



Krav til dyreklinikk sertifisert av Den norske veterinærforening

Versjon 11: februar 2016

Kravene under pkt. A er absolutte krav for å bli sertifisert av DNV.
TUD kan dispensere fra kravene under pkt. B-H etter søknad.
Fra 1.7.2018 vil kravene under punkt B også være absolutte krav.

Innholdsfortegnelse:

A: GENERELLE KRAV	2
A.01 KOLLEGIAL ATFERD	2
A.02 MEDLEMSKAP I DNV	2
A.03 ANSVAR FOR MEDISINSKE BESLUTNINGER	2
A.04 ANSVARLIG OVERFOR TUD, EIERSKAP, DAGLIG LEDER.....	2
A.05 SKIFTE AV EIERSKAP, DAGLIG LEDER, ANSVARLIG OVERFOR TUD	3
A.06 KONTAKT MED TILSYNSUTVALGET	3
A.07 TILGJENGELIGHET	3
A.08 OFFENTLIGE KRAV TIL DRIFTEN	3
A.09 SKILTING FRAM TIL KLINIKKEN	3
A.10 ORDEN, HYGIENE OG STANDARD.....	4
A.11 RØMNINGSSIKRING.....	4
A.12 BRANN- OG INNBRUDDSSIKRING.....	4
A.13 DYREPLEIER/KLINIKK ASSISTENT BEMANNING.....	4
A.14 VETERINÆRBEMANNING.....	4
A.15 AVGIFTER.....	5
A.16 MIDLERTIDIG SERTIFISERING.....	5
B: KOMPETANSE	5
B.01 MEDISINSK KOMPETANSE	5
C: LOKALER	7
C.01 INNGANGSPARTI, VENTEROM, RESEPSJON.....	7
C.02 BEHANDLINGSROM	8
C.03 MEDISINLAGER OG ANNET LAGER.....	9
C.04 BILDEDIAGNOSTISK AVDELING.....	10
C.05 LABORATORIUM	12
C.06 OPERASJONSROM	14



C.07 BURROM	16
C.08 PERSONALROM	17
D: SPESIALUTSTYR.....	17
E: BIBLIOTEK	17
E.01 TILGJENGELIGHET.....	17
E.02 TIDSSKRIFTER	17
E.03 BØKER.....	17
E.04 ELEKTRONISKE MEDIA.....	18
F: RUTINER	18
F.01 KLINIKKRUTINER.....	18
F.02 PASIENTJURNALER.....	18
F.03 RENHOLDSRUTINER	19
F.04 AVFALLSHÅNDTERING	19
F.05 KVALITETSSIKRINGSSYSTEM	20
G. KLIENTSERVICE	21
H. KRAV TIL BELYSNING PÅ KLINIKKER	22

A: GENERELLE KRAV

A.01 KOLLEGIAL ATFERD

Dyreklinikkens eier(e) og medarbeidere skal utvise god kollegial atferd, samt etterleve Den norske veterinærforenings lover og profesjonsetiske retningslinjer.

Alle avgjørelser fattet av Den norske veterinærforenings utvalg eller organer skal tas til følge.

A.02 MEDLEMSKAP I DNV

Dyreklinikkens eier(e) skal være medlem(mer) av Den norske veterinærforening.

Dersom klinikken ikke eies av veterinær(er) eller fysisk(e) person(er), må ansvarlig veterinær og daglig leder (dersom vedkommende er veterinær), være medlem av Den norske veterinærforening.

A.03 ANSVAR FOR MEDISINSKE BESLUTNINGER

Alle medisinske beslutninger skal journalføres. Det skal gå klart frem av det journalsystemet som benyttes, hvilken veterinær som er ansvarlig for hvilke medisinske beslutninger (diagnose, behandling, medisiner, osv.), i henhold til Forskrift om journal for dyrehelsepersonell.

A.04 ANSVARLIG OVERFOR TUD, EIERSKAP, DAGLIG LEDER

En av klinikkens faste veterinærer skal være ansvarlig overfor DNVs tilsynsutvalg for dyreklinikker (TUD).

Ansvarlig veterinær oppgis i søknaden sammen med eier(e) og daglig leder av klinikken.



A.05 SKIFTE AV EIERSKAP, DAGLIG LEDER, ANSVARLIG OVERFOR TUD

Vesentlige endringer i driften, inkludert utvidelse og flytting av klinikken, skifte av eierskap, daglig leder eller den ansvarlige ovenfor TUD, skal meldes skriftlig til TUD innen én (1) måned. TUD vurderer om endringene er så omfattende at det utløser nytt tilsynsbesøk.

Ignorering av denne meldingsplikten kan utløse opphør av sertifiseringen, og at dyreklinikken må søke om ny førstegangs sertifisering.

A.06 KONTAKT MED TILSYNSUTVALGET

Tilsynsbesøk skal avtales mellom TUD og dyreklinikkens ansvarlige veterinær. Denne skal være tilgjengelig under hele tilsynet, og gi uhindret adgang til alle dyreklinikkens rom.

Før tilsyn kan TUD be om relevant tilleggsdokumentasjon angående dyreklinikkens virksomhet, utover det som er vedlagt søknaden.

TUD og sertifiseringsordningen skal tilføre virksomheten ressurser, noe som innebærer samarbeid. Derfor er det viktig at begge parter er godt forberedt, slik at utbyttet skal bli maksimalt. Det er viktig at TUD har tilstrekkelig informasjon om virksomheten.

A.07 TILGJENGELIGHET

Dyreklinikken skal være bemannet med veterinær i hele klinikkens åpningstid, minimum 37,5 timer ukentlig, fordelt på alle ukens virkedager (mandag-fredag). I tidsrommet mellom kl 8.00 og kl 19.00 alle disse dager, skal klinikken være åpen sammenhengende minst seks timer daglig. Butikkdelen kan være åpen utover dette, mens klinikken er stengt, og da uten at veterinær er tilstede.

Så lenge klinikken er åpen, skal det også kunne tilbys nødvendig akutthjelp, men det er valgfritt om rutinebesøk i nærmere angitte tidsrom skjer med eller uten avtale (timebestilling, åpen poliklinikk eller en kombinasjon av disse).

Utenom klinikkens åpningstid skal klinikken henvise til en vakthavende veterinær som enten er tilknyttet dyreklinikken eller annen veterinær/smådyrklinikk det foreligger en avtale med, eller en offentlig organisert veterinærvakt.

Det skal være etablert et system som ivaretar behovene til pasienter som er under behandling ved klinikken, når klinikken er stengt.

A.08 OFFENTLIGE KRAV TIL DRIFTEN

Virksomheten skal drives i overensstemmelse med de til enhver tid gjeldende offentlige regler og bestemmelser. Hvis klinikken får besøk fra offentlig tilsynsmyndighet, skal TUD holdes løpende orientert, ved at klinikken sender kopi av tilsynsrapporten.

Tilsynsutvalget for dyreklinikker (TUD) kan kreve relevant dokumentasjon fremlagt.

A.09 SKILTING FRAM TIL KLINIKKEN

Det skal være god skilting fram til klinikken, slik at også de som ikke er lokalkjent lett finner fram.



A.10 ORDEN, HYGIENE OG STANDARD

Klinikkens bygningsmasse og de nærmeste omgivelsene skal fremtre ryddige, hygieniske og godt vedlikeholdte og oppfylle alle generelle krav i del A.

Vanlig søppel skal oppbevares i lukkede containere, som hindrer lukt, og tømmes regelmessig og tilstrekkelig ofte. (Se pkt. F.04, AVFALLSHÅNTERING)

For besøkende skal det være tydelig merket egnet sted for deponering av ulikt avfall (søppelkasse for vanlig søppel og for poser med hundeeskrementer).

Det skal være minimum 3 parkeringsplasser i umiddelbar nærhet til klinikken dersom klinikken drives med timebestillinger.

Dersom det ikke kreves forhåndsavtale, eller dersom det er mulig å komme både med og uten forhåndsavtale, skal det være minimum 5 parkeringsplasser.

Annonser for salgsartikler skal ikke dominere fasaden og inngangspartiet.

Alle rom hvor det drives undersøkelse eller behandling av dyr, inkludert burrom og venterom, skal ha god orden og hygienisk standard, og skal kunne vaskes og desinfiseres. Lysarmatur skal gi godt lys tilpasset aktiviteten i de enkelte rom.

Ventilasjonen skal være god, og tilpasset aktiviteten.

Klinikken skal være sikret mot effektene av strømbrydd, slik at pasientenes sikkerhet er ivaretatt.

A.11 RØMNINGSSIKRING

Bygninger skal være rømningssikre.

Dette innebærer at det skal være minst to dører fra klinikkrom der pasienter oppholder seg, før løse dyr kan komme ut i fritt terreng.

Unntak er venterom, der det forutsettes at eierne holder dyrene i bånd eller i bur. Ingen behandlingsrom skal ha direkte passasje ut i friluft. Unntak kan gjøres dersom en dør er lukket på en lett synlig måte (slåe eller lignende), og det er helt usannsynlig at døren kan stå oppe eller åpnes ved et uhell. Nødutganger som ikke er i vanlig bruk, er også akseptabelt.

A.12 BRANN- OG INNBRUDDSSIKRING

Klinikken skal være tilfredsstillende sikret mot brann i henhold til offentlige bestemmelser. Klinikken skal også være sikret mot innbrudd.

A.13 DYREPLEIER/KLINIKK ASSISTENT BEMANNING

Klinikken skal ha minimum 1 ansatt dyrepleier/klinikkassistent, som alene eller til sammen dekker dyreklinikkens ordinære åpningstid (Se pkt. B.01.02, DYREPLEIER/KLINIKKASSISTENT KOMPETANSE)

A.14 VETERINÆRBEMANNING

Minst 1 veterinær skal være fulltids engasjert ved dyreklinikken. Veterinær skal være tilgjengelig under hele klinikkens åpningstid. (Se pkt. A.07, TILGJENGELIGHET og pkt. B.01.01, VETERINÆRKOMPETANSE).



A.15 AVGIFTER

Avgiftenes størrelse fastsettes årlig av Sentralstyret i Den norske veterinærforening. Ved førstegangs tilsyn betales en førstegangs tilsynsavgift, uavhengig av når på året tilsynet skjer. Faktura sendes ut fra DNV når søknad er mottatt, og skal være betalt før tilsyn.

Etterfølgende kalenderår betales en årlig avgift så lenge sertifiseringen opprettholdes. Ved tilsyn i forbindelse med fornyet sertifisering, betales også en tilsynsavgift. Faktura for denne tilsynsavgiften sendes ut fra DNV når søknad er mottatt, og skal være betalt før tilsyn.

Skulle klinikken miste sin sertifisering, vil ikke noe av inneværende års avgift bli refundert.

A.16 MIDLERTIDIG SERTIFISERING

Dersom ikke alle krav er innfridd ved TUDs besøk, kan det gis en midlertidig sertifisering, under den forutsetning at kravene oppfylles innen en av TUD gitt tidsfrist. Dette gjelder ikke for noen av de absolutte krav, hvor alle krav skal innfris (A+B).

B: KOMPETANSE

B.01 MEDISINSK KOMPETANSE

B.01.01 VETERINÆRKOMPETANSE

Det gjøres oppmerksom på at kompetansekravene vil bli absolutte fra 1.7.2018. Det betyr at disse skal oppfylles for alle ansatte i hele sertifiseringsperioden som er forut for søknad om fornyet sertifisering. I praksis innebærer dette at alle ansatte i en klinikk som søker om fornyet sertifisering etter 1.7.2018, må oppfylle kravene for kompetanseheving i inneværende sertifiseringsperiode.

Første gangs sertifisering

Alternativ 1:

Minimum 1 veterinær fulltidsengasjert ved dyreklinikken, og som har norsk spesialistgodkjenning i smådyrsykdommer eller tilsvarende som godkjennes av TUD, oppfyller kompetansekravet.

Alternativ 2:

Minimum 1 veterinær, som er fulltidsengasjert ved dyreklinikken, må dokumentere 10 års full tids erfaring med smådyrpraksis de siste 15 årene. Samme veterinær skal også kunne dokumentere, ved bruk av «Skjema for kontinuerlig veterinær kompetanseheving» m/vedlegg, deltagelse på faglige kurs og hospiteringer



innen sentrale fagområder, inkludert medisin/kirurgi/billeddiagnostikk, av til sammen minst 700 timers varighet de siste 10 årene.

Klinikker bemannet med flere enn én veterinær, skal dokumentere faglig oppdatering for alle veterinærene, ved bruk av «Skjema for kontinuerlig veterinær kompetanseheving» m/vedlegg. For første gangs sertifisering, er ikke omfanget spesifisert for mer enn én veterinær.

Fornyhet sertifisering

For DNV-sertifiserte klinikker, kreves for alle veterinærer i 50 % stilling eller mer, dokumentasjon av minimum 40 timers kompetanseheving (kurs, hospiteringer) i snitt hvert år for sertifiseringsperioden (2 eller 3 år).

B.01.02 DYREPLEIER/KLINIKKASSISTENT KOMPETANSE

Første gangs sertifisering

Alternativ 1:

Minimum 1 offentlig godkjent dyrepleier, eller person med annen utdanning som godkjenner av TUD, oppfyller kompetansekravet.

Alternativ 2:

Klinikkassistent må dokumentere minimum 5 års allsidig yrkespraksis fra dyreklinikk, som godkjenner av TUD.

Fornyhet sertifisering

For DNV-sertifiserte klinikker, kreves for alle dyrepleiere i 50 % stilling eller mer, dokumentasjon av minimum 20 timers kompetanseheving (kurs, hospiteringer) i snitt hvert år for sertifiseringsperioden (2 eller 3 år).

For klinikkassistenter i 50 % stilling eller mer, kreves dokumentasjon av minimum 10 timers kompetanseheving i snitt hvert år, for sertifiseringsperioden (2 eller 3 år), inntil NDAF eventuelt utarbeider spesifikke krav til innhold og omfang av kompetanseutvikling.

B.01.03 KOMPETANSE I FORHOLD TIL KLINIKKENS MEDISINSKE TILBUD

Klinikken skal kunne dokumentere sin kompetanse i forhold til det medisinske tilbudet den gir publikum.

Minst en veterinær i full stilling må kunne dokumentere gjennomgått kurs i generell radiologi og røntgendiagnostikk. Dette skal omfatte både skjelettsystemet, thorax og abdomen.



C: LOKALER

C.01 INNGANGSPARTI, VENTEROM, RESEPSJON

C.01.01 LUFTING AV HUNDER

Det skal være anvisninger til egnet sted for lufting av hunder, dersom klinikken ikke disponerer egne luftelokaler.

(Se pkt. A.10, ORDEN, HYGIENE OG STANDARD)

C.01.02 INNGANGSPARTIET

Ved klinikkens hovedinngang (pasientinngang), skal det være opplysninger om klinikkens navn, ordinære åpningstider og opplysninger om akuttvakt.

(Se pkt. A.07, TILGJENGELIGHET)

Det skal gå klart frem av merkingen ved klinikkens hovedinngang, om klinikken krever forhåndsavtale (timebestilling), eller aksepterer uanmeldte, ikke-akutte konsultasjoner.

C.01.03 VENTEROM

Gulv og vegger skal tåle vask og desinfeksjon, slik at rommet til enhver tid fremstår ryddig og hygienisk. Det bør tilstrebes å unngå kontakt mellom pasienter som venter. Dedikerte områder for eiere med hunder og katter er en fordel.

Sitteplasser må kunne vaskes.

En prisliste skal være lett synlig i resepsjonsområdet. Den skal som minimum inneholde klinikkens takster for grunnhonorar, evt. timepris for vanlige konsultasjoner, og takster for rutinebehandlinger som vaksinasjoner, kastrering/sterilisering og ID-merking.

C.01.04 RESEPSJON

Venterommet skal være i forbindelse med en resepsjon, avdelt med en resepsjonsskranke, der inn- og utskrivning skal foregå.

Resepsjonen skal enten være av en slik størrelse at inn- og utskrivning av pasienter kan foregå samtidig, uten at dyrene kan komme i kontakt hverandre, eller det skal foreligge rutiner for hvordan inn- og utskrivning foregår.

Resepsjonen skal ha god belysning på begge sider av skranken, både for klientene og resepsjonspersonalet. Minimum akseptabel belysning vil være kravene som finnes bakerst i dokumentet.

Alle ansatte som har kontakt med kunder, skal bære navneskilt med tittel.

Resepsjonen skal fremstå ryddig, og skal ikke domineres av salgsartikler.

C.01.05 KLIENTTOALETT

Det skal være adgang for klientene til toalett med vask. Adkomsten skal være merket. Dersom adgangen til toalett ikke er direkte fra venterommet, skal det være tydelig merket hvor toalettet kan finnes.

Det skal være vaskeliste på klienttoalettet, med signering som viser at det rengjøres



minst daglig.

C.01.06 SALGSAVDELING

Klinikkens salgsavdeling skal ikke dominere selve venterommet.

Fôr og andre salgsartikler skal være sikret mot forurensning fra dyrene (urin med mer).

Reseptbelagte medikamenter skal ikke være tilgjengelig i en salgsutstilling eller i resepsjonsområdet.

C.01.07 BEVEGELSEHEMMEDE

Forholdene for bevegelsehemmede skal være i henhold til offentlige forskrifter.

C.02 BEHANDLINGSROM

Definisjon på behandlingsrom i sertifiseringssammenheng:

"Rom eller lokale der det foretas opptak av sykehistorie, undersøkelse og/eller behandling av dyr. Unntak er operasjonsrom og rom der det utføres bildediagnostiske undersøkelser."

C.02.01 ANTALL

Det skal være minimum to behandlingsrom, hvorav ett skal ha kort avstand fra venterommet. Rommene skal være atskilt fra venterommet og andre rom med dør(er). Det skal være ett behandlingsrom som kan mørklegges.

C.02.02 INNREDNING

Det skal være ett eller flere undersøkelsesbord med heve-senkefunksjon i hvert behandlingsrom.

Til minimum ett undersøkelsesbord i hvert behandlingsrom, skal det være tilgjengelig bevegelig, fokal lyskilde som er tak- eller veggmontert.

Alle undersøkelsesbord og benkeplater skal kunne vaskes og desinfiseres.

Det skal være tilstrekkelig skaplass, om nødvendig kjøleskap, til at instrumenter og medisiner kan oppbevares hygienisk og forskriftsmessig.

C.02.03 UTSTYR

Det skal enten på et behandlingsrom eller på venterommet være vekt som er egnet til å veie pasientene. Vektregistreringen skal kvalitetssikres av personalet.

Fikseringsutstyr, dvs. snutebånd/munnkurver, tykke hansker, kattebur (netting) og katte-/hundefanger skal finnes lett tilgjengelig.

Klinikken skal disponere et EKG-apparat som kan benyttes på et behandlingsrom ved en akuttsituasjon.

Det skal være etablert et system som sikrer og dokumenterer at alt utstyr og alle instrumenter brukes og vedlikeholdes etter produsentens anbefalinger.

C.02.04 HYGIENE

Det skal være håndvask med varmt og kaldt vann, såpedispenser og papirhåndklær i alle behandlingsrom.



Mellom hver pasient skal bordplaten på undersøkelsesbordet kunne vaskes, og ved behov desinfiseres, på en måte som tilfredsstiller kravene til hygiene.

C.03 MEDISINLAGER OG ANNET LAGER

C.03.01 INNREDNING

Offentlige bestemmelser om oppbevaring av legemidler skal være oppfylt. A- og B-preparater og andre spesielt farlige medikamenter inkludert avlivingspreparater, skal oppbevares i et fastmontert låst skap. Disse preparater skal oppbevares på en slik måte, at publikum ikke kan få tilgang til medikamentene. Alle medisiner skal oppbevares under temperatur- og lysforhold som er anbefalt av produsenten.

C.03.02 LAGERKONTROLL

Medisinlager og annet lager skal dokumenteres kontrollert regelmessig. Medikamenter og andre lagervarer skal kasseres ved utløpt holdbarhet. Medikamenter skal påføres anbruddsdato når de tas i bruk.

Det skal være etablert et system som sikrer og dokumenterer at medisin håndteringen i klinikken er optimal. Dette gjelder bestilling, lageroversikt, anbruddsrutiner, holdbarhet etter anbrudd, kassering og utlevering. Klinikken skal følge gjeldende retningslinjer fra Legemiddelverket for håndtering av medisiner.

C.03.03 NARKOTIKAREGNSKAP

Det stilles krav om å føre regnskap for løpende forbruk av narkotika (A-preparater). God regnskapspraksis vil for eksempel være at en egen protokoll føres for hvert preparat med angivelse av hvert uttak som gis til pasient. På den måten kan forbruket dokumenteres og kontrolleres til enhver tid. Dette kommer som et tillegg, uavhengig av kravet om journalføring i den enkelte pasients journal.

C.03.04 LAGER FOR AKUTTMEDISINER

Akuttmedisiner skal lagres lett tilgjengelig, men slik at uvedkommende ikke får tilgang. Lageret skal inneholde alle relevante medikamenter til bruk i akuttsituasjoner, inkludert antidoter ved forgiftninger. Doseringer skal være angitt i ml/kg for de aktuelle dyreartene.

C.03.05 UTLEVERING AV LEGEMIDLER

Som en hovedregel skal medisiner til pasienter rekvireres gjennom apotek. Når det er nødvendig å utlevere medisiner fra klinikken, skal det være rutiner for at medisinene blir merket etter samme regler som resepter, med legemiddelets navn, indikasjon, dosering, utleveringsdato og veterinærens signatur i tillegg til eiers navn og pasientens navn. Utleveringen skal være en del av behandlingen av et dyr som er under klinikkens ansvar,



og skal kun dekke behovet inntil eier selv kan oppsøke apotek. Dersom administrering av medikament krever opplæring av eier, kan anbrutte medisinpakninger brukt til opplæring også utleveres eier.

C.03.06 FÔR

Dersom dyreklinikken selger fôr, skal dette oppbevares etter produsentens anbefalinger. Fôret må ikke oppbevares direkte på gulvet, og må beskyttes mot skader og forurensning.

C.04 BILDEDIAGNOSTISK AVDELING

Klinikkens bildediagnostiske utstyr skal beskrives her.

C.04.01 LOVKRAV

Alle krav som Statens Strålevern setter til det bildediagnostiske utstyret som klinikken benytter, og lokaler der slikt utstyr benyttes til veterinærmedisinsk bruk, skal til enhver tid være oppfylt. Dette gjelder også for bruk av strålevernutstyr og strålingsovervåking.

C.04.02 KVALITETSVURDERING

Røntgenbildene skal være tilfredsstillende merket. (Se pkt. C.04.09, MERKING AV BILDER).

Under tilsynet skal det fremstilles et røntgenbilde av et fantom, etter nærmere oppgitt informasjon, og med anvendelse av raster.

Klinikken skal ha innarbeidede rutiner for posisjonering, avblending, eksponering, fremkalling og merking.

C.04.03 RASTER TIL RØNTGENUNDERSØKELSER OG PROBER TIL ULTRALYDUNDERSØKELSER

Det skal være et raster tilgjengelig. Minimum er et parallellraster. Til klinikkens ultralydutstyr skal det være egnede prober til de ultralydundersøkelser som utføres.

C.04.04 RØNTGENFILM KASSETTER

Det skal være tilgjengelig minimum 2 kassetter for røntgenfilm. Unntak er direkte røntgen.

C.04.05 KONTRASTMIDLER

Det skal foreligge rutiner for bruk av kontrastmidler ved billediagnostiske undersøkelser (minimum fordøyelsestraktus og urinveier).

C.04.06 ULTRALYD

Dersom klinikken disponerer ultralyd, skal klinikken disponere utstyr og prober som står i forhold til de tjenester som tilbys.

For eksempel ved hjerteundersøkelser, skal ultralydapparatet ha muligheter for color flow doppler, EKG og prober for henholdsvis store hunder og katter.



C.04.07 CT/MR UTSTYR

Dersom klinikken ikke selv disponerer utstyr for CT/MR, skal klinikken ha etablert rutiner for henvisning av pasienter til steder der slike undersøkelser utføres. Det skal foreligge rutiner for avlesing av CT/MR-bilder av kvalifisert personell.

C.04.08 BILDEARKIV (RØNTGEN, ULTRALYD, CT, MR)

Bilediagnostiske undersøkelser skal noteres i journalen med diagnose.

Dersom bildene ikke arkiveres automatisk i journalen, skal journalen inneholde en kryssreferanse til det billediagnostiske arkivet, slik at bildene lett kan finnes frem.

Resultatene av billediagnostiske undersøkelser skal arkiveres sikkert og lett tilgjengelig. Det skal ikke arkiveres bilder som ikke er av diagnostisk kvalitet.

Bilder skal oppbevares så lenge pasienten antas å være i live, minimum i 10 år.

Digitale eksponeringer må i tillegg være sikret, ved eksternt lagret back-up, som må utføres daglig, slik at maksimum 1 døgn eksponeringer tapes ved havari.

C.04.09 MERKING AV BILDER

Alle digitale og analoge bilder skal være tydelig merket ved eksponering, med pasientidentifikasjon, dato for eksponering, posisjonsmarkering (høyre/venstre) og hvor bildene er tatt (navnet på dyreklinikken).

C.04.10 STRÅLEBESKYTTELSE

I tillegg til de krav som Statens Strålevern til enhver tid stiller til utstyr og lokaler der det foregår billediagnostiske undersøkelser, skal det finnes blyforklær, thyroideakrage og blyhansker til minimum 2 personer til bruk ved de undersøkelsene der det er strålingsfare. Blyhanskene skal være lukkede. Det skal også være tilgjengelig fikseringsutstyr, som sandsekker eller lignende, slik at personalet i minst mulig utstrekning blir utsatt for sekundær stråling.

C.04.11 STRÅLINGSOVERVÅKING

Klinikken skal kunne dokumentere at behovet for bruk av persondosimetri er vurdert i forhold til grenseverdier gitt i Strålevernforskriften.

Minstekrav til strålingsovervåking vil likevel være at alle blyfrakker som brukes av personale, skal ha et persondosimeter som alltid henger på frakken, slik at det fanger opp eventuelle høye doser.

Dosimetrene skal avleses etter gjeldende regler. Persondoserapportene oppbevares i 60 år.

C.04.12 VEDLIKEHOLD/SERVICE

Vedlikehold og service av billediagnostisk utstyr, inkludert fremkallerutstyr (automatisk og manuelt), samt utskifting av røntgenvæsker dersom slike benyttes, skal skrives ned i en egen vedlikeholdslogg.

Det skal være etablert et system som sikrer og dokumenterer at alt utstyr og alle instrumenter brukes og vedlikeholdes etter produsentens anbefalinger.



C.05 LABORATORIUM

C.05.01 INNREDNING

Det skal være avsatt et eget område til dyreklinikkens laboratorium, men det må ikke være et eget rom. Laboratoriefunksjonene kan også være fordelt på ulike steder i klinikken, men hygieniske krav må uansett være ivaretatt.

Plassen må stå i forhold til funksjoner i laboratoriet, d.v.s. i hvilken grad eksterne laboratorier benyttes. Det må minimum være avsatt benkeplass slik at en person kan arbeide uforstyrret uavhengig av klinikkens øvrige aktiviteter. Det skal også være mulig å utføre mikroskopi sittende, i en ergonomisk god arbeidsstilling. Denne arbeidsplassen må imidlertid ikke nødvendigvis være i selve laboratoriet.

Det skal være tilgang til vask i laboratoriet, eller i umiddelbar nærhet. Ventilasjonen skal være tilpasset behovet. Der fargeløsninger og andre toksiske kjemikalier benyttes, skal det være minimum et punktavsug.

C.05.02 LABORATORIEUNDERSØKELSER

Klinikklaboratoriet skal være utstyrt for å dekke klinikkens behov for pasientnære analyser, der behovet utover minimumskravene vil avhenge av praksistype, først og fremst fordelingen mellom akuttpraksis (vakt) og indremedisinske utredninger.

Klinikklaboratoriet skal minimum være utstyrt med:

- *Mikroskop med ulike objektiver i området 10x-100x*
- *Utstyr og fargevæsker for tillaging og farging av hematologiske og cytologiske utstryk, inkludert urinsedimentundersøkelser*
- *Utstyr for blanding av blod i prøveglassene («vippe», «rulle» eller lignende)*
- *Hematokrit-sentrifuge*
- *Sentrifuge til separering av blod og fremstilling av urinsediment*
- *Refraktometer til måling av spesifikk vekt i urin*

For alle laboratorieundersøkelser som utføres på klinikken, skal det finnes lett tilgjengelige nedskrevne prosedyrer.

Det skal være etablert et system som sikrer og dokumenterer at alt utstyr og alle instrumenter brukes og vedlikeholdes etter produsentens anbefalinger.

Pasientens journal skal inneholde resultatene av alle laboratorieanalyser som er utført, både interne og eksterne. Resultatene kan stå direkte i pasientens journal, som et tillegg til journalen eller som en henvisning til en egen laboratoriejournal i et laboratoriearkiv. Alle laboratorieresultater skal oppbevares like lenge som pasientjournalen.

C.05.02.01 HEMATOLOGISKE UNDERSØKELSER

Det skal være etablert rutiner for å kunne utføre følgende hematologiske undersøkelser på dyreklinikkens laboratorium:

- *Hematokrit*



- Mikroskopisk vurdering av blodutstryk

Utover dette skal det være etablert rutiner for full hematologisk undersøkelse, ved automatisk telling og differensiering av de ulike blodcellene. Utstyret skal være validert til dyr.

Det skal være dokumentasjon av relevante referanseområder tilgjengelig i klinikkens laboratorium, og det skal være rutiner for forsendelse til eksternt laboratorium, for validering i utvalgte tilfeller.

C.05.02.02 CYTOLOGISKE UNDERSØKELSER

Det skal være etablert rutiner for mikroskopisk vurdering av alle typer cytologiske preparater ved klinikken, og for forsendelse til eksternt laboratorium for validering i utvalgte tilfeller.

C.05.02.03 URINUNDERSØKELSER

Det skal, uavhengig av praksistype, være etablert rutiner for å kunne utføre følgende urinundersøkelser på dyreklinikkens laboratorium:

- Spesifikk vekt målt med refraktometer*
- Mikroskopisk vurdering av urinsediment, farget og ufarget*
- Kjemisk undersøkelse med urinstix*

C.05.02.04 ANDRE LABORATORIEUNDERSØKELSER

Det skal være etablert rutiner for å kunne utføre vanlige klinisk-kjemiske undersøkelser i blod, ved hjelp av utstyr validert til dyr.

Det skal være dokumentasjon av relevante referanseområder tilgjengelig i klinikkens laboratorium.

C.05.02.05 MIKROBIOLOGISKE UNDERSØKELSER

Det skal være etablert rutiner for å få utført mikrobiologisk diagnostikk (inkludert mykologisk diagnostikk) og resistensbestemmelser ved eksternt laboratorium.

C.05.02.06 HISTOPATOLOGISKE UNDERSØKELSER

Det skal være etablert rutiner for undersøkelse av histologiske biopsier ved eksternt laboratorium.

C.05.02.07 KVALITETSKONTROLL

Det skal være etablert et system som sikrer og dokumenterer at laboratoriearbeidet utføres korrekt og på en sikker måte (uten helsefare for personell og pasienter). Det skal føres en protokoll som dokumenterer ansvarsforholdet og gjennomføring, fra prøvetaking til og med analyse/forsendelse. I protokollen skal det også registreres dato, klokkeslett for uttak og analyse av prøven, hvem som har utført analysen, henvisning til pasient (journalnummer) og signering av lukket aktivitet.

Klinikken skal ha rutiner både for intern og ekstern kvalitetskontroll av sine analyser. Intern kvalitetskontroll kan f.eks. være daglig analysering av relevante kommersielt tilgjengelige prøver med kjent innhold, eventuelt daglig analysering av prøvemateriale fremstilt ved klinikken (f.eks. nedfrosset serum fra en "pasientpool"). For ekstern



kvalitetskontroll skal det minimum to ganger i året, eller oftere ved indikasjon, benyttes parallellanalyse av samme prøve ved samme tidspunkt etter uttak ved referanselaboratorium.

Det skal foreligge en samlet og systematisert adresseliste for de eksterne laboratorier som benyttes.

Det skal foreligge skriftlige retningslinjer for uttak, behandling og forsendelse av prøver til eksterne analyselaboratorier, for at kravet til prøve kvalitet skal kunne tilfredsstilles.

C.06 OPERASJONSROM

C.06.01 ANESTESI

Det skal føres et anestesiskjema som tillegg til pasientjournalen. Dette skjemaet skal inneholde minimum opplysninger om preoperativ undersøkelse, preanestesi og anestesi med tidsforløp, identifikasjon av anestesør og kirurg(er), beskrivelse av forløpet og alle utførte kirurgiske prosedyrer, eventuelt med henvisning til dyreklinikkens standardprosedyrer.

Klinikken skal ha utarbeidet veiledende skriftlige prosedyrer for anestesi og analgesi.

C.06.02 FORBEREDELSESROM/PREOPERASJONSROM

Forberedelsen av pasient og operasjonspersonale skal foregå i et rom utenfor, men i nær tilknytning til operasjonsrommet.

Klargjort pasient skal enkelt kunne transporteres til operasjonsrommet.

For det kirurgiske personalet skal det være minst en håndvask som er stor nok til at begge underarmene kan vaskes samtidig uten vannsøl. Kirurg skal kunne håndtere vannkranen, såpe- og spritdispenser uten berøring med hendene. Dette kan f.eks. gjøres ved installasjon av fotocelle, eller ved betjening med albue.

Kirurgiske instrumenter og utstyr som oppbevares i forberedelsesrommet, skal oppbevares i skap.

Rommet kan ha flere funksjoner (forberedelse av pasient, forberedelse av operasjonspersonale, klargjøring av instrumenter). Disse funksjonene skal kunne foregå uhindret av hverandre, uten noen kompromisser når det gjelder hygiene for hver funksjon.

C.06.03 OPERASJONSROM

Operasjonsrom skal være avlukket, og ikke ligge i en ganglinje. Operasjonsrom skal ikke fungere som lagerrom, utover det som er strengt nødvendig å ha av utstyr og forbruksmateriell innenfor rekkevidde.

Operasjonsrom skal være av en slik størrelse at fire personer kan utøve ulike funksjoner samtidig i rommet.

Døren til operasjonsrom skal kunne åpnes og lukkes fra begge sider uten bruk av håndtak.

Operasjonsrom skal bare benyttes i forbindelse med aseptiske prosedyrer. Disponerer klinikken flere operasjonsrom, kan rommene dedikeres til ulike prosedyrer med ulike krav til asepsis.



C.06.04 UTSTYR

På hvert operasjonsrom skal det minimum finnes en bevegelig operasjonslampe med flere lyskilder, som gir skyggefritt lys.

Det skal være funksjonell nødbelysning til hvert operasjonsrom.

Det skal minimum finnes ett instrumentbord.

Operasjonsbordet skal være høydejusterbart.

Det skal være minimum ett operasjonssug.

For nødssituasjoner, skal det alltid finnes minst ett stort sterilt operasjonssett.

Ved bruk av inhalasjonsanestesi skal det være avtrekk, som hindrer anestesigasser fra å slippe ut i operasjonsrommet. Det skal være punktavsug, alternativt annet fungerende system, for å fange opp gasser som lekker ut.

Det skal være muligheter for kunstig respirasjon og oksygentilførsel.

Gassflasker må sikres så de ikke kan velte, uansett hvor de er plassert. Rommet der de oppbevares, må være forskriftsmessig merket.

Det skal være etablert et system som sikrer og dokumenterer at alt utstyr og alle instrumenter brukes og vedlikeholdes etter produsentens anbefalinger.

C.06.05 BEKLEDNING

Alt personale som utfører eller assisterer under sterile inngrep, skal være iført ren eller steril bekledning, hette, munnbind og sterile hansker.

Annet personale som oppholder seg i samme rom som den aseptiske prosedyren utføres, skal minimum ha ren bekledning, munnbind og hette.

C.06.06 GJENOPPLIVNING

Det skal være en nedskrevet "ABCD"-prosedyre med doseringsanvisninger av medikamenter i ml/kg for de aktuelle dyreartene, til bruk ved resuscitering. Denne skal være opphengt i alle rom hvor generell anestesi benyttes, eller akuttbehandlinger foretas.

Nødvendige medikamenter og utstyr til resuscitering, skal oppbevares i en koffert eller tralle, som er plassert sentralt og lett tilgjengelig i klinikken.

C.06.07 INTENSIVBEHANDLING OG OVERVÅKNING

Det skal være nedskrevne prosedyrer for de mest aktuelle akutttilfeller og intensivbehandlinger.

Pasienter under anestesi og i oppvåkingsfasen, skal overvåkes av trent personell til svelgrefleksen er kommet tilbake og normal respirasjon kan observeres.

Nedkjøling skal forhindres ved kontroll av kroppstemperatur både før, under og etter anestesi. Til overvåkning skal det være tilgjengelig utstyr for å måle blodtrykk, EKG og oksygenmetning.

Ved generell anestesi skal det i tillegg være tilgjengelig utstyr for kapnografi.

Ved all generell anestesi skal det være etablert intravenøs tilgang (innlagt veneflon), og pasienten skal i utgangspunktet være intubert. Ved kortvarige lette injeksjonsanestasier skal trachealtube være tilgjengelig.



Det skal alltid være tilgjengelig en ambubag til bruk ved en eventuell respirasjonsstans. En enhet med nødvendig utstyr til akuttbehandling skal være lett tilgjengelig. Kravene under dette punktet gjelder også for kritisk syke pasienter under overvåkning og behandling. Det skal være nedskrevne prosedyrer for de mest aktuelle akutttilfeller og intensivbehandlinger.

Trening på ulike akutte situasjoner skal foretas minst én gang årlig.

C.06.08 VASK OG STERILISERING AV UTSTYR

Det skal være gode muligheter og rutiner for vask og termosterilisering av instrumenter og bekledning, operasjonsduker o.l. i den grad det ikke benyttes sterilt engangsutstyr. Det skal benyttes indikatortape, eller innvendig indikator, for å sikre at det har vært oppnådd tilstrekkelig temperatur under steriliseringen.

Utstyr som ikke kan termosteriliseres (f.eks. fiberoptikk, elektrokirurgiutstyr), skal steriliseres etter produsentens anvisninger.

Alt som steriliseres, skal påføres steriliseringsdato og signatur til den som har utført sterilisering av utstyret.

C.06.09 SPOREKONTROLL

Dokumentasjon på jevnlig sporekontroll (sterilitetskontroll) skal foreligge, og utføres minst 4 ganger årlig ved eksternt laboratorium.

C.07 BURROM

Det skal være separate rom for oppstalling av hund, katt og gnagere/kaniner.

Det skal være etablert gode rutiner for vask av burene og tilbehør, slik at vanlige hygieniske krav ivaretas.

C.07.01 ANTALL BUR

Antall bur skal stå i forhold til klinikkens aktivitetsnivå og klinikkens praksis for innleggelser. Det skal likevel være minimum 3 bur i minst 2 ulike størrelser for oppstalling av hund, og minst 3 bur for oppstalling av katt.

C.07.02 UTFORMING AV BUR

Burene skal være slik utformet at de hindrer rømming, og at de tåler hyppig vask og desinfeksjon. Pasientens oppstallingsskjema skal henge på buret.

C.07.03 ISOLAT

Det skal være etablert en skriftlig prosedyre for håndtering av smittefarlige pasienter eller pasienter som mistenkes for å være smittefarlige. Det skal raskt kunne etableres muligheter for isolering av disse.

Klinikken skal definere hvilke pasienter, og med hvilke symptomer, som går inn under definisjonen smittefarlig eller mistenkt smittefarlig.

Det skal foreligge nedskrevne prosedyrer for vask/desinfeksjon ved mistanke om smittsom sykdom.

Klinikken skal også ha en skriftlig prosedyre for rengjøring/desinfeksjon av isolatet



etter at pasienten har forlatt dette.

C.08 PERSONALROM

C.08.01 SPISEROM, GARDEROBE, TOALETT

Det skal være spiserom med tekjøkken for personalet, samt garderobe og toalett. Toalettet kan være felles med klienttoalettet. (Se pkt. C.01.05, KLIENTTOALETT)

D: SPESIALUTSTYR

Med spesialutstyr menes alt medisinsk-teknisk utstyr som kan brukes til diagnostikk og behandling av pasienter. Klinikken skal ha utstyr som står i forhold til det faglige tilbud. Det skal foreligge en liste over klinikkens spesialutstyr, samt dokumentasjon på opplæring/etterutdanning av personalet som bruker det. Alt spesialutstyr skal ha skriftlige prosedyrer for bruk og vedlikehold, i henhold til produsentens retningslinjer. Det skal være etablert et system som sikrer og dokumenterer at alt utstyr og alle instrumenter brukes og vedlikeholdes etter produsentens anbefalinger.

E: BIBLIOTEK

E.01 TILGJENGELIGHET

Biblioteket skal være lett tilgjengelig for alle veterinærer og dyrepleiere / klinikkassistenter på klinikken. Det skal være en systematisk oppbygging av biblioteket, slik at det er lett å finne relevant litteratur til enhver tid.

E.02 TIDSSKRIFTER

Dyreklinikken skal abonnere på minst ett veterinærmedisinsk tidsskrift i tillegg til Norsk Veterinærtidsskrift.

E.03 BØKER

Dyreklinikken skal ha et bibliotek som omfatter minimum 1 bok innenfor hvert fagfelt som ikke er eldre enn 10 år gammel, eller elektronisk oppdatert:

- *Anatomi*
- *Anestesiologi*
- *Dermatologi*
- *Farmakologi*
- *Indremedisin*
- *Kardiologi*



- Kirurgi, generell
- Laboratoriemedisin
- Nevrologi
- Oftalmologi
- Ortopedi
- Radiologi
- Reproduksjon
- Tannsykdommer
- Sykdommer hos smågnagere, fugler og eksotiske dyr dersom klinikken tilbyr behandling av disse dyreartene
- Bøker som dekker ulike spesialfelter som f.eks. ultralyd, endoskopi og spesiell kirurgi dersom klinikken også har utstyr innen disse spesialitetene.

Lærebøker kan erstattes av heldigitaliserte utgaver.

E.04 ELEKTRONISKE MEDIA

Elektroniske media som sørger for jevnlig oppdatert klinisk informasjon, kan erstatte tidsskrifter. Disse kan også supplere bøker, men ikke erstatte dem fullstendig.

F: RUTINER

F.01 KLINIKKRUTINER

F.01.01 HENVISNING

Klinikken skal ha nedskrevne rutiner for henvisning av pasienter både til og fra andre klinikker.

Ved henvisning til annen klinikk, skal det gå klart fram hvem som er henvisende veterinær. Klinikken det henvises til, skal også ha tilgang til aktuell informasjon, som journalutskrift/epikrise.

F.01.02 AVLIVING

Klinikken skal innhente skriftlig tillatelse fra dyrets eier.

F.02 PASIENTJOURNALER

F.02.01 JOURNALSISTEM FOR PASIENTER

Journalssystemet skal være i henhold til Forskrift om journal for dyrehelsepersonell.

F.02.02 INDIVIDUELLE PASIENTJOURNALER

Pasientjournaler skal oppbevares så lenge pasienten antas å være i live, minimum 10 år.



F.02.03 INNHOLD

Alle pasientjournaler skal være i henhold til Forskrift om journal for dyrehelsepersonell. Hver pasientjournal skal inneholde opplysninger om pasientidentitet (navn, rase, kjønn, alder, vekt og evt. ID-nr.), eieropplysninger (navn, adresse, telefonnummer), vaksinasjonsstatus, anamnese, undersøkelsesresultater, diagnose(r) og behandling(er). Journalen skal føres slik at en annen veterinær skal kunne fortsette behandlingen på ethvert tidspunkt i sykdomsforløpet.

F.02.04 KODER

Dersom det i journalen benyttes koder eller forkortelser utover vanlig språkbruk, skal det være skriftlige oversikter over disse på dyreklinikken.

F.02.05 TELEFONKONSULTASJONER

Telefonkonsultasjoner, som medfører oppstarting av ny behandling eller forandringer i etablert behandling, må journalføres i henhold til journalforskriften. Dette gjelder også fornyelse av resept.

F.02.06 RAPPORTERING AV DIAGNOSER

Når det foreligger et sentralt diagnoseregister, vil det bli stilt krav om regelmessig innrapportering fra alle sertifiserte dyreklinikker etter nærmere angitte retningslinjer.

F.03 RENHOLDSRUTINER

F.03.01 NEDSKREVNE PROSEDYRER

Det skal foreligge nedskrevne prosedyrer for vask av:

- lokaler
- instrumenter og utstyr
- inventar

Prosedylene skal også beskrive hyppigheten og rengjørings-/desinfeksjonsmidlene som anvendes.

F.04 AVFALLSHÅNDTERING

F.04.01 NEDSKREVNE PROSEDYRER

Det skal foreligge nedskrevne prosedyrer i overensstemmelse med offentlig regelverk for behandling og avhending av:

- Vanlig avfall
- Biologisk avfall/smittefarlig avfall
- Spesialavfall



F.05 KVALITETSSIKRINGSSYSTEM

F.05.01. MÅLSETTING ("POLICY")

Det forventes at klinikken har en gjennomtenkt, formulert og aktiv holdning til klinikkens visjon og gjennomføringsstrategi.

F.05.02. DYREETIKK

Det forventes at klinikkens personale har en gjennomtenkt, formulert og aktiv holdning til dyreetiske problemstillinger.

F.05.03. ANSVARFORHOLD

Det skal være etablert systemer som sikrer og dokumenterer ansvarsforholdene innen alle sentrale områder innenfor klinikkens drift.

Det skal være en lett tilgjengelig oversikt over fordelingen av personalets hovedansvarsområder.

F.05.04. OFFENTLIGE BESTEMMELSER

Det skal være etablert et system som sikrer og dokumenterer at alle medarbeidere på klinikken er kjent med relevante offentlige bestemmelser.

Systemet skal også henvise til de viktigste offentlige bestemmelser for dyreklinikker. (Se pkt. A.08, OFFENTLIGE KRAV TIL DRIFTEN)

F.05.05. ADMINISTRATIVE OG FORRETNINGSMESSIGE RUTINER

Det skal være etablert et system som sikrer og dokumenterer klinikkens administrative og forretningsmessige funksjoner.

F.05.06. KUNDEBEHANDLING

Det skal være etablert et system som sikrer og dokumenterer at kundebehandlingen foregår etter gode etiske prinsipper og etter god forretningskikk.

F.05.07. TERAPI/PROSEDYREBESKRIVELSER

Klinikken skal utarbeide veiledende skriftlige undersøkelses- og behandlingsprosedyrer for de vanligste sykdommene.

Klinikken skal ha regelmessige personalmøter, der prosedyrer diskuteres, med det formål å komme frem til en mest mulig enhetlig og faglig optimal behandling ved klinikken.

F.05.08. KLAGEBEHANDLING

Klinikken skal ha en gjennomtenkt, formulert og aktiv holdning til hvordan den håndterer klager.

F.05.09. AVVIKSBEHANDLING

Klinikken skal ha diskutert og etablert en felles forståelse av hva et avvik er.

Det skal være etablert et system som sikrer og dokumenterer at alle avvik blir registrert, behandlet og lukket etter klinikkens retningslinjer.



F.05.10. INTERNOPPLÆRING

Det skal være etablert et system som sikrer og dokumenterer at alle medarbeidere på klinikken tilbys relevant og tilstrekkelig internopplæring.

F.05.11. SIKRING AV DATA. BACKUPRUTINER

Det skal daglig tas backup av pasientdata. I tillegg skal det som et minimum ukentlig lagres sikkerhetskopier eksternt. Det skal være rutiner for å påse at dataene er reproduserbare.

F.05.12. ÅRLIG GJENNOMGANG AV SYSTEMET

Det skal være etablert et system som sikrer og dokumenterer at klinikkens system for kvalitetssikring og internkontroll gjennomgås og revideres hvert år.

G. KLIENTSERVICE

Grunnleggende informasjon om klinikken, bl.a. om beliggenhet, tjenester, åpningstider og kontaktinformasjon, skal være lett tilgjengelig for publikum. Klinikken skal sørge for at dyreeier får med seg tilstrekkelig faglig informasjon etter besøket. Dersom klinikken har nettsider, skal de til enhver tid holdes oppdatert.

Det skal være etablert et system for å påminne kunder om behovet for rutinebehandling og kontroller.

Markedsføring skal være sannferdig og i tråd med Markedsføringsloven.



H. KRAV TIL BELYSNING PÅ KLINIKKER

Klinikken skal tilfredsstillere kravene i tabellen nedenfor. Målinger blir foretatt under tilsynet der hvor arbeidet utføres (på skrivebordet, operasjonsbordet eller undersøkelsesbordet).

Rom/arbeidssted	Minste lysmengde (lux)	Målt under tilsynet (lux)
Venteværelse, rombelysning	200	
Arbeidsplass, resepsjon	500	
Undersøkelsesrom 1, rombelysning*	200	
Undersøkelsesrom 1, undersøkelseslys	>500	
Undersøkelsesrom 2, rombelysning*	200	
Undersøkelsesrom 2, undersøkelseslys	>500	
Røntgenrom, rombelysning*	200	
Laboratorium, rombelysning	200	
Laboratorium, arbeidslys	>500	
Forberedelse, rombelysning	200	
Forberedelse, undersøkelseslys	>500	
Operasjonsrom, rombelysning	200	
Operasjonsrom, operasjonslys	>20.000	
Oppvåkning, rombelysning	200	
Oppvåkning, undersøkelseslys	>500	
Kontor, rombelysning	200	
Kontor, arbeidslys	500	
Burrom	50-200	
Oppholdsrom, rombelysning	50-200	

*Belysningen bør kunne dempes til 0 lux på ett undersøkelsesrom