



# Akkrediteringsstandarder for det præhospitale område

2. version, 1. udgave

Juni 2014

## Forord

Dette er 2. version af Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, for det præhospitale område, som skal anvendes ved eksterne surveys efter 1. juni 2015.

DDKM udgør en del af den nationale strategi for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. Forpligtelsen til at udvikle og etablere en fælles dansk kvalitetsmodel er af de besluttende parter – staten og de daværende amter/H:S - placeret ved Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS.

DDKM skal med tiden være ét samlet, integreret og fælles system til kvalitetsudvikling og vurdering af strategisk vigtige ydelser og aktiviteter i sundhedsvæsenet. Overordnet skal DDKM understøtte og fremme systematisk, kontinuerlig selvevaluering og kvalitetsforbedring i de omfattede organisationer. Herudover skal IKAS forestå en periodevis, ensartet og uvildig ekstern evaluering af kvalitetsforbedringer baseret på et fælles vurderingsgrundlag, nemlig akkrediteringsstandarder. De eksterne evalueringer skal tilrettelægges, så de kan danne grundlag for en samlet akkreditering af den enkelte organisation. Akkrediteringsstatus offentliggøres.

IKAS' bestyrelse er bevidst om, at udvikling, etablering og implementering af en fælles dansk kvalitetsmodel repræsenterer en væsentlig udfordring. Der er dog tale om en beslutning, som over tid forventes at få positive konsekvenser for såvel patienter som sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen. Specielt lægges der vægt på, at der fokuseres på sammenhængende patientforløb på tværs af enheder og på tværs af sektorer. Der lægges ligeledes vægt på, at DDKM medvirker til at samordne aktiviteterne mellem offentlige og private sundhedsydelser, som omfattes af DDKM.

Bestyrelsen er ligeledes opmærksom på, at de bedste resultater opnås gennem et udviklingsarbejde, hvor de parter, som til dagligt skal arbejde med og leve op til kvalitet i sundhedsydelserne på et internationalt højt niveau, løbende skal involveres i udviklingsarbejdet. Dette har været tilfældet ved denne 2. version af DDKM for det præhospitale område.

Hensigten med processen har været at lave en 2. version, der er mindre omfattende og mere brugervenlig, og hvor uhensigtsmæssigheder og svagheder, der har vist sig i 1. version, har dannet grundlag for forbedringer. Der er således sket en reduktion i antallet af standarder, ligesom de præhospitale organisationer får større frihed med hensyn til valg af metoder til kvalitetsudvikling.

I forbindelse med udarbejdelsen af materialet er der leveret værdifulde bidrag fra en række organisationer og enkeltpersoner. Det vil vi gerne sige mange tak for.

Alle ønskes hermed held og lykke med det forestående arbejde, som forhåbentlig vil være med til at understøtte en fælles systematisk udvikling af kvaliteten i det danske sundhedsvæsen, der både nationalt og internationalt vil gøre en forskel.

Vagn Nielsen  
Bestyrelsesformand

Jesper Gad Christensen  
Direktør

# Indhold

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Læsevejledning</b> .....	<b>6</b>
<b>Gyldighed</b> .....	<b>6</b>
<b>Offentliggørelse af akkrediteringsstandarder for det præhospitale område</b> .....	<b>6</b>
<b>Indledning</b> .....	<b>7</b>
Den Danske Kvalitetsmodel for det præhospitale område .....	7
Generelt om Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM .....	7
Akkrediteringsstandarderne og survey på det præhospitale område .....	8
Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS .....	10
Love, bekendtgørelser og andre referencer .....	10
2. version af akkrediteringsstandarder for det præhospitale område.....	11
Arbejds miljø .....	11
Indholdet i Den Danske Kvalitetsmodel .....	12
Kvalitetsudvikling .....	12
Opbygning og organisering af Den Danske Kvalitetsmodel .....	12
Grundskabelon samt beskrivelse af kravene i indikatorerne.....	14
Ikke relevante akkrediteringsstandarder .....	17
Akkreditering .....	18
Akkrediteringsprocessen .....	18
Kriterier for tildeling af akkrediteringsstatus.....	18
Surveyrapport.....	20
Appel .....	20
Offentliggørelse af akkreditering .....	20
Hjælp til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel .....	21
Håndbog i DDKM for det præhospitale område .....	21
Udbud af kurser .....	21
Rådgivning fra IKAS .....	21
FAQ .....	21
Vejledning til forståelse af akkrediteringsstandarderne .....	22
<b>Organisatoriske standarder</b> .....	<b>23</b>
Ledelse .....	23
1.1.1 - Ledelse (1/5) .....	23
1.1.3 - Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører (2/5).....	25
1.1.4 - Planlægning og drift (3/5) .....	27
1.1.6 - Datasikkerhed og -fortrolighed (4/5) .....	29
1.1.7 - Forsyningssystemer (5/5) .....	31
Kvalitets og risikostyring.....	32
1.2.1 - Kvalitetspolitik (1/7) .....	32
1.2.2 - Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag (2/7) .....	34
1.2.4 - Risikostyring (3/7).....	37
1.2.5 - Patientidentifikation (4/7) .....	39
1.2.6 - Utilsigtede hændelser (5/7) .....	40
1.2.7 - Patientklager og patienterstatnings sager (6/7) .....	42
1.2.8 - Vold og trusler mod personale (7/7) .....	44
Dokumentation og datastyring.....	46
1.3.1 - Dokumentstyring (1/2) .....	46

1.3.2 - Patientjournalen (2/2) .....	48
Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling .....	50
1.4.1 - Ansættelse af personale (1/4) .....	50
1.4.2 - Introduktion af nyt personale (2/4) .....	52
1.4.3 - Arbejdstilrettelæggelse (3/4) .....	54
1.4.4 - Uddannelse og kompetenceudvikling (4/4) .....	55
Hygiejne .....	57
1.5.1 - Hygiejnepolitik (1/6).....	57
1.5.2 - Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler (2/6) .....	58
1.5.3 - Hånd- og uniformshygiejne (3/6) .....	59
1.5.4 - Håndtering af smittekilder (4/6) .....	60
1.5.5 - Håndtering af farlige stoffer (5/6) .....	61
1.5.6 - Håndtering af affald (6/6).....	62
Beredskab .....	63
1.6.1 - Beredskabsplan (1/1) .....	63
Apparatur og teknologi.....	65
1.7.1 - Implementering af medicinsk udstyr (1/2).....	65
1.7.2 - Medicinsk udstyr (2/2) .....	66
Transportmidler .....	68
1.8.1 - Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning (1/2) .....	68
1.8.2 - Sikkerhed under transport (2/2) .....	70
Interhospital transport .....	71
1.9.1 - Interhospital transport (1/1) .....	71
Kommunikation .....	73
1.10.2 - Telemedicin (1/2) .....	73
1.10.3 - Kommunikationsudstyr (2/2) .....	75
<b>Generelle patientforløbsstandarder .....</b>	<b>76</b>
Patientinddragelse – information og kommunikation .....	76
2.1.1 - Informeret samtykke (1/3) .....	76
2.1.2 - Inddragelse af patienten og pårørende (2/3) .....	77
2.1.4 - Indbringelse af patient med afvigende adfærd (3/3) .....	79
Visitation, disponering og melding .....	80
2.2.1 - Sundhedsfaglig visitation i AMK-vagtcentralen (1/3) .....	80
2.2.2 - Teknisk disponering i AMK-vagtcentralen (2/3) .....	81
2.2.3 - Melding og kommunikation (3/3).....	82
Koordinering og kontinuitet .....	85
2.4.1 - Koordinering af medicinsk behandling (1/1) .....	85
Medicinering.....	87
2.5.1 - Lægemidler (1/2) # .....	87
2.5.2 - Lægemiddelhåndtering og -opbevaring (2/2) # .....	89
Genoplivning .....	91
2.6.1 - Hjertestopbehandling (1/1) # .....	91
Afslutning af den præhospital indsats på stedet .....	93
2.7.1 - Afslutning af den præhospital indsats på stedet (1/1) # .....	93
Overdragelse.....	95
2.8.1 - Overdragelse (1/1) # .....	95
Ved livets afslutning.....	97

2.9.1 - Omsorg for den terminalt syge patient (1/1) .....	97
<b>Specifikke kliniske tilstande</b> .....	<b>98</b>
Specifikke kliniske tilstande .....	98
3.1.1 - Vurdering og behandling af patienter (1/1) # .....	98
<b>Bilag 1 – Hvad er nyt i 2. version</b> .....	<b>101</b>
<b>Bilag 2 – Oversigt over indikatorer med kvalitetsovervågning</b> .....	<b>104</b>
<b>Bilag 3 – Begrebsliste</b> .....	<b>114</b>

## Læsevejledning

Akkrediteringsstandarder for det præhospitale område, 2. version, indeholder udover akkrediteringsstandarderne en indledning og en række bilag.

Indledningen giver en introduktion til akkrediteringsstandardernes indhold og opbygning og til principperne for akkreditering og indeholder desuden gode råd til præhospitale organisationer, der skal implementere DDKM. Endelig gives der en kort oversigt over den hjælp, IKAS tilbyder.

Det er vigtigt, at alle brugere af DDKM sætter sig ind i indledningen, da der her gives en række anvisninger til, hvordan akkrediteringsstandarderne og vurderingsprincipperne skal fortolkes. Disse anvisninger supplerer akkrediteringsstandarderne og skal lægges til grund, når der træffes afgørelser om vurderinger og beslutninger om tildeling af akkrediteringsstatus. Således kan man ikke forvente at kunne forstå standardernes betydning uden at have sat sig ind i indledningen. Der henvises særligt til afsnittet "Grundskabelon samt beskrivelse af kravene i indikatorerne".

For brugere, der er fortrolige med 1. version, giver bilag 1 et hurtigt overblik over de vigtigste nyheder i protokst.

I forbindelse med revisionen af 1. version af standarderne for det præhospitale område er vurderingsprincipperne også reviderede. I afsnittet "Kriterier for tildeling af akkrediteringsstatus" findes en overordnet gennemgang af de nye vurderingsprincipper, der vil være gældende for akkrediteringer på grundlag af 2. version af akkrediteringsstandarder for det præhospitale område. I notatet "Vurderingsprincipper i DDKM af 2014 for det præhospitale område – Vejledning til surveyors og Akkrediteringsnævn, som findes på [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk), findes en mere grundig gennemgang af vurderingsprincipperne.

## Gyldighed

Dette sæt af akkrediteringsstandarder anvendes ved alle eksterne surveys, der påbegyndes efter 1. juni 2015. Opfølgende vurderinger (indsendt dokumentation, fokuseret genbesøg, fokuseret resurvey) sker dog altid på grundlag af samme version, som blev anvendt ved det oprindelige eksterne survey.

Det vil fremgå af akkrediteringscertifikatet, hvilken version, der er anvendt.

## Offentliggørelse af akkrediteringsstandarder for det præhospitale område

Akkrediteringsstandarderne for det præhospitale område offentliggøres på følgende måde:

Den fulde, autoriserede og opdaterede version findes på [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk). Derudover er akkrediteringsstandarderne tilgængelige i bogform.

# Indledning

## Den Danske Kvalitetsmodel for det præhospitale område

Denne 2. version af Den Danske Kvalitetsmodel for det præhospitale område omfatter den del af det præhospitale forløb, der strækker sig fra modtagelsen af en melding hos regionens AMK-vagtcentral til patienten afsluttes på stedet eller overdrages til anden aktør i sundhedsvæsenet. Akkrediteringen omfatter den enkelte regions ansvarsområde inden for det præhospitale område – og således også de opgaver, som regionerne måtte vælge at lade udføre af eksterne leverandører fx ambulancedrift.

Akkrediteringen gennemføres regionsvis, således at der ved ekstern survey foretages en vurdering af den samlede præhospitale indsats i regionen. Denne udmøntes i en tildeling af akkrediteringsstatus til det regionale præhospitale system samt til hver af de leverandører, som på kontraktbasis driver ambulancekørsel på grundlag af regionalt udbud, jf. kravene til akkreditering efter DDKM, der er en del af regionernes udbudsmateriale vedrørende ambulancekørsel. Akkrediteringsstandarderne beskriver kvalitetskrav, der bør kendes og anvendes af alle, der deltager i opgaver på dette område.

Akkrediteringsstandarderne omhandler alle former for patienttransporter, hvor der sker en overvågning eller behandling, uanset hvem, der udfører behandlingen. Akkrediteringsstandarderne omfatter al ambulancekørsel, benævnt som kørsel A-B-C, der omfatter liggende transport, hvor patienter behandles og overvåges. Transporter mellem sygehuse (interhospitale transport), hvor der kan forventes et overvågnings- eller behandlingsbehov, er således også omfattet af standarderne. Akkrediteringsstandarderne omhandler endvidere alle former for sundhedsfaglig indsats i indsatsområdet, hvis denne indsats er iværksat af regionens AMK-vagtcentral som en del af de ressourcer, denne råder over. Det kan være akutlægebiler, akutlægehelikopter, akutbiler, indsatsleder sundhed, praktiserende læger, hjemmesygeplejersker, first-responders fra brandvæsen o.l. Det afgørende er, om der foreligger en egentlig aftale mellem disse ressourcer og vagtcentralen om, at de indgår som en del af beredskabet. Som et eksempel på et område, som ikke vil være omfattet af standarderne, er civile 112 førstehjælpere, der træder til, hvis de "har tid og lyst". Tilsvarende vil en uforpligtende aftale med en kommunes hjemmesygepleje om at træde til i enkeltstående tilfælde, hvis de tilfældigvis måtte være tæt på patienten og i øvrigt kan/vil frigøres, heller ikke være omfattet. Der skal altså være tale om en forpligtende aftale, der kan ses som en af de ressourcer, vagtcentralen anvender som led i varetagelsen af den præhospitale opgave. Forud for survey afklares med de enkelte regioner, hvilke aftaler og kontrakter, der vil være omfattet af survey og akkreditering.

## Generelt om Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM

Den Danske Kvalitetsmodel er et fælles kvalitetsudviklingssystem for det danske sundhedsvæsen. Aftaleparterne bag modellen er Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner. I bestyrelsen for DDKM indgår også Kommunernes Landsforening, Danmarks Apotekerforening og Dansk Erhverv.

Formålet med DDKM er:

- at fremme kvaliteten af patientforløb på tværs af sektorer
- at fremme udviklingen af den kliniske, organisatoriske og patientoplevede kvalitet
- at synliggøre kvaliteten og arbejdet med kvalitetsudviklingen i sundhedsvæsenet

Målsætningen er, at DDKM skal omfatte alt helt eller delvist offentligt finansieret sundhedsvæsen. Herved kan modellen understøtte udviklingen af sammenhængende patientforløb af ensartet høj kvalitet på tværs af sek-

torgrænser. På nuværende tidspunkt dækker DDKM de offentlige sygehuse, privathospitaler med aftaler med Danske Regioner, det præhospitale område, apotekerne samt et antal kommuner. De praktiserende sektorer, der leverer ydelser finansieret af sygesikringen, forventes at blive dækket i de kommende år.

DDKM er metodemæssigt et akkrediteringssystem, der omfatter et sæt af akkrediteringsstandarder og en akkrediteringsproces. Der er udviklet standarder til hver enkelt sektor, der er omfattet af DDKM. DDKM er ikke en normativ "afkrydningsmodel", men derimod en model, der giver lokalt råderum for den enkelte organisation, der er omfattet af modellen. DDKM fastsætter således ikke, hvordan man skaber kvalitetsudvikling, men den opstiller en række mål, hvis opfyldelse vil være udtryk for god kvalitet og kvalitetsudvikling. Tilsvarende kræver modellen ikke indførelse af mange nye målinger og dokumentationskrav. Stort set alle krav til dokumentation findes i forvejen i gældende lovgivning, men de samles og systematiseres i DDKM. Det er den enkelte organisations ledelse, der har ansvaret for driften og hermed for organisationens kvalitetsniveau. Det er således den lokale ledelse, der vælger, hvordan man ønsker at indrette sin organisation, så man bedst kan leve op til kravene i DDKM. Modellen har meget fokus på den kliniske kvalitet, men også i høj grad på de strukturer og processer, der skaber rammerne for, at der kan leveres god klinisk kvalitet. Derfor henvender modellen sig til ledere og medarbejdere i hele organisationen på tværs af fagprofessioner.

Under det eksterne survey vurderer eksterne fagfolk, i hvilken grad organisationen lever op til kravene i standarderne. Denne vurdering baserer sig på interviews, observation og gennemgang af dokumentation. Akkreditering sker for perioder på tre år, og akkrediteringsstandarderne revideres hvert tredje år. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, der udvikler og driver Den Danske Kvalitetsmodel, er medlem af ISQua (International Society for Quality in Healthcare) og såvel vores organisation som vores standarder og uddannelsesprogrammer er akkrediteret af ISQua.

## **Akkrediteringsstandarderne og survey på det præhospitale område**

Akkrediteringsstandarderne på det præhospitale område er skrevet med henblik på at være vurderingsgrundlaget ved akkreditering af det samlede regionale præhospitale system, herunder de opgaver, der varetages af de eksterne samarbejdspartnere, der af den regionale vagtcentral kan disponeres som en del af den opgaveløsning, regionen er ansvarlig for at levere til borgerne. For de eksterne leverandører, der på kontraktbasis og på vegne af regionen leverer akut ambulancetjeneste, gælder det særlige, at de som et vilkår i kontrakten er forpligtet til at lade sig akkreditere. Disse organisationer underkastes således – i forbindelse med surveyet af det samlede regionale tilbud – en selvstændig vurdering og akkrediteres selvstændigt. For at forstå, hvorledes de enkelte organisationer skal forholde sig til akkrediteringsstandarderne, skal man være opmærksom på følgende:

Ved tildeling af akkrediteringsstatus vurderes regionen på:

- om den regionale organisation opfylder kravene i de organisatoriske akkrediteringsstandarder
- om der i det regionale præhospitale system som helhed er en systematisk tilgang til kvalitetsudvikling
- fund i relation til de øvrige standarder, der vedrører opgaver, som regionen direkte har ansvaret for at løse i henhold til den pågældende regions konkrete opgavefordeling, som den er fastlagt i kontrakter og aftaler
- kvaliteten i det regionale præhospitale system som helhed; kravet er her, at regionen opfylder de ovenfor nævnte krav, som direkte vedrører regionen **samt**, at alle leverandører mindst opnår status som "Akkrediteret med bemærkninger" for at regionens præhospitale system som helhed kan blive akkrediteret. For god ordens skyld skal det nævnes, at denne sammenhæng ikke gælder den modsatte vej; en leverandørs akkreditering er således ikke afhængig af regionens status

Leverandørerne vurderes på:

- om leverandørens organisation opfylder kravene i de organisatoriske akkrediteringsstandarder
- fund i relation til de øvrige standarder, der vedrører opgaver, som leverandøren direkte har ansvaret for at løse i henhold til den arbejdsfordeling, der er fastlagt i kontrakter og aftaler

For at kunne gennemføre denne vurdering kræves, at ansvar for en lang række konkrete opgaver er beskrevet og placeret.

Det forudsættes således, at kontrakter, der omhandler ydelser, der er omfattet af dette sæt akkrediteringsstandarder, skal fastsætte, at disse ydelser omfattes af vurderingen ved akkreditering af det regionale præhospitale system. Leverandøren skal ligeledes leve op til relevante krav i standarderne og skal vurderes på dette. Regionen vurderes på, om kontrakterne lever op til dette.

Der skal i denne forbindelse udtrykkeligt henvises til de konsekvenser, som manglende opfyldelse af en af de patientsikkerhedskritiske standarder kan have – såvel for en leverandør som for regionen, hvis akkreditering jo er afhængig af, at også de eksterne leverandører opnår status som mindst "Akkrediteret med bemærkning". Utilstrækkelig opfyldelse af en "patientsikkerhedskritisk standard" vil af Akkrediteringsnævnet kunne vurderes til at medføre, at pågældende organisation ikke vil kunne akkrediteres.

"Patientsikkerhedskritiske standarder" kendes også fra standarderne på sygehusområdet, og de er et udtryk for den store vægt, som patientens sikkerhed tillægges. I dette standardsæt er der således udpeget en række standarder, der omfatter kritiske kliniske ydelser inden for det præhospitale område, og som vil blive tillagt særlig betydning i forbindelse med tildeling af akkrediteringsstatus. Vurderes blot én indikator i en af disse standarder "Ikke Opfyldt (IO)" eller "I Nogen Grad Opfyldt (NO)" vil dette i sig selv kunne medføre, at Akkrediteringsnævnet vurderer, at organisationen ikke kan akkrediteres. Det drejer sig om følgende standarder:

<b>De seks patientsikkerhedskritiske standarder (markeret med # efter standardtitlen)</b>
Standard 2.5.1 Lægemedler
Standard 2.5.2 Lægemiddelhåndtering og -opbevaring
Standard 2.6.1 Hjertestopbehandling
Standard 2.7.1 Afslutning af den præhospitale indsats på stedet
Standard 2.8.1 Overdragelse
Standard 3.1.1 Vurdering og behandling af patienter

Når en tekst i en standard henvender sig til "organisationen", skal det forstås sådan, at enhver af organisationerne (eksterne leverandører og regionens funktion) i det regionale præhospitale system vurderes på standarden. Vurderingen vil omfatte de dele, som ifølge de konkrete aftaler er den pågældende organisations ansvar. Det vil fx kunne forekomme, at det er aftalt, at de retningsgivende dokumenter, som disse standarder henviser til, ikke skal udarbejdes af hver organisation, men at regionen udarbejder de retningslinjer, som alle leverandørerne skal implementere.

Denne model, hvor akkrediteringen udmøntes i en tildeling af akkrediteringsstatus til det samlede regionale præhospitale system og til hver af de leverandører, som på kontraktbasis leverer ambulancetjeneste, sikrer:

- at regionerne, som har det overordnede ansvar for drift og kvalitet af den præhospitale service, uanset at opgaven måtte blive varetaget af en ekstern leverandør, får en vurdering af den samlede kvalitet, der er resultatet af indsatsen
- at regionerne dermed ansvarliggøres over for borgerne
- at regionerne får et værktøj, der understøtter varetagelsen af regionernes ansvar for at sikre kvaliteten i de ydelser, der leveres af eksterne leverandører

## **Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS**

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet, IKAS, blev etableret i 2005 af Sundhedsstyrelsen, det daværende Sundhedsministerium, Amtsrådsforeningen og H:S (nu Danske Regioner) med det formål at udvikle en fælles dansk kvalitetsmodel. IKAS og IKAS' bestyrelse har således det overordnede ansvar for DDKM's strategi, udvikling og planlægning. IKAS skal forestå akkrediteringen af de omfattede organisationer og rådgive organisationerne i akkrediteringsperioden. IKAS refererer til en bestyrelse, hvori de stiftende parter samt Kommunernes Landsforening, privathospitalerne, repræsenteret ved Dansk Erhverv, og Danmarks Apotekerforening er repræsenteret.

## **Love, bekendtgørelser og andre referencer**

Det lovmæssige grundlag for sundhedsvæsenet er den samlede lovgivning, inklusiv vejledninger og retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen og andre myndigheder. En indikator kan kun vurderes som opfyldt, hvis relevante krav i lovgivningen er opfyldt. Det vil altid være den gældende lovgivning på tidspunktet for ekstern survey, der skal refereres til.

Akkrediteringsstandarderne tager udgangspunkt i gældende lovgivning, men dækker ikke al til enhver tid gældende lovgivning. Den enkelte organisation har således ansvaret for, at gældende lovgivning er overholdt i egen organisation.

Referencerne til aktuell lovgivning opdateres i hver version, det vil sige hvert tredje år. Dog vil IKAS ved indførelse af ny lovgivning, som påvirker indholdet i en eller flere akkrediteringsstandarder, foretage korrektioner i disse. Organisationerne vil blive informeret om korrektionerne. Nyeste lovgrundlag, betænkninger mv. kan findes på [www.retsinformation.dk](http://www.retsinformation.dk).

Nedenstående centrale referencer vil kun fremgå her og vil således ikke være angivet i de enkelte standarder. Særligt udvalgte referencer, der retter sig mod konkrete standarder, vil fremgå i den enkelte standard.

De centrale og overordnede referencer i 2. version for det præhospitale område er:

- Lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010 af sundhedsloven
- Bekendtgørelse nr. 1150 af 9. december 2011 om planlægning af sundhedsberedskabet og det præhospitale beredskab samt uddannelse af ambulancepersoner m.v.
- Retningslinjer for indsatsledelse, Beredskabsstyrelsen, 2013
- Vejledning om planlægning af sundhedsberedskab. Version 3.0 af 12. april 2011. Sundhedsstyrelsen
- Bekendtgørelse nr. 3 af 2. januar 2013 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)
- Vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser
- Styrket akutberedskab, Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen 2007
- Lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed
- Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger
- Bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.

- Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
- Lov nr. 606 af 12. juni 2013 Lov om offentlighed i forvaltningen

## **2. version af akkrediteringsstandarder for det præhospitale område**

2. version af DDKM for det præhospitale område er en erfaringsbaseret revision af 1. version. I februar-marts 2013 gennemførte IKAS en bred evaluering af 1. version, der dannede grundlag for gennemskrivning og redigering af standardsættet. Der blev i den forbindelse nedsat en følgegruppe til at kvalificere materialet og rådgive IKAS i forbindelse med udviklingen af 2. version.

Standardsættet på 46 standarder omfatter nu et formål, standardens indhold og indikatorer, der ikke længere har angivelse af trin. Begrundelsen for denne ændring er ønsket om, at PDSA cirklen (jf. s. 12) fremstår mindre udtalt i opsætningen af standarderne, men stadig er grundlaget for arbejdet med standarderne. Fokus skal således i stedet primært rette sig mod standardens indhold.

Formålet fra 1. version er så vidt muligt fastholdt for at opretholde mest mulig kontinuitet i standardsættene. Fremstillingen i standardens indhold er ligeledes forsøgt bredt ud, da nytænkningen er, at der arbejdes ud fra formål og indhold, som derfor skal kunne læses og give mening, også hvis man ser dem isoleret, uden at se indikatorerne. Indikatorerne skal i højere grad fungere som målepunkter primært til brug for surveyerne under survey, mens standardens indhold skal ses som implementeringsvejledning til organisationerne.

I januar-februar 2014 var 2. version af DDKM for det præhospitale område i en bred høring, hvor både de officielle høringsparter, præhospitale surveyors samt andre interesserede fik mulighed for at kommentere materialet.

Se mere om udviklingen af 2. version af akkrediteringsstandarder for det præhospitale område, herunder medlemmer af følgegruppen, evalueringsrapport fra evaluering af 1. version og høringsrapporten på [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk).

## **Arbejds miljø**

Et godt arbejdsmiljø er en væsentlig del af et sundhedsvæsen med høj kvalitet, hvilket også afspejles i ISQua-kravene til akkrediteringsstandarder. 2. version af DDKM for det præhospitale område omfatter kun i begrænset omfang en vurdering af organisationens indsats for at fremme et godt arbejdsmiljø, selv om denne hænger sammen med organisationens øvrige kvalitets- og ledelsesindsats. Dette afspejler, at der i Danmark i forvejen findes et omfattende sæt af regler for arbejdsmiljøet, som indbefatter krav om regelmæssige evalueringer af arbejdsmiljøet. Et særligt tilsynssystem sikrer overholdelsen af reglerne.

## Indholdet i Den Danske Kvalitetsmodel

### Kvalitetsudvikling

DDKM bygger på den grundlæggende model for systematisk kvalitetsudvikling, PDSA, også kaldet kvalitetscirklen. PDSA står for Plan-Do-Study-Act og er i kvalitetsmodellen oversat til Planlægning-Implementering-Kvalitetsovervågning-Kvalitetsforbedring.

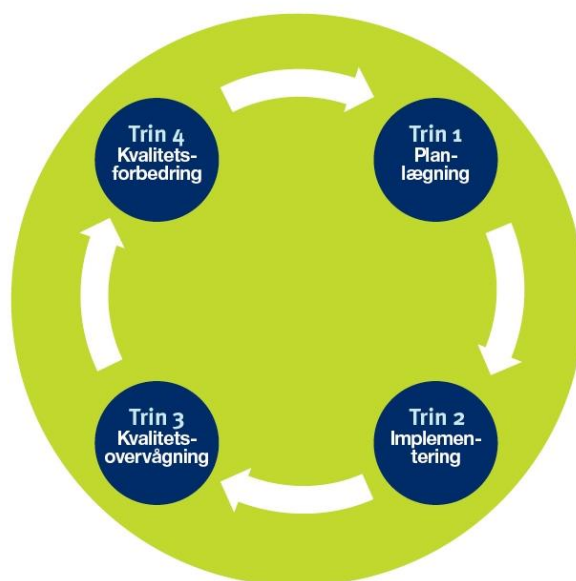
**Planlægge ("Plan")**, som i DDKM betyder, at der i organisationen skal foreligge retningsgivende dokumenter, der beskriver, hvordan kvalitetsmålet i den givne akkrediteringsstandard nås.

**Implementering ("Do")**, som betyder, at organisationen skal sikre implementeringen af de retningsgivende dokumenter.

**Kvalitetsovervågning ("Study")**, som betyder, at organisationen skal overvåge kvaliteten af organisationens strukturer og processer samt de leverede ydelser.

**Kvalitetsforbedring ("Act")**, som betyder, at organisationen skal vurdere resultaterne af overvågningen samt prioritere og iværksætte tiltag, hvor der er kvalitetsbrist.

Figur 1. Kvalitetscirklen



Kvalitetsudvikling er en læringsproces, og kvalitetscirklen er en del af dagligdagens redskaber i kvalitetsudvikling i den enkelte organisation. DDKM skal understøtte, at kvaliteten i alle organisationens ydelser systematisk udvikles efter principperne i kvalitetscirklen.

### Opbygning og organisering af Den Danske Kvalitetsmodel

Akkrediteringsstandarderne i DDKM er organiseret i tre kategorier:

- akkrediteringsstandarder, der vedrører organisatoriske aktiviteter (organisatoriske akkrediteringsstandarder)

- akkrediteringsstandarder, der vedrører generelle patientforløbsaktiviteter (generelle patientforløbsstandarder)
- Akkrediteringsstandarder, der vedrører specifikke kliniske tilstande

Inden for hver kategori er standarderne grupperet i temaer.

**Figur 2. Oversigt over indholdet i 2. version af DDKM for det præhospitale område**



### Terminologi

For at sikre konsistens i materialet anvendes følgende termer:

**Akkrediteringsstandard** anvendes i DDKM, da der findes andre former for "standarder" i sundhedsvæsenet. For at gøre sproget mere flydende anvendes betegnelsen "standard" dog også ofte om en akkrediteringsstandard.

**Organisation** anvendes som fællesbetegnelse for en virksomhed eller offentlig institution med én fælles topledelse med driftsansvar, fx for leverandører af ambulanceydelse/sygehuse/hospitaler.

**Enhed** anvendes som fællesbetegnelse for dele af en organisation, herunder stationer, ambulancer, akutlægebiler mv.

**Det regionale præhospitale system** anvendes som en fællesbetegnelse for regionen og de organisationer, der på kontraktbasis deltager i løsningen af præhospitale opgaver.

**Leverandører af ambulanceydelse (eller i kort form leverandører)** anvendes som betegnelse for de organisationer, som regionen har indgået kontrakt med om løsning af præhospitale opgaver.

**Behandling** betegner på det præhospitale område undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp i forhold til den enkelte patient. I visse tilfælde er de enkelte elementer nævnt særskilt.

Flere steder omtales **krav** i akkrediteringsstandarder eller indikatorer. Dette skal ikke forstås som forskrifter, der binder organisationerne juridisk, men som forudsætninger for, at en organisation kan siges at leve fuldstændigt op til standarden eller indikatoren. Det er ikke en forudsætning for at opnå akkreditering, at organisationen lever fuldstændigt op til samtlige standarder.

**Lovgivningen** anvendes som fællesbetegnelse for love og bekendtgørelser, vejledninger m.v., som er udarbejdet med bemyndigelse i lovene.

Bagest i materialet findes en mere detaljeret begrebsliste (bilag 3). Begrebsdefinitionerne følger definitioner i lovgivningen og definitioner, der anvendes af Sundhedsstyrelsen.

### Grundskabelon samt beskrivelse af kravene i indikatorerne

Alle akkrediteringsstandarder er opbygget efter en fælles grundskabelon, som ses i figur 3 nedenfor. Grundskabelonen anvender de samme overskrifter og betegnelser i den samme rækkefølge. Figuren herunder beskriver, hvad der menes med de enkelte felter/punkter, og beskriver de generelle krav, der stilles til de forskellige typer indikatorer.

**Figur 3: Grundskabelon med beskrivelse af de enkelte felter**

<b>Titel</b>	Beskriver akkrediteringsstandardens titel samt nummer ud af det samlede antal akkrediteringsstandarder inden for det pågældende tema			
<b>Sektor</b>	Beskriver, hvilken sektor standard-sættet vedrører	<b>Version</b>		<b>Udgave</b>
<b>Kategori</b>	Beskriver, hvilken af de 3 kategorier (organisatorisk, generelle patientforløbs eller sygdomsspecifik), standarden tilhører	<b>Tema</b>	Beskriver, hvilket tema akkrediteringsstandardens tilhører	
<b>Formål</b>	Beskriver formålet med akkrediteringsstandardens			
<b>Indhold</b>	<p>Beskriver det samlede mål med akkrediteringsstandardens.</p> <p>Dette felt indeholder forskellige kategorier af information, som tjener til at uddybe forståelsen af standarden.</p> <p>Hvor det er nødvendigt for at forstå standarden, indledes dette felt med en definition af det emne, standarden handler om.</p> <p>Herefter følger et kort oprids af baggrunden for standarden. Her kan indgå en omtale af relevant lovgivning. Feltet kan ikke forventes at indeholde en fuldstændig gengivelse af relevant indhold af lovgivningen. Retningsgivende dokumenter bør således altid udarbejdes ud fra den oprindelige tekst i lovgivningen, ikke ud fra gengivelsen i standarden.</p> <p>Denne del af feltet kan også indeholde information, der tjener til at tydeliggøre, hvordan standardens krav fortolkes i forskellige kontekster. For nogle</p>			

	<p>standarder fremgår dette tilstrækkeligt klart af standarden selv og af feltet "Formål".</p> <p>Dernæst følger vejledninger til fortolkning af krav i enkelte indikatorer.</p> <p>I enkelte tilfælde er beskrevet, hvorledes en vurdering vil ske ved ekstern survey. Dette er gjort, hvor det vil lette organisationens forståelse af indikatoren.</p> <p>Vurderingen af, om en organisation lever op til kravene i akkrediteringsstandarderne, tager altid udgangspunkt i indikatorerne. Indikatorerne angiver det, der skal være til stede ("kravene" eller "målepunkterne"). Feltet standardens indhold stiller ikke nye krav om ting, der skal være til stede, men hjælper til at forstå, om det, der kræves i indikatorerne, er til stede eller ej. Specielt er tre typer indhold i dette felt vigtige:</p> <p>I nogle standarder defineres i dette felt, hvad der menes med et bestemt fænomen, standarden omhandler. En sådan definition er et bindende krav. Et dokument er således ikke et virksomhedsgrundlag, hvis ikke det svarer til definitionen af et virksomhedsgrundlag (standard 1.1.1)</p> <p>I nogle standarder omtales specifikke krav til indholdet af retningsgivende dokumenter. Sådanne krav er bindende, med mindre de omhandler situationer, som ikke kan forekomme i den enkelte organisation. Retningslinjerne foreligger altså ikke, hvis de ikke forholder sig til de specifikke krav.</p> <p>Endelig vil der være indikatorer, hvor det i forskellige kontekster vil være forskellige konkrete ting, der skal være til stede, for at indikatoren er opfyldt. Feltet vejleder om, hvorledes denne kontekstafhængige fortolkning sker.</p>
<b>Krydsreferencer</b>	Krydsreferencer til øvrige standarder, som det kan være hensigtsmæssigt at orientere sig i ved arbejdet med den pågældende standard.
<b>Anvendelsesområde</b>	Beskriver, på hvilket organisatorisk niveau i organisationen akkrediteringsstandard skal være implementeret og anvendt.
<b>Indikatorer, der vurderer forekomsten og indholdet af retningsgivende dokumenter</b>	<p>I en række indikatorer stilles der krav om tilstedeværelse og indhold af retningsgivende dokumenter. Dette kan fx være et virksomhedsgrundlag, politikker, planer eller retningslinjer alt afhængig af akkrediteringsstandardens fokusområde.</p> <p>Når der udarbejdes fælles retningsgivende dokumenter kan det være relevant at supplere med lokale dokumenter (retningslinjer eller instrukser).</p> <p>I nogle tilfælde vil det ikke være relevant, at et retningsgivende dokument indeholder alle de elementer, der er nævnt i akkrediteringsstandard. Dette vil være tilfældet, hvis de situationer, som de pågældende elementer referer til, ikke forekommer i organisationen. Det er ikke nødvendigt at begrunde, hvorfor disse elementer er udeladt i det retningsgivende dokument.</p> <p>I nogle standarder er kravet, at organisationen har "en proces". Organisationen kan vælge at fastlægge og beskrive denne proces i et retningsgivende dokument, der er udformet og styret efter principperne i standard. 1.3.1 Dokumentstyring. Imidlertid anvendes ordet "proces", når der ikke nødvendigvis behøver at foreligge et retningsgivende dokument, men hvor processen også</p>

	<p>kan være dokumenteret af konkrete ledelsesbeslutninger. I så fald skal der foreligge en kæde af dokumenterede ledelsesbeslutninger, der fastlægger mål, metoder, fordeling af opgaver og ansvar, samt opfølgning.</p>
<p><b>Indikatorer, der vurderer implementering og anvendelse af dokumenter og indikatorer, der vurderer implementering</b></p>	<p>Andre indikatorer tjener til vurdering af, implementering og anvendelse af dokumenter.</p> <p>Indikatorerne beskriver det grundlag, som organisationen vurderes på under ekstern survey. Indikatorerne dækker ikke nødvendigvis alle aspekter af implementeringen af standarden.</p> <p>Med mindre andet udtrykkeligt er anført, stilles der ikke krav om særskilt skriftlig dokumentation for opfyldelse af disse indikatorer. Vurderingen vil ske ud fra observation og interview ved ekstern survey.</p>
<p><b>Indikatorer, der vurderer kvalitetsovervågning</b></p>	<p>Indikatorer, der indeholder krav til kvalitetsovervågningen, understøtter opfyldelsen af akkrediteringsstandarder eller elementer af denne. Kvalitetsovervågningen tager udgangspunkt i formulerede mål for kvaliteten.</p> <p>Det er i vid udstrækning overladt til organisationen at vælge den konkrete form for overvågning. Det vil ikke i praksis være muligt at overvåge alle aspekter af implementeringen af standarden. Organisationens skal derfor prioritere sin indsats for kvalitetsovervågning.</p> <p>Standard 1.2.2 Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag indeholder en række overordnede krav til organisationens kvalitetsovervågning.</p> <p>For nogle standarders vedkommende kan kravet om indsamling af kvantitative data opfyldes ved audit. Organisationens vælger selv, hvad audit konkret skal omhandle, og hvilke enheder, der skal indgå, men det kræves, at audit inddrager organisationens enheder bredt. Udtræk af data til patientforløbsaudit kan ske elektronisk eller ved manuel gennemgang af patientjournalen, og kan ske centralt eller decentralt. Der er ingen specifikke krav til, hvordan det sikres, at journalerne udvælges tilfældigt.</p> <p>For andre standarder er der særligt angivne krav til kvalitetsovervågningen. Hvis der her ikke er udtrykkelige krav om hyppigheden, fastsætter organisationen selv denne.</p> <p>Alle data, der indsamles som led i kvalitetsovervågningen, skal underkastes analyse og vurdering, hvor resultater af kvalitetsovervågningen sammenholdes med de opstillede mål. Der er ingen specifikke formkrav til dette.</p> <p>Organisationer, der har været akkrediteret efter 1. version, skal kunne demonstrere kontinuerlig kvalitetsovervågning igennem hele perioden mellem de to akkrediteringer. Formen for overvågning må gerne have ændret sig i periodens løb.</p> <p>Der henvises endvidere til notatet "Vurderingsprincipper i DDKM af 2014 for det præhospitale område – Vejledning til surveyors og akkrediteringsnævn", som findes i tilknytning til "Håndbog i DDKM for det præhospitale område", hvori reglerne for vurdering af opfyldelsen af kvalitetsovervågningsindikatorer er beskrevet i detaljer.</p>

	I bilag 2 findes en oversigt over indikatorer med kvalitetsovervågning.
<b>Referencer</b>	
	I dette felt angives udvalgte referencer til den pågældende akkrediteringsstandard. Referencerne består primært af dansk lovgivning; referencerne tilstræber ikke at medtage al lovgivning, der kunne relateres til eller begrundes standarden, men alene til lovgivning, som bør konsulteres, når der udarbejdes retningsgivende dokumenter. Der suppleres med enkelte andre referencer. Der tilstræbes ikke udtømmende faglige referencer. Referencerne er gældende på tidspunktet for udgivelsen af standarden. På <a href="http://www.retsinformation.dk">www.retsinformation.dk</a> kan man ved søgning på en lovtteksts nummer umiddelbart se, om det pågældende dokument er erstattet af et nyere. Der vil i så fald være link videre til det nye dokument.

### **Ikke relevante akkrediteringsstandarder**

Standardsættet gælder som udgangspunkt for alle organisationer. En organisation kan således ikke fravælge en akkrediteringsstandard med den begrundelse, at man finder kvalitetsmålet, som standarden udtrykker, mindre relevant i forhold til organisationens opgaver. En akkrediteringsstandard (eller en indikator i en akkrediteringsstandard) kan alene anses for ikke relevant, hvis den vedrører ydelser eller opgaver, som slet ikke forekommer eller kan forekomme i organisationen. Feltet "Standardens indhold" giver hjælp til at forstå, hvorledes en standard kan fortolkes i forskellige typer af præhospitale organisationer.

Indikatorer, der vurderes som "Ikke relevant", tæller ikke med ved tildeling af akkrediteringsstatus.

# Akkreditering

## Akkrediteringsprocessen

Tildelingen af akkrediteringsstatus baseres på en vurdering af opfyldelsen af akkrediteringsstandardernes indikatorer, som sker i form af et eksternt survey, hvor et surveyteam vurderer, om organisationen lever op til indikatorerne. Akkrediteringen er således baseret på en uvildig og kvalificeret vurdering af organisationens arbejde med at synliggøre og forbedre kvaliteten.

Eksternt survey og akkreditering finder sted hvert tredje år. Det eksterne survey vil variere i antal dage og antal surveyors, alt afhængig af organisationens størrelse, kompleksitet og antallet af enheder. Surveyorne er udvalgt blandt erfarne fagfolk og ledere; alle har gennemgået en særlig uddannelse i IKAS for at kunne varetage opgaven. Under det eksterne survey vil en ledende surveyor koordinere arbejdet.

Surveyorne vurderer indikatorerne i akkrediteringsstandarderne. Metoderne til vurdering er gennemgang af dokumentation, interview og observation. En nærmere beskrivelse af eksternt survey findes i "Håndbog i DDKM for det præhospitale område", som findes på [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk). Det skal understreges, at surveyornes professionelle vurdering, baseret på egen erfaring og dømmekraft, er af central betydning, ikke mindst, når betydningen eller vægten af et givet fund skal afgøres.

Efter survey forelægges en surveyrapport for det uafhængige Akkrediteringsnævn. Nævnet kan ændre vurderinger af indikatorer, som ikke er i overensstemmelse med vurderingsprincipperne eller etableret vurderingspraksis. På baggrund af opfyldelsen af indikatorerne træffer Akkrediteringsnævnet herefter beslutning om tildelingen af akkrediteringsstatus og om indhold, form og tidsfrist for eventuel opfølgning.

Yderligere information om Akkrediteringsnævnet findes på [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk).

## Kriterier for tildeling af akkrediteringsstatus

Neden for findes en overordnet oversigt over vurdering af indikatoropfyldelse og tildeling af akkrediteringsstatus. De udførlige kriterier er beskrevet i notatet "Vurderingsprincipper i DDKM af 2014 for det præhospitale område – Vejledning til surveyors og Akkrediteringsnævn", som findes på [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk).

Vurderingen af organisationens opfyldelse af kravene i DDKM foretages på indikatorniveau, idet det er den samlede opfyldelse af indikatorerne, som danner grundlag for tildeling af akkrediteringsstatus. Surveyornes vurdering af opfyldelsen af indikatorerne sker på en firepunktsskala:

Opfyldelsesgrad	Definition
HELT OPFYLDT (HO)	Alt er til stede
I BETYDELIG GRAD OPFYLDT (BO)	Noget er til stede, og manglerne <u>er ikke</u> en betydelig del af indikatorkravet
I NOGEN GRAD OPFYLDT (NO)	Noget er til stede, og manglerne <u>er</u> en betydelig del af indikatorkravet
IKKE OPFYLDT (IO)	Intet er til stede, eller der foreligger kun planer

I notatet er der for hver type indikator en vejledning til vurdering af indikatoropfyldelsen. Surveyrapporten er imidlertid udformet på en sådan måde, at der gives en oversigt over standarder, hvori der er indikatorer med krav om opfølgning.

For at blive akkrediteret uden bemærkninger kræves, at alle indikatorer vurderes som helt opfyldt (HO) eller i betydelig grad opfyldt (BO). For de seks patientsikkerhedskritiske standarder og standard 1.2.2 Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag og standard 1.2.4 Risikostyring er kravet dog, at alle indikatorer i disse standarder er HO. Er der indikatorer i disse standarder, der er vurderet BO vil status derimod blive midlertidig akkrediteret med krav om opfølgning.

Hvis ikke alle indikatorer er vurderet HO eller BO sker der en konkret vurdering ved Akkrediteringsnævnet.

### **Konsekvenser af midlertidig akkreditering**

I surveyrapporten vil der være angivet krav om opfølgning på de indikatorer, som var i nogen grad opfyldt (NO) eller ikke opfyldt (IO) (BO for de seks patientsikkerhedskritiske standarder). Opfølgningen kan bestå af:

- Indsendelse af dokumentation inden for tre måneder
- Fokuseret genbesøg inden for seks måneder

Hvis opfølgningen fører til, at den præhospitale organisation herefter lever op til kravene for at opnå akkreditering, skifter den status til akkrediteret. I modsat fald får den status som akkrediteret med bemærkninger.

### **Konsekvenser af betinget akkreditering**

I surveyrapporten vil der være angivet krav om opfølgning på de indikatorer, som var NO/IO (BO for de seks patientsikkerhedskritiske standarder). Opfølgningen består af fokuseret resurvey inden for tre måneder; eventuelt kan der være krav om opfølgning inden for én måned ved forhold, der er særligt kritiske for brugernes sikkerhed.

Alt efter resultatet af opfølgningen får den præhospitale organisation herefter status som akkrediteret, akkrediteret med bemærkninger eller ikke akkrediteret.

Præhospitale organisationer, der modtager endelig akkrediteringsstatus som "akkrediteret med bemærkninger", skal betragtes som værende akkrediteret, dog med en vis grad af efterfølgende udviklingsarbejde.

### **Konsekvenser af, at akkreditering ikke opnås**

Den præhospitale organisation kan på et senere tidspunkt, efter en konkret vurdering af IKAS, gennemgå et nyt eksternt survey, hvor vurderingsprocessen starter forfra.

## **Surveyrapport**

Efter eksternt survey får den præhospitale organisation en surveyrapport, som indeholder:

- en sammenfattende vurdering af organisationen
- begrundede vurderinger af alle relevante indikatorer
- oversigt over standarder, hvor der er indikatorer, som vurderes til NO/IO (for de seks patientsikkerhedskritiske standarder også BO) og de dertil relaterede krav om opfølgning

Organisationen har mulighed for at gøre indsigelser mod rapporten, inden den forelægges Akkrediteringsnævnet til afgørelse om tildeling af akkrediteringsstatus og krav om opfølgning.

## **Appel**

Der er mulighed for at appellere Akkrediteringsnævnets afgørelser. IKAS kan give nærmere oplysninger om dette. Se også [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk).

## **Offentliggørelse af akkreditering**

Akkrediteringsstatus og surveyrapporten offentliggøres og kan tilgås via [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk) og [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

Beslutninger om mulighed for fokuseret resurvey og den surveyrapport, der ligger til grund for denne beslutning, offentliggøres på samme måde.

## Hjælp til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel

IKAS er behjælpelig med arbejdet med DDKM på flere måder:

### Håndbog i DDKM for det præhospitale område

På IKAS' hjemmeside er der hjælp at hente til implementeringen af akkrediteringsprocessen i den elektroniske "Håndbog i DDKM for det præhospitale område, 2. version". Håndbogen indeholder redskaber og anbefalinger til, hvorledes organisationer kan arbejde med alle elementer i akkrediteringsprocessen.

### Udbud af kurser

IKAS udbyder gratis kurser til de præhospitale organisationer, der arbejder med DDKM. Kurserne har til formål gennem oplæg og øvelser at understøtte organisationerne i arbejdet med akkrediteringsprocessen. Kurserne udbydes via IKAS' hjemmeside.

### Rådgivning fra IKAS

Alle præhospitale organisationer, der arbejder med DDKM, får tilknyttet en rådgiver i IKAS. Rådgivningen tilbyder hjælp til forståelse af akkrediteringsstandarderne og hjælp samt anbefalinger i relation til elementerne i akkrediteringsprocessen.

### FAQ

Alle ansatte i organisationer, der arbejder med DDKM, kan via IKAS' hjemmeside stille spørgsmål til IKAS vedrørende akkrediteringsstandarderne og akkrediteringsprocessen. De spørgsmål og svar, som IKAS finder er af generel eller principiel interesse, bliver gengivet i anonymiseret form som FAQ på IKAS' hjemmeside.

## Vejledning til forståelse af akkrediteringsstandarderne

Under organisationernes arbejde med at implementere standarderne, og når de anvendes af surveyorne og Akkrediteringsnævnet, kan der vise sig forståelsesmæssige vanskeligheder. IKAS vil i sådanne tilfælde vejlede om, hvordan standarden skal forstås. Disse vejledninger gøres tilgængelige for alle brugere af standarderne på følgende måder:

På [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk) vil der i tilknytning til hver enkelt standard være FAQ'er med relevans for standarden. En eventuel vurderingspraksis fra Akkrediteringsnævnets side vil være tilgængelig samme sted.

Hvis IKAS finder, det vil være hensigtsmæssigt, vil vigtige vejledninger ("need to know") i særlige tilfælde blive indarbejdet i standarden i feltet "Standardens indhold". IKAS vil udnytte denne mulighed restriktivt, men har på den anden side et mål om, at det væsentlige i standarden skal kunne forstås, uden at man behøver gennemlæse FAQ'er eller vurderingspraksis. Alle ændringer i standarderne vil fremgå af en log på [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk).

Det understreges, at der derved ikke må ske ændringer i standardens krav. Der er alene tale om vejledninger, der tjener til at forbedre forståelsen af de krav, der er i standarden.

# Organisatoriske standarder

## Ledelse

<b>Titel</b>	1.1.1 - Ledelse (1/5)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Ledelse	
<b>Formål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At de fælles værdier, mål og overordnede strategier for det regionale præhospitale system afspejles i organisationernes opgavevaretagelse overfor ledere, medarbejdere og interessenter</li> <li>• At skabe klarhed over generelle ledelsesmæssige krav og forventninger til ledere</li> </ul>			
<b>Indhold</b>	<p><b>Den enkelte regionale præhospitale organisation og den enkelte leverandør har et virksomhedsgrundlag.</b></p> <p>Et virksomhedsgrundlag er et eller flere dokumenter, der beskriver hovedopgaver (mission), hvad der er visionen for fremtiden, og hvilke værdier, der skal præge organisationen. Værdier er overordnede principper, der beskriver, hvordan organisationen og medarbejderne forventes at handle.</p> <p>I virksomhedsgrundlaget indgår desuden en overordnet beskrivelse af de strategier, der skal føre til, at mission og vision realiseres inden for rammerne af de definerede værdier og etiske retningslinjer, dvs. en beskrivelse af, hvordan det sikres, at beslutninger og handlinger i organisationen er i overensstemmelse med organisationens etiske principper.</p> <p>Elementerne i virksomhedsgrundlaget er derfor mission, vision, værdier, overordnede strategier og etiske retningslinjer.</p> <p>Virksomhedsgrundlaget udarbejdes i dialog mellem ledere og medarbejdere. Det tilpasses ved behov, fx ved opstart af nye væsentlige ydelser og ved organisatoriske ændringer.</p> <p>Leverandørers virksomhedsgrundlag tager udgangspunkt i virksomhedsgrundlaget i den eller de regioner, hvor de har kontrakter. Leverandørernes virksomhedsgrundlag kan have et bredere sigte end den regionale præhospitale organisation, fx hvis leverandøren løser andre opgaver. DDKM forholder sig kun til den del af virksomhedsgrundlaget, der vedrører den præhospitale opgave.</p> <p>Ledelser på alle niveauer skal bidrage til, at strategierne gennemføres og til, at der arbejdes i overensstemmelse med organisationens værdier og etiske retningslinjer.</p> <p>Virksomhedsgrundlaget revideres ved væsentlige ændringer i organisationens ydelser og i hver regional valgperiode, dvs. mindst hvert fjerde år. Ved revideringer planlægger og gennemfører ledelsen implementering på ny.</p> <p><b>Den enkelte regionale præhospitale organisation og den enkelte leverandør arbejder efter et ledelsesgrundlag, der beskriver, hvilke</b></p>			

<b>Titel</b>	1.1.1 - Ledelse (1/5)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Ledelse	
	<p><b>krav og forventninger, der stilles til ledere og den enkelte leders beslutningskompetence og referenceforhold.</b></p> <p>Det er væsentligt, at ledelsesgrundlaget giver hver enkelt leder tilstrækkelig klarhed over sin rolle og opgaver.</p> <p>Ledelsesgrundlaget beskriver derudover, hvilke holdninger og værdier, der ligger til grund for udøvelsen af ledelse.</p> <p>Ledelsesgrundlaget kan bestå af et eller flere dokumenter. Nogle dokumenter kan være generelle, andre kan være rettet til afgrænsede grupper af ledere eller til individuelle ledere. Funktionsbeskrivelser for ledere kan ses som en del af ledelsesgrundlaget. Ledelsesgrundlaget kan understøttes af en organisationsplan eller et organisationsdiagram.</p>			
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen			
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Der er et virksomhedsgrundlag, der definerer vision, mission, værdier, overordnede strategier og etiske principper.			
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for deres ansvar, opgaver, beslutningskompetence og referenceforhold og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.			

<b>Titel</b>	1.1.3 - Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører (2/5)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Ledelse	
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• optimal opgaveløsning</li> <li>• at kommandoveje og ansvarsområder er klare, når regionale præhospitale organisationer og leverandører samarbejder om fælles opgaveløsning</li> </ul>			
<b>Indhold</b>	<p><b>Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører beskriver opgavefordeling, ansvarsfordeling, referenceforhold og kommunikationsveje.</b></p> <p>Ved leverandører forstås her organisationer, som varetager sundhedsfaglige opgaver på det præhospitale område på vegne af regionen, og som regionen gennem AMK-vagtcentralen kan disponere. Der tænkes både på selvstændige organisationer, fx ambulanceoperatører eller udrykningslæger og på regionale enheder uden for den præhospitale organisation, der deltager i løsningen af præhospitale opgaver, fx sygehuse, der stiller sundhedsfagligt personale til rådighed for udrykningsopgaver.</p> <p>Kontrakter og aftaler indeholder kvalitetsmål for de leverede ydelser, fx responstid, og de beskriver, hvordan opfyldelsen af kvalitetsmålene overvåges, og hvem, der ved manglende målopfyldelse har ansvar for at gennemføre forbedringstiltag. Kvalitetsmålene kan være kvantitative, fx responstid, eller kvalitative, fx krav om at givne processer foregår på en vis måde.</p> <p>Den regionale præhospitale organisation kan vælge at fastsætte i kontrakten, at leverandører, der udfører omfattende opgaver (fx ambulanceoperatører) skal akkrediteres efter DDKM. I sådanne tilfælde behøver kontrakten ikke at specificere kvalitetsmål, der vil være opfyldt, hvis leverandøren opnår akkreditering.</p> <p>Kontrakter og aftaler beskriver også ansvarsfordeling og referenceforhold i situationer, hvor løsning af konkrete sundhedsfaglige opgaver deles af regionale præhospitale organisationer og leverandører, fx rendez vous mellem regionalt drevet akutlægebil og leverandørdrevet ambulance.</p> <p>Kontrakter og aftaler skal sikre, at den regionale præhospitale organisation til hver en tid har adgang til at evaluere opfyldelsen af de kvalitetsmål, de har opstillet i kontrakter og aftaler.</p>			
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen			
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Kontrakter og aftaler beskriver opgavefordeling.			

<b>Titel</b>	1.1.3 - Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører (2/5)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Ledelse	
<b>Indikator 2</b>	Kontrakter og aftaler beskriver ansvarsfordeling.			
<b>Indikator 3</b>	Kontrakter og aftaler beskriver referenceforhold.			
<b>Indikator 4</b>	Kontrakter og aftaler beskriver kommunikationsveje.			
<b>Indikator 5</b>	Kontrakter og aftaler indeholder kvalitetsmål for de leverede ydelser.			
<b>Indikator 6</b>	Kontrakter og aftaler beskriver, hvordan det overvåges, om kvalitetsmålene nås.			
<b>Indikator 7</b>	Kontrakter og aftaler beskriver, hvem der har ansvaret for at gennemføre forbedringstiltag, hvis kvalitetsmålene ikke nås.			
<b>Indikator 8</b>	Ved interviews med ledere i den regionale præhospitale organisation kan de redegøre for opgavefordeling, ansvarsfordeling, referenceforhold, kommunikationsveje, kvalitetsmål og ansvar for gennemførelse af forbedringstiltag og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.			
<b>Indikator 9</b>	Ved interviews med ledere hos leverandørerne kan de redegøre for opgavefordeling, ansvarsfordeling, referenceforhold, kommunikationsveje, kvalitetsmål og ansvar for gennemførelse af forbedringstiltag og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.			
<b>Indikator 10</b>	En gang årligt evaluerer regionen opfyldelsen af kvalitetsmålene i kontrakterne.			

<b>Titel</b>	1.1.4 - Planlægning og drift (3/5)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Ledelse		
<b>Formål</b>	At sikre, at regionale præhospitale organisationer og leverandørers ressourcer anvendes hensigtsmæssigt i forhold til definerede mål.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Planlægning og drift sker ud fra definerede mål for økonomi, aktivitet, øvrigt ressourceforbrug og kvalitet. Der er en systematisk proces for opfølgning af, om målene nås.</b></p> <p>Organisationens overordnede mål er fastsat i virksomhedsgrundlaget. Styringen af den daglige drift sker ved, at der fastsættes mål for aktivitet, ressourceforbrug, herunder miljømæssige faktorer, personaleuddannelse og kvalitet. Organisationen beslutter selv, på hvilke ledelsesniveauer, der skal fastsættes mål. Målene fastsættes ud fra en på forhånd defineret proces.</p> <p>Økonomiske mål fastlægges i årlige budgetter. Der er en systematisk proces til at følge op på budgettet, og det endelige regnskab underkastes uafhængig revision.</p> <p>Ledere på de niveauer, hvor der er fastsat mål, skal have adgang til data, der gør det muligt at følge målopfyldelsesgraden og at reagere, hvis der er afvigelser fra det ønskede. Organisationen skal beskrive, hvor tit data opdateres, og hvor gamle data er, når de indgår i systemet.</p> <p>Oplysninger om forbrug af personaleressourcer inkluderer sygefravær, vikarforbrug og overarbejde.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	1.1.1 Ledelse 1.1.3 Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører 1.2.1 Kvalitetspolitik 1.2.2 Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag 1.4.4 Uddannelse og kompetenceudvikling				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan aktivitetsmål og budgetter fastlægges, hvordan der følges op og henviser til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan mål for forbrug af personaleressourcer og uddannelse af personale fastlægges og vise eksempler på konkrete mål.				
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan mål for kvalitet fastlægges og vise eksempler på konkrete mål.				

<b>Titel</b>	1.1.4 - Planlægning og drift (3/5)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Ledelse	
<b>Indikator 4</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan aktivitetsmål og budgetter fastlægges og hvordan der følges op.			
<b>Indikator 5</b>	Ved interviews med ledere i organisationen kan de redegøre for, hvordan de får oplysninger om opfyldelsen af aktivitetsmål og budgetter. Stikprøver foretaget af surveyors bekræfter, at oplysningerne svarer til organisationens krav om aktualitet.			
<b>Indikator 6</b>	Ved interviews med ledere i organisationen kan de redegøre for, hvordan de får oplysninger om forbruget af personaleressourcer. Stikprøver foretaget af surveyors bekræfter, at oplysningerne svarer til organisationens krav om aktualitet.			
<b>Indikator 7</b>	Ved interviews med ledere i organisationen kan de redegøre for, hvordan de får oplysninger om opfyldelsen af mål for personaleuddannelse. Stikprøver foretaget af surveyors bekræfter, at oplysningerne svarer til organisationens krav om aktualitet.			
<b>Indikator 8</b>	Ved interviews med ledere i organisationen kan de redegøre for, hvordan de får oplysninger om opfyldelsen af kvalitetsmål. Stikprøver foretaget af surveyors bekræfter, at oplysningerne svarer til organisationens krav om aktualitet.			

<b>Titel</b>	1.1.6 - Datasikkerhed og -fortrolighed (4/5)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Ledelse	
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• beskyttelse mod misbrug og tab af personfølsomme oplysninger</li> <li>• fortrolighed, tilgængelighed og hensigtsmæssig og kontrolleret adgang for relevant brug af data i overensstemmelse med gældende lovgivning på området</li> </ul>			
<b>Indhold</b>	<p><b>Personhenførbare data behandles, opbevares og destrueres sikkert.</b></p> <p>Informationssikkerhed dækker både for elektroniske informationer og eventuelle informationer på papir.</p> <p>Processen for informationssikkerhed dækker:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) fortrolighed og tavshedspligt</li> <li>b) videregivelse af oplysninger</li> <li>c) sporbarhed af transaktioner</li> <li>d) opbevaring af og adgang til personhenførbare data</li> <li>e) destruktion af personhenførbare dokumenter og data</li> <li>f) forholdsregler ved systemnedbrud</li> <li>g) forholdsregler ved uretmæssig adgang</li> </ol> <p>Personhenførbare data er fx patientjournaler og personalesager.</p> <p>Der tages stilling til, hvor ofte der skal gennemføres backup og sikring af nødprocedurer i forbindelse med systemnedbrud for systemer, der indeholder informationer, der bruges i forbindelse med patientbehandling. Her skal også inddrages systemer til fx. teknisk disponering.</p> <p>AMK-vagtcentralen er undtaget fra at afprøve nødprocedurer i forbindelse med systemnedbrud, da det vil kunne udgøre en risiko for patienterne.</p>			
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen			
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Personhenførbare data opbevares og håndteres, så uvedkommende ikke har adgang til dem. Dette gælder såvel, når de anvendes under en aktuel behandling, som når de lagres.			
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de forklare og demonstrere, hvordan personhenførbare data, både på papirform og elektronisk form, håndteres i den daglige kliniske praksis.			

<b>Titel</b>	1.1.6 - Datasikkerhed og -fortrolighed (4/5)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Ledelse	
<b>Indikator 3</b>	Der udføres backup af systemer, der indeholder informationer, der bruges i forbindelse med behandling af patienter med intervaller, der er fastlagt af organisationen.			
<b>Indikator 4</b>	Med intervaller, der er fastlagt af organisationen, sikres det, at nødprocedurer i forbindelse med systemnedbrud fungerer tilfredsstillende.			

<b>Titel</b>	1.1.7 - Forsyningssystemer (5/5)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Ledelse	
<b>Formål</b>	At sikre, at forsyningssystemer opfylder personalets og patienters behov og krav til sikkerhed og funktionalitet og myndighedernes krav.			
<b>Indhold</b>	<p><b>Forsyningssystemer understøtter opgaveløsning, drift og sikkerhed for personale og patienter.</b></p> <p>Processen for forsyningssystemer dækker hensigtsmæssig daglig drift, forsyninger i tilfælde af nedbrud og sikkerhed.</p> <p>Forsyningssystemer, der skal dækkes i processen er:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) vare- og medicinleverancer</li> <li>b) it- og kommunikationsudstyr</li> <li>c) informationssystemer</li> <li>d) el</li> <li>e) ventilation</li> <li>f) vand</li> <li>g) varme</li> <li>h) drivmiddelforsyning</li> <li>i) medicinske gasser</li> <li>j) medicinsk udstyr</li> <li>k) transportmidler</li> </ul> <p>Der skal tages hensyn til økonomiske faktorer, og arbejdsmiljø- og hygiejneorganisationen inddrages, hvor det er relevant.</p> <p>Nedbrud i forsyningssystemer med betydning for patientsikkerheden er fx manglende levering af medicin, der ikke kan substitueres.</p>			
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen			
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan de forsyningssystemer, de har ansvaret for, fungerer.			
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan de vil handle i tilfælde af svigt i forsyningssystemer.			
<b>Indikator 3</b>	<p>I tilfælde af nedbrud i forsyningssystemer med betydning for patientsikkerheden evalueres den fastlagte proces.</p> <p>Denne indikator vurderes under survey ikke relevant, hvis der ikke har været nedbrud i forsyningssystemer med betydning for patientsikkerheden.</p>			

## Kvalitets og risikostyring

<b>Titel</b>	1.2.1 - Kvalitetspolitik (1/7)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring		
<b>Formål</b>	<p>At sikre og udvikle:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kvaliteten som en integreret del af driften</li> <li>• sikkerhedskulturen</li> <li>• kvalitetsforbedringer af ydelser</li> </ul> <p>At sikre, at intern og ekstern viden om forbedringsmuligheder omsættes til handling.</p>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Den enkelte regionale præhospitale organisation og den enkelte leverandør har en kvalitetspolitik, der fastsætter rammerne for kvalitetsarbejdet og understøtter fastsatte mål.</b></p> <p>Kvalitetspolitikken skal understøtte fastsatte mål og beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>overordnede mål for kvalitetsarbejdet, herunder en beskrivelse af, hvordan ny evidensbaseret viden, forskningsresultater og anden udvikling inddrages</li> <li>hvordan kvalitetspolitikken understøtter virksomhedsgrundlaget</li> <li>ansvaret for at gennemføre kvalitetspolitikken</li> <li>indsatsen for at fremme en kvalitetskultur</li> <li>uddannelse og kompetenceudvikling inden for kvalitetsudvikling</li> <li>systemer og samarbejdsformer, der giver mulighed for at indhente, bearbejde og monitorere nødvendige kvalitetsdata</li> <li>ationale og regionale kvalitetskrav, der skal overholdes</li> </ol> <p>Kvalitetspolitikken skal formidles bredt ud i organisationen, så den enkelte er bekendt med de dele af politikken, der har betydning for vedkommendes daglige arbejde.</p> <p>Det vil være en lokal beslutning, om der skal opbygges en dedikeret kvalitetsorganisation til at understøtte kvalitetspolitikken. Der er ingen specifikke krav til, hvordan kvalitetsorganisationen i givet fald skal opbygges. Det forhold, at der etableres en kvalitetsorganisation, må ikke føre til, at ansvaret for kvalitetsudvikling bliver isoleret fra ledelsesopgaven.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Der er en kvalitetspolitik, der beskriver organisationens overordnede mål og placeringen af ansvaret for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet.				

<b>Titel</b>	1.2.1 - Kvalitetspolitik (1/7)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring	
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for deres opgaver og ansvar i forbindelse med implementeringen af kvalitetspolitikken og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.			
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med relevante ledere kan de redegøre for, hvordan de gennemfører monitorering af implementeringen af kvalitetspolitikken.			

<b>Titel</b>	1.2.2 - Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag (2/7)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring		
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• et datagrundlag til prioritering og udvikling af kvalitet</li> <li>• at intern og ekstern viden om forbedringsmuligheder omsættes til handling</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Kvalitet dokumenteres og monitoreres i overensstemmelse med nationalt, regionalt og lokalt fastlagte krav.</b></p> <p>Denne standard sætter den overordnede ramme for organisationens arbejde med kvalitetsovervågning og -forbedringstiltag.</p> <p>Planer for dokumentation og monitorering beskriver de konkrete opgaver for de regionale præhospitale organisationer og leverandører.</p> <p>Monitoreringen omfatter klinisk kvalitet, patientoplevelse kvalitet, organisatorisk kvalitet, utilsigtede hændelser og klager, alle nationale kvalitetsmonitoreringsinitiativer, der er relevante for organisationen og afspejler kvalitetspolitikken. Herudover inddrages fx bruger- og personalefeedback. Nationale initiativer er relevante at inddrage for de organisationer, som er defineret som en del af målgruppen for det pågældende initiativ.</p> <p>Ledelsen prioriterer og implementerer forbedringer og ny viden på områder, hvor den målte kvalitet ikke er i overensstemmelse med de fastsatte mål, eller der er erkendt risiko for personskade.</p> <p>Hvis den målte kvalitet ikke er i overensstemmelse med de fastsatte kvalitetsmål, eller der er erkendt risiko for personskade, skal der gennemføres tiltag for at opnå kvalitetsforbedringer.</p> <p>Der er en proces for prioritering af kvalitetsforbedringer. Processen dækker, hvordan ledelsen sikrer, at:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) organisationens særlige fokusområder for kvalitetsudvikling prioriteres</li> <li>b) prioriteringen af indsatser baseres på data fra interne og eksterne kilder til kvalitetsovervågning</li> <li>c) ansvaret for udarbejdelse af analyser og handleplaner fastlægges</li> <li>d) årsagen til manglende målopfyldelse konstateres</li> <li>e) relevante parter deltager i arbejdet med at finde løsninger på manglende målopfyldelse og stimuleres til kontinuerlig udvikling</li> </ol> <p>Processen skal afspejle overordnede beslutninger for det regionale præhospitale system og omfatte fordelingen af ansvar og opgaver mellem den regionale præhospitale organisation og leverandørerne.</p> <p>I forbindelse med det enkelte forbedringstiltag dokumenteres:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) mål for indsatsen</li> <li>b) hvilke tiltag, der skal gennemføres</li> </ol>				

<b>Titel</b>	1.2.2 - Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag (2/7)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring		
	c) tidsramme for gennemførelse d) hvem der er ansvarlig for gennemførelse e) hvordan målopfølgningen overvåges f) hvem der er ansvarlig for opfølgning  Viser evalueringen problemer med gennemførelse af handleplaner eller manglende effekt, gennemføres tiltag for at forbedre dette. Det vurderes, om den ønskede effekt er opnået, og hvis ikke, igangsættes nye tiltag.				
<b>Krydsreferencer</b>	1.1.4 Planlægning og drift				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Der er planer for dokumentation og monitorering af områderne, der er beskrevet i kvalitetspolitikken. Planerne omfatter deltagelse i alle nationale kvalitetsmonitoreringsinitiativer, der er relevante for organisationen.				
<b>Indikator 2</b>	Der indsamles data i overensstemmelse med planerne for dokumentation og monitorering.				
<b>Indikator 3</b>	Relevante kvalitetsresultater offentliggøres.				
<b>Indikator 4</b>	Ledelsen formidler relevant information til personale om kvalitetsresultater i de monitorerede områder.				
<b>Indikator 5</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for deres opgaver og ansvar i forbindelse med beslutninger om iværksættelse og gennemførelse af kvalitetsforbedringstiltag og henviser til dokumenter, hvor det er beskrevet og eksempler på dette.				
<b>Indikator 6</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan det besluttes, om der skal igangsættes nye tiltag, hvis forbedringstiltag ikke har haft den ønskede effekt. Hvis det har været nødvendigt med nye tiltag kan der vises eksempler på dette.				
<b>Indikator 7</b>	En gang årligt evaluerer ledelsen eventuelle mønstre og tendenser i de monitorerede områder.				
<b>Indikator 8</b>	En gang årligt evalueres kvalitetsresultater i relevante fora på regionalt niveau.				
<b>Indikator 9</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på nationale kvalitetsmål for den præhospitale indsats i Danmark.  Denne indikator træder i kraft, når der kan rekvireres resultater fra den kom-				

<b>Titel</b>	1.2.2 - Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag (2/7)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring		
	mende akutdatabase.				

<b>Titel</b>	1.2.4 - Risikostyring (3/7)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring		
<b>Formål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• at fremme en sikkerhedskultur, hvor der skabes læring og forbedringer på baggrund af en systematisk tilgang til risikostyring</li> <li>• at begrænse risikoen for skader på patienter, pårørende, personale og organisationen</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Organisationen identificerer, vurderer, begrænser og forebygger skade og risiko for skade på patienter, medarbejdere og organisationen.</b></p> <p>Risikostyring defineres som en systematisk proces, der gennemføres for proaktivt at identificere, vurdere, begrænse og forebygge skade og risiko for skade på patienter, medarbejdere og organisationen. Denne proces omfatter både, at der identificeres og forebygges risici og skader.</p> <p>Indsatsen for medarbejdernes sikkerhed og trivsel er reguleret af arbejdsmiljølovgivningen og overvåges af Arbejdstilsynet. Bortset fra standard 1.2.8 Vold og trusler mod personalet, og standard 1.8.2 Sikkerhed under transport, som både er relevant i forhold til patienter og personale, er der ingen yderligere krav til denne indsats i DDKM. Det forudsættes, at organisationerne lever op til arbejdsmiljølovgivningen og følger anvisninger fra Arbejdstilsynet.</p> <p>Skader på organisationen kan fx skyldes mangelfuld økonomistyring, mangelfuld vedligeholdelse af organisationens infrastruktur og mangelfuld evne til at sikre medarbejdernes kompetencer.</p> <p>Risikostyring er tæt integreret med den øvrige ledelsesindsats. En stor del af den normale drift- og personaleledelse er rettet mod årsager til skader på organisationen. Risikostyring i forhold til skader på organisationen giver et vigtigt perspektiv på retningen for ledelsesindsatsen; at man udtrykkeligt forholder sig til, hvad der kan gå galt, hvad sandsynligheden er for, det vil gå galt, hvad konsekvenserne er, hvis det går galt, hvordan man vil forebygge, at det går galt, og hvordan man kan begrænse konsekvenserne, hvis det alligevel går galt.</p> <p>Ledelsen skal sikre, at ansvaret for risikostyring er placeret, og at ledere og medarbejdere har viden om risici forbundet med de opgaver, de udfører, og om, hvordan de håndterer disse risici.</p> <p>For at understøtte risikostyringen i organisationen, skal der være en plan for, hvordan og hvornår overvågning af risici gennemføres. Risici kan fx overvåges ved indførelse af væsentlige nye opgaver eller behandlingsmetoder, sikkerhedsrunder, hvor ledere efterspørger medarbejdernes syn på risikosituationen i bestemte enheder eller i forbindelse med bestemte arbejds gange og klagesager. Risici overvåges løbende, fx ved at gennemføre audits af kritiske processer med fastlagte intervaller, og ved at følge mønstre og tendenser i rapporterede utilsigtede hændelser.</p> <p>Retningslinjerne for risikovurdering beskriver:</p> <p>a) hvem, der er ansvarlig for gennemførelse af risikovurdering</p>				

<b>Titel</b>	1.2.4 - Risikostyring (3/7)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
	b) hvordan risikovurdering gennemføres c) hvordan resultaterne skal registreres d) hvordan risici skal prioriteres og håndteres e) en overordnet og løbende opdateret oversigt over væsentlige risici, der er identificeret i organisationen				
<b>Krydsreferencer</b>	1.1.4 Planlægning og drift 1.2.5 Patientidentifikation 1.2.6 Utilsigtede hændelser 1.2.7 Patientklager og patienterstatningssager 1.2.8 Vold og trusler mod personale 1.3.2 Patientjournalen 1.7.1 Implementering af medicinsk udstyr 1.7.2 Medicinsk udstyr 1.8.2 Sikkerhed under transport 2.5.1 Lægemidler 2.8.1 Overdragelse				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Der er en plan for risikostyring.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interview med ledere kan de redegøre for, hvordan man får et samlet billede af risikostyringen og henvise til dokumenter, der beskriver risikosituationen.				
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med ledere i organisationen kan de redegøre for deres ansvar og opgaver i forbindelse med risikostyring og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 4</b>	Organisationen evaluerer årligt sin samlede risikostyring.				

<b>Titel</b>	1.2.5 - Patientidentifikation (4/7)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring		
<b>Formål</b>	At sikre, at den rette behandling gives til den rette patient.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Den regionale præhospitale organisation og leverandørerne foretager patientidentifikation.</b></p> <p>For at sikre korrekt identifikation kan særlige forholdsregler fx beskrives for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• børn</li> <li>• inhabile, herunder bevidstløse, psykotiske, påvirkede</li> <li>• personer med sproglige vanskeligheder</li> <li>• flere personer involveret i ulykker</li> <li>• afdøde</li> <li>• patienter, hvis identitet ikke kan fastslås</li> </ul> <p>Patientidentifikation skal tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende vejledning.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>2.8.1 Overdragelse</p> <p>3.1.1 Vurdering og behandling af patienter</p>				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Der er retningslinjer for identifikation af patienter.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for deres ansvar, opgaver, beslutningskompetence og referenceforhold og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 3</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på patientidentifikation.				
<b>Reference</b>					
1.	Vejledning nr. 9808 af 13. december 2013 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet				

<b>Titel</b>	1.2.6 - Utilsigtede hændelser (5/7)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring		
<b>Formål</b>	<p>At:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fremme en patientsikkerhedskultur, hvor der skabes læring og forbedringer på baggrund af utilsigtede hændelser</li> <li>• begrænse risikoen for skader på patienter</li> <li>• tilbyde patienter, pårørende og personale relevant omsorg efter en utilsigtet hændelse</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Organisationen rapporterer, analyserer, følger op på og skaber læring fra utilsigtede hændelser.</b></p> <p>En væsentlig del af en organisations risikostyring er rapportering, analyse og læring af utilsigtede hændelser.</p> <p>Skader på patienter omfatter både skader som følge af behandlingsindsatsen og skader af andre årsager, fx i forbindelse med det at blive transporteret.</p> <p>Utilsigtede hændelser defineres i lovgivningen som en begivenhed, der er følge af behandling eller kontakt med det præhospitale system og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været det, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf (nærved-hændelse). Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.</p> <p>Retningslinjerne for utilsigtede hændelser beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) hvem der lovmæssigt er forpligtet til at rapportere utilsigtede hændelser</li> <li>b) hvordan det sikres, at medarbejderne har viden om, hvad der rapporteres og hvordan, det sker. Specielt skal det beskrives, hvorledes nyansatte introduceres til dette</li> <li>c) hvordan patienter og pårørende informeres om deres mulighed for selv at indberette utilsigtede hændelser</li> <li>d) hvordan en utilsigtet hændelse rapporteres</li> <li>e) hvem der er ansvarlig for sagsbehandling, herunder for at sikre, at alvorlige hændelser analyseres dybdegående</li> <li>f) hvordan læring fra utilsigtede hændelser udtrages, udbredes og bruges</li> <li>g) hvordan der drages omsorg for patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse, herunder information om erstatnings- og klagemuligheder</li> </ol> <p>Analyse af utilsigtede hændelser i forbindelse med overgange kan med fordel ske i et samarbejde mellem de involverede.</p> <p>Organisationen skal årligt gennemgå de indkomne hændelsesrapporter med henblik på, om der kan identificeres mønstre og tendenser i disse. Ved mønstre forstås forhold, der kan ses, når data gennemgås på tværs. Det kan fx være, at der er problemer med flere aspekter af kvaliteten på en given enhed, eller at</p>				

<b>Titel</b>	1.2.6 - Utilsigtede hændelser (5/7)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
	<p>der er problemer med samme proces flere steder i organisationen. Ved tendenser forstås udvikling over tid.</p> <p>Viden om relevante utilsigtede hændelser andre steder end i egen organisation kan også med fordel bruges til kvalitetsudvikling. Sådant viden kan fx fås gennem publikationer fra Patientombuddet eller gennem vidensdeling med andre organisationer.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.1.4 Planlægning og drift</p> <p>1.2.4 Risikostyring</p> <p>1.2.5 Patientidentifikation</p> <p>1.2.7 Patientklager og patienterstatningsager</p> <p>1.3.2 Patientjournalen</p> <p>1.7.1 Implementering af medicinsk udstyr</p> <p>1.7.2 Medicinsk udstyr</p> <p>1.8.2 Sikkerhed under transport</p> <p>2.5.1 Lægemidler</p> <p>2.8.1 Overdragelse</p>				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for, hvordan de vil rapportere en utilsigtet hændelse.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interview med ledere i organisationen kan de redegøre for, hvordan utilsigtede hændelser anvendes til læring i organisationen.				
<b>Indikator 3</b>	Patienter og pårørende informeres om deres mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser.				
<b>Indikator 4</b>	Ledelsen evaluerer mindst en gang i kvartalet de indkomne rapporter om utilsigtede hændelser med henblik på at identificere eventuelle mønstre og tendenser.				
<b>Reference</b>					
1.	Bekendtgørelse nr. 1 af 3. januar 2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.				

<b>Titel</b>	1.2.7 - Patientklager og patienterstatningssager (6/7)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring		
<b>Formål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At sikre sagsbehandling af klager</li> <li>• At indsamle viden om patientklager og patienterstatningssager til læring</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Den regionale præhospitale organisation og leverandørerne behandler og følger op på patientklager og patienterstatningssager.</b></p> <p>Klager kan være mundtlige eller skriftlige. Klager kan modtages gennem Patientombuddets klagesystem eller kan være fremsat direkte over for en organisation.</p> <p>Ansvar for håndtering af klager til Patientombuddet og af patienterstatningssager kan være placeret hos den regionale præhospitale organisation.</p> <p>Retningslinjerne for behandling og opfølgning på patientklager og patienterstatningssager beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>hvordan personer, der klager direkte til organisationen, informeres om deres rettigheder i henhold til lovgivningen</li> <li>håndtering, herunder tidsfrister</li> <li>afdækning af hændelsesårsager</li> <li>Hvordan læring, herunder også fra eventuelle dialogmøder mellem klager og organisationen uddrages, udbredes og bruges</li> </ol> <p>Patienter og pårørende har krav på information om muligheder for at klage og søge erstatning. Oplysningerne om mulighederne kan fx gøres tilgængelige via hjemmesider.</p> <p>Informationsmaterialet skal være udarbejdet i henhold til gældende lovgivning og kan med fordel forefindes på flere sprog.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system.				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for deres opgaver og ansvar i forbindelse med behandling af klager og patienterstatningssager, herunder hvordan rettidig håndtering og årsagsanalyse gennemføres og henviser til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interview med ledere kan de redegøre for, hvordan der gennemføres forebyggende tiltag på baggrund af patientklager og patienterstatningssager.				
<b>Indikator 3</b>	Der er informationsmateriale om mulighederne for at klage og søge erstatning.				

<b>Titel</b>	1.2.7 - Patientklager og patienterstatningssager (6/7)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
	Materialet er tilgængeligt for patienter og pårørende.				
<b>Indikator 4</b>	To gange årligt evaluerer ledelsen behandling af og opfølgning på patientklager og patienterstatningssager.				
<b>Referencer</b>					
1.	Lov nr. 130 af 3. juni 2010 om ændring af lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, sundhedsloven og forskellige andre love				

<b>Titel</b>	1.2.8 - Vold og trusler mod personale (7/7)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring		
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at hændelser, hvor vold og/eller trusler optræder, dokumenteres og analyseres</li> <li>• at der drages omsorg for personale, der har været udsat for vold og/eller trusler</li> <li>• at der sker forebyggende tiltag, der begrænser risikoen for, at personalet udsættes for vold og trusler</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Den regionale præhospitale organisation og leverandørerne forebygger, registrerer, analyserer og følger op på episoder, hvor personale har været udsat for vold eller trusler.</b></p> <p>Vold og trusler mod personale kan både være i den direkte kontakt med patienter og pårørende, men også i den telefoniske kontakt til AMK-vagtcentralen.</p> <p>Retningslinjerne for håndtering af vold og trusler beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>definition af vold og trusler</li> <li>hvornår politiet involveres, herunder hvornår politiets ankomst skal afventes før patientkontakt</li> <li>hvilke metoder, der anvendes til analyse af anmeldelser af vold og trusler</li> <li>hvordan anmeldelser dokumenteres</li> <li>hvem der er ansvarlig for behandling af anmeldelser</li> <li>muligheder for hjælp til bearbejdning af episoder, hvor personale har været udsat for vold og/eller trusler</li> <li>hvordan læring fra anmeldelser om vold og trusler uddrages, udbredes og anvendes</li> <li>hvordan forebyggende tiltag gennemføres</li> <li>information om erstatningsmuligheder</li> </ol> <p>Anmeldelser kan fx dokumenteres via skadestuejournal, politirapport, arbejdsskadeanmeldelsesrapport mm. Anmeldelserne samles i et fysisk eller elektronisk register, hvori det også dokumenteres, at de anmeldte episoder er evalueret. Evalueringen kan ske enkeltvis eller i form af opsamlingsrunder.</p> <p>Registeret kan være centralt eller decentralt.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					

<b>Titel</b>	1.2.8 - Vold og trusler mod personale (7/7)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews kan ledere og medarbejdere redegøre for, hvordan vold og trusler mod personale håndteres.				
<b>Indikator 2</b>	Der er et register over anmeldelser om vold og trusler.				
<b>Indikator 3</b>	<p>Episoder med vold og trusler evalueres.</p> <p>Denne indikator vurderes under survey ikke relevant, hvis der ikke har været episoder med vold og trusler.</p>				

## Dokumentation og datastyling

<b>Titel</b>	1.3.1 - Dokumentstyring (1/2)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Dokumentation og datastyling		
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• dokumenter er tilgængelige, opdaterede og godkendt af relevante personer</li> <li>• gyldige dokumenter entydigt kan identificeres</li> <li>• udgåede dokumenter kan genfindes i arkiveringsperioden</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Den regionale præhospitale organisation og leverandørerne anvender et dokumentstyringssystem.</b></p> <p>Denne standard sætter den overordnede ramme for dokumentstyring og handler om styring af retningsgivende dokumenter. De retningsgivende dokumenter skal opdateres mindst hvert tredje år.</p> <p>De retningsgivende dokumenter skal indeholde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) formål</li> <li>b) anvendelsesområde</li> <li>c) gyldighedsperiode</li> </ol> <p>Retningslinjerne for dokumentstyring beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ansvar for sikring af dokumentstyringen</li> <li>b) hvilke dokumenter, der indgår i dokumentstyringen. Som minimum skal retningsgivende dokumenter være omfattet</li> <li>c) hvordan dokumenter udarbejdes og godkendes</li> <li>d) hvordan dokumenter er tilgængelige, herunder hvordan dokumenter med kritisk betydning for patientbehandlingen er tilgængelige ved nedbrud af dokumenthåndteringsystemer</li> <li>e) historik for dokumenter og versionsstyring</li> <li>f) arkiveringsperiode gældende for de forskellige dokumenttyper i henhold til gældende regler</li> <li>g) hvordan ugyldige dokumenter fjernes</li> </ol>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for deres opgaver og ansvar i forbindelse med udarbejdelse og godkendelse af retningsgivende dokumenter og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Stikprøvekontrol foretaget af surveyors viser, at retningsgivende dokumenter er				

<b>Titel</b>	1.3.1 - Dokumentstyring (1/2)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
	godkendt.				
<b>Indikator 3</b>	Stikprøvekontrol foretaget af surveyors viser, at der ikke forekommer ugyldige dokumenter, som kan antages for at være gældende.				

<b>Titel</b>	1.3.2 - Patientjournalen (2/2)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Dokumentation og datastyring		
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at patientjournalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• indeholder de elementer, der fremgår af lovgivning, vejledninger mv. om sundhedsfaglige lederes og medarbejderes pligter i forhold til registrering af patientdata</li> <li>• understøtter den kliniske beslutningsproces</li> <li>• fremmer kontinuiteten i patientforløbet</li> <li>• indeholder standardiserede oplysninger</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Alle patienter har en patientjournal, der er ajourført og lettilgængelig, og som indeholder alle relevante data om patienten.</b></p> <p>Med patientjournalen forstås den samlede præhospitale journal for behandlingskrævende transporter, der kan bestå af flere dele, fx log fra AMK-vagtcentralen, ambulancejournal og akutlægebiljournal.</p> <p>Retningslinjerne for journalføring beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>hvornår, der oprettes og udfyldes en patientjournal</li> <li>krav til fælles indhold, som overholder gældende lovgivning, vejledninger mv.</li> <li>hvem, der er bemyndiget til at notere i patientjournalen</li> <li>krav til tidsrammer for ajourføring</li> <li>krav til journalføring af samtykke og information</li> <li>anvendelse af forkortelser og symboler</li> <li>principper for journalføring, herunder rettelser</li> <li>videregivelse af oplysninger</li> </ol> <p>Retningslinjerne for indholdet i patientjournalen beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>patientens identitet</li> <li>den primære vurdering og løbende revurdering</li> <li>den kliniske beslutningsproces</li> <li>lægemiddelordinationer</li> <li>allergi</li> <li>anamnese</li> <li>information til patient/pårørende</li> <li>patientens informerede samtykke</li> <li>kommunikation med øvrige disponerede præhospitale enheder og øvrige involverede aktører</li> <li>registrering af tidspunkt og signering for noter inklusiv dokumentation af telefonisk rådgivning</li> <li>dokumentation, såfremt patienten afviser behandling eller ikke ønsker transport</li> </ol>				
<b>Krydsreferencer</b>	1.2.1 Kvalitetspolitik				

<b>Titel</b>	1.3.2 - Patientjournalen (2/2)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
	2.1.2 Inddragelse af patienter og pårørende 2.7.1 Afslutning af den præhospitale indsats på stedet 3.1.1 Vurdering og behandling af patienter				
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Der er retningslinjer for journalføring.				
<b>Indikator 2</b>	Der er retningslinjer for indholdet i patientjournalen.				
<b>Indikator 3</b>	Stikprøvekontrol foretaget af surveyors viser, at der for patienter, som har haft et præhospitalsforløb, foreligger en journal, som beskriver det samlede behandlingsforløb. Journalen kan bestå af flere dele, der er lettilgængelige, så det er muligt at få et overblik over den samlede behandling.  I stikprøven indgår patienter, som har været behandlet af flere forskellige aktører, fx både af ambulance og af akutlægebil.				
<b>Indikator 4</b>	Ved interviews kan medarbejdere redegøre for, hvordan journalføringsopgaven deles, når flere forskellige aktører er involveret i det samme behandlingsforløb.				
<b>Indikator 5</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på, om patientjournalen følger gældende lovgivning.				

## Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling

<b>Titel</b>	1.4.1 - Ansættelse af personale (1/4)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling		
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der ansættes personale med relevante kvalifikationer og kompetencer i forhold til opgaverne</li> <li>• ansættelser foregår ud fra en fastlagt ansættelsesprocedure</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Den regionale præhospitale organisation og leverandørerne ansætter personale med udgangspunkt i en fastlagt proces, der er beskrevet i en ansættelsespolitik.</b></p> <p>Ansættelsesprocessen starter, når det besluttet, at der skal ske en ansættelse af nyt personale og slutter, når vedkommende er udvalgt og ansat.</p> <p>Organisationen kan i ansættelsespolitikken skelne mellem ansættelse af fast personale, vikarer og konsulenter, ligesom der kan differentieres mellem forskellige faggrupper.</p> <p>Ansættelsespolitikken behøver ikke omfatte elever og studerende, der udelukkende arbejder under direkte supervision.</p> <p>Det er væsentligt, at organisationen har en procedure for at sikre sig, at beviser for formelle kvalifikationskrav kontrolleres, og at deres ægthed sikres, fx ved kontrol med Sundhedsstyrelsens autorisationsregister. Formelle kvalifikationskrav kan fx være relevante autorisations- og uddannelsesbeviser.</p> <p>Politikken for ansættelse beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ansættelsesprocedure</li> <li>stillings-/funktionsbeskrivelse med angivelse af ansvarsområde, opgaver, kompetence- og uddannelseskrav</li> <li>hvordan formelle kvalifikationskrav kontrolleres</li> </ol> <p>Ansættelsesproceduren kan fx omfatte følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>regler for annoncering</li> <li>skriftlig bekræftelse på ansøgningen</li> <li>udvælgelsesprocedurer</li> <li>skriftlig meddelelse til den udvalgte ansøger og afslag til de øvrige ansøgere</li> <li>nyansat modtager et ansættelsesbrev med oplysninger om ansættelsens vilkår og betingelser inden tiltrædelsen</li> </ol> <p>Ansættelsesproceduren skal evalueres regelmæssigt. Så længe der ikke er ansat nyt personale det seneste år, er det ikke relevant at evaluere ansættelsesproceduren.</p>				

<b>Titel</b>	1.4.1 - Ansættelse af personale (1/4)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews kan ledere redegøre for deres ansvar og opgaver i forhold til ansættelsespolitikken og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Stikprøvekontrol foretaget af surveyors viser, at personalet har en stillings-/funktionsbeskrivelse				
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med ledere med personaleansvar kan de redegøre for, hvordan formelle kvalifikationskrav kontrolleres.				
<b>Indikator 4</b>	<p>Hvis der inden for det seneste år er ansat nyt personale, har ansættelsesproceduren været evalueret.</p> <p>Denne indikator vurderes under survey ikke relevant, hvis der ikke inden for det seneste år er ansat nyt personale.</p>				

<b>Titel</b>	1.4.2 - Introduktion af nyt personale (2/4)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling		
<b>Formål</b>	At sikre, at nyt personale opnår kendskab til egen organisations opbygning, opgaver og krav				
<b>Indhold</b>	<p><b>Nyt personale følger et introduktionsprogram.</b></p> <p>Alt nyt personale, herunder også vikarer og konsulenter, skal gennemføre et introduktionsprogram i den første fase af ansættelsen. Introduktionen skal give den nyansatte den viden og de færdigheder, der er nødvendige for, at de kan varetage deres opgaver og fungere sikkert i den organisation, de ansættes i.</p> <p>Ved introduktionsprogrammet forstås her den samlede indsats for at introducere den nyansatte og ikke blot et eventuelt skemalagt program på en af de første ansættelsesdage.</p> <p>Introduktionen kan både indeholde generelle forhold i organisationen og forhold, der vedrører den enhed, vedkommende er tilknyttet. Der kan i visse situationer være behov for et egentligt oplæringsprogram, fx vedrørende håndtering af medicinsk udstyr.</p> <p>Introduktionsprogrammet kan tilpasses den nyansattes forudsætninger og til den rolle, vedkommende skal varetage. Introduktionen af en vikar vil fx typisk være mindre omfattende end introduktionen af en fastansat. Det skal sikres, at også vikarer får den efter omstændighederne fornødne introduktion.</p> <p>Det skal sikres, at medarbejdere, der har hovedansættelse andetsteds i regionen, men løser opgaver for den regionale præhospitale organisation (fx i akutlægebiler), får den fornødne introduktion til de særlige forhold og opgaver.</p> <p>Introduktion af elever og studerende, der udelukkende arbejder under direkte supervision, har en anden karakter. Disse introduktionsprogrammer vurderes ikke efter denne standard.</p> <p>Et introduktionsprogram skal sikre:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>at hjertestopbehandling indgår i introduktionsprogram for nyansatte, der skal varetage hjertestopbehandling</li> <li>at alle nyansatte med patientkontakt får introduktion til relevante patientrettigheder</li> <li>at alle nyansatte får kendskab til forholdsregler ved brand</li> </ol> <p>Ledelsen fastsætter, hvad introduktionsprogrammet indeholder, fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>organisationens opbygning, herunder samarbejdsudvalg og arbejdsmiljø</li> <li>virksomhedsgrundlag</li> <li>ledelsesgrundlag</li> <li>organisationens overordnede politikker</li> </ul>				

<b>Titel</b>	1.4.2 - Introduktion af nyt personale (2/4)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• kvalitets- og risikostyring</li> <li>• relevant lovgivning</li> <li>• hånd- og uniformshygiejne</li> <li>• individuelt introduktionsprogram til enheden, tilpasset den nyansattes specifikke behov og arbejdsopgaver</li> <li>• introduktions- og opfølgningssamtale</li> <li>• ansvarsområder</li> <li>• arbejdstilrettelæggelse</li> </ul> <p>Evalueringen af introduktionsprogrammet kan fokusere på, om det har været dækkende. Evalueringen kan ske i samarbejde med den nyansatte, fx i forbindelse med en tremånederssamtale.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	1.7.2 Medicinsk udstyr 2.6.1 Hjertestopbehandling				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere, ansat inden for det seneste år, oplyser de, at de har deltaget i et introduktionsprogram.				
<b>Indikator 2</b>	Denne indikator er relevant, hvis organisationen anvender vikarer. Ved interviews med ledere med personaleansvar for vikarer kan de redegøre for, hvordan den fornødne introduktion af vikarerne sikres.				
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med medarbejdere, der har hovedansættelse andetsteds i regionen, men løser opgaver for den regionale præhospitale organisation, kan de redegøre for, at de har fået introduktion til særlige forhold og opgaver.				
<b>Indikator 4</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere, ansat inden for det seneste år, oplyser de, at de har haft lejlighed til at evaluere deres introduktionsprogram.				

<b>Titel</b>	1.4.3 - Arbejdstilrettelæggelse (3/4)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling		
<b>Formål</b>	<p>At sikre,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at arbejdstilrettelæggelsen tager hensyn til faglig kvalitet, uddannelse og patientens behov</li> <li>• den bedst mulige anvendelse af personaleressourcer og -kompetencer</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Ledelsen tilrettelægger arbejdet med udgangspunkt i eventuelle kontraktlige forpligtelser, i samspil med medarbejderne og i henhold til lovmæssige grundlag.</b></p> <p>Det er en væsentlig ledelsesmæssig opgave at sikre, at den konkrete bemanning i enhver situation, både henset til antal og henset til kompetencer, er adækvat i forhold til behovet og lever op til kontraktlige forpligtelser og lovmæssige krav.</p> <p>I præhospital virksomhed vil der være en række funktioner og opgaver, hvor det vil være nødvendigt at fastlægge i en konkret plan, hvor mange personer, der deltager i opgaveløsningen, og hvilke kompetencer, disse personer skal have. Det er ledelsens opgave at identificere, hvilke funktioner, der er tale om, og at udarbejde de nødvendige planer.</p> <p>Det er ligeledes ledelsens opgave at sikre, at der tages stilling til mulige løsninger i situationer, hvor de ønskede ressourcer og kompetencer ikke er til stede, fx på grund af sygdom, således at den umiddelbart ansvarlige leder har en klar forestilling om, hvorledes situationen forventes håndteret.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan normal bemanning i organisationen fastsættes og henviser til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan bemanningen i problemsituationer, fx på grund af sygdom, håndteres og henviser til dokumenter, hvor det er beskrevet.				

<b>Titel</b>	1.4.4 - Uddannelse og kompetenceudvikling (4/4)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling		
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at personalet til enhver tid har de nødvendige kompetencer til løsning af opgaver</li> <li>• udpegning af fokusområder for udvikling og uddannelse</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Uddannelse og kompetenceudvikling tager udgangspunkt i den regionale præhospitale organisations og leverandørernes overordnede behov for personaleudvikling og –uddannelse.</b></p> <p>Det er en væsentlig ledelsesopgave at sikre, at personalet til enhver tid har de nødvendige kompetencer. Dette skal sikres med en systematisk indsats, som omfatter regelmæssige medarbejderudviklingssamtaler.</p> <p>Det skal specielt også sikres, at medarbejdere, der har hovedansættelse andetsteds i regionen, men løser opgaver for den regionale præhospitale organisation (fx i akutlægebiler), vedligeholder og udvikler deres kompetencer. Det kan aftales, at hovedarbejdsgiveren står for afholdelsen af medarbejderudviklingssamtaler og for at indgå konkrete aftaler om uddannelsesaktiviteter. Men den regionale præhospitale organisation skal sikre sig, at dette sker på en sådan måde, at den nødvendige kompetence til at løse præhospitale opgaver bevares og udvikles.</p> <p>Ledelsen skal tage stilling til og i fornødent omfang i retningslinjer beskrive:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>hvordan arbejdet med uddannelse, vedligeholdelses- og efteruddannelse og kompetenceudvikling er organiseret</li> <li>generelle udviklings- og uddannelsesområder med opstillede mål</li> <li>fokuserede udviklings- og uddannelsesområder med opstillede mål</li> <li>hvem, der varetager medarbejderudviklingssamtaler</li> <li>hvis de foretages i præhospitalt regi, så også tidsrammer og indhold heraf</li> <li>opfølgning på medarbejderudviklingssamtaler</li> <li>en samlet vurdering af personalets kompetencer i relation til organisationens nuværende og kommende opgaver</li> </ol>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan kompetenceudvikling varetages og henviser til dokumenter, hvor det beskrives.				

<b>Titel</b>	1.4.4 - Uddannelse og kompetenceudvikling (4/4)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med medarbejdere oplyser de, at der er gennemført medarbejderudviklingssamtale inden for den af organisationen fastsatte tidsfrist, og at de uddannelsestiltag, der er aftalt, er gennemført som aftalt.			
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med ledere i den regionale præhospitale organisation kan de redegøre for, hvordan man sikrer kompetencerne hos medarbejdere, hvor de ikke selv står for medarbejderudviklingssamtaler og uddannelse.			

## Hygiejne

<b>Titel</b>	1.5.1 - Hygiejnepolitik (1/6)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Hygiejne		
<b>Formål</b>	At forebygge, at personer pådrager sig infektioner i kontakten med det præhospitale system.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Den regionale præhospitale organisation og leverandørerne har en hygiejnepolitik, der fastlægger rammerne for infektionshygiejnen.</b></p> <p>Formålet med en hygiejnepolitik er at skabe klarhed i organisationen over, hvad der er organisationens overordnede mål, hvor ansvaret for at nå målene er placeret, og hvilke rammer (ressourcer og metoder), der er fastsat for at realisere disse mål.</p> <p>Hygiejnepolitikken beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) overordnede mål og ansvar for infektionshygiejne</li> <li>b) nationale og regionale krav, der skal overholdes</li> <li>c) ansvarsplacering for udførelse af politikken</li> </ul> <p>Hygiejnepolitikken kan også på et overordnet niveau forholde sig til de mål, der er fastsat i standarderne 1.5.2-1.5.6.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.5.2 Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler</p> <p>1.5.3 Hånd- og uniformshygiejne</p> <p>1.5.4 Håndtering af smitekilder</p> <p>1.5.5 Håndtering af farlige stoffer</p> <p>1.5.6 Håndtering af affald</p>				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Der er en hygiejnepolitik, der beskriver overordnede mål og rammer og ansvar for at nå disse mål.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews kan ledere redegøre for deres ansvar og opgaver i forhold til hygiejnepolitikken.				

<b>Titel</b>	1.5.2 - Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler (2/6)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Hygiejne		
<b>Formål</b>	At forebygge, at personer pådrager sig infektioner i kontakten med medicinsk udstyr, tekstiler og inventar.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Den regionale præhospitale organisation og leverandørerne forebygger spredning af infektioner i forbindelse med genanvendelse af medicinsk udstyr, tekstiler og inventar.</b></p> <p>Indsatsen for forebyggelse af infektioner i forbindelse med genanvendelse af medicinsk udstyr, tekstiler og inventar beskrives i retningslinjer. Udgangspunkter for udarbejdelsen af retningslinjerne er at vurdere, hvilke procedurer og arbejdsgange, der er forbundet med en infektionsrisiko.</p> <p>Retningslinjerne for genanvendelse af medicinsk udstyr beskriver rengøring, klargøring og desinfektion af køretøjer, inventar, udrustning og medicinsk udstyr.</p> <p>Retningslinjerne for genanvendelse af tekstiler beskriver håndtering og vask af tekstiler, herunder tæpper og uniformer.</p> <p>Kontrollen af rengøring og desinfektion af køretøjer, udrustning og medicinsk udstyr dokumenteres.</p> <p>Retningslinjer og kontrolprocedurer er i overensstemmelse med relevante vejledninger fra Statens Serum Institut og kliniske mikrobiologiske afdelinger.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de forklare og demonstrere, hvordan køretøjer, inventar og medicinsk udstyr rengøres og desinficeres og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for, hvordan tekstiler håndteres.				
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan rengøring og desinfektion kontrolleres og kan fremlægge dokumentation for, at kontrol har fundet sted.				

<b>Titel</b>	1.5.3 - Hånd- og uniformshygiejne (3/6)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Hygiejne		
<b>Formål</b>	At forebygge, at personer pådrager sig infektioner i kontakten med det præhospitale system.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Håndhygiejne udføres korrekt.</b></p> <p>Denne standard gælder for personale i funktioner med fysisk patientkontakt.</p> <p>Retningslinjerne for korrekt håndhygiejne tager udgangspunkt i vejledninger fra Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen og beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>håndhygiejne, herunder hånddesinfektion, håndvask og brug af medicinske engangshandsker</li> <li>tilgængeligheden af faciliteter til håndhygiejne</li> <li>i hvilke situationer, der skal udføres håndhygiejne</li> <li>forholdsregler i forhold til smittede og/eller forurenede patienter</li> <li>korrekt påklædning, herunder brug af håndsmykker og armbåndsure</li> <li>vedligeholdelsesundervisning i hånd og uniformshygiejne</li> </ol> <p>Det er ikke et krav, at vedligeholdelsesundervisning sker i præhospitalt regi, men organisationen skal sikre sig, at dette sker, så nødvendige kompetence bevarer og udvikles.</p> <p>Procesmålinger af håndhygiejne har fokus på gennemførelse af korrekte procedurer.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	1.5.4 Håndtering af smitekilder				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for deres opgaver og ansvar i relation til hånd- og uniformshygiejne og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med ledere og medarbejder oplyser de, at de har fået vedligeholdelsesoplysning i hånd- og uniformshygiejne i overensstemmelse med organisationens plan for dette.				
<b>Indikator 3</b>	En gang årligt gennemføres procesmålinger af håndhygiejne.				

<b>Titel</b>	1.5.4 - Håndtering af smittekilder (4/6)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Hygiejne		
<b>Formål</b>	At reducere risikoen for, at personer eksponeres for smitte.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Smitte forebygges via korrekt håndtering af smittekilder og brug af værnemidler.</b></p> <p>Generelle smittekilder omfatter smitteveje gennem kontakt, luft (nys og host) og via kropsvæsker, fx blod, sekreter eller lignende.</p> <p>Retningslinjerne for korrekt håndtering af smittekilder og brug af værnemidler beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) generel identifikation af smittekilder og smitteveje</li> <li>b) generel forebyggelse af smitte overført via kropsvæsker</li> <li>c) anvendelse af personlige værnemidler</li> </ul> <p>Personlige værnemidler kan fx være handsker, masker, beskyttelsesdragt/-briller.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for deres opgaver i relation til håndtering af smittekilder og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med relevante ledere kan de redegøre for, hvordan der reageres på tilbagemeldinger fra sygehuse om epidemier og om enkelte patienter, som personale i præhospitale regi har håndteret, der senere viser sig at være smittede.				

<b>Titel</b>	1.5.5 - Håndtering af farlige stoffer (5/6)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Hygiejne		
<b>Formål</b>	At reducere risikoen for, at personer eksponeres for farlige stoffer.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Eksponering for farlige stoffer reduceres via korrekt håndtering af farlige stoffer og brug af værnemidler.</b></p> <p>Farlige stoffer er fx kemikalier, biologiske eller radioaktive stoffer. Der tages udgangspunkt i "Retningslinjer for indsatsledelse", når retningslinjerne for håndtering af farlige stoffer udarbejdes.</p> <p>Retningslinjerne for håndtering af farlige stoffer beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) forholdsregler ved hændelser, hvor patienter og personale udsættes for farlige stoffer</li> <li>b) forholdsregler ved patienters og personales eksponering for farlige stoffer</li> <li>c) anvendelse af personlige værnemidler</li> </ul> <p>Personlige værnemidler kan fx være handsker, masker og beskyttelsesdragt/briller.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system og relevante samarbejdspartnere				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews kan ledere og medarbejdere redegøre for deres opgaver i relation til håndtering af farlige stoffer og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				

<b>Titel</b>	1.5.6 - Håndtering af affald (6/6)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Hygiejne		
<b>Formål</b>	At sikre, at affald håndteres og bortskaffes forsvarligt.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Affald håndteres og bortskaffes forsvarligt og uhensigtsmæssig eksponering reduceres ved brug af værnemidler.</b></p> <p>Retningslinjerne beskriver, hvordan affald håndteres, herunder klinisk risikoaffald, bortskaffelse af kemikalier og spidse genstande samt anvendelse af personlige værnemidler. Personlige værnemidler kan fx være handsker, masker og beskyttelsesdragt/briller.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews kan ledere og medarbejdere redegøre for deres opgaver i relation til håndtering af affald og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				

## Beredskab

<b>Titel</b>	1.6.1 - Beredskabsplan (1/1)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Beredskab		
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at den regionale præhospitale organisation og leverandører kan udvide og omstille sin kapacitet i forbindelse med beredskabshændelser, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tilvejebringelse af ekstra eller kontraktbestemte materielle og personale-mæssige ressourcer</li> <li>• aktivering af den nødvendige beslutningskompetence internt og eksternt</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Beredskabsplanen beskriver den regionale præhospitale organisations og leverandørernes opgaver i forbindelse med beredskabshændelser.</b></p> <p>Beredskabsplanen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledninger. Den ajourføres ved ændringer, der påvirker beredskabet og i hver valgperiode, dvs. mindst hvert fjerde år. Beredskabsplanen er koordineret med den samlede regionale beredskabsplan.</p> <p>Beredskabsplanen skal beskrive lederes og medarbejderes ansvar, pligter og opgaver.</p> <p>Omfanget af beredskabsøvelser besluttet af ledelsen.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system og relevante samarbejdspartnere				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Der er en beredskabsplan.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med relevante ledere kan de redegøre for, hvordan beredskabsplanen koordineres med den samlede regionale beredskabsplan, og hvordan den tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledninger.				
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for deres opgaver og ansvar i forhold til beredskabsplanen.				
<b>Indikator 4</b>	Der gennemføres en gang årligt beredskabsøvelser i samarbejde med øvrige relevante aktører.				
<b>Indikator 5</b>	Beredskabsøvelser evalueres.				
<b>Indikator 6</b>	<p>Efter beredskabshændelser evalueres, om beredskabsplanen blev iværksat som planlagt, og om planen fungerede.</p> <p>Denne indikator vurderes under survey ikke relevant, hvis der ikke har været</p>				

<b>Titel</b>	1.6.1 - Beredskabsplan (1/1)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
	beredskabshændelser.				

## Apparatur og teknologi

<b>Titel</b>	1.7.1 - Implementering af medicinsk udstyr (1/2)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Apparatur og teknologi		
<b>Formål</b>	At sikre, at medicinsk udstyr bruges korrekt.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Implementering af medicinsk udstyr sker efter en fastlagt proces.</b></p> <p>Når nyt medicinsk udstyr implementeres, skal der i processen placeres ansvar for implementeringen, sikres, at der er danske bruger- betjeningsvejledninger og afgøres, om udstyret kræver uddannelse af personale i håndteringen af det nye medicinske udstyr.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.1.7 Forsyningssystemer</p> <p>1.2.4 Risikostyring</p>				
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, der er involveret i anskaffelse og implementeringen af medicinsk udstyr				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for, hvordan nyt medicinsk udstyr implementeres.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med medarbejdere oplyser de, at de, for det nye medicinske udstyr, hvor organisationen har vurderet det er krævet, har fået uddannelse i håndteringen.				
<b>Referencer</b>					
1.	Bekendtgørelse nr. 1263 af 15. december 2008 om medicinsk udstyr med eventuelle senere ændringer				

<b>Titel</b>	1.7.2 - Medicinsk udstyr (2/2)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Apparatur og teknologi		
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• effektiv og sikker håndtering af medicinsk udstyr</li> <li>• mod brugerfejl og utilsigtede hændelser, der relaterer sig til forkert håndtering af medicinsk udstyr</li> <li>• at medicinsk udstyr til enhver tid er driftssikkert, funktionsdygtigt og rengjort</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Medicinsk udstyr håndteres korrekt og kontrolleres, rengøres, vedligeholdes, repareres, udfases og bortskaffes efter fastlagte planer og retningslinjer.</b></p> <p>Ved håndtering forstås anvendelse og drift af medicinsk udstyr, herunder driftsforberedelser, rengøring og flytning.</p> <p>Retningslinjerne for uddannelse i håndtering af medicinsk udstyr beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) krav til personalets uddannelsesniveau og kompetencer for organisationens medicinske udstyr</li> <li>b) uddannelse af personale i håndtering af det medicinske udstyr, herunder eventuel certificering</li> <li>c) hvilket medicinsk udstyr, der kræver vedligeholdelsesundervisning</li> </ol> <p>Retningslinjerne for mærkning, kontrol, rengøring, vedligehold, reparation og udfasning af medicinsk udstyr:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ansvar for mærkning, kontrol, rengøring, vedligehold, reparation, udfasning og bortskaffelse af medicinsk udstyr</li> <li>b) ansvar for fejlmelding af medicinsk udstyr</li> <li>c) dokumentation af fejlmelding af medicinsk udstyr</li> <li>d) entydig mærkning af fejlramt medicinsk udstyr</li> <li>e) principper for reparation af medicinsk udstyr, herunder uddannelse af relevant klinisk og teknisk personale</li> <li>f) reetablering af repareret medicinsk udstyr, herunder vurdering af behov for korrigerende handlinger, fx geninstallering, yderligere kontrol eller yderligere forebyggende vedligehold</li> <li>g) ansvar for rapportering af utilsigtede hændelser i forhold til medicinsk udstyr</li> <li>h) rapportering af hændelser med medicinsk udstyr til lægemiddelstyrelsen, herunder hvornår sundhedspersoner er forpligtet til det</li> <li>i) udfasningsprincipper og krav om langsigtede udfasningsplaner af medicinsk udstyr, hvor det er relevant</li> <li>j) forholdsregler ved svigt af medicinsk udstyr</li> </ol> <p>Vedligehold, reparation og udfasning af medicinsk udstyr, der jf. kontraktlige forhold stilles til rådighed af eksterne parter, fx nationale eller regionale myndigheder, bør ske i samarbejde mellem de involverede parter.</p> <p>Monitorering kan fx tilrettelægges via et planlagt monitoreringsprogram, såle-</p>				

<b>Titel</b>	1.7.2 - Medicinsk udstyr (2/2)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
	des at apparatur, der ikke opfylder myndigheds- og kvalitetskrav, udfases.				
<b>Krydsreferencer</b>	1.5.2 Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler 1.7.1 Implementering af medicinsk udstyr				
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, der håndterer medicinsk udstyr				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan personale uddannes i håndtering af medicinsk udstyr.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan de er blevet uddannet i håndtering af medicinsk udstyr.				
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare og demonstrere en procedure til håndtering af fejlramt medicinsk udstyr.				
<b>Indikator 4</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan medicinsk udstyr vedligeholdes, repareres og udfases.				
<b>Referencer</b>					
1.	Bekendtgørelse nr. 1263 af 15. december 2008 om medicinsk udstyr med eventuelle senere ændringer				

## Transportmidler

<b>Titel</b>	1.8.1 - Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning (1/2)		1.8.1		
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Transportmidler		
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patienten kan ydes korrekt behandling og transport</li> <li>• transportmidlerne og udrustningen tager hensyn til patientens og personalets behov for sikkerhed, tilgængelighed og funktionalitet</li> <li>• transportmidlerne og udrustningen er funktionsdygtige og hygiejniske</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Transportmidler og udrustning understøtter opgaveløsningen.</b></p> <p>Transportmidler er ambulancer, akutbiler, akutlægebiler og akutlægehelikoptere. Udrustning er bære- og bæremateriel, værktøj til basal frigørelse af patient og brandslukningsudstyr til mindre brande.</p> <p>Retningslinjerne for anskaffelse af transportmidler og udrustning beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ansvarsfordeling ved anskaffelse og udskiftning af transportmidler og udrustning, herunder beslutningsproces i forbindelse med indkøb</li> <li>proces for specifikation af transportmidler og udrustning</li> <li>modtagekontrol</li> <li>mærkning</li> <li>registrering</li> <li>udfasning</li> </ol> <p>Retningslinjerne for anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>udarbejdelse af relevante bruger- og betjeningsvejledninger til transportmidler og udrustning</li> <li>brugerundervisning i anvendelse af nye transportmidler og ny udrustning</li> <li>proces for regelmæssig kontrol af transportmidler og udrustning og vedligehold i henhold til krav og anbefalinger</li> <li>vedligeholdelse af transportmidler og udrustning gennemført af eksterne leverandører</li> <li>ansvar for fejlmelding af transportmidler og udrustning, herunder ansvarsfordeling</li> <li>dokumentation af fejlmelding af transportmidler og udrustning, herunder ansvarsfordeling</li> <li>forholdsregler ved svigt af primært transportmiddel og udrustning</li> </ol> <p>Kontrol og vedligehold dokumenteres.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.2.4 Risikostyring</p> <p>1.10.3 Kommunikationssystemer</p>				

<b>Titel</b>	1.8.1 - Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning (1/2)		1.8.1		
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
	1.7.1 Implementering af medicinsk udstyr 1.7.2 Medicinsk udstyr				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med relevante ledere kan de redegøre for, hvordan transportmidler og udrustning anskaffes.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan transportmidler og udrustning anvendes og vedligeholdes.				
<b>Indikator 3</b>	Transportmidler kontrolleres og vedligeholdes.				
<b>Indikator 4</b>	Udrustning kontrolleres og vedligeholdes.				

<b>Titel</b>	1.8.2 - Sikkerhed under transport (2/2)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Transportmidler		
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• transportmidlernes indretning tager hensyn til patientens, pårørendes og personalets behov for sikker transport</li> <li>• risikoen for personskader og utilsigtede hændelser under transporten er minimal</li> <li>• udrustning og medicinsk udstyr er hensigtsmæssigt placeret og forsvarligt fastgjort</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Transportmidler er hensigtsmæssigt indrettede, så transporter kan afvikles sikkert for patienten, pårørende og personalet.</b></p> <p>Indretning af transportmidler er beskrevet i retningslinjer, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Sikker montering og eftermontering af udstyr og fastspænding af udrustning og medicinsk udstyr, der ikke forefindes stationært i transportmidlet</li> <li>Korrekt fastspænding af patienten, pårørende og personalet under transporten</li> <li>Brandbekæmpelsesudstyr</li> <li>Lettilgængelige lukkemekanismer til fx gasser under tryk</li> </ol>				
<b>Krydsreferencer</b>	1.2.4 Risikostyring				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de forklare og demonstrere, hvordan transportmidler er indrettet for at opnå størst mulig sikkerhed under transport og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	En gang årligt evalueres personskader i forbindelse med transport.				

## Interhospital transport

<b>Titel</b>	1.9.1 - Interhospital transport (1/1)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Interhospital transport		
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at patienten modtager korrekt behandling under den interhospital transport</li> <li>• klar ansvarsfordeling mellem afgivende og modtagende sygehus og præhospital enheder</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Interhospital transport af patienter er koordineret og tilgodeser patientens behov.</b></p> <p>Behandlingskrævende interhospital transport er beskrevet i retningslinjer, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) krav til information og dokumentation, der skal være til stede før transporten, under transporten og ved overdragelse</li> <li>b) ansvar for behandling og observation af patienten</li> <li>c) dokumentation af behandling og observation af patienten</li> <li>d) kommunikation mellem præhospital enhed og modtageenhed ved uventet forværring af patientens tilstand eller komplikationer, herunder behov for tilstedeværende modtagepersonale med særlige kompetencer</li> <li>e) ansvar for og håndtering af medtaget medicinsk udstyr fra afsenderenheden</li> <li>f) planlægning af transport i samarbejde med relevante samarbejdspartnere</li> <li>g) sikkerhed under transporten for patienten og personalet, herunder fastspænding af udrustning og medicinsk udstyr, der ikke er monteret i transportmidlet</li> </ol> <p>Interhospital transport arrangeres og gennemføres i et samarbejde mellem det præhospital system og de involverede sygehuse. Ansvar for en del af opgaverne vil typisk ligge hos sygehuse. Retningslinjerne skal sikre, at der er en klar og entydig fordeling af ansvaret. Standarden dikterer ikke, hvordan ansvarsfordelingen skal være, men det præhospital system kan ikke leve op til standarden, hvis der er uklarhed om ansvarsfordelingen.</p> <p>Retningslinjerne for modtagelse og videregivelse af bestillinger beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) sikring af, at patienten, der overflyttes interhospitalt, er lægeligt vurderet</li> <li>b) stillingtagen til relevant udstyr og personalekompetencer i den enkelte situation i overensstemmelse med kliniske retningslinjer</li> <li>c) modtagelse af bestilling af transport, herunder fx tidspunkt</li> <li>d) krav til transportmidlet</li> <li>e) forventet transporttid</li> <li>f) gensidige kontaktpersoner</li> </ol> <p>Evalueringen af interhospital transport kan foretages i relevante fora med</p>				

<b>Titel</b>	1.9.1 - Interhospitaler transporter (1/1)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
	repræsentanter fra de involverede parter.				
<b>Krydsreferencer</b>	1.7.2 Medicinsk udstyr 1.8.2 Sikkerhed under transport 2.8.1 Overdragelse 3.1.1 Vurdering og behandling af patienter				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitaler system				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan behandlingskrævende interhospitaler transporter gennemføres og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med medarbejdere i AMK-vagtcentralen kan de redegøre for, hvordan bestillinger af behandlingskrævende interhospitaler transporter modtages og videregives.				
<b>Indikator 3</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på interhospitaler transporter.				
<b>Indikator 4</b>	En gang årligt evalueres interhospitaler transporter.				

## Kommunikation

<b>Titel</b>	1.10.2 - Telemedicin (1/2)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Kommunikation		
<b>Formål</b>	At sikre, at telemedicin kan medvirke til en hurtig, sikker og korrekt behandling.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Der anvendes telemedicin, der understøtter opgaveløsningen.</b></p> <p>Med telemedicin forstås, at en sundhedsperson ved hjælp af video, billeder, lyd og måleresultater inddrager en specialist, som ikke er til stede dér, hvor patienten befinder sig i diagnostik og behandling.</p> <p>Retningslinjerne for telemedicin, herunder for overførsel af data via elektronisk patientjournal, beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>identifikation af, til hvilke aktionsdiagnoser, behandlinger og situationer, telemedicin anvendes</li> <li>hvilke telemedicinske løsninger, der anvendes</li> <li>procedure, herunder koordinering ved flere tilskadekomne</li> <li>ansvarsfordeling mellem de involverede aktører</li> <li>nødplaner for alternative kommunikationsmidler</li> <li>sikkerhed for personfølsomme data</li> <li>vedligeholdelse og test af telemedicinsk udstyr</li> </ol> <p>Retningslinjerne udarbejdes ved involvering af relevante ledere og medarbejdere i organisationen og fra relevante kliniske enheder.</p> <p>Krav til kompetencer kan fx være udvalgte personalegrupper og/eller specifik erfaring/viden inden for telemedicin, opnået fx via kurser eller uddannelse.</p> <p>Evalueringen af den telemedicinske kommunikation kan gennemføres i relevante fora, hvor relevante cases med telemedicinsk diagnosticering og rådgivning bliver gennemgået.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.1.6 Datasikkerhed og -fortrolighed</p> <p>1.1.7 Forsyningssystemer</p> <p>1.10.3 Kommunikationsudstyr</p>				
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system og kliniske enheder med patientforløb, der involverer telemedicin				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for deres opgaver og ansvar i forbindelse med brug af telemedicin og kan demonstrere, hvordan telemedicin fungerer og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Kommunikationsmidler i relation til telemedicin testes regelmæssigt og doku-				

<b>Titel</b>	1.10.2 - Telemedicin (1/2)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
	mentation for testene kan fremvises.				
<b>Indikator 3</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på anvendelsen af telemedicin.				
<b>Indikator 4</b>	En gang årligt evalueres telemedicinsk kommunikation mellem aktørerne.				
<b>Reference</b>					
1.	Vejledning nr. 9719 af 9. november 2005 om ansvarsforholdene mv. ved lægers brug af telemedicin				

<b>Titel</b>	1.10.3 - Kommunikationsudstyr (2/2)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Organisatoriske standarder	<b>Tema</b>	Kommunikation	
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rettidig kommunikation mellem aktører</li> <li>• at aktører har adgang til den information, de skal have, for at løse opgaverne</li> <li>• at kommunikationsudstyret er funktionsdygtigt</li> </ul>			
<b>Indhold</b>	<p><b>Der anvendes kommunikationsudstyr, der muliggør og sikrer sikker kommunikation mellem aktørerne.</b></p> <p>Retningslinjerne for kommunikationsudstyr udarbejdes ved involvering af ledere og medarbejdere og eksterne leverandører og med inddragelse af sikkerhedsorganisationen.</p> <p>Retningslinjerne for kommunikationsudstyr beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ansvarsfordeling ved anskaffelse og implementering af kommunikationsudstyr</li> <li>bruger- og betjeningsvejledninger og relevant uddannelse</li> <li>alternative kommunikationsveje ved nedbrud af primært kommunikationsudstyr</li> <li>anvendelse af elektronisk patientjournal</li> <li>datasikkerhed</li> <li>vedligehold af kommunikationsudstyr i henhold til lovmæssige og kontraktlige aftaler</li> <li>forholdsregler mod tyveri og misbrug af kommunikationsudstyr</li> </ol>			
<b>Krydsreferencer</b>	1.1.6 Datasikkerhed og -fortrolighed			
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de forklare og demonstrere, hvordan kommunikationsudstyr anvendes og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.			
<b>Indikator 2</b>	SINE-terminaler testes regelmæssigt.			

## Generelle patientforløbsstandarder

### Patientinddragelse – information og kommunikation

<b>Titel</b>	2.1.1 - Informeret samtykke (1/3)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Patientinddragelse - information og kommunikation		
<b>Formål</b>	At sikre, at personalet giver fyldestgørende information om konkrete behandlingstilbud, så patienten kan træffe beslutning om behandlingsvalg.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Patientens informerede samtykke indhentes forud for behandling, medmindre andet følger af lovgivningen.</b></p> <p>Retningslinjerne for indhentning og dokumentation af informeret samtykke beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) hvordan informeret samtykke dokumenteres</li><li>b) hvornår stiltiende samtykke anvendes</li><li>c) hvordan stiltiende samtykke dokumenteres</li><li>d) hvornår akut behandling kan indledes uden samtykke</li><li>e) patientens ret til at frasige sig behandling</li><li>f) hvordan patientens frasigelse af behandling dokumenteres</li></ul> <p>Retningslinjerne for indhentning af informeret samtykke er i overensstemmelse med lovgivningen og den kontekst, der arbejdes i.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan informeret samtykke indhentes.				
<b>Indikator 2</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på informeret samtykke.				

<b>Titel</b>	2.1.2 - Inddragelse af patienten og pårørende (2/3)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Patientinddragelse - information og kommunikation		
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• personalet er opmærksomme på patientens ønsker om medinddragelse</li> <li>• pårørende inddrages i beslutninger med patientens samtykke</li> <li>• der tages højde for patientens og eventuelle pårørendes etiske, kulturelle og religiøse ønsker</li> <li>• patienten og eventuelle pårørende oplever at blive behandlet med værdighed og respekt</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Patienten og eventuelle pårørende inddrages med patientens samtykke i behandlingen. Der udvises forståelse for patientens og eventuelle pårørendes etiske, kulturelle og religiøse ønsker.</b></p> <p>Retningslinjerne for patienters og eventuelle pårørendes inddragelse beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>hvordan patientens ønsker om inddragelse afklares</li> <li>hvordan der udvises respekt i kommunikationen med patienten og eventuelle pårørende</li> <li>forholdsregler, ved særlige patientgrupper</li> <li>hvordan personalet kan imødekomme patientens og eventuelle pårørendes etiske, kulturelle og religiøse ønsker</li> <li>hvordan eventuelle pårørende informeres og inddrages i behandlingen svarende til patientens ønsker og med respekt for tavshedspligten</li> </ol> <p>Særlige patientgrupper kan fx være bevidstløse, patienter med psykiske lidelser, demente, børn og unge og patienter, der ikke kan kommunikere entydigt, fx fremmedsprogede.</p> <p>Der bør tages stilling til, hvordan kommunikative udfordringer fx i forhold til hørehæmmede kan afhjælpes, og pjecer inden for særlige sprogområder i optageområdet kan overvejes.</p> <p>Patienternes tilfredshed kan undersøges fx via spørgeskema eller interviews. Det er ikke afgørende, hvem der står for dataindsamling til undersøgelse af patienternes tilfredshed.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter.				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					

<b>Titel</b>	2.1.2 - Inddragelse af patienten og pårørende (2/3)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan patienter og pårørende inddrages.				
<b>Indikator 2</b>	Det er undersøgt, om patienterne oplevede at blive behandlet med værdighed og respekt under den præhospitale indsats.				
<b>Indikator 3</b>	Det er undersøgt, om patienterne var tilfredse med den information, de fik under den præhospitale indsats.				

<b>Titel</b>	2.1.4 - Indbringelse af patient med afvigende adfærd (3/3)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Patientinddragelse - information og kommunikation	
<b>Formål</b>	At sikre, at patienten visiteres og behandles korrekt.			
<b>Indhold</b>	<p><b>Visitation og behandling af patient med afvigende adfærd foregår korrekt.</b></p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) udelukkelse af somatiske årsager, fx forgiftning eller hypoglycæmi og dokumentation heraf</li> <li>b) hvornår samarbejdspartnere kontaktes</li> <li>c) visitationskriterier</li> <li>d) procedurer ved tvangsindlæggelse</li> </ul> <p>Visitationskriterier bør udarbejdes i samarbejde mellem relevante parter.</p>			
<b>Krydsreference</b>	3.1.1 Vurdering og behandling af patienter.			
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter.			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan visitation og behandling af patienter med afvigende adfærd foregår og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.			
<b>Indikator 2</b>	En gang årligt evalueres samarbejde med samarbejdsparter i forhold til indbringelse af patienter med afvigende adfærd.			

## Visitation, disponering og melding

<b>Titel</b>	2.2.1 - Sundhedsfaglig visitation i AMK-vagtcentralen (1/3)				
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b>	1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Visitation, disponering og melding		
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at indringeren modtager relevant sundhedsfaglig rådgivning</li> <li>• ensartet præhospitalsindsats på det rette niveau</li> <li>• optimal udnyttelse af de samlede ressourcer i det regionale præhospitale system</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Den sundhedsfaglige visitation i AMK-vagtcentralen foretages systematisk og er baseret på nationale faglige anbefalinger.</b></p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>hastegradsvurdering</li> <li>sundhedsfaglig visitation, herunder hvilken type enheder, der skal deltage</li> <li>hvornår der ikke sendes assistance</li> <li>sundhedsfaglig rådgivning</li> <li>kommunikationsvej mellem de sundhedsfaglige visitatorer og de tekniske disponenter</li> </ol>				
<b>Krydsreferencer</b>	2.2.2 Teknisk disponering i AMK-vagtcentralen.				
<b>Anvendelsesområde</b>	AMK-vagtcentralen.				
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Der er retningslinjer for sundhedsfaglig visitation.				
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan sundhedsfaglig visitation i vagtcentralen foregår og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 3</b>	To gange årligt gennemføres audit af den sundhedsfaglige rådgivning.				
<b>Indikator 4</b>	To gange årligt gennemføres audit af, om der er afsendt korrekte typer enheder på baggrund af den sundhedsfaglige visitation.				

<b>Titel</b>	2.2.2 - Teknisk disponering i AMK-vagtcentralen (2/3)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Visitation, disponering og melding	
<b>Formål</b>	At sikre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ensartet præhospitalsindsats på det rette niveau</li> <li>• optimal udnyttelse af de samlede ressourcer i det regionale præhospitale system</li> </ul>			
<b>Indhold</b>	<b>Den tekniske disponering i AMK-vagtcentralen foretages systematisk.</b> Retningslinjerne beskriver teknisk disponering, herunder hvilke konkrete køretøjer, fx ambulance fra station, der skal deltage i den præhospitale indsats.			
<b>Anvendelsesområde</b>	AMK-vagtcentralen.			
<b>Krydsreferencer</b>	2.2.1 Sundhedsfaglig visitation i AMK-vagtcentralen.			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Der er retningslinjer for teknisk disponering.			
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan teknisk disponering foregår og henviser til dokumenter, hvor det er beskrevet.			
<b>Indikator 3</b>	En gang årligt evalueres kommunikationen mellem de sundhedsfaglige visitatorer og de tekniske disponenter i AMK-vagtcentralen.			

<b>Titel</b>	2.2.3 - Melding og kommunikation (3/3)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Visitation, disponering og melding	
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• meldingen fra AMK-vagtcentralen indeholder fyldestgørende information til optimering af den præhospitale indsats</li> <li>• meldingen giver mulighed for fyldestgørende vurdering og behandling</li> <li>• meldingen understøtter en koordineret behandling</li> <li>• indsatsen koordineres optimalt, så de rette informationer når de præhospitale enheder</li> <li>• kommunikation og kommunikationsveje er korrekte og entydige</li> <li>• personale har adgang til den information, som er nødvendig for at løse opgaverne korrekt</li> </ul>			
<b>Indhold</b>	<p><b>Indholdet af melding fra AMK-vagtcentralen til de præhospitale aktører er entydig og fyldestgørende og videreformidles via meldesystemet, og meldingen modtages og uddybes eventuelt løbende, så den præhospitale indsats kan koordineres og optimeres.</b></p> <p>Retningslinjerne for indholdet af meldingen fra AMK-vagtcentralen beskriver:</p> <p>Primære melding, der indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>alarmtidspunkt</li> <li>hastegrad</li> <li>præcise oplysninger om optageadresse</li> <li>eventuelle særlige forhold ved ankomst</li> <li>eventuelle særlige forhold vedrørende patienten</li> <li>årsag til indringning</li> <li>aktuelle symptomer</li> <li>antal patienter</li> <li>relevante sikkerhedsforanstaltninger</li> <li>indringerens telefonnummer</li> </ol> <p>Supplerende oplysninger, der kan omfatte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>tidligere sygdomme</li> <li>oplysninger om, hvilken medicin, der er givet i forbindelse med den aktuelle hændelse</li> <li>sociale forhold</li> <li>information om iværksat behandling og rådgivning på optageadresse</li> <li>information om visitation af patienten</li> </ol> <p>Sociale forhold kan være patientgrupper med tolkebehov, formulerings- eller andre handicaps</p> <p>Retningslinjerne for melding og kommunikation via meldesystemet mellem</p>			

<b>Titel</b>	2.2.3 - Melding og kommunikation (3/3)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Visitation, disponering og melding	
	<p>AMK-vagtcentralen og de præhospitale enheder beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) kommunikation med øvrige aktører</li> <li>b) kommunikation mellem ambulance og øvrige aktører</li> <li>c) kommunikation med øvrige disponerede præhospitale enheder</li> <li>d) orientering om øvrige disponerede enheder</li> <li>e) hvordan de, der kommunikerer, identificerer sig</li> <li>f) hvilke informationer, der gives, videregives og modtages</li> <li>g) løbende opdatering af information</li> <li>h) anvendelse af standardiserede koder, terminologier og forkortelser i meldingen</li> <li>i) tilbagemelding mellem AMK-vagtcentralen og de præhospitale enheder, herunder tilkald/afmelding af nødvendige ressourcer, fx akutlæge</li> <li>j) kommunikationsudstyr og sekundære kommunikationsveje ved nedbrud af primært kommunikationsudstyr</li> <li>k) dokumentation for kommunikation, herunder mundtlig kommunikation mellem AMK-vagtcentralen og de præhospitale enheder</li> <li>l) hvordan og hvor længe dokumentation af kommunikation arkiveres, jf. gældende lovgivning</li> <li>m) hvorledes information om fremsendelse af flere enheder til samme hændelse håndteres i de disponerede enheder</li> </ul> <p>Øvrige aktører er fx indsatsleder sundhed, politi og redningsberedskab.</p> <p>Retningslinjerne kan udarbejdes i et samarbejde mellem de involverede parter og kan være et fælles dokument.</p>			
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen			
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system Modtagere af meldinger fra AMK-vagtcentraler			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Der er retningslinjer for indholdet af meldingen fra AMK-vagtcentralen.			
<b>Indikator 2</b>	Der er retningslinjer for melding og kommunikation via meldesystemet mellem AMK-vagtcentralen og de præhospitale enheder.			
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare og demonstrere, hvordan meldinger afgives og modtages.			
<b>Indikator 4</b>	En gang årligt evaluerer AMK-vagtcentralen samarbejdet med de øvrige præhospitale aktører.			

<b>Titel</b>	2.2.3 - Melding og kommunikation (3/3)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Visitation, disponering og melding	
<b>Indikator 5</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på brugbarhed og relevans af melding.			

## Koordinering og kontinuitet

<b>Titel</b>	2.4.1 - Koordinering af medicinsk behandling (1/1)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Koordinering og kontinuitet	
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at patienten modtager et korrekt, koordineret og effektivt behandlingsforløb</li> <li>• korrekt visitation</li> <li>• klar ansvarsfordeling mellem de involverede aktører</li> </ul>			
<b>Indhold</b>	<p><b>Den medicinske behandling koordineres mellem de involverede aktører.</b></p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <p>a) koordinering på optageadressen, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• klar ansvarsfordeling mellem de præhospitalt enheder for beslutninger og handlinger</li> <li>• informationer i forhold til patientens behandling</li> </ul> <p>b) koordinering af gensidig assistance mellem andre involverede aktører</p> <p>c) samarbejde med øvrige aktører</p> <p>d) forholdsregler, der tilgodeser særlige patientgrupper eller patientgrupper med specielle behandlingsbehov</p> <p>Øvrige aktører kan fx være sygehuse, almen praksis, embedslæger, kommuner og politi.</p> <p>Særlige patientgrupper kan fx være børn, unge og socialt udsatte.</p> <p>Specielle behandlingsbehov kan fx være behov for at medbringe patientens medicinske udstyr eller pårørende.</p>			
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen			
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter.			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan koordination af den medicinske behandling foregår og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.			
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan gensidig assistance koordineres mellem de involverede aktører.			

<b>Titel</b>	2.4.1 - Koordinering af medicinsk behandling (1/1)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Koordinering og kontinuitet	
<b>Indikator 3</b>	En gang årligt evaluerer de involverede parter koordineringen af den medicinske behandling.			

## Medicinering

<b>Titel</b>	2.5.1 - Lægemidler (1/2) #			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Medicinering	
<b>Formål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At sikre, at lægemiddelordination og lægemiddeldelegering er i overensstemmelse med evidensbaseret viden og klinisk praksis</li> <li>• At sikre overensstemmelse mellem lægemiddelordination, lægemiddeldispensering og lægemiddeladministration</li> <li>• At sikre, at kun personale med relevant uddannelse har tilladelse til at ordinere, dispensere og administrere lægemidler</li> <li>• At forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med ordination, delegering, dispensering og administration af lægemidler</li> </ul>			
<b>Indhold</b>	<p><b>Enhver ordination, delegering, dispensering og administration af lægemidler til patienter er entydig og korrekt.</b></p> <p>På grund af den særlige risiko, der er forbundet med anvendelse af lægemidler, skal ledelsen sikre, at personalet har den relevante uddannelse og kompetencer. Der skal derfor fastsættes krav til uddannelsesniveaue for personale, der varetager medicinering, og der skal også sættes krav til videre- og efteruddannelse.</p>			
<b>Krydsreferencer</b>	1.4.4 Uddannelse og kompetenceudvikling			
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, hvor lægemidler anvendes til behandling af patienter.			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	<p>Der er retningslinjer for lægemiddelordination, lægemiddeldelegering, lægemiddeldispensering og lægemiddeladministration.</p> <p>Retningslinjerne beskriver krav til dokumentation af:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) informeret samtykke, hvis muligt</li> <li>b) patientinformation, hvis muligt</li> <li>c) allergi, hvis muligt</li> <li>d) indikation for lægemiddeladministrationen</li> <li>e) lægemidlets navn (generisk navn og/eller handelsnavn)</li> <li>f) lægemiddelform og -styrke</li> <li>g) dosering, herunder mængde, hyppighed, tidspunkt for og administrationsmåde</li> <li>h) lægemiddeladministration</li> <li>i) kontrol af overensstemmelse mellem identitet på lægemiddelbeholder, injektionssprøjte eller infusionspose</li> <li>j) ordinerende person, herunder ved telefon- eller eksternt ordination</li> <li>k) virkning og bivirkninger</li> <li>l) tvangsmedicinering, under hensyntagen til lovgivning om tvang</li> </ol>			

<b>Titel</b>	2.5.1 - Lægemidler (1/2) #			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Medicinering	
	m) stillingtagen til: <ul style="list-style-type: none"> <li>• delegerede lægemidler</li> <li>• rammedelegationer</li> <li>• kontraindikationer</li> <li>• instrukser for sikker lægemiddeldispensering og lægemiddeladministration, herunder sikker mærkning</li> </ul>			
<b>Indikator 2</b>	Der er fastsat krav til uddannelsesniveaue og til videre- og efteruddannelse for det personale, der varetager medicinering.			
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med medarbejdere oplyser de, at de har et uddannelsesniveau og er videre- og efteruddannet svarende til det krav, der er fastsat af ledelsen.			
<b>Indikator 4</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan lægemiddelordination, lægemiddeldelegering, lægemiddeldispensering og lægemiddeladministration foregår.			
<b>Indikator 5</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på relevant klinisk vurdering forud for lægemiddeladministration.			
<b>Indikator 6</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på afdækning af eventuel allergi forud for lægemiddeladministration.			
<b>Indikator 7</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på dokumentation af dosis og administrationspunkt for lægemidler.			
<b>Indikator 8</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på relevant klinisk vurdering efter lægemiddeladministration.			

<b>Titel</b>	2.5.2 - Lægemiddelhåndtering og - opbevaring (2/2) #			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Medicinering	
<b>Formål</b>	<p>At sikre</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at patienten får korrekte, virksomme lægemidler</li> <li>• at lægemidler opbevares korrekt og sikkert</li> <li>• at opbevaring og håndtering af lægemidler forhindrer fejl og utilsigtede hændelser</li> <li>• mod tyveri og utilsigtet brug af lægemidler</li> </ul>			
<b>Indhold</b>	<p><b>Lægemidler opbevares og håndteres korrekt og forsvarligt.</b></p> <p>Retningslinjerne for opbevaring og håndtering af lægemidler, der lagerføres som standardsortiment og opbevares på depoter, beskriver:</p> <p>a) hvordan lægemidler opbevares</p> <p>b) hvem, der for lægemidler er ansvarlig for</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bestilling</li> <li>• modtagelse</li> <li>• returnering</li> <li>• tilbagekaldelse</li> </ul> <p>c) hvordan, hvor ofte og hvem, der foretager og dokumenterer afstemning af lægemiddelbeholdning</p> <p>d) hvordan lægemidler opbevares, så risikoen for forveksling minimeres</p> <p>e) forholdsregler for at minimere risiko for tyveri eller utilsigtet brug af lægemidler</p> <p>Opbevaring af lægemidler tager hensyn til hygiejne og opbevaring ved rette temperatur. Lægemidlers etiketter skal være tydelige og korrekte.</p> <p>Retningslinjerne for akuttasker og lægemidler, der bruges i de akutte situationer, beskriver:</p> <p>a) hvilke lægemidler, de enkelte enheder har behov for til akutte situationer, fx ved en indholdsliste</p> <p>b) hvordan lægemidler i akuttasker håndteres, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at akuttaskerne opbevares i overensstemmelse med gældende lovgivning og sikkert, men tilgængeligt for relevant personale</li> <li>• hvem der må bruge akuttasken</li> <li>• hvem der er ansvarlig for kontrol, opfyldning og rengøring af akuttaske</li> <li>• at lægemidlerne i akuttaskerne ikke har overskredet udløbsdatoen og kontrolleres regelmæssigt</li> <li>• at reservetasker gennemgås og genopfyldes ved brud af plombering</li> </ul>			

<b>Titel</b>	2.5.2 - Lægemiddelhåndtering og -opbevaring (2/2) #			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Medicinering	
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen			
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, hvor der opbevares og håndteres lægemidler			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare og demonstrere deres opgaver i forbindelse med opbevaring og håndtering af lægemidler.			
<b>Indikator 2</b>	Der er retningslinjer for akuttasker og lægemidler, der bruges i de akutte situationer.			
<b>Indikator 3</b>	Det kontrolleres, at lægemidler ikke har overskredet udløbsdatoer.			
<b>Indikator 4</b>	Det kontrolleres, at lægemidler opbevares korrekt.			
<b>Indikator 5</b>	Det kontrolleres, at akuttasker er tilgængelige for relevant personale.			
<b>Indikator 6</b>	Det kontrolleres, at akuttasker har det rette indhold.			

## Genoplivning

<b>Titel</b>	2.6.1 - Hjertestopbehandling (1/1) #			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Genoplivning	
<b>Formål</b>	At sikre ensartet og hurtig behandling ved hjertestop for at øge patientens mulighed for overlevelse uden varige mén.			
<b>Indhold</b>	<p><b>Hjertestopbehandling baseres på internationalt anerkendte anbefalinger.</b></p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) hvornår hjerte-lungeredning iværksættes</li> <li>b) indhold i basal genoplivning</li> <li>c) hvilket udstyr, der skal forefindes ved basal genoplivning</li> <li>d) indhold i avanceret genoplivning</li> <li>e) hvilke lægemidler, der skal forefindes ved avanceret genoplivning</li> <li>f) hvilket udstyr, der skal forefindes ved avanceret genoplivning</li> <li>g) krav til dokumentation, herunder rapportering af behandlingen og resultatet heraf</li> <li>h) kontraindikationer for iværksættelse af hjertestopbehandling</li> <li>i) hvornår iværksat hjertestopbehandling ophører</li> </ul> <p>Retningslinjerne skal dække hjertestopbehandling til både børn og voksne.</p> <p>Hvis der efter den årlige efteruddannelse i hjertestopbehandling kommer opdaterede europæiske guidelines, opdateres personalet i forhold til ændringerne. Alt efter omfanget af ændringerne, kan opdateringen fx ske i form af almen orientering eller ved større ændringer i decideret efteruddannelse.</p>			
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.4.2 Introduktion af nyt personale</p> <p>2.9.1 Omsorg for den terminalt syge patient</p>			
<b>Anvendelsesområde</b>	Hele det regionale præhospitale system			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Der er retningslinjer for hjertestopbehandling.			
<b>Indikator 2</b>	Der er fastsat krav til uddannelsesniveaue for det personale, der varetager hjertestopbehandling.			
<b>Indikator 3</b>	Der rapporteres til Dansk Hjertestopdatabase.			
<b>Indikator 4</b>	En gang årligt deltager personalet i efteruddannelse i hjertestopbehandling.			
<b>Indikator 5</b>	Ved opdatering af europæiske guidelines opdateres personalet i forhold til ændringerne.			

<b>Titel</b>	2.6.1 - Hjertestopbehandling (1/1) #			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Genoplivning	
	Denne indikator vurderes under survey ikke relevant, hvis der ikke har været opdatering af europæiske guidelines.			

## Afslutning af den præhospitale indsats på stedet

<b>Titel</b>	2.7.1 - Afslutning af den præhospitale indsats på stedet (1/1) #			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Afslutning af den præhospitale indsats på stedet	
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patienten behandles optimalt ud fra en samlet vurdering</li> <li>• beslutningen om at afslutte den præhospitale indsats på stedet træffes på et relevant klinisk grundlag</li> <li>• patienten, hvis behandling afsluttes på stedet, er informeret om baggrund og om eventuelle komplikationer og symptomer, som vedkommende skal reagere på</li> <li>• patienten inddrages i beslutningsprocessen</li> <li>• pårørende inddrages, såfremt muligt, i beslutningsprocessen med patientens samtykke</li> <li>• den præhospitale indsats dokumenters fyldestgørende</li> <li>• akutlæge/AMK/vagtlæge kontaktes, når der er krav om det</li> <li>• patientens ret til selvbestemmelse respekteres samtidig med, at hensynet til inhabile patienters interesser varetages</li> </ul>			
<b>Indhold</b>	<p><b>Beslutningen om at afslutte den præhospitale indsats på stedet sker på baggrund af en samlet vurdering af patienten ud fra gældende retningslinjer.</b></p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kliniske forhold: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) at den præhospitale indsats kun kan afsluttes på stedet efter lægelig ordination, jf. bekendtgørelsens regler om dette, når patienten har modtaget behandling på stedet</li> <li>b) anvendelse af kliniske retningslinjer ved afslutning af den præhospitale indsats på stedet</li> <li>c) krav til målinger og vurderinger, som skal ligge til grund for beslutningen om at afslutte den præhospitale indsats på stedet</li> <li>d) hvordan patient informeres om risici, komplikationer og symptomer, som vedkommende skal reagere på</li> <li>e) dokumentation af, hvilken information patienten har modtaget</li> </ul> </li> <li>• Administrative forhold: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) hvem, der skal kontaktes i tvivlstilfælde</li> <li>b) krav til dokumentationen for den præhospitale indsats, der er afsluttet på stedet</li> <li>c) information til pårørende, såfremt muligt, med patientens samtykke</li> </ul> </li> </ul>			

<b>Titel</b>	2.7.1 - Afslutning af den præhospitale indsats på stedet (1/1) #			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Afslutning af den præhospitale indsats på stedet	
	d) forholdsregler vedrørende særlige patientgrupper e) hvornår der skal sendes epikrise til egen læge  Særlige patientgrupper kan fx være børn og unge, patienter, der er psykisk afvigende eller udviklingshæmmede, eller patienter med sprogproblemer.			
<b>Krydsreferencer</b>	1.3.2 Patientjournalen 2.1.1 Informeret samtykke 3.1.1 Vurdering og behandling af patienter			
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter.			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Der er retningslinjer for afslutning af den præhospitale indsats på stedet.			
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan den præhospitale indsats afsluttes på stedet.			
<b>Indikator 3</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på dokumentation af patienters afslag af eller ønske om afbrud af behandling.			

## Overdragelse

<b>Titel</b>	2.8.1 - Overdragelse (1/1) #			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Overdragelse	
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at overdragelse er koordineret</li> <li>• at behandlingsansvarlige rettidigt får de rette oplysninger</li> <li>• en klar ansvarsplacering ved overdragelse</li> </ul>			
<b>Indhold</b>	<p><b>Når patienten overdrages, videregives information om den præhospitale indsats til relevant personale.</b></p> <p>Med overdragelse menes videregivelse af information til alt relevant personale, involveret i behandlingen af den konkrete patient og ansvaret for den videre behandling.</p> <p>Der skal ske patientidentifikation i alle overdragelser.</p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <p>a) hvem der er ansvarlig for videregivelse af oplysninger</p> <p>b) systematisk videregivelse af oplysninger om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patientdata, herunder sociale forhold</li> <li>• hændelsesforløbet, herunder anamnese</li> <li>• beskrivelse af symptomer og fund</li> <li>• hvilken behandling, der er givet</li> <li>• hvilken information, der er givet til patienten og/eller pårørende</li> <li>• andre relevante forhold</li> </ul> <p>c) hvordan oplysninger og ansvar for den videre behandling videregives til de behandlingsansvarlige på modtageenheden</p> <p>d) hvordan overdragelsen dokumenteres</p> <p>e) hvordan der gives feedback på overdragelsen til organisationens personale</p> <p>Retningslinjerne for overdragelse skal udarbejdes i samarbejde med alle enheder, der er involveret i behandling af patienter.</p>			
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen			
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter.			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan der videregives information om den præhospitale indsats til relevant personale, når pati-			

<b>Titel</b>	2.8.1 - Overdragelse (1/1) #			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Overdragelse	
	enten overdrages.			
<b>Indikator 2</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på overdragelse.			
<b>Indikator 3</b>	En gang årligt evalueres videregivelse af information om den præhospitale indsats til relevant personale, når patienter overdrages.			

## Ved livets afslutning

<b>Titel</b>	2.9.1 - Omsorg for den terminalt syge patient (1/1)			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Generelle patientforløbsstandarder	<b>Tema</b>	Ved livets afslutning	
<b>Formål</b>	At sikre, at den terminalt syge patient modtager en værdig, respektfuld og lindrende behandling.			
<b>Indhold</b>	<p><b>Personalet tilbyder en værdig og respektfuld behandling til den terminalt syge patient under transport.</b></p> <p>Retningslinjerne skal understøtte, at patientens ønsker, herunder lindring og smertebehandling under transport, kan imødekommes.</p> <p>En skriftlig lægelig ordination er en forudsætning for, at patientens eventuelle ønske om at afstå fra genoplivning ved hjertestop under transporten kan imødekommes. Den behandlingsansvarlige læges skriftlige ordination af, at der ikke er grundlag for genoplivningsforsøg, skal journalføres. Eksempelvis hvis en praktiserende læge i et journalnotat på stedet har fastslået, at en terminal patient boende i eget hjem ikke ønsker genoplivning ved hjertestop.</p>			
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen			
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter.			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Der er retningslinjer for behandlingen til den terminalt syge patient.			
<b>Reference</b>				
1.	Vejledning nr. 9025 af 17. januar 2014 om fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og om afbrydelse af behandling uden for sygehuse.			

## Specifikke kliniske tilstande

### Specifikke kliniske tilstande

<b>Titel</b>	3.1.1 - Vurdering og behandling af patienter (1/1) #			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Specifikke kliniske tilstande	<b>Tema</b>	Specifikke kliniske tilstande	
<b>Formål</b>	At sikre: <ul style="list-style-type: none"><li>• en initial vurdering og behandling af patienten, så hurtigt som patientens tilstand kræver det</li><li>• den rette prioritering, udredning, behandling, visitation og overdragelse af patientens tilstand/symptomer, baseret på bedst mulige evidensbaserede praksis</li></ul>			
<b>Indhold</b>	<p><b>Der gennemføres initial vurdering og behandling og løbende observation og revurderinger, så den rette behandling af patienten hurtig kan iværksættes.</b></p> <p>Der er retningslinjer for initial vurdering og behandling og løbende observation og revurdering af patienten. Retningslinjerne beskriver den vurdering, der foretages af enhver patient og ligger til grund for behandlingen af alle patienter. Der er supplerende retningslinjer for specifikke alvorlige, behandlingskrævende tilstande.</p> <p>Retningslinjerne beskriver følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) initial vurdering efter ABCDE-principperne</li><li>b) principperne for inddeling af patienter i kategorier ud fra alvorlighedsgrad af symptomer</li><li>c) brug af behandlingsalgoritmer ud fra en aktionsdiagnose/tilstand ud fra symptom-billede</li><li>d) krav til hyppighed og omfang af observationer og målinger</li><li>e) krav til løbende revurdering af patienten og vurdering af effekten af behandlingen og eventuel iværksættelse af ny behandling</li><li>f) smertevurdering og vurdering af effekten af smertebehandlingen</li><li>g) forholdsregler ved forværring af patientens tilstand</li><li>h) forholdsregler ved større ulykker (flere patienter og/eller svære traumer), herunder situationsvurdering, triage, behandling og visitation</li><li>i) Krav om dokumentation af initial vurdering og behandling og relevante og nødvendige løbende observationer og revurderinger</li><li>j) overdragelse af informationer til andre aktører</li></ol>			

<b>Titel</b>	3.1.1 - Vurdering og behandling af patienter (1/1) #			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Specifikke kliniske tilstande	<b>Tema</b>	Specifikke kliniske tilstande	
	<p><b>Der anvendes evidensbaserede, kliniske retningslinjer for specifikke alvorlige, behandlingskrævende tilstande med udgangspunkt i prioritering efter ABCDE-principperne.</b></p> <p>Retningslinjer beskriver håndteringen af tilstande, der er karakteriseret ud fra specifikke symptomer. Retningslinjerne beskriver indhentning af relevante kliniske oplysninger, observation, behandling, visitering og overdragelse af patienter med specifikke alvorlige, behandlingskrævende tilstande. Retningslinjerne er så vidt muligt evidensbaserede og bygger på ABCDE-principperne.</p> <p>Retningslinjerne for observation og behandling udformes, så de understøtter beslutningstagen i den kliniske situation, og understøtter, at patienterne behandles efter en fastlagt plan. Denne plan vil kunne fremgå af retningslinjen.</p> <p>De specifikke kliniske tilstande omhandler som minimum symptombilleder med:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bevidsthedspåvirkning</li> <li>• vejrtrækningspåvirkning</li> <li>• kredsløbspåvirkning</li> <li>• akutte neurologiske problemer, fx kramper og lammelser</li> <li>• fysiske traumer</li> <li>• forgiftninger</li> <li>• smerter</li> </ul> <p>Retningslinjerne skal leve op til anerkendt faglig standard og relevante nationale vejledninger og tilsvarende.</p>			
<b>Krydsreferencer</b>	2.1.2 Inddragelse af patienten og pårørende 2.8.1 Overdragelse			
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter.			
<b>Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:</b>				
<b>Indikator 1</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan det sikres, at der foreligger regelmæssigt opdaterede generelle retningslinjer for initial vurdering og behandling og løbende observation og revurderinger, som lever op til anerkendt faglig standard og relevante nationale vejledninger og tilsvarende og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.			
<b>Indikator 2</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan man understøtter im-			

<b>Titel</b>	3.1.1 - Vurdering og behandling af patienter (1/1) #			
<b>Sektor</b>	Præhospital	<b>Version</b>	2	<b>Udgave</b> 1
<b>Kategori</b>	Specifikke kliniske tilstande	<b>Tema</b>	Specifikke kliniske tilstande	
	plementeringen af retningslinjerne for initial vurdering og behandling og løbende observation og revurdering af patienten, og hvordan efterlevelsen overvåges regelmæssigt.			
<b>Indikator 3</b>	Ved interviews med medarbejderne kan de redegøre for, hvordan de opnår kendskab til indholdet af retningslinjerne for initial vurdering og behandling og løbende observation og revurdering af patienten, og hvordan de kan få adgang til retningslinjerne, hvis de under en indsats bliver i tvivl om den rette fremgangsmåde.			
<b>Indikator 4</b>	Stikprøvekontrol foretaget af surveyors viser, at der er udført initial vurdering efter ABCDE-principperne. Surveyorne udvælger på tilfældig vis et antal journaler. Journalgennemgang bekræfter, at der er udført initial vurdering efter ABCDE-principperne.			
<b>Indikator 5</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan det sikres, at der foreligger regelmæssigt opdaterede kliniske retningslinjer, baseret på bedst mulig evidensbaserede praksis for specifikke alvorlige, behandlingskrævende tilstande med udgangspunkt i prioritering efter ABCDE-principperne og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.			
<b>Indikator 6</b>	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan man understøtter implementeringen af evidensbaserede, kliniske retningslinjer for specifikke, alvorlige behandlingskrævende tilstande, og hvordan efterlevelsen overvåges regelmæssigt.			
<b>Indikator 7</b>	Ved interviews med medarbejderne kan de redegøre for, hvordan de opnår kendskab til indholdet af kliniske retningslinjer for specifikke, alvorlige behandlingskrævende tilstande, og hvordan de kan få adgang til retningslinjerne under en indsats.			
<b>Indikator 8</b>	Surveyorne udvælger på tilfældig vis et antal journaler. Journalgennemgang bekræfter, at patienterne er behandlet efter gældende behandlingsalgoritmer.			
<b>Indikator 9</b>	To gange årligt udføres audit med fokus på behandling af specifikke kliniske tilstande, herunder også vurdering af tidsforbrug på skadestedet.			

## Bilag 1 – Hvad er nyt i 2. version

### Ændringer i standardsættet som helhed

Med **fed** er markeret standarder i 2. version

- 1.1.1 Virksomhedsgrundlag og 1.1.2 Ledelsesgrundlag lagt sammen til **1.1.1 Ledelse**
- 1.1.5 Økonomistyring er lagt ind under standard **1.1.4 Planlægning og drift**
- 1.2.2 Dokumentation og monitorering af kvalitet og patientsikkerhed og 1.2.3 Kvalitetsforbedring er lagt sammen til **1.2.2 Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag**
- 1.5.4 Håndtering af smittekilder og farlige stoffer er delt op i to standarder **1.5.4 Håndtering af smittekilder** og **1.5.5 Håndtering af farlige stoffer**
- **1.5.6 Håndtering af affald** er en ny selvstændig standard
- 1.7.2 Håndtering af medicinsk udstyr og 1.7.3 Vedligehold, reparation og udfasning af medicinsk udstyr er lagt sammen til **1.7.2 Medicinsk udstyr**
- 1.10.1 Kommunikation mellem aktører og 1.10.3 Kommunikationsudstyr er lagt sammen til **1.10.3 Kommunikationsudstyr**
- 2.1.2 Inddragelse af patienten og pårørende og 2.1.3 Etik og kultur i relation til patienten er lagt sammen til **2.1.2 Inddragelse af patienten og pårørende**
- 2.2.3 Melding fra AMK-vagtcentralen til præhospitale enheder og 2.2.4 Modtagelse af melding fra AMK-vagtcentralen er lagt sammen til **2.2.3 Melding og kommunikation**
- 2.3.1 Initial vurdering, behandling, revurdering og observation er lagt ind under **3.1.1 Vurdering og behandling af patienter**
- 2.9.2 Omsorg for den afdøde er udgået

For at lette overgangen fra 1. til 2. version har det været en målsætning, at betegnelserne for de enkelte standarder, inklusiv nummereringen, så vidt muligt ikke ændres. Det betyder, at standarderne i 2. version ikke er fortløbende nummereret; der vil være huller i rækkefølgen. Fordelen ved at opretholde kontinuiteten i nummereringen fra 1. til 2. version skønnes at overstige ulemperne. Ved overgangen fra 2. til 3. version vil man imidlertid prioritere logikken i opbygningen af standardsættet højest, så det må forventes, at standarder kan skifte betegnelse, nummer og placering ved næste revision af standardsættet.

### Ændringer i opbygningen af de enkelte standarder

#### *Målgruppe*

Feltet "Målgruppe" er udgået af grundskabelonen. Det er den enkelte enhed eller regions ansvar at udpege, hvem der er ansvarlig for at implementere en given standard.

### *Indikatorer*

Indikatorerne har været underkastet en grundig gennemgang. Formålet med dette har været at gøre indikatorerne til et mere præcist værktøj for den eksterne evaluering. Det er tilstræbt, at hver indikator er:

- endimensional, dvs. at det, den beskriver, kan være til stede i varierende grad, men at den ikke kan opdeles i elementer, der kan være mere eller mindre opfyldte, helt uafhængigt af hinanden
- sammenhængende, således at forhold, der logisk hører sammen, ikke opsplittes i forskellige indikatorer. Selv om det i nogle tilfælde kan være relevant at bruge en tjekliste til at sikre, at et bestemt element er til stede, skal hvert punkt på tjeklisten ikke gøres til en selvstændig indikator
- væsentlig, dvs. beskriver noget, der normalt ikke kan undværes eller erstattes af noget andet
- unik, dvs. at samme faktiske fund under survey kun kan henføres til én indikator
- uafhængig af andre indikatorer, dvs. at man ikke kan konkludere, at en given indikator må være opfyldt, fordi en anden indikator er det (derimod kan det godt forekomme, at en given indikator ikke kan være opfyldt, hvis en anden indikator er det). Opfyldelse af indikator A må derfor godt være en nødvendig forudsætning, men må ikke være en tilstrækkelig forudsætning for, at indikator B er opfyldt
- der er i nogle indikatorer angivet særskilt, hvis det udelukkende skal undersøges af surveyors under survey

Selvom det er tilstræbt, at alle indikatorer opfylder de ovenstående punkter, vil der være tilfælde, hvor konkrete indikatorer næppe fuldt ud kan leve op til alle disse kriterier.

En konsekvens af gennemgangen af indikatorerne har været, at antallet af indikatorer er øget. Dette er ikke i sig selv udtryk for øgede krav i DDKM, men for en mere præcis formulering af, hvad der evalueres på.

Samtidig er formuleringen af indikatorerne gjort mere kort og koncis end i 1. version. Dette skal ses i sammenhæng med det nye felt, "Indhold" (se nærmere nedenfor).

### *Nyt felt "Indhold"*

Der er indført et nyt felt: "Indhold".

Dette felt indeholder forskellige kategorier af information, som tjener til at uddybe forståelsen af standarden.

Hvor det er nødvendigt for at forstå standarden, indledes dette felt med en definition af det fænomen, standarden handler om.

Herefter følger et kort oprids af baggrunden for standarden. Her kan indgå en omtale af relevant lovgivning. Feltet kan ikke forventes at indeholde en fuldstændig gengivelse af relevant indhold af lovgivningen. Retningsgivende dokumenter bør således altid udarbejdes ud fra den oprindelige tekst i lovgivningen, ikke ud fra gengivelsen i standarden.

Denne del af feltet kan også indeholde information, der tjener til at tydeliggøre, hvordan standardens krav fortolkes i forskellige kontekster. For nogle standarder fremgår dette tilstrækkeligt klart af standarden selv og

af feltet "Formål".

Dernæst følger vejledninger til fortolkning af krav i enkelte indikatorer. For retningsgivende dokumenter kan der her være specifikke krav til, hvad et retningsgivende dokument skal indeholde.

#### *Fjernelse af trin fra grundskabelonen*

Der er ikke i 2. version en angivelse af trin i grundskabelonen. Begrundelsen for denne ændring er et ønske om, at PDSA cirklen fremstår mindre udtalt i opsætningen af standarderne, men stadig er grundlaget for arbejdet med standarderne, og fokus retter sig i stedet mod standardens indhold.

Formålet fra 1. version er så vidt muligt fastholdt for at opretholde mest mulig kontinuitet i standardsættene. Fremstillingen i standardens indhold er ligeledes forsøgt bredt ud, da nytænkningen er, at der arbejdes ud fra formål og indhold, som derfor skal kunne læses og give mening, også hvis man ser dem isoleret, uden at se indikatorerne.

Indikatorerne skal i højere grad fungere som målepunkter, primært til brug for surveyorne under survey, mens standardens indhold skal ses som implementeringsvejledning til organisationerne. Det fremgår af de enkelte indikatorer, hvad der er krav om, og om det skal udføres af organisationen eller af surveyorne. En oversigt over de samlede krav til kvalitetsovervågning kan ses i bilag 2.

Kvalitetsforbedring fremgår nu ikke længere som en gentagelse i de enkelte standarder, men den generelle prioritering af igangsættelse og opfølgning på tiltag er dækket i standard 1.2.2 Kvalitetsovervågning og -forbedring, hvor der skal samles op på kvalitetsovervågningen i de øvrige standarder.

I 1. version var kravet vedrørende kvalitetsforbedring, at der var prioriteret iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedring (handleplaner).

I 2. version er kravet skærpet til, at der skal være gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene skal være vurderet, og man skal enten have konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man skal have igangsat nye korrigerende tiltag.

## Bilag 2 – Oversigt over indikatorer med kvalitetsovervågning

Type af kvalitetsovervågning:

For de indikatorer hvor typen er audit, kan enhederne fortsat vælge at benytte patientforløbsaudit som metode. I så fald skal patientforløbsauditten omfatte 20 tilfældigt udvalgte patientforløb. Det er op til den enkelte organisation at definere de spørgsmål, der auditeres ud fra.

Std. nr.	Standardtitel	Evaluering	Audit	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
1.1.1	Ledelse				X
1.1.3	Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører	X			
1.1.4	Planlægning og drift				X
1.1.6	Datasikkerhed og -fortrolighed			Sikring af, at nødprocedurer fungerer tilfredsstillende  Backup af systemer med fastlagte intervaller	
1.1.7	Forsyningssystemer			I tilfælde af nedbrud evalueres den fastlagte proces	

<b>Std. nr.</b>	<b>Standardtitel</b>	<b>Evaluering</b>	<b>Audit</b>	<b>Andet</b>	<b>Ingen krav om kvalitetsovervågning</b>
1.2.1	Kvalitetspolitik				X
1.2.2	Kvalitetsovervågning og -forbedringstiltag	X	X		
1.2.4	Risikostyring	X			
1.2.5	Patientidentifikation		X		
1.2.6	Utilsigtede hændelser			Kvartalsvis evaluering af rapporter	
1.2.7	Patientklager og patienterstatningssager	X			
1.2.8	Vold og trusler mod personale	X			
1.3.1	Dokumentstyring				X
1.3.2	Patientjournalen		X		
1.4.1	Ansættelse af personale	X			
1.4.2	Introduktion af nyt personale				X
1.4.3	Arbejdstilrettelæggelse				X
1.4.4	Uddannelse og kompetenceudvikling				X

<b>Std. nr.</b>	<b>Standardtitel</b>	<b>Evaluering</b>	<b>Audit</b>	<b>Andet</b>	<b>Ingen krav om kvalitetsovervågning</b>
1.5.1	Hygiejnepolitik				X
1.5.2	Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler				X
1.5.3	Hånd- og uniformshygiejne			Procesmåling af håndhygiejne en gang årligt	
1.5.4	Håndtering af smittekilder				X
1.5.5	Håndtering af affald og farlige stoffer				X
1.5.6	Håndtering af affald				X
1.6.1	Beredskabsplan	X		Evaluering af beredskabsøvelser	
				Evaluering efter beredskabshændelser	
1.7.1	Implementering af medicinsk udstyr				X
1.7.2	Medicinsk udstyr				X

<b>Std. nr.</b>	<b>Standardtitel</b>	<b>Evaluering</b>	<b>Audit</b>	<b>Andet</b>	<b>Ingen krav om kvalitetsovervågning</b>
1.8.1	Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning				X
1.8.2	Sikkerhed under transport	X			
1.9.1	Interhospitale transporter	X	X		
1.10.2	Telemedicin	X	X		
1.10.3	Kommunikationsudstyr				X
2.1.1	Informeret samtykke		X		
2.1.2	Inddragelse af patienten og pårørende			Undersøgelse	
2.1.4	Indbringelse af patient med afvigende adfærd	X			
2.2.1	Sundhedsfaglig visitation i AMK-vagtcentralen		X		
2.2.2	Teknisk disponering i AMK-vagtcentralen	X			
2.2.3	Melding og kommunikation	X	X		
2.4.1	Koordinering af medicinsk behandling	X			
2.5.1	Lægemidler #		X		

Std. nr.	Standardtitel	Evaluering	Audit	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
2.5.2	Lægemiddelhåndtering og -opbevaring #				X
2.6.1	Hjertestopbehandling #			Årlig efteruddannelse	
2.7.1	Afslutning af den præhospitale indsats på stedet #		X		
2.8.1	Overdragelse #	X	X		
2.9.1	Omsorg for den terminalt syge patient				X
3.1.1	Vurdering og behandling af patienter		X		

Frekvens af kvalitetsovervågning:

Std. nr.	Standardtitel	Årligt	2 x årligt	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
1.1.1	Ledelse				X
1.1.3	Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører	X			
1.1.4	Planlægning og drift				X

Std. nr.	Standardtitel	Årligt	2 x årligt	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
1.1.6	Datasikkerhed og -fortrolighed			Sikring af, at nødprocedurer fungerer tilfredsstillende  Backup af systemer med fastlagte intervaller	
1.1.7	Forsyningssystemer			I tilfælde af nedbrud evalueres den fastlagte proces	
1.2.1	Kvalitetspolitik				X
1.2.2	Kvalitetsovervågning og -forbedringstiltag	X			
1.2.4	Risikostyring	X			
1.2.5	Patientidentifikation		X		
1.2.6	Utilsigtede hændelser			Kvartalsvis evaluering af rapporter	
1.2.7	Patientklager og patienterstatningssager	X			

Std. nr.	Standardtitel	Årligt	2 x årligt	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
1.2.8	Vold og trusler mod personale			Evaluering, hvis tilfælde af vold og trusler mod personale	
1.3.1	Dokumentstyring				X
1.3.2	Patientjournalen		X		
1.4.1	Ansættelse af personale			Evaluering af proceduren, hvis der er sket ansættelser inden for det seneste år	
1.4.2	Introduktion af nyt personale				X
1.4.3	Arbejdstilrettelæggelse				X
1.4.4	Uddannelse og kompetenceudvikling				X
1.5.1	Hygiejnepolitik				X
1.5.2	Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler				X
1.5.3	Hånd- og uniformshygiejne	X			

Std. nr.	Standardtitel	Årligt	2 x årligt	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
1.5.4	Håndtering af smitekilder				X
1.5.5	Håndtering af affald og farlige stoffer				X
1.6.1	Beredskabsplan	X		Evaluering af beredskabsøvelser	
				Evaluering efter beredskabshændelser	
1.7.1	Implementering af medicinsk udstyr				X
1.7.2	Medicinsk udstyr				X
1.8.1	Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning				X
1.8.2	Sikkerhed under transport			Evaluering, hvis tilfælde med personskader	
1.9.1	Interhospital transport	X	X		
1.10.2	Telemedicin	X	X		
1.10.3	Kommunikationsudstyr				X

<b>Std. nr.</b>	<b>Standardtitel</b>	<b>Årligt</b>	<b>2 x årligt</b>	<b>Andet</b>	<b>Ingen krav om kvalitetsovervågning</b>
2.1.1	Informeret samtykke		X		
2.1.2	Inddragelse af patienten og pårørende			Undersøgelse	
2.1.4	Indbringelse af patient med afvigende adfærd	X			
2.2.1	Sundhedsfaglig visitation i AMK-vagtcentralen		X		
2.2.2	Teknisk disponering i AMK-vagtcentralen	X			
2.2.3	Melding og kommunikation	X	X		
2.4.1	Koordinering af medicinsk behandling	X			
2.5.1	Lægemidler #		X		
2.5.2	Lægemiddelhåndtering og -opbevaring #				X
2.6.1	Hjertestopbehandling #	X			
2.7.1	Afslutning af den præhospitalt indsats på stedet #		X		
2.8.1	Overdragelse #	X	X		
2.9.1	Omsorg for den terminalt syge patient				X

<b>Std. nr.</b>	<b>Standardtitel</b>	<b>Årligt</b>	<b>2 x årligt</b>	<b>Andet</b>	<b>Ingen krav om kvalitetsovervågning</b>
3.1.1	Vurdering og behandling af patienter		X		

## Bilag 3 – Begrebsliste

Begrebslisten, der er tilknyttet hele sættet af akkrediteringsstandarder, er udarbejdet for at sikre en fælles forståelse af de anvendte begreber og ord. Vigtigheden af, at organisationerne/enhederne selv får defineret, hvad de lokalt forstår ved akkrediteringsstandardernes ordlyd, skal dog understreges.

Begrebslisten er bl.a. baseret på Det Nationale Begrebsråd for Sundhedsvæsenet, Sundhedsvæsenets Kvalitetsbegreber og -definitioner (DSKS), gældende lovgivninger og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Term	Definition
ABCDE-Princippet	Procedure, der bruges ved initial vurdering og revurdering af patienten. A (airway) B (breathing) C (circulation) D (disability) E (exposure and environmental control)
Akkreditering	Procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Ved akkreditering gives en formel anerkendelse af, at personer eller organisationer er kompetente til at udføre sine opgaver
Akkrediteringsstandard	En standard, der beskriver krav, som lægges til grund for akkreditering
Aktivitetsmål	Beskriver den forventede produktion af ydelser, som en organisation/enhed skal levere i løbet af et kalenderår for et givent budget
Aktionsdiagnose	En vurdering af klinik, symptomer, observationer og målte værdier, hvorpå den efterfølgende behandling baseres
Aktør	Relevante kategorier af personale på det præhospitalt område
Akutlægebil	Udrykningskøretøj bemannet med en speciallæge og en assistent (ambulancebehandler eller paramediciner), der begge har erfaring i præhospital indsats i forbindelse med ulykker. Enheden medbringer medicin, andet behandlingsudstyr og kommunikationsudstyr til den præhospitalt indsats
Akuttaske	En samling af udstyr og lægemidler til anvendelse ved akutte hændelser, fx hjertestop eller anafylaksi
Akutbil	Udrykningskøretøj bemannet med én person (ambulancebehandler eller paramediciner) eller to personer (ambulancebehandler, paramediciner eller sygeplejerske), der alle har erfaring i præhospital indsats i forbindelse med ulykker. Enheden medbringer medicin, andet behandlingsudstyr og kommunikationsudstyr til den præhospitalt indsats

<b>Term</b>	<b>Definition</b>
Akutmedicinsk koordinerende læge (AMK-læge)	Den speciallæge, der i den konkrete situation leder AMK
Akut Medicinsk Koordinationscenter (AMK)	Den funktion i en region, der varetager den operative ledelse og koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats ved større ulykker eller katastrofer. AMK er indgangen, herunder kommunikationsmæssigt, til hele regionens sundhedsvæsen
Akutmodtagelse	Fysisk afdeling på et sygehus, hvortil akut syge eller tilskadekomne patienter kan visiteres eller indbringes; se også "Fælles akutmodtagelse"
Allergi	Ved allergi forstås en overfølsomhedsreaktion, som udløses af en immunologisk sygdomsmekanisme. Allergi giver anledning til reaktioner, der strækker sig fra lettere gener til alvorlige og livstruende reaktioner
AMK-vagtcentral	Regionens vagtcentral, som er en del af AMK funktionen, og som modtager alle sundhedsmæssige opkald fra alarmcentralen (1-1-2), varetager visitation og disponering af relevante præhospitale ressourcer og yder sundhedsfaglig vejledning og rådgivning
Analyse	En tilbundsgående undersøgelse af noget for at finde ud af dets bestanddele og sammensætning
Anamnese	Den del af en sygehistorie, som skyldes oplysninger fra patienten selv eller hans omgivelser om tidligere eller nuværende lidelser, bl.a. også patientens subjektive symptomer
Audit	Sundhedsfaglige personers gennemgang af konkrete processer (patientforløb og/eller arbejdsgange) med henblik på at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets/enhedens ydelser. Vurderingen foretages på grundlag af akkrediteringsstandarder og har til formål at afdække tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende forhold. Begrebet indeholder både dataindsamling, en vurdering af arbejdsgange samt resultatet af det afholdte auditmøde
Behandling	Undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient
Behandlingsansvarlig	Ledere og/eller medarbejdere, der er ansvarlige for patientbehandlingen
Beredskabsplan	En plan, der beskriver formål, organisering af beredskabet, kerneopgaver samt rolle- og ansvarsfordeling i forbindelse med beredskabshændelser. Sundhedsberedskabet består af sygehusberedskabet, herunder det præhospitale beredskab, samt lægemiddelberedskabet og beredskaber i den primære sundheds-tjeneste
Delegering	At give noget videre – som oftest en form for opgave eller ansvar. På det præhospitale område oftest, at en læge har delegeret ansvaret for behandling til ambulancebehandlere og paramedicinere
Dialogmøde	Møde for gensidig orientering og evaluering mellem parter

<b>Term</b>	<b>Definition</b>
Dokumentere	Fremlæggelse af dokumenter/notater, der underbygger en indikator eller en ydelse
Dokumentstyring	Styring eller administration af dokumenter
Dokumentstyringssystem	System, der understøtter dokumentstyringen; kan med fordel være it-baseret
Drivmiddel	Et stof, som ved forbrænding eller lignende overfører energi til drift af fx motorer
Eksposering	Påvirkning af personer, der udsættes for et farligt stof, forurening eller smitte
Enhed	En fællesbetegnelse for dele af en organisation, herunder stationer, ambulancer, akutlægebiler mv.
Evaluerer	Dokumenterer systematisk vurdering af en proces for at se, om den lever op til fastlagte mål eller krav
Evidens	Bedste foreliggende videnskabelig viden/bevis
Evidensbaseret	Medicinsk beslutningsgrundlag baseret på bedste foreliggende, empiriske evidens eller - i mangel af empirisk evidens – ekspertkonsensus
Faciliteter	Bygninger, udenomsarealer, inklusive p-pladser, alt nagelfast indvendigt, elektriske installationer, skilte eller lignende
Faglig kvalitet	Kvaliteten af de ydelser, som fagpersoner udfører i forbindelse med det kliniske arbejde
Fælles akutmodtagelse	Det sted på et akutsygehus, hvor et team af speciallæger og øvrigt sundhedspersonale står klar døgnet rundt, så man sikrer hurtig udredning og behandling af alle akutte patienter
Handleplan	Dækker generelt tiltag, som initieres på baggrund af en evaluering. Handleplaner beskriver som regel følgende: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Konkrete mål for indsatsen, herunder hvilken effekt, der ønskes</li> <li>• Hvilke tiltag, der skal gennemføres</li> <li>• Tidsramme for gennemførelsen</li> <li>• Hvem der er ansvarlig for gennemførelsen</li> <li>• Overvågning af målopfølgningen</li> <li>• Hvem der er ansvarlig for opfølgning</li> </ul>
Indikator	En evaluerbar variabel, der anvendes til at overvåge og evaluere kvalitet
Indsatsledelse	Den koordinerende ledelse (indsatsleder-politi), den tekniske og taktiske ledelse (indsatsleder-redningsberedskab) og den sundhedsfaglige ledelse (Indsatsleder Sundhed = ISL-SU)
Indsatsleder Sundhed (ISL-SU)	Den læge i indsatsområdet, der har det sundhedsfaglige ansvar og ledelsen af den præhospitale indsats i indsatsområdet, og som prioriterer og efter aftale med AMK visiterer de tilskadekomne/syge samt kommunikerer med AMK. ISL-SU er en del af indsatsledelsen

<b>Term</b>	<b>Definition</b>
Infektionshygiejne	Viden, der kan modvirke infektion og spredning heraf
Informeret samtykke	Samtykke, der er givet ved en konkret kontakt på grundlag af fyldestgørende information fra en sundhedsprofessionel
Instruks	Konkret anvisning til, hvorledes personale skal udføre specifikke opgaver
Interessent	Enhver med interesse for organisationen. Omfatter således ledere, medarbejdere, patienter, pårørende og eksterne samarbejdspartnere
Kendskab til	Anvendes i en række indikatorer om det at have viden om, at der findes et dokument, som omhandler et bestemt emne samt have relevant viden om indholdet i dokumentet til at kunne udføre en aktuel procedure
Klinisk kvalitet	Kvaliteten af de ydelser, som fagpersoner udfører i forbindelse med det kliniske arbejde
Kliniske retningslinjer	Systematisk udarbejdet evidensbaseret anbefaling og ofte klassificeret i henhold til deres metodologiske styrke, der anvendes i klinisk praksis, når der skal træffes beslutning om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke kliniske situationer
Kompetenceudvikling	Alle former for udvikling og læring, herunder intern og ekstern kursusaktivitet, efter- og videreuddannelse samt andre kompetenceudviklingsaktiviteter for alle ledere og medarbejdere
Kontinuitet	At patienten oplever et patientforløb, der forløber uden faglig ubegrundet ventetid
Koordination, medicinsk	Den samlede funktion, der omfatter tilrettelæggelse og ledelse af den afhjælpende medicinske indsats i forhold til den daglige koordinerende funktion af de sundhedsfaglige præhospital ressourcer, såvel som den samlede beredskabsmæssige koordinering ved store ulykker og hændelser. Begrebet omfatter således såvel den koordinerende læges opgave i indsatsområdet som AMK's opgaver i baglandet
Koordinering	Midlet til kontinuitet; proces med at få forskellige aktiviteter til at passe sammen
Kontrollere	Undersøge nogen eller noget for at se, om alt er i orden
Kvalitet	Egenskab ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde behov eller forventninger.  WHO's 5 punkter i relation til kvalitet: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Høj professionel standard</li> <li>• Høj patienttilfredshed</li> <li>• Helhed i patientforløbet</li> <li>• Minimal patientrisiko</li> <li>• Effektiv ressourceudnyttelse</li> </ul>
Kvalitetsbrist	At en given aktivitet ikke lever op til de ønskede eller fastsatte kvalitetsmål

<b>Term</b>	<b>Definition</b>
Kvalitetsmål	Mål for den ønskede kvalitet
Kvalitetsorganisation	Gruppe i organisationen, der tilrettelægger systemer og arbejdsgange, der understøtter implementeringen og monitoreringen af kvalitetspolitikken. Kvalitetsorganisationen kan omfatte et kvalitetsråd og tværgående, rådgivende udvalg. I kvalitetsrådet kan indgå såvel ledere som valgte/udpegede medarbejderrepræsentanter
Kvalitetssikring	Aktivitet, der har til formål at sikre overensstemmelse mellem eksplicite kvalitetsmål og det faktisk opnåede kvalitetsniveau
Kvalitetsudvikling	De samlede aktiviteter og metoder, der har til formål systematisk og målrettet at forbedre kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats inden for de eksisterende rammer af den etablerede viden
Ledelse	Omfatter ledere i en organisation/enhed
Leder	En person, ansat i en organisation/enhed til at lede medarbejdere; personale = ledere og medarbejdere
Logbog	Omfatter systematisk registrering af relevante data enten skriftligt eller elektronisk
Lægemiddel	Produkt, der er sammensat af et eller flere lægemiddelstoffer i en bestemt lægemiddelform og -styrke
Lægemiddeladministration	Administration af medicin til patienter, herunder den fornødne observation af patienten
Lægemiddeldispensering	De processer, hvorved personalet optæller eller tilbereder ordineret lægemiddel til indgift; dvs. afmåler, ophælder eller optrækker i anden beholder samt eventuelt tilsætter middel til opløsning eller blanding
Lægemiddeldosering	Fastlæggelse af doseringsplan, lægemiddelvolumen og -dosis
Lægemiddelordination	Del af medicinering, hvor det planlægges, hvilket lægemiddel en patient skal tilføres
Medarbejder	En person ansat i en organisation/enhed og som arbejder sammen med andre; personale = ledere og medarbejdere
Medarbejderudviklingsplan	Plan for den enkelte medarbejder, der beskriver en udvikling og eventuel uddannelse, som er aftalt mellem den enkelte medarbejder og dennes umiddelbare leder; udvikles på baggrund af MUS
Medarbejderudviklings-samtale (MUS)	Regelmæssigt gennemført samtale mellem medarbejder og dennes umiddelbare leder om evaluering og drøftelse af medarbejderudviklingsplanen
Medicinering	Sundhedsaktivitet, der består i at tilføre patienten et lægemiddel
Medicinsk teknologivurdering (MTV)	En medicinsk teknologivurdering er en alsidig, systematisk vurdering af forudsætningerne for og konsekvenserne af at anvende medicinsk teknologi

<b>Term</b>	<b>Definition</b>
Medicinsk udstyr	Udstyr hørende under definitionen af "Medicinsk udstyr" i bekendtgørelse nr. 1263 af 15. december 2008: Ethvert instrument, apparat, udstyr, software, materiale eller anden genstand anvendt alene eller i kombination, herunder software, som af fabrikanten er beregnet til specifik anvendelse til diagnostiske eller terapeutiske formål, og som hører med til korrekt brug heraf, og som af fabrikanten er beregnet til anvendelse på mennesker med henblik på diagnosticering, forebyggelse, overvågning, behandling eller lindring af sygdomme og skader, og hvis forventede hovedvirkning i eller på det menneskelige legeme ikke fremkaldes ad farmakologisk, immunologisk eller metabolisk vej, men hvis virkning kan understøttes ad denne vej
Meldesystem	Det system, der sikrer, at en melding bliver overdraget fra AMK-vagtcentralen til de præhospitale enheder
Melding	Kommunikationen fra AMK-vagtcentral til præhospitale enheder
Monitorering	Overvågning af bestemt proces eller områder
Målopfyldelse	Efterlevelse af krav i akkrediteringsstandarder eller indikatorer
Nærmeste pårørende	Person, som en patient giver tilladelse til at kunne blive inddraget i forbindelse med en patientkontakt. De pårørende kan være slægtninge, men det kan også være en god ven
Observationsfund, kritisk	Observationsfund, der tyder på forværring af patientens tilstand eller afviger fra det forventede forløb
Optageadresse/ optagested	Det sted, rekvirenten af en ambulance har angivet, at patienten opholder sig
Ordination	En læges anvisning af medicin eller behandling
Organisation	Et antal mennesker, der samarbejder om at nå et eller flere fælles mål i en virksomhed eller offentlig institution
Organisationsplan	Plan, der beskriver, hvilke funktioner/stillingskategorier, der indgår i en bestemt organisation
Organisatorisk kvalitet	Tilrettelæggelse af patientforløb, så det fremstår koordineret samt rationel ressourceudnyttelse
Paramediciner	Ambulancebehandler med særlig kompetence, som sætter den pågældende i stand til at udføre avanceret præhospital behandling. Denne behandling sker efter lægelig delegation
Patientjournal	Omfatter alle data, der vedrører patientbehandlingen
Patientsikkerhed	Sikkerheden for patienter mod skade og risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats og ydelser eller mangel på samme
Patienttilfredshedsundersøgelse	Omfatter undersøgelser af den patientoplevede tilfredshed med organisationens udbudte ydelser

<b>Term</b>	<b>Definition</b>
Patientoplevelt kvalitet	Den kvalitet, en given patient oplever i kontakten med sundhedsvæsenet
Personale	Det samlede antal personer, der er ansat i en organisation/enhed; personale = ledere og medarbejdere
Personhenførbare data	Data, der kan identificere/henføres direkte til en patient; eksempler er CPR-numre og data, hvor diagnoser er koblet til CPR-numre
Plan	Beskrivelse af konkrete tiltag for at opnå et givet mål, fx som udmøntning af en politik eller retningslinje
Politik	Beskrivelse af, hvilke intentioner organisationen har i forhold til et specifikt emne/område; afspejler organisationens standpunkter og værdier
Procedure	En fremgangsmåde for, hvordan noget skal gøres
Proces	Anvendes i en række indikatorer på trin 1 om beskrivelse eller anvisninger om <i>mål, metoder, fordeling af opgaver og ansvar, samt opfølgning</i> i forhold til et givent emne. En proces behøver ikke nødvendigvis at foreligge i form af et retningsgivende dokument. I stedet kan en proces være dokumenteret i form af fx ledelsesreferater
Program	Et samlebegreb for et sæt af aktiviteter, der fører frem mod de samme mål; kan understøtte en politik
Præhospital indsats	Indsatsen inden ankomst til sygehus over for akut syge, tilskadedkomne og fødende, har til formål at redde liv, forbedre helbredsudsigter, formindske smerter og andre symptomer, afkorte det samlede sygdomsforløb, yde omsorg og skabe tryghed
Pårørende	Person, der har et tilknytningsforhold til en patient i forbindelse med en patientkontakt; se også "nærmeste pårørende"
Rammeordination	Lægen overdrager til andre faggrupper at iværksætte behandling med udvalgte lægemidler til grupper af patienter med velbeskrevne sygdomme eller symptomer. Rammeordinationer er beskrevet utvetydigt i en instruks, som er opdateret og godkendt. Instruksen skal indeholde oplysninger om, hvad der kan ordineres, hvem der kan ordinere, og hvilke patienter/grupper, der må ordineres til
Rendez-vous-punkt	Det sted hvor en akutlægebil eller akutlægehelikopter møder en ambulance for at kunne yde lægelig præhospital indsats tidligere og eventuelt foretage hurtigere transport
Retningsgivende dokument	Ledelsesgodkendt dokument i organisationen, fx retningslinje, instruks, politikker, virksomhedsgrundlag, planer alt afhængig af akkrediteringsstandardens fokusområde
Retningslinje	Systematisk udarbejdet anvisning, der skal anvendes af ledere og medarbejdere, når de skal træffe beslutning om den rette fremgangsmåde
Risiko	Mulighed for at noget uheldigt eller uønskeligt vil ske

<b>Term</b>	<b>Definition</b>
Risikostyring	De konkrete tiltag, der gøres for at identificere, vurdere, begrænse og forbygge skade og risiko for skade med henblik på at opnå en øget patientsikkerhed
Risikovurdering	En systematisk måde at identificere og behandle risikofaktorer og usikkerhed på som led i en helhedsbetragtning
Skabelon	Ensartet ramme for et givent dokument, der beskriver både form og indhold
Skadested	Det samlede område, som dels omfatter den lokalitet, hvor der er indtruffet en skade, dels redningsberedskabets arbejdsområde. Skadestedet er således redningsberedskabets indsatsleders ansvarsområde. Skadestedet afgrænses af den indre afspærring.
Sundhedsberedskabet	Sundhedsvæsenets evne til at kunne udvide og omstille sin behandlings- og plejekapacitet m.v. udover det daglige beredskab – såvel ved større ulykker og hændelser, herunder krig. Sundhedsberedskabet omfatter sygehusberedskabet, lægemiddelberedskabet og beredskabet i den primære sundhedstjeneste.
Sundhedsfaglig visitation	AMK-vagtcentralens beslutning om niveau for præhospital indsats, herunder responstyper og hvor mange der skal til for at løse en konkret opgave
Survey	Systematisk vurdering af opfyldelsesgraden af kravene i akkrediteringsstandarderne, der foretages af eksterne surveyors fra andre organisationer
Surveyor	Fagperson, der efter specialuddannelse, vurderer organisationens opfyldelse af akkrediteringsstandarderne
Sygehus	En fællesbetegnelse for sygehuse, hospitaler, psykiatriske sygehuse og privathospitaler med en fælles topledelse med driftsansvar
Systematisk	Planmæssigt eller metodisk
Teknisk disponering	AMK-vagtcentralens tildeling af opgaven til et eller flere konkrete køretøjer af den ønskede type
Telemedicin	At en sundhedsperson ved hjælp af video, billeder, lyd eller måleresultater inddrager en specialist, som ikke er til stede dér, hvor patienten befinder sig, i diagnostik og behandling
Triage	En løbende medicinsk prioritering af akut syge og tilskadekomne
Trussel	Potentiel skadevolder
Uddannelse	Den uddannelsesforpligtelse, organisationen har i forbindelse med personer under formel uddannelse – altså cirkulærebestemte uddannelser i forbindelse med praktik, turnus osv.
Udredning	Omfatter forløbet, fra patienten henvender sig med symptomer, til en diagnose er stillet. Diagnosticering er en del af en udredning.

Term	Definition
Udrustning	Udrustning i en ambulance skal være således, at der kan ydes syge, tilskadekomne og fødende en skånsom optagning, overvågning og behandling og skånsom transport til sygehus eller andet behandlingssted. Ambulancer skal være udrustet med værktøj, der muliggør basal frigørelse af patienten, samt brandslukningsudstyr til bekæmpelse af mindre brande. Ambulancer skal via radio, mobiltelefon eller lignende kunne kommunikere med alarmcentralen, AMK-vagtcentral og relevante sygehusafdelinger mv.
Visitation	Vurdering af symptomer, beslutning om rette behandlingssted mv.