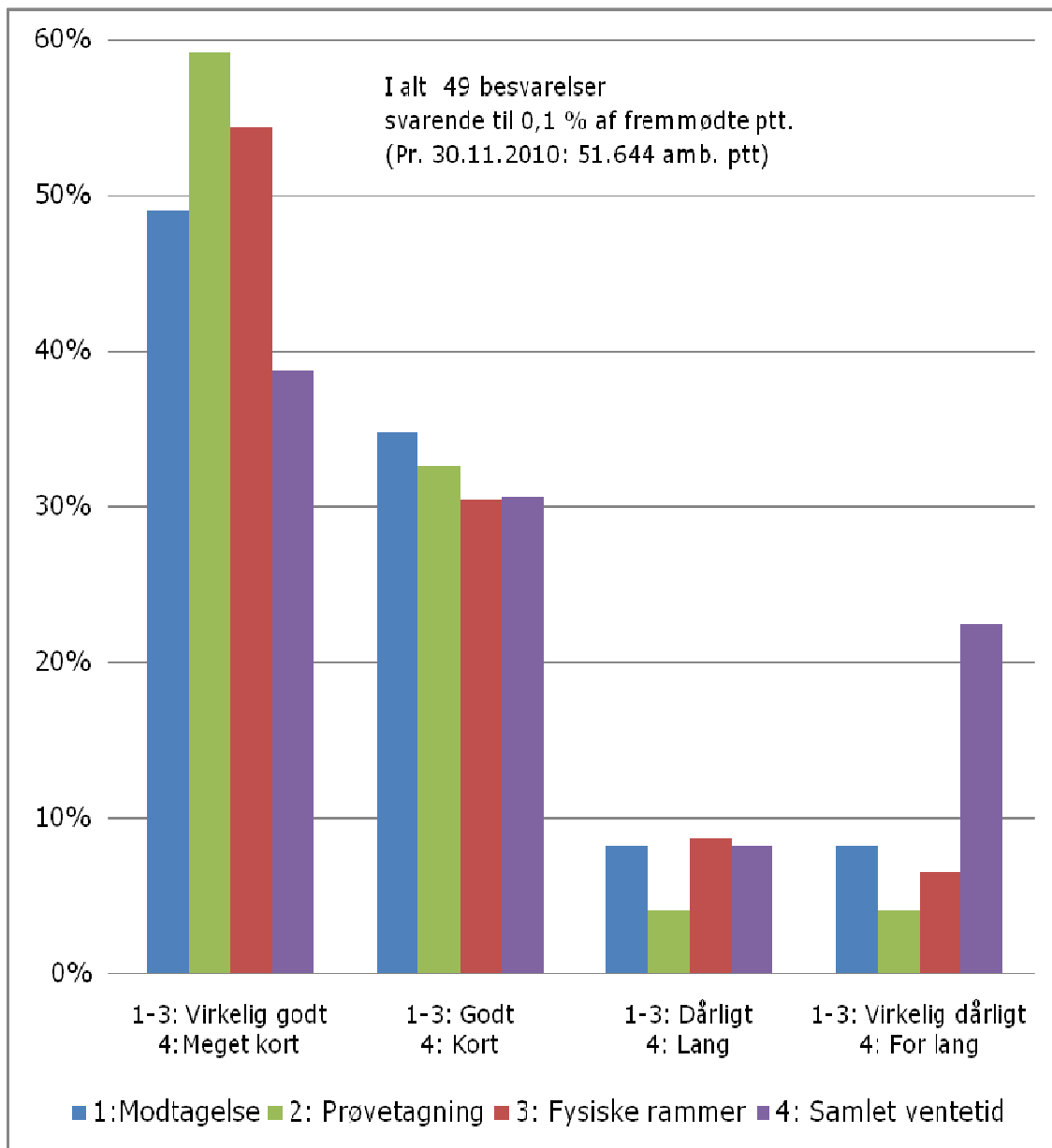
## Ledelsens evaluering 2010

### Bilag 4 – Oversigt over klager

Klage dato	Type	Afdeling	Kort beskrivelse	Berettiget
11-02-2010	Patient, service	Amb. pt.	Pt. klager over lang ventetid i ambulatoriet	Ja
16-03-2010	Amb. pt.	Amb. pt.	Pt. klager over dårligt forløb i ambulatoriet	Ja
21-04-2010	Afdeling, sundhedsfaglig	Afd. C	Afd. klager over manglende blodprøvesvar. Pt. har tilsyneladende ikke været her	Nej
16-04-2010	Patient, service	Amb. pt.	Pt. klager over organisationen i ambulatoriet	Nej
22-10-2010	Patient, service	Amb. pt.	Pt. klager over navngiven persons opførsel i receptionen	Nej
03-11-2010	Afdeling, sundhedsfaglig	Afd. G	12/11: Hos ER/SS Ref.interval for C-Peptid forkert i FlexiLab (<180 pmol/L) ændret til >180 pmol/L. Vejledning 0015 ikke fulgt	Ja

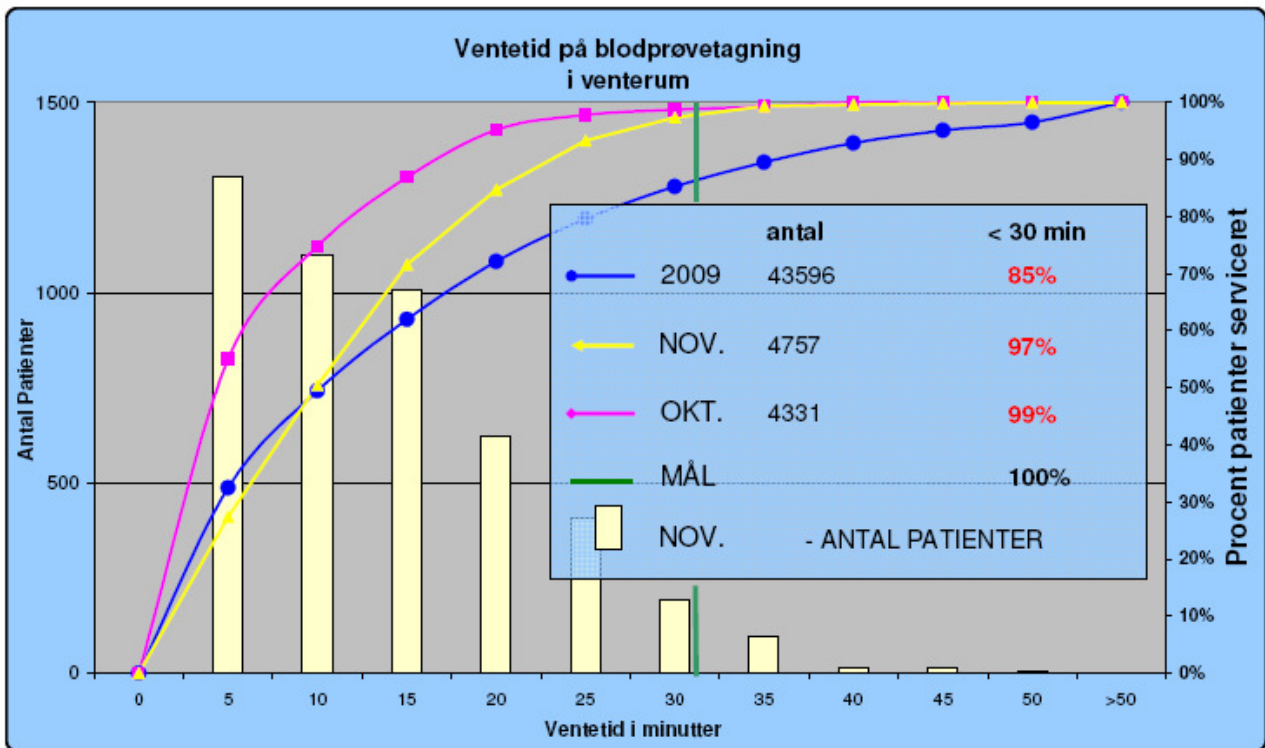
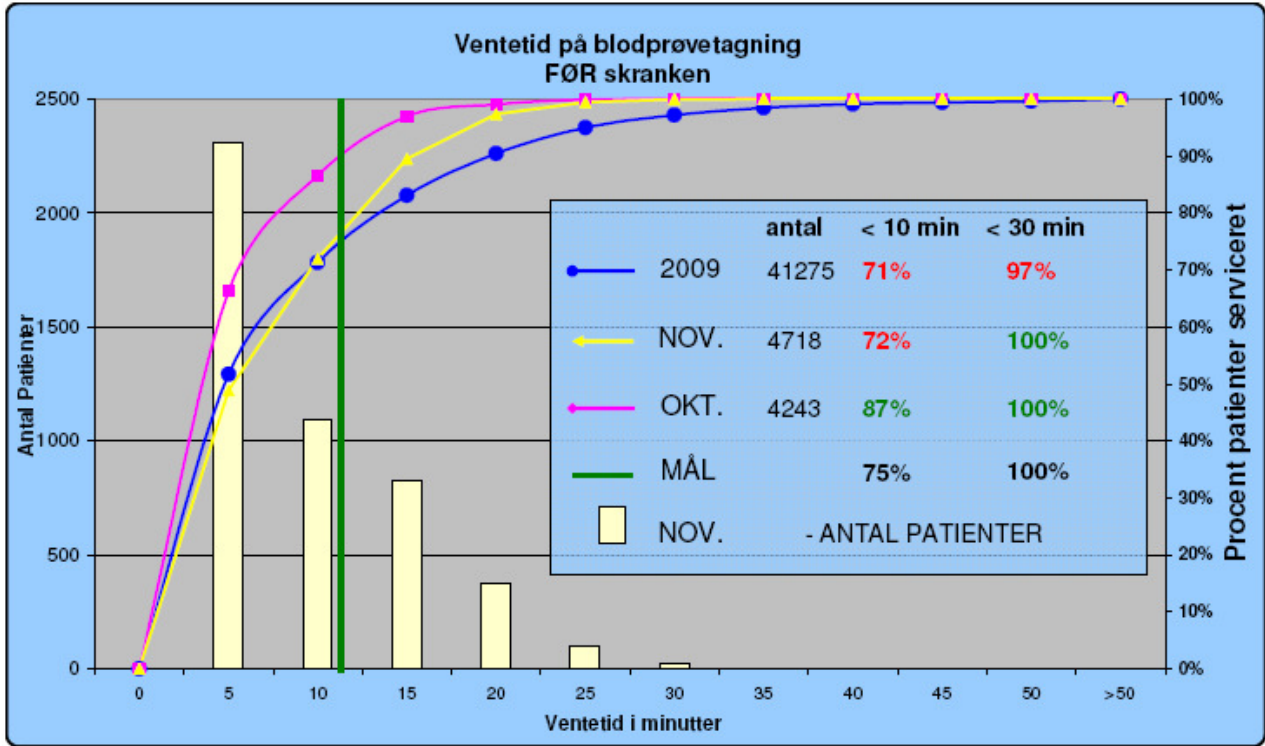
**Ledelsens evaluering 2010**

**Bilag 5 – Ris-Ros-opgørelse**



**Ledelsens evaluering 2010**

**Bilag 6 – Ventetider i KBA's ambulatorium**



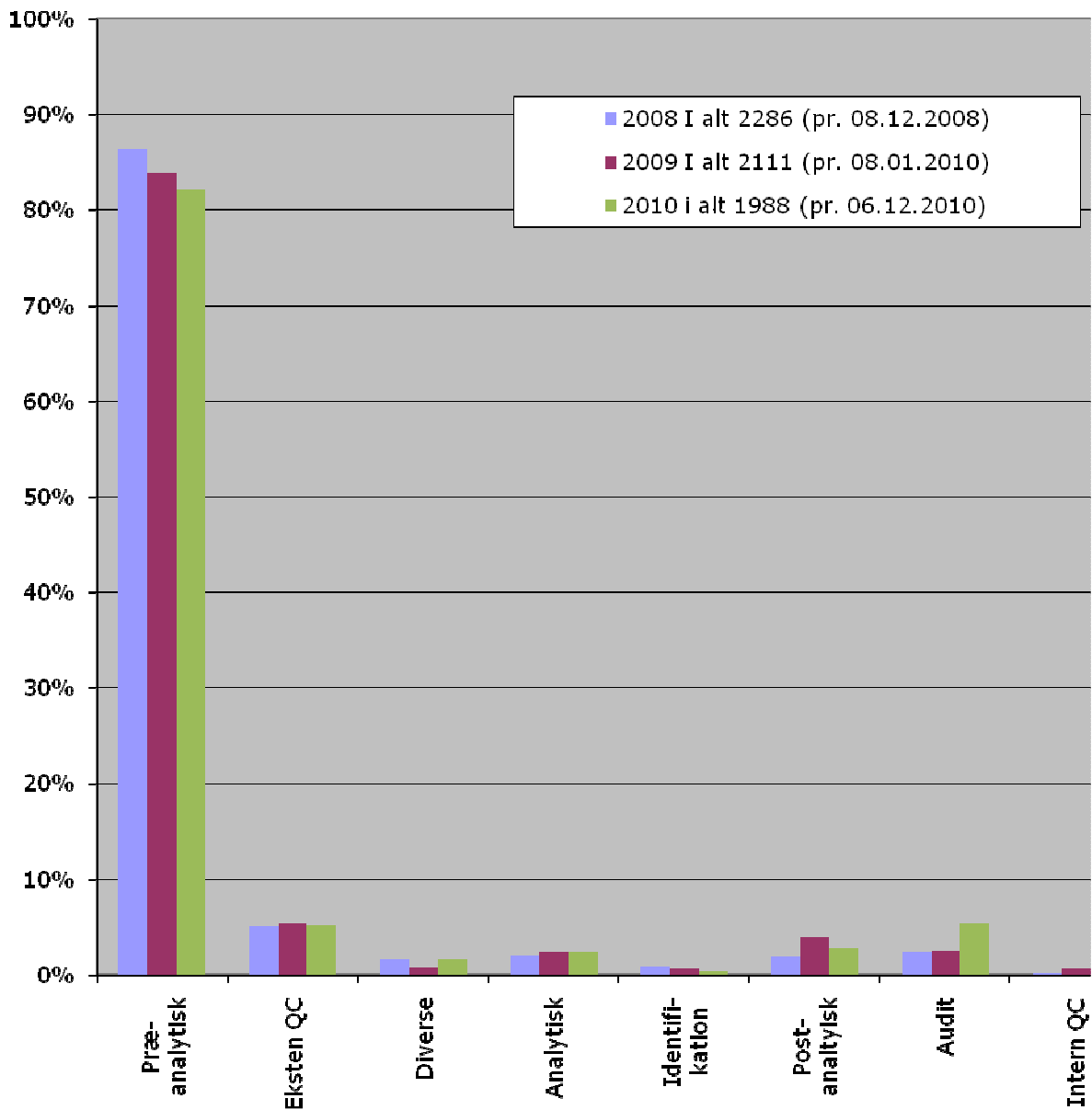
## Ledelsens evaluering 2010

### Bilag 7 – Resultat af monitorering af håndhygiejne

	Ambulatoriet			Sengeafsnit		
	Observerede	Antal korrekte	% Korrekte	Observerede	Antal korrekt	% Korrekt
<b>Uge 15</b>				10	10	100
<b>Uge 16</b>	20	19	95			
<b>Uge 17</b>	23	21	91			
<b>Uge 18</b>	20	19	95	20	20	100
<b>Uge 19</b>	13	11	85	21	21	100
<b>Uge 20</b>	24	24	100			
<b>Uge 26</b>	10	10	100			
<b>August</b>	10	10	100	10	9	90
<b>September</b>	21	20	95	14	13	93
<b>Oktober</b>	15	15	100	30	30	100
<b>November</b>	18	18	100	20	20	100
<b>December</b>	14	12	86	10	10	100
<b>Total</b>	188	179	95	135	133	99

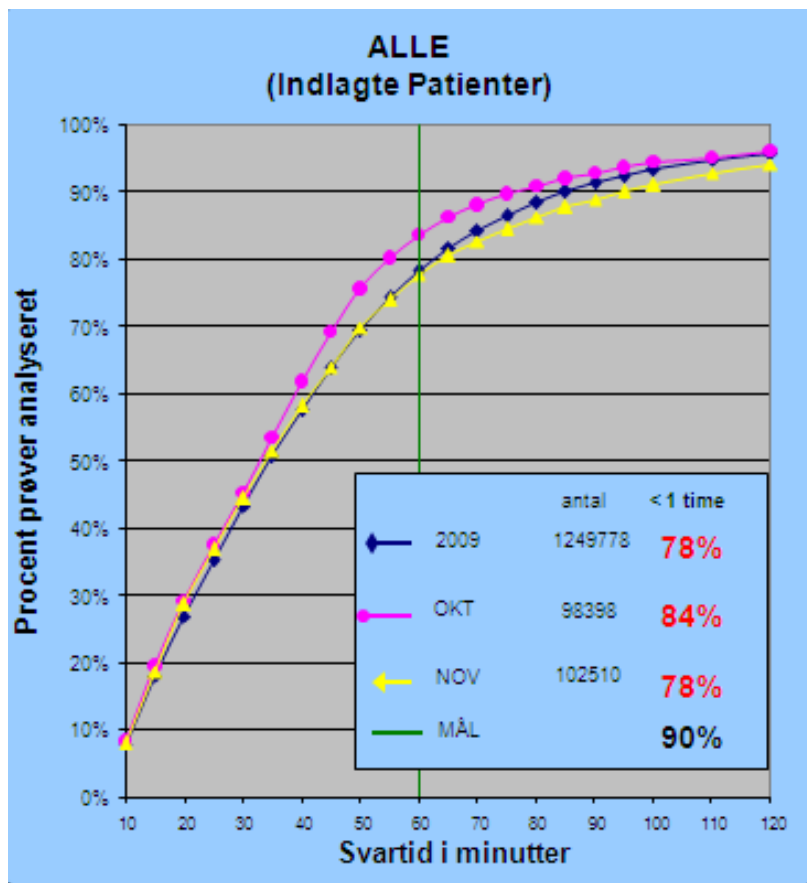
**Ledelsens evaluering 2010**

**Bilag 8 – Afgivelser fordelt på hovedtyper**



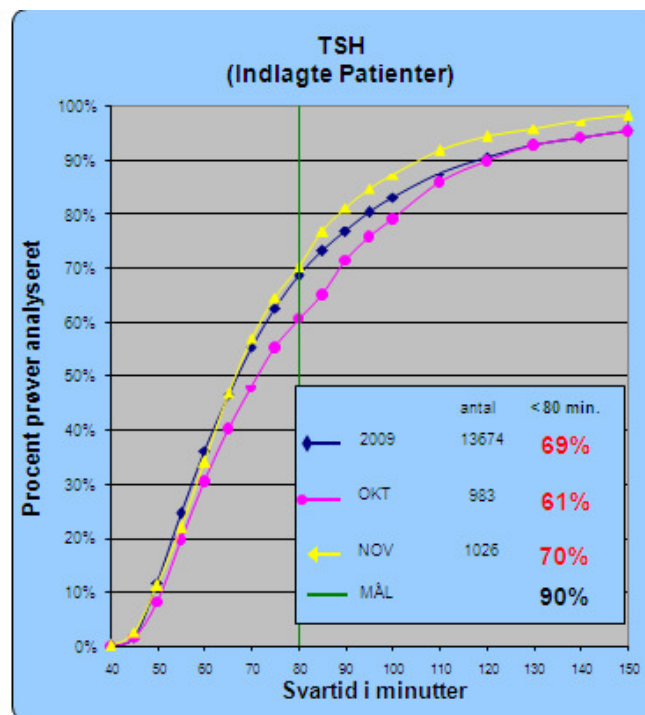
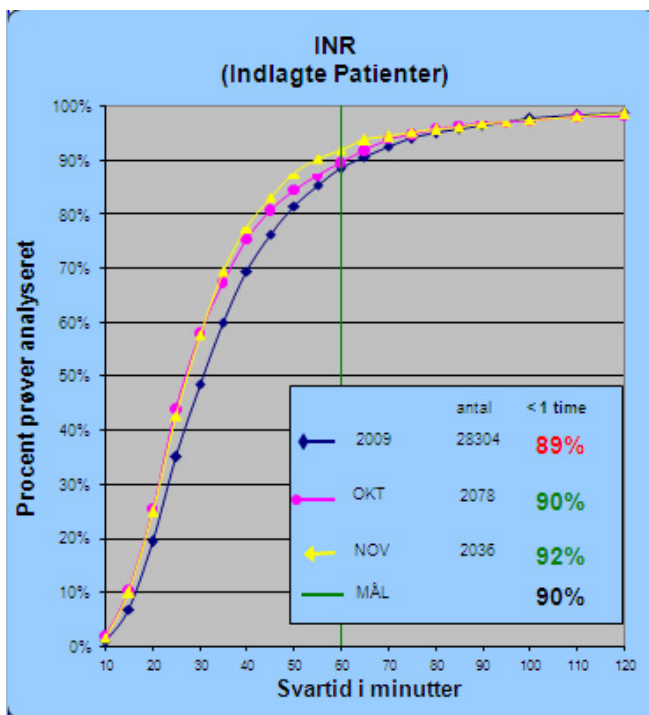
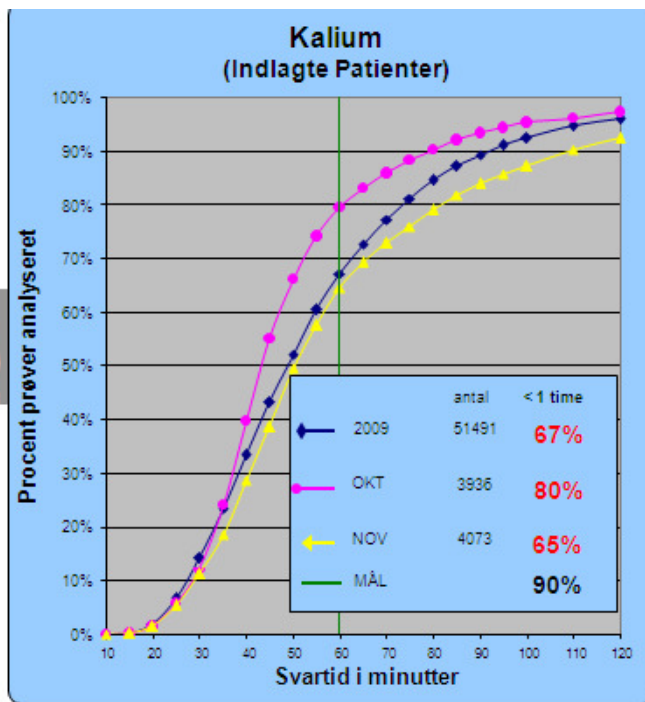
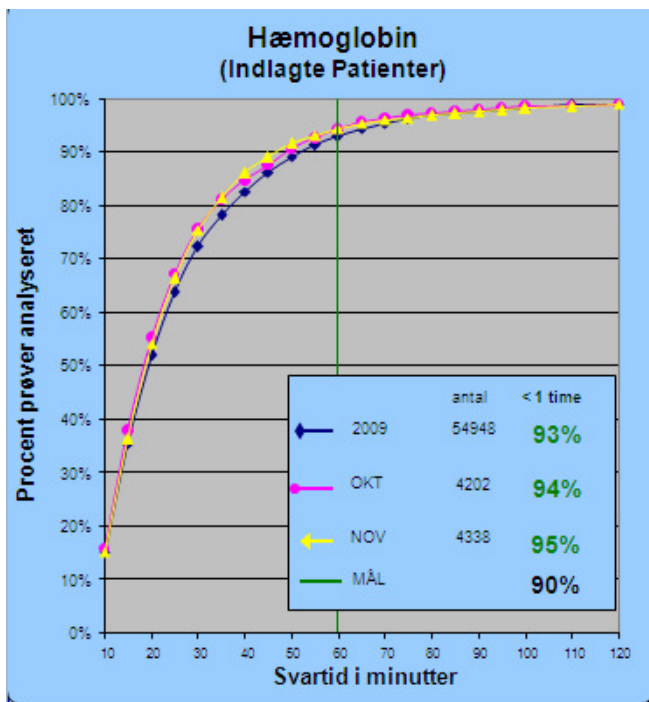
## Ledelsens evaluering 2010

### Bilag 9 – Svartider, alle analyser – hele døgnet



## Ledelsens evaluering 2010

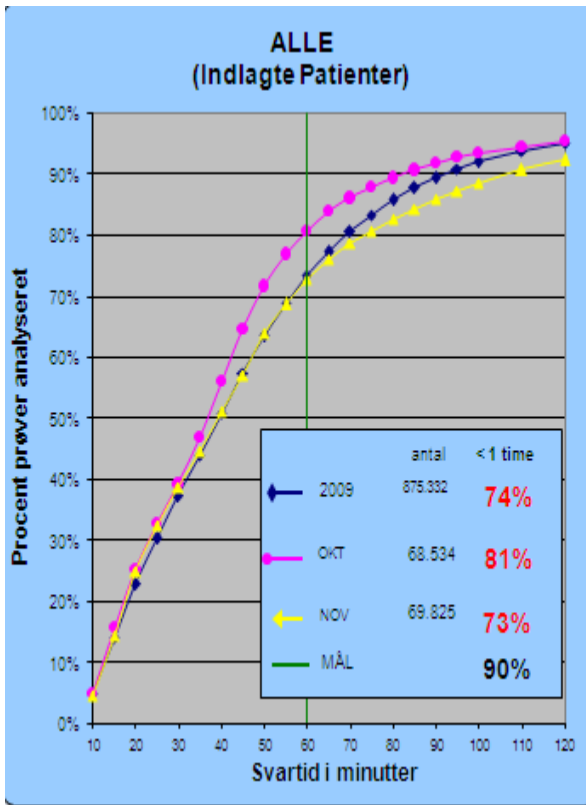
### Bilag 10 – Svartider, fordelt pr. apparatur (udvalgte analyser)



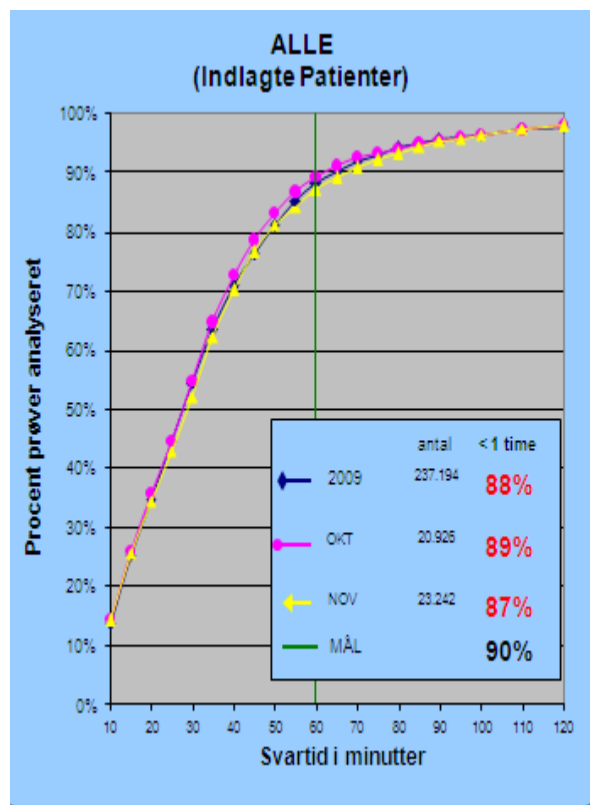
**Ledelsens evaluering 2010**

**Bilag 11 – Svartider, fordelt pr. vagtperiode**

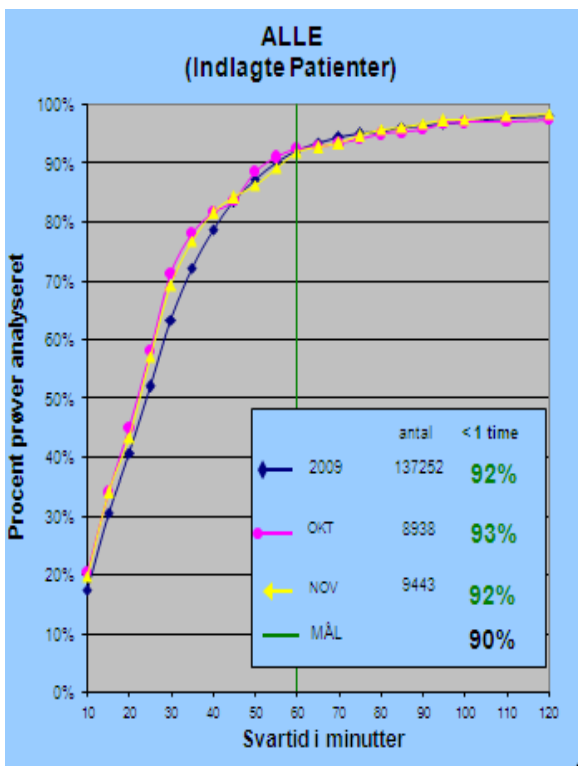
**Dag – 68 % af alle svar**



**Aften – 23 % af alle svar**



**Nat – 9 % af alle svar**



## Ledelsens evaluering 2010

### Bilag 12 – Bedømmelse af leverandører

Leverandørvurderingen er foretaget ud fra logbogen, specialisternes udfyldte evalueringsskemaer, evt. brugerundersøgelser og certificerings/akkrediteringsbeviser.

Leverandør	Udstyr	Score		status	Bemærkninger
		2009	2010		
Bie & Berntsen	Hettich-centrifuger	5,0	5,0	↔	2009: AH-diagnostik
AH-diagnostik	Pipetter	*	5,0		Kalibreringscertifikat på anvendt vægt
Kivex	Ekg-apparater	*	5,0		OK
Phadia	ImmunoCap	5,0	4,9	↓	Certificeringsbevis arkiveret hos KaH
Ortho Clinical Diagnostics	Vitros 5.1 FS	4,7	4,1	↓	Enkelte utensilier har været i restordre i længere perioder. Certificeringsbeviser findes hos OCD. Der er generelt god/acceptabel service fra firmaet. Et enkelt tilfælde af langvarig problem omkring cuvettefejl på et instrument. Restordre i længere perioder. Selve leveringer på lokation er under revision af firmaet. Scorer kun "Mindre god" i responstid.
Ortho Clinical Diagnostics	enGen	*	4,7		<b>Ventede 3 dage i juli</b> på service, hvor enGen var ude af drift.
Siemens	Advia 2120	5,0	4,9	↓	Certificeringsbevis arkiveret hos KaH
Siemens	Immolute 2500	4,0	5,0	↑	
Radiometer	ABL	4,0	5,0	↑	
IDS	iSYS	*	5,0		Afventer certificeringsbeviser
ILS	ACL Top	4,4	4,8	↑	
Abbott	PCx-glukoseapp	3,1	4,8	↑	
Millipore	Vandanlæg	*	4,8		
DEKS	Kvalitetskontrolmateriale	5,0	4,5	↓	Certificerede referencemateriale er temmelig længe undervejs
Terumo	Glas og kanyler	5,0	4,0	↓	
Hettich	Glas og kanyler	3,5	5,0	↑	
Farusa	Transport-emballage	5,0	5,0	↔	
SSI	Analyser	5,0	5,0	↔	
Lyreco og Remmer	Kontorartikler	*	5,0		
UniLabs	Analyser	5,0	5,0	↔	
Sunquest	FlexiLab	5,0	5,0	↔	Da der kun er service fra Anglia kl.9-18 mangler der hjælp resten af døgnnet. Dette er et betalingssspørgsmål.
	WebICE	5,0	3,8	↓	
Buch & Holm	Vægte	*	4,7		B&H er ikke akkrediteret, men deres leverandør af f.eks. lodder er det.
Orion Diagnostica	EMNI	*	5,0		

## Ledelsens evaluering 2010

Leverandør	Udstyr	Score		status	Bemærkninger
		2009	2010		
Scancoin	Nr-system	*	3,6		Tekniker kommer hurtigt hvis nødvendigt. Mangler lidt erfaring med program, men kan det nødvendige. Labels leveres til tiden, men vi har oplevet de forsvinder i "posten" (internt)
NNIT	IT-support	4,0	3,5	↓	Mange opgaver er overgået til KIT, og vi mangler dokumentation/overblik over deres nuværende funktion. Service er lettere ugenomskelig og træg, men det skyldes hovedsageligt den lange vej fra bruger gennem lokal IT-afd. til KIT og så videre til NNIT.
KIT	IT-support	4,0	3,5	↓	Service er langsom gennem de rette kanaler, da sagen først skal forbi lokal IT. Det giver også problemer med opgaveløsning, hvis der skal prøves flere ting efterfølgende.
Hans Buch	Radiolog	*	3,6		Leverandør står til rådighed via mails og tlf. Kan være svær at booke, men er på den anden side også god til at finde huller i tidsplan. Personalet klager konstant over systemet efter nyt program i opgang 27.
Risø	Kalibreringstermometer	*	5,0		
Driftsafdelingen, Gen.Hospital	Driftsforsyninger og medicoteknisk service	*	4,0		Det er stærkt kritisabelt med manglende tilbagemeldinger på mails fra GO. F.eks. rykker for udbedring af påbud d. 3/11, igen d. 19/11 og først efter ToLa også rykker sker der noget (2/12). Der er stor forskel på service afhængig af medarbejder.
IT-afdelingen Gen.Hospital	IT-forsyning	*	3,3		Service er væsentligt forringet det seneste år (besparelser?). Ville være mere ideelt med et bookingsystem, så ting kan løses selvom egne forslag i første omgang ikke virker. Dvs for lidt interesse i at løse problem/opgave kontra udføre det bestilte.

\* = ingen bedømmelse fra 2009