



Akkrediteringsstandarder for Akuttelefonen 1813

0. version, 1. udgave

Marts 2015

DDKM



Institut for Kvalitet og Akkreditering
i Sundhedsvæsenet



Indholdsfortegnelse

Indledning	4
Organisatoriske standarder	5
Ledelse	5
1.1.1 - Ledelse.....	5
1.1.3 - Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører	7
1.1.4 - Planlægning og drift.....	9
1.1.6 - Datasikkerhed og -fortrolighed	11
1.1.7 - Forsyningssystemer	13
Kvalitets- og risikostyring	14
1.2.1 - Kvalitetspolitik.....	14
1.2.2 - Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag.....	16
1.2.4 - Risikostyring	18
1.2.5 - Patientidentifikation.....	20
1.2.6 - Utsigtede hændelser.....	21
1.2.7 - Patientklager og patienterstatningssager	23
1.2.8 - Vold og trusler mod personale	25
Dokumentation og datastyring.....	27
1.3.1 - Dokumentstyring.....	27
1.3.2 Patientjournalen	29
Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling.....	31
1.4.1 - Ansættelse af personale	31
1.4.2 - Introduktion af nyt personale.....	33
1.4.3 - Arbejdstilrettelæggelse	35
1.4.4 - Uddannelse og kompetenceudvikling	36
Hygiejne	38
1.5.2 - Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler	38
1.5.3 - Hånd- og uniformshygiejne.....	39
Beredskab.....	40
1.6.1 - Beredskabsplan.....	40
Apparatur og teknologi.....	41
1.7.1 - Implementering af medicinsk udstyr	41
1.7.2 - Medicinsk udstyr.....	42
Kommunikation	44
1.10.3 - Kommunikationsudstyr	44
Generelle patientforløbsstandarder	45
Patientinddragelse – information og kommunikation	45
2.1.1 - Informeret samtykke	45
2.1.2 - Inddragelse af patienten og pårørende.....	46
Visitation, disponering og melding	48
2.2.1 Sundhedsfaglig visitation og henvisninger #.....	48
2.2.3 Kommunikation mellem aktører	51
Koordinering og kontinuitet	52
2.4.1 - Koordinering af medicinsk behandling.....	52
Medicinering.....	53
2.5.1 Lægemiddelordination og receptfornyelse #.....	53
2.5.2 - Lægemiddelhåndtering og -opbevaring #	55

Genoplivning	57
2.6.1 - Hjertestopbehandling #	57
Afslutning til egen omsorg.....	58
2.7.1 Afslutning til egen omsorg #	58
Specifikke kliniske tilstande.....	60
Specifikke kliniske tilstande.....	60
3.1.2 Patientbehandling ved akutte lægebesøg i hjemmet #	60
Bilag 1 - Begrebsliste	61
Bilag 2 - Oversigt over indikatorer med kvalitetsovervågning	70

Indledning

Hermed foreligger det standardsæt, der i juni 2015 skal udgøre grundlaget for det eksterne survey af Region Hovedstadens Akuttefon 1813.

Standardsættet er et element i det udviklingsprojekt, som IKAS's bestyrelse godkendte den 5. december 2014 og som har til formål at udvikle en model, der kan vurdere Akuttefonen 1813's evne til at arbejde med kvalitetsudvikling og -forbedring, og som kan munde ud i et eksternt survey og efterfølgende akkreditering. Vurderingen af Akuttefonen 1813 skal bygge på samme principper, som kendes fra IKAS's akkrediteringsarbejde i de øvrige sektorer i sundhedsvæsenet. For mere information herom henvises til IKAS's hjemmeside: www.ikas.dk.

Standardsættet består af elementer fra de tilsvarende standardsæt gældende for Almen Praksis og fra Det Præhospitale område, ligesom der er udviklet og tilføjet en række nye standarder. Generelt er standarderne - på baggrund af drøftelser med repræsentanter fra Akuttefonen 1813 - tilpasset i forhold til de særlige aspekter, der er gældende for en organisation som Akuttefonen 1813.

Standardsættet er udviklet med det klare formål at det skal give mest mulig mening for de involverede medarbejdere i forhold til de opgaver, som de varetager i det daglige. Standardsættet skal således ses som en "spørgeguide" og ikke som en "checkliste", og standardsættet vil udgøre rammen for de eksterne surveyors arbejde i forbindelse med besøget. Den eksterne vurdering vil således primært blive gennemført ved brug af traceraktivitet, herunder korte interviews, observation samt eventuelt nedslag i journaler. Hertil kommer et større kvalitets- og ledelsesinterview.

Det eksterne survey tilrettelægges således, at det afvikles samtidig med det planlagte survey af Den Præhospitale Virksomhed i Region Hovedstaden, og det vil til en vis grad være koordineret med dette. De to surveys vil dog blive vurderet hver for sig og eventuelle konstateringer af manglende standardopfyldelse hos Akuttefonen 1813 vil ikke have betydning for vurderingen af Den Præhospitale Virksomhed.

Organisatoriske standarder

Ledelse

Titel	1.1.1 - Ledelse	Nummer	1.1.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ledelse		
Formål	<ul style="list-style-type: none"> • At de fælles værdier, mål og overordnede strategier for det regionale præhospitale system afspejles i organisationernes opgavevaretagelse overfor ledere, medarbejdere og interessenter • At skabe klarhed over generelle ledelsesmæssige krav og forventninger til ledere 				
Indhold	<p>Den enkelte regionale præhospitale organisation og den enkelte leverandør har et virksomhedsgrundlag.</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>Den enkelte regionale præhospitale organisation og den enkelte leverandør arbejder efter et ledelsesgrundlag, der beskriver, hvilke krav og forventninger, der stilles til ledere og den enkelte leders beslutningskompetence og referenceforhold.</p>				

Titel	1.1.1 - Ledelse	Nummer	1.1.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ledelse		
	<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>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Der er et virksomhedsgrundlag, der definerer vision, mission, værdier, overordnede strategier og etiske principper.				
Indikator 2	Ved interviews med ledere kan de redegøre for deres ansvar, opgaver, beslutningskompetence og referenceforhold og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				

Titel	1.1.3 - Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører	Nummer	1.1.3		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ledelse		
Formål	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • optimal opgaveløsning • at kommandoveje og ansvarsområder er klare, når regionale præhospitale organisationer og leverandører samarbejder om fælles opgaveløsning 				
Indhold	<p>Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører beskriver opgavefordeling, ansvarsfordeling, referenceforhold og kommunikationsveje.</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>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Kontrakter og aftaler beskriver opgavefordeling.				
Indikator 2	Kontrakter og aftaler beskriver ansvarsfordeling.				

Titel	1.1.3 - Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører	Nummer	1.1.3		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ledelse		
Indikator 3	Kontrakter og aftaler beskriver referenceforhold.				
Indikator 4	Kontrakter og aftaler beskriver kommunikationsveje.				
Indikator 5	Kontrakter og aftaler indeholder kvalitetsmål for de leverede ydelser.				
Indikator 6	Kontrakter og aftaler beskriver, hvordan det overvåges, om kvalitetsmålene nås.				
Indikator 7	Kontrakter og aftaler beskriver, hvem der har ansvaret for at gennemføre forbedringstiltag, hvis kvalitetsmålene ikke nås.				
Indikator 8	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.				
Indikator 9	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.				

Titel	1.1.4 - Planlægning og drift	Nummer	1.1.4		
Sektor	Akuttefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ledelse		
Formål	At sikre, at regionale præhospitale organisationer og leverandørers ressourcer anvendes hensigtsmæssigt i forhold til definerede mål.				
Indhold	<p>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.</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>				
Krydsreferencer	<p>1.1.1 Ledelse</p> <p>1.1.3 Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører</p> <p>1.2.1 Kvalitetspolitik</p> <p>1.2.2 Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag</p> <p>1.4.4 Uddannelse og kompetenceudvikling</p>				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan aktivitetsmål og budgetter fastlægges, hvordan der følges op og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
Indikator 2	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.				
Indikator 3	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan mål for kvalitet fastlægges og vise eksempler på konkrete mål.				
Indikator 4	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan aktivitetsmål og budgetter fastlægges og hvordan der følges op.				

Titel	1.1.4 - Planlægning og drift	Nummer	1.1.4		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ledelse		
Indikator 5	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.				
Indikator 6	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.				
Indikator 7	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.				
Indikator 8	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.				

Titel	1.1.6 - Datasikkerhed og -fortrolighed	Nummer	1.1.6		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ledelse		
Formål	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • beskyttelse mod misbrug og tab af personfølsomme oplysninger • fortrolighed, tilgængelighed og hensigtsmæssig og kontrolleret adgang for relevant brug af data i overensstemmelse med gældende lovgivning på området 				
Indhold	<p>Personhenførbare data behandles, opbevares og destrueres sikkert.</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"> fortrolighed og tavshedspligt videregivelse af oplysninger sporbarhed af transaktioner opbevaring af og adgang til personhenførbare data destruktion af personhenførbare dokumenter og data forholdsregler ved systemnedbrud forholdsregler ved uretmæssig adgang <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>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	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.				
Indikator 2	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.				
Indikator 3	Der udføres backup af systemer, der indeholder informationer, der bruges i forbindelse med behandling af patienter med intervaller, der er fastlagt af organisationen.				
Indikator 4	Med intervaller, der er fastlagt af organisationen, sikres det, at nødprocedurer				

Titel	1.1.6 - Datasikkerhed og - fortrolighed	Nummer	1.1.6		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ledelse		
	i forbindelse med systemnedbrud fungerer tilfredsstillende.				

Titel	1.1.7 - Forsyningssystemer	Nummer	1.1.7		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ledelse		
Formål	At sikre, at forsyningssystemer opfylder personalets og patienters behov og krav til sikkerhed og funktionalitet og myndighedernes krav.				
Indhold	<p>Forsyningssystemer understøtter opgaveløsning, drift og sikkerhed for personale og patienter.</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> <ol style="list-style-type: none"> a. vare- og medicinleverancer b. it- og kommunikationsudstyr c. informationssystemer d. el e. ventilation f. vand g. varme h. drivmiddelforsyning i. medicinske gasser j. medicinsk udstyr k. transportmidler <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>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospital system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan de forsyningssystemer, de har ansvaret for, fungerer.				
Indikator 2	Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan de vil handle i tilfælde af svigt i forsyningssystemer.				
Indikator 3	<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

Titel	1.2.1 - Kvalitetspolitik	Nummer	1.2.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kvalitets- og risikostyring		
Formål	<p>At sikre og udvikle:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kvaliteten som en integreret del af driften • sikkerhedskulturen • kvalitetsforbedringer af ydelser <p>At sikre, at intern og ekstern viden om forbedringsmuligheder omsættes til handling.</p>				
Indhold	<p>Den enkelte regionale præhospital organisation og den enkelte leverandør har en kvalitetspolitik, der fastsætter rammerne for kvalitetsarbejdet og understøtter fastsatte mål.</p> <p>Kvalitetspolitikken skal understøtte fastsatte mål og beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> overordnede mål for kvalitetsarbejdet, herunder en beskrivelse af, hvordan ny evidensbaseret viden, forskningsresultater og anden udvikling inddrages hvordan kvalitetspolitikken understøtter virksomhedsgrundlaget ansvaret for at gennemføre kvalitetspolitikken indsatsen for at fremme en kvalitetskultur uddannelse og kompetenceudvikling inden for kvalitetsudvikling systemer og samarbejdsformer, der giver mulighed for at indhente, bearbejde og monitorere nødvendige kvalitetsdata nationale og regionale kvalitetskrav, der skal overholdes <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>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospital system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Der er en kvalitetspolitik, der beskriver organisationens overordnede mål og placeringen af ansvaret for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet.				
Indikator 2	Ved interviews med ledere kan de redegøre for deres opgaver og ansvar i forbindelse med implementeringen af kvalitetspolitikken og henvise til doku-				

Titel	1.2.1 - Kvalitetspolitik	Nummer	1.2.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kvalitets- og risiko- styring		
	menter, hvor det er beskrevet.				
Indikator 3	Ved interviews med relevante ledere kan de redegøre for, hvordan de gennemfører monitorering af implementeringen af kvalitetspolitikken.				

Titel	1.2.2 - Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag	Nummer	1.2.2		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kvalitets- og risikostyring		
Formål	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • et datagrundlag til prioritering og udvikling af kvalitet • at intern og ekstern viden om forbedringsmuligheder omsættes til handling 				
Indhold	<p>Kvalitet dokumenteres og monitoreres i overensstemmelse med nationalt, regionalt og lokalt fastlagte krav.</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, patientoplevelt 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"> organisationens særlige fokusområder for kvalitetsudvikling prioriteres prioriteringen af indsatser baseres på data fra interne og eksterne kilder til kvalitetsovervågning ansvaret for udarbejdelse af analyser og handleplaner fastlægges årsagen til manglende målopfyldelse konstateres relevante parter deltager i arbejdet med at finde løsninger på manglende målopfyldelse og stimuleres til kontinuerlig udvikling <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"> mål for indsatsen hvilke tiltag, der skal gennemføres tidsramme for gennemførelse hvem der er ansvarlig for gennemførelse hvordan målopfyldelsen overvåges 				

Titel	1.2.2 - Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag	Nummer	1.2.2		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kvalitets- og risikostyring		
	<p>f. hvem der er ansvarlig for opfølgning</p> <p>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.</p>				
Krydsreferencer	1.1.4 Planlægning og drift				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospital system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	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.				
Indikator 2	Der indsamles data i overensstemmelse med planerne for dokumentation og monitorering.				
Indikator 3	Relevante kvalitetsresultater offentliggøres.				
Indikator 4	Ledelsen formidler relevant information til personale om kvalitetsresultater i de monitorerede områder.				
Indikator 5	Ved interviews med ledere kan de redegøre for deres opgaver og ansvar i forbindelse med beslutninger om iværksættelse og gennemførelse af kvalitetsforbedringstiltag og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet og eksempler på dette.				
Indikator 6	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.				
Indikator 7	En gang årligt evaluerer ledelsen eventuelle mønstre og tendenser i de monitorerede områder.				
Indikator 8	En gang årligt evalueres kvalitetsresultater i relevante fora på regionalt niveau.				
Indikator 9	<p>To gange årligt gennemføres audit med fokus på nationale kvalitetsmål for den præhospital indsats i Danmark.</p> <p>Denne indikator træder i kraft, når der kan rekvireres resultater fra den kommende akutdatabase.</p>				

Titel	1.2.4 - Risikostyring	Nummer	1.2.4		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kvalitets- og risikostyring		
Formål	<ul style="list-style-type: none"> • at fremme en sikkerhedskultur, hvor der skabes læring og forbedringer på baggrund af en systematisk tilgang til risikostyring • at begrænse risikoen for skader på patienter, pårørende, personale og organisationen 				
Indhold	<p>Organisationen identificerer, vurderer, begrænser og forebygger skade og risiko for skade på patienter, medarbejdere og organisationen.</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 arbejdsgange 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> <ol style="list-style-type: none"> hvem, der er ansvarlig for gennemførelse af risikovurdering hvordan risikovurdering gennemføres 				

Titel	1.2.4 - Risikostyring	Nummer	1.2.4		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kvalitets- og risikostyring		
	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				
Krydsreferencer	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 2.5.1 Lægemiddelordination og receptfornyelse				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospital system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Der er en plan for risikostyring.				
Indikator 2	Ved interview med ledere kan de redegøre for, hvordan man får et samlet billede af risikostyringen og henvise til dokumenter, der beskriver risikosituationen.				
Indikator 3	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.				
Indikator 4	Organisationen evaluerer årligt sin samlede risikostyring.				

Titel	1.2.5 - Patientidentifikation	Nummer	1.2.5		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kvalitets- og risikostyring		
Formål	At sikre, at den rette behandling gives til den rette patient.				
Indhold	<p>Den regionale præhospitale organisation og leverandørerne foretager patientidentifikation.</p> <p>For at sikre korrekt identifikation kan særlige forholdsregler fx beskrives for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • børn • inhabile, herunder bevidstløse, psykotiske, påvirkede • personer med sproglige vanskeligheder • flere personer involveret i ulykker • afdøde • patienter, hvis identitet ikke kan fastslås <p>Patientidentifikation skal tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende vejledning.</p>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Der er retningslinjer for identifikation af patienter.				
Indikator 2	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for deres ansvar, opgaver, beslutningskompetence og referenceforhold og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
Indikator 3	To gange årligt gennemføres audit med fokus på patientidentifikation.				
Referencer					
1.	Vejledning nr. 9808 af 13. december 2013 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet				

Titel	1.2.6 - Utilsigtede hændelser	Nummer	1.2.6		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kvalitets- og risikostyring		
Formål	<p>At:</p> <ul style="list-style-type: none"> • fremme en patientsikkerhedskultur, hvor der skabes læring og forbedringer på baggrund af utilsigtede hændelser • begrænse risikoen for skader på patienter • tilbyde patienter, pårørende og personale relevant omsorg efter en utilsigtet hændelse 				
Indhold	<p>Organisationen rapporterer, analyserer, følger op på og skaber læring fra utilsigtede hændelser.</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"> hvem der lovmæssigt er forpligtet til at rapportere utilsigtede hændelser hvordan det sikres, at medarbejderne har viden om, hvad der rapporteres og hvordan, det sker. Specielt skal det beskrives, hvorledes nyansatte introduceres til dette hvordan patienter og pårørende informeres om deres mulighed for selv at indberette utilsigtede hændelser hvordan en utilsigtet hændelse rapporteres hvem der er ansvarlig for sagsbehandling, herunder for at sikre, at alvorlige hændelser analyseres dybdegående hvordan læring fra utilsigtede hændelser udtrages, udbredes og bruges hvordan der drages omsorg for patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse, herunder information om erstatnings- og klagemuligheder <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 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</p>				

Titel	1.2.6 - Utilsigtede hændelser	Nummer	1.2.6		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kvalitets- og risikostyring		
	gennem publikationer fra Patientombuddet eller gennem vidensdeling med andre organisationer.				
Krydsreferencer	1.1.4 Planlægning og drift 1.2.4 Risikostyring 1.2.5 Patientidentifikation 1.2.7 Patientklager og patienterstatningssager 1.3.2 Patientjournalen 1.7.1 Implementering af medicinsk udstyr 1.7.2 Medicinsk udstyr 2.5.1 Lægemeddelordination og receptfornyelse				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for, hvordan de vil rapportere en utilsigtet hændelse.				
Indikator 2	Ved interview med ledere i organisationen kan de redegøre for, hvordan utilsigtede hændelser anvendes til læring i organisationen.				
Indikator 3	Patienter og pårørende informeres om deres mulighed for at rapportere utilsigtede hændelser.				
Indikator 4	Ledelsen evaluerer mindst en gang i kvartalet de indkomne rapporter om utilsigtede hændelser med henblik på at identificere eventuelle mønstre og tendenser.				
Referencer					
1.	Bekendtgørelse nr. 1 af 3. januar 2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.				

Titel	1.2.7 - Patientklager og patienterstatningssager	Nummer	1.2.7		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kvalitets- og risikostyring		
Formål	<ul style="list-style-type: none"> • At sikre sagsbehandling af klager • At indsamle viden om patientklager og patienterstatningssager til læring 				
Indhold	<p>Den regionale præhospitale organisation og leverandørerne behandler og følger op på patientklager og patienterstatningssager.</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"> hvordan personer, der klager direkte til organisationen, informeres om deres rettigheder i henhold til lovgivningen håndtering, herunder tidsfrister afdækning af hændelsesårsager Hvordan læring, herunder også fra eventuelle dialogmøder mellem klager og organisationen uddrages, udbredes og bruges <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>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	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.				
Indikator 2	Ved interview med ledere kan de redegøre for, hvordan der gennemføres forebyggende tiltag på baggrund af patientklager og patienterstatningssager.				
Indikator 3	Der er informationsmateriale om mulighederne for at klage og søge erstatning. Materialet er tilgængeligt for patienter og pårørende.				
Indikator 4	To gange årligt evaluerer ledelsen behandling af og opfølgning på patientklager og patienterstatningssager.				

Titel	1.2.7 - Patientklager og patienterstatningssager	Nummer	1.2.7		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kvalitets- og risikostyring		
Referencer					
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				

Titel	1.2.8 - Vold og trusler mod personale	Nummer	1.2.8		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kvalitets- og risiko-styring		
Formål	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at hændelser, hvor vold og/eller trusler optræder, dokumenteres og analyseres • at der drages omsorg for personale, der har været udsat for vold og/eller trusler • at der sker forebyggende tiltag, der begrænser risikoen for, at personalet udsættes for vold og trusler 				
Indhold	<p>Den regionale præhospitale organisation og leverandørerne forebygger, registrerer, analyserer og følger op på episoder, hvor personale har været udsat for vold eller trusler.</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"> a. definition af vold og trusler b. hvornår politiet involveres, herunder hvornår politiets ankomst skal afventes før patientkontakt c. hvilke metoder, der anvendes til analyse af anmeldelser af vold og trusler d. hvordan anmeldelser dokumenteres e. hvem der er ansvarlig for behandling af anmeldelser f. muligheder for hjælp til bearbejdning af episoder, hvor personale har været udsat for vold og/eller trusler g. hvordan læring fra anmeldelser om vold og trusler uddrages, udbredes og anvendes h. hvordan forebyggende tiltag gennemføres i. information om erstatningsmuligheder <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>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews kan ledere og medarbejdere redegøre for, hvordan vold og trusler mod personale håndteres.				

Titel	1.2.8 - Vold og trusler mod personale	Nummer	1.2.8		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kvalitets- og risikostyring		
Indikator 2	Der er et register over anmeldelser om vold og trusler.				
Indikator 3	<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 datastyring

Titel	1.3.1 - Dokumentstyring	Nummer	1.3.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Dokumentation og datastyring		
Formål	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dokumenter er tilgængelige, opdaterede og godkendt af relevante personer • gyldige dokumenter entydigt kan identificeres • udgåede dokumenter kan genfindes i arkiveringsperioden 				
Indhold	<p>Den regionale præhospitale organisation og leverandørerne anvender et dokumentstyringssystem.</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"> a. formål b. anvendelsesområde c. gyldighedsperiode <p>Retningslinjerne for dokumentstyring beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. ansvar for sikring af dokumentstyringen b. hvilke dokumenter, der indgår i dokumentstyringen. Som minimum skal retningsgivende dokumenter være omfattet c. hvordan dokumenter udarbejdes og godkendes d. hvordan dokumenter er tilgængelige, herunder hvordan dokumenter med kritisk betydning for patientbehandlingen er tilgængelige ved nedbrud af dokumenthåndteringssystemer e. historik for dokumenter og versionsstyring f. arkiveringsperiode gældende for de forskellige dokumenttyper i henhold til gældende regler g. hvordan ugyldige dokumenter fjernes 				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	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.				
Indikator 2	Stikprøvekontrol foretaget af surveyors viser, at retningsgivende dokumenter er godkendt.				
Indikator 3	Stikprøvekontrol foretaget af surveyors viser, at der ikke forekommer ugyldige				

Titel	1.3.1 - Dokumentstyring	Nummer	1.3.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Dokumentation og datastyring		
	dokumenter, som kan antages for at være gældende.				

Titel	1.3.2 Patientjournalen	Nummer	1.3.2		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Dokumentation og datastyring		
Formål	<p>At sikre, at patientjournalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> • indeholder de elementer, der fremgår af lovgivningen og vejledninger • understøtter den kliniske beslutningsproces • fremmer kontinuiteten i patientforløbet • indeholder standardiserede oplysninger 				
Indhold	<p>Alle patienter har en patientjournal, der er ajourført, lettilgængelig, og som indeholder alle relevante data om patienten.</p> <p>Retningslinjerne for journalføring beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. hvornår, der oprettes en patientjournal b. krav til fælles indhold, som overholder gældende lovgivning, vejledninger mv. c. hvem, der er bemyndiget til at notere i patientjournalen d. krav til journalføring af samtykke og information e. anvendelse af forkortelser og symboler f. principper for journalføring, herunder rettelser g. videregivelse af oplysninger <p>Retningslinjerne for indholdet i patientjournalen beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. patientens identitet b. anamnese c. den kliniske beslutningsproces d. lægemiddelordinationer og receptfornyelse e. allergi f. patientens informerede samtykke g. dokumentation af telefonisk rådgivning, visitation eller henvisning h. dokumentation, såfremt patienten afviser rådgivning eller visitation 				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Akuttelefonen 1813				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Der er retningslinjer for journalføring.				
Indikator 2	Der er retningslinjer for indholdet af journalen.				
Indikator 3	<p>Stikprøvekontrol foretaget af surveyors viser, at der for patienter, der har kontaktet Akuttelefonen 1813, foreligger en journal, der beskriver rådgivning, visitation, lægemiddelordination, receptfornyelse og henvisning.</p> <p>I stikprøven indgår både patienter, der er rådgivet til egen omsorg, patienter, der er visiteret til akutmodtagelser og akutklinikker, og patienter, der er henvist til andre dele af sundhedsvæsenet.</p>				

Titel	1.3.2 Patientjournalen	Nummer	1.3.2		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Dokumentation og datastyring		
Indikator 4	To gange årligt gennemføres audit med fokus på, om patientjournalen følger gældende lovgivning og vejledninger.				
Indikator 5	Stikprøvekontrol foretaget af surveyors viser, at patientjournalen indeholder de oplysninger, der er nødvendige for, at akutmodtagelser og akutklinikker kan sikre kontinuiteten i patientforløbet.				

Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling

Titel	1.4.1 - Ansættelse af personale	Nummer	1.4.1		
Sektor	Akuttefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling		
Formål	<p>At sikre, at</p> <ul style="list-style-type: none"> • der ansættes personale med relevante kvalifikationer og kompetencer i forhold til opgaverne • ansættelser foregår ud fra en fastlagt ansættelsesprocedure 				
Indhold	<p>Den regionale præhospitale organisation og leverandørerne ansætter personale med udgangspunkt i en fastlagt proces, der er beskrevet i en ansættelsespolitik.</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"> ansættelsesprocedure stillings-/funktionsbeskrivelse med angivelse af ansvarsområde, opgaver, kompetence- og uddannelseskrav hvordan formelle kvalifikationskrav kontrolleres <p>Ansættelsesproceduren kan fx omfatte følgende:</p> <ol style="list-style-type: none"> regler for annoncering skriftlig bekræftelse på ansøgningen udvælgelsesprocedurer skriftlig meddelelse til den udvalgte ansøger og afslag til de øvrige ansøgere nyansat modtager et ansættelsesbrev med oplysninger om ansættelsens vilkår og betingelser inden tiltrædelsen <p>Ansættelsesproceduren skal evalueres regelmæssigt. Så længe der ikke er ansat nyt personale det seneste år, er det ikke relevant at evaluere ansættelsesproceduren.</p>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				

Titel	1.4.1 - Ansættelse af personale	Nummer	1.4.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ansættelse, arbejds-tilrettelæggelse og kompetenceudvikling		
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews kan ledere redegøre for deres ansvar og opgaver i forhold til ansættelsespolitikken og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
Indikator 2	Stikprøvekontrol foretaget af surveyors viser, at personalet har en stillings-/funktionsbeskrivelse				
Indikator 3	Ved interviews med ledere med personaleansvar kan de redegøre for, hvordan formelle kvalifikationskrav kontrolleres.				
Indikator 4	<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>				

Titel	1.4.2 - Introduktion af nyt personale	Nummer	1.4.2		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ansættelse, arbejds-tilrettelæggelse og kompetenceudvikling		
Formål	At sikre, at nyt personale opnår kendskab til egen organisations opbygning, opgaver og krav				
Indhold	<p>Nyt personale følger et introduktionsprogram.</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"> at hjertestopbehandling indgår i introduktionsprogram for nyansatte, der skal varetage hjertestopbehandling at alle nyansatte med patientkontakt får introduktion til relevante patientrettigheder at alle nyansatte får kendskab til forholdsregler ved brand <p>Ledelsen fastsætter, hvad introduktionsprogrammet indeholder, fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> organisationens opbygning, herunder samarbejdsudvalg og arbejdsmiljø virksomhedsgrundlag ledelsesgrundlag organisationens overordnede politikker kvalitets- og risikostyring relevant lovgivning 				

Titel	1.4.2 - Introduktion af nyt personale	Nummer	1.4.2		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling		
	<ul style="list-style-type: none"> • hånd- og uniformshygiejne • individuelt introduktionsprogram til enheden, tilpasset den nyansattes specifikke behov og arbejdsopgaver • introduktions- og opfølgningssamtale • ansvarsområder • arbejdstilrettelæggelse <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>				
Krydsreferencer	1.7.2 Medicinsk udstyr 2.6.1 Hjertestopbehandling				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med ledere og medarbejdere, ansat inden for det seneste år, oplyser de, at de har deltaget i et introduktionsprogram.				
Indikator 2	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.				
Indikator 3	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.				
Indikator 4	Ved interviews med ledere og medarbejdere, ansat inden for det seneste år, oplyser de, at de har haft lejlighed til at evaluere deres introduktionsprogram.				

Titel	1.4.3 - Arbejdstilrettelæggelse	Nummer	1.4.3		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling		
Formål	<p>At sikre,</p> <ul style="list-style-type: none"> • at arbejdstilrettelæggelsen tager hensyn til faglig kvalitet, uddannelse og patientens behov • den bedst mulige anvendelse af personaleressourcer og -kompetencer 				
Indhold	<p>Ledelsen tilrettelægger arbejdet med udgangspunkt i eventuelle kontraktlige forpligtelser, i samspil med medarbejderne og i henhold til lovmæssige grundlag.</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>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospital system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan normal bemanning i organisationen fastsættes og henviser til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
Indikator 2	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.				

Titel	1.4.4 - Uddannelse og kompetenceudvikling	Nummer	1.4.4		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ansættelse, arbejds-tilrettelæggelse og kompetenceudvikling		
Formål	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at personalet til enhver tid har de nødvendige kompetencer til løsning af opgaver • udpegning af fokusområder for udvikling og uddannelse 				
Indhold	<p>Uddannelse og kompetenceudvikling tager udgangspunkt i den regionale præhospitale organisations og leverandørernes overordnede behov for personaleudvikling og –uddannelse.</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"> hvordan arbejdet med uddannelse, vedligeholdelses- og efteruddannelse og kompetenceudvikling er organiseret generelle udviklings- og uddannelsesområder med opstillede mål fokuserede udviklings- og uddannelsesområder med opstillede mål hvem, der varetager medarbejderudviklingssamtaler hvis de foretages i præhospitalt regi, så også tidsrammer og indhold heraf opfølgning på medarbejderudviklingssamtaler en samlet vurdering af personalets kompetencer i relation til organisationens nuværende og kommende opgaver 				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan kompetenceudvikling varetages og henvise til dokumenter, hvor det beskrives.				
Indikator 2	Ved interviews med medarbejdere oplyser de, at der er gennemført medarbejderudviklingssamtale inden for den af organisationen fastsatte tidsfrist, og				

Titel	1.4.4 - Uddannelse og kompetenceudvikling	Nummer	1.4.4		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Ansættelse, arbejds-tilrettelæggelse og kompetenceudvikling		
	at de uddannelsesiltag, der er aftalt, er gennemført som aftalt.				
Indikator 3	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

Titel	1.5.2 - Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler	Nummer	1.5.2		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Hygiejne		
Formål	At forebygge, at personer pådrager sig infektioner i kontakten med medicinsk udstyr, tekstiler og inventar.				
Indhold	<p>Den regionale præhospitale organisation og leverandørerne forebygger spredning af infektioner i forbindelse med genanvendelse af medicinsk udstyr, tekstiler og inventar.</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>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	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.				
Indikator 2	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for, hvordan tekstiler håndteres.				
Indikator 3	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan rengøring og desinfektion kontrolleres og kan fremlægge dokumentation for, at kontrol har fundet sted.				

Titel	1.5.3 - Hånd- og uniformshygiejne	Nummer	1.5.3		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Hygiejne		
Formål	At forebygge, at personer pådrager sig infektioner i kontakten med det præhospitale system.				
Indhold	<p>Håndhygiejne udføres korrekt.</p> <p>Denne standard gælder for personale i funktioner med fysisk patientkontakt. Retningslinjerne for korrekt håndhygiejne tager udgangspunkt i vejledninger fra Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen og beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> håndhygiejne, herunder hånddesinfektion, håndvask og brug af medicinske engangshandsker tilgængeligheden af faciliteter til håndhygiejne i hvilke situationer, der skal udføres håndhygiejne forholdsregler i forhold til smittede og/eller forurenede patienter korrekt påklædning, herunder brug af håndsmykker og armbåndsure vedligeholdelsesundervisning i hånd og uniformshygiejne <p>Det er ikke et krav, at vedligeholdelsesundervisning sker i præhospitalt regi, men organisationen skal sikre sig, at dette sker, så nødvendige kompetence bevares og udvikles.</p> <p>Procesmålinger af håndhygiejne har fokus på gennemførelse af korrekte procedurer.</p>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	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.				
Indikator 2	Ved interviews med ledere og medarbejder oplyser de, at de har fået vedligeholdelsesoplysning i hånd- og uniformshygiejne i overensstemmelse med organisationens plan for dette.				
Indikator 3	En gang årligt gennemføres procesmålinger af håndhygiejne.				

Beredskab

Titel	1.6.1 - Beredskabsplan	Nummer	1.6.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Beredskab		
Formål	<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"> • tilvejebringelse af ekstra eller kontraktbestemte materielle og personale-mæssige ressourcer • aktivering af den nødvendige beslutningskompetence internt og eksternt 				
Indhold	<p>Beredskabsplanen beskriver den regionale præhospitale organisations og leverandørernes opgaver i forbindelse med beredskabshændelser.</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>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system og relevante samarbejdspartnere				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Der er en beredskabsplan.				
Indikator 2	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.				
Indikator 3	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for deres opgaver og ansvar i forhold til beredskabsplanen.				
Indikator 4	Der gennemføres en gang årligt beredskabsøvelser i samarbejde med øvrige relevante aktører.				
Indikator 5	Beredskabsøvelser evalueres.				
Indikator 6	<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 beredskabshændelser.</p>				

Apparatur og teknologi

Titel	1.7.1 - Implementering af medicinsk udstyr	Nummer	1.7.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Apparatur og teknologi		
Formål	At sikre, at medicinsk udstyr bruges korrekt.				
Indhold	<p>Implementering af medicinsk udstyr sker efter en fastlagt proces.</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>				
Krydsreferencer	<p>1.1.7 Forsyningssystemer</p> <p>1.2.4 Risikostyring</p>				
Anvendelsesområde	Alle enheder, der er involveret i anskaffelse og implementeringen af medicinsk udstyr				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de redegøre for, hvordan nyt medicinsk udstyr implementeres.				
Indikator 2	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.				
Referencer					
1.	Bekendtgørelse nr. 1263 af 15. december 2008 om medicinsk udstyr med eventuelle senere ændringer.				

Titel	1.7.2 - Medicinsk udstyr	Nummer	1.7.2		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Apparatur og teknologi		
Formål	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • effektiv og sikker håndtering af medicinsk udstyr • mod brugerfejl og utilsigtede hændelser, der relaterer sig til forkert håndtering af medicinsk udstyr • at medicinsk udstyr til enhver tid er driftssikkert, funktionsdygtigt og rengjort 				
Indhold	<p>Medicinsk udstyr håndteres korrekt og kontrolleres, rengøres, vedligeholdes, repareres, udfases og bortskaffes efter fastlagte planer og retningslinjer.</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"> krav til personalets uddannelsesniveau og kompetencer for organisationens medicinske udstyr uddannelse af personale i håndtering af det medicinske udstyr, herunder eventuel certificering hvilket medicinsk udstyr, der kræver vedligeholdelsesundervisning <p>Retningslinjerne for mærkning, kontrol, rengøring, vedligehold, reparation og udfasning af medicinsk udstyr:</p> <ol style="list-style-type: none"> ansvar for mærkning, kontrol, rengøring, vedligehold, reparation, udfasning og bortskaffelse af medicinsk udstyr ansvar for fejlmelding af medicinsk udstyr dokumentation af fejlmelding af medicinsk udstyr entydig mærkning af fejlramt medicinsk udstyr principper for reparation af medicinsk udstyr, herunder uddannelse af relevant klinisk og teknisk personale reetablering af repareret medicinsk udstyr, herunder vurdering af behov for korrigerende handlinger, fx geninstallering, yderligere kontrol eller yderligere forebyggende vedligehold ansvar for rapportering af utilsigtede hændelser i forhold til medicinsk udstyr rapportering af hændelser med medicinsk udstyr til lægemiddelstyrelsen, herunder hvornår sundhedspersoner er forpligtet til det udfasningsprincipper og krav om langsigtede udfasningsplaner af medicinsk udstyr, hvor det er relevant forholdsregler ved svigt af medicinsk udstyr <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, således at apparatur, der ikke opfylder myndigheds- og kvalitetskrav, udfases.</p>				

Titel	1.7.2 - Medicinsk udstyr	Nummer	1.7.2		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Apparatur og teknologi		
Krydsreferencer	1.5.2 Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler 1.7.1 Implementering af medicinsk udstyr				
Anvendelsesområde	Alle enheder, der håndterer medicinsk udstyr				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan personale uddannes i håndtering af medicinsk udstyr.				
Indikator 2	Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan de er blevet uddannet i håndtering af medicinsk udstyr.				
Indikator 3	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare og demonstrere en procedure til håndtering af fejlramt medicinsk udstyr.				
Indikator 4	Ved interviews med ledere kan de redegøre for, hvordan medicinsk udstyr vedligeholdes, repareres og udfases.				
Referencer					
1.	Bekendtgørelse nr. 1263 af 15. december 2008 om medicinsk udstyr med eventuelle senere ændringer.				

Kommunikation

Titel	1.10.3 - Kommunikationsudstyr	Nummer	1.10.3		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Organisatoriske standarder	Tema	Kommunikation		
Formål	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • rettidig kommunikation mellem aktører • at aktører har adgang til den information, de skal have, for at løse opgaverne • at kommunikationsudstyret er funktionsdygtigt 				
Indhold	<p>Der anvendes kommunikationsudstyr, der muliggør og sikrer sikker kommunikation mellem aktørerne.</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"> a. ansvarsfordeling ved anskaffelse og implementering af kommunikationsudstyr b. bruger- og betjeningsvejledninger og relevant uddannelse c. alternative kommunikationsveje ved nedbrud af primært kommunikationsudstyr d. anvendelse af elektronisk patientjournal e. datasikkerhed f. vedligehold af kommunikationsudstyr i henhold til lovmæssige og kontraktlige aftaler g. forholdsregler mod tyveri og misbrug af kommunikationsudstyr 				
Krydsreferencer	1.1.6 Datasikkerhed og -fortrolighed				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospitale system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med ledere og medarbejdere kan de forklare og demonstrere, hvordan kommunikationsudstyr anvendes og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
Indikator 2	SINE-terminaler testes regelmæssigt.				

Generelle patientforløbsstandarder

Patientinddragelse – information og kommunikation

Titel	2.1.1 - Informeret samtykke	Nummer	2.1.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Patientinddragelse – information og kommunikation		
Formål	At sikre, at personalet giver fyldestgørende information om konkrete behandlingstilbud, så patienten kan træffe beslutning om behandlingsvalg.				
Indhold	<p>Patientens informerede samtykke indhentes forud for behandling, medmindre andet følger af lovgivningen.</p> <p>Retningslinjerne for indhentning og dokumentation af informeret samtykke beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> hvordan informeret samtykke dokumenteres hvornår stiltiende samtykke anvendes hvordan stiltiende samtykke dokumenteres hvornår akut behandling kan indledes uden samtykke patientens ret til at frasige sig behandling hvordan patientens frasigelse af behandling dokumenteres <p>Retningslinjerne for indhentning af informeret samtykke er i overensstemmelse med lovgivningen og den kontekst, der arbejdes i.</p>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan informeret samtykke indhentes.				
Indikator 2	To gange årligt gennemføres audit med fokus på informeret samtykke.				

Titel	2.1.2 - Inddragelse af patienten og pårørende	Nummer	2.1.2		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Patientinddragelse – information og kommunikation		
Formål	<p>At sikre, at</p> <ul style="list-style-type: none"> • personalet er opmærksomme på patientens ønsker om medinddragelse • pårørende inddrages i beslutninger med patientens samtykke • der tages højde for patientens og eventuelle pårørendes etiske, kulturelle og religiøse ønsker • patienten og eventuelle pårørende oplever at blive behandlet med værdighed og respekt 				
Indhold	<p>Patienten og eventuelle pårørende inddrages med patientens samtykke i behandlingen. Der udvises forståelse for patientens og eventuelle pårørendes etiske, kulturelle og religiøse ønsker.</p> <p>Retningslinjerne for patienters og eventuelle pårørendes inddragelse beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. hvordan patientens ønsker om inddragelse afklares b. hvordan der udvises respekt i kommunikationen med patienten og eventuelle pårørende c. forholdsregler, ved særlige patientgrupper d. hvordan personalet kan imødekomme patientens og eventuelle pårørendes etiske, kulturelle og religiøse ønsker e. hvordan eventuelle pårørende informeres og inddrages i behandlingen svarende til patientens ønsker og med respekt for tavshedspligten <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>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med medarbejdere kan de redegøre for, hvordan patienter og pårørende inddrages.				

Titel	2.1.2 - Inddragelse af patienten og pårørende	Nummer	2.1.2		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Patientinddragelse – information og kommunikation		
Indikator 2	Det er undersøgt, om patienterne oplevede at blive behandlet med værdighed og respekt under den præhospitale indsats.				
Indikator 3	Det er undersøgt, om patienterne var tilfredse med den information, de fik under den præhospitale indsats.				

Visitation, disponering og melding

Titel	2.2.1 Sundhedsfaglig visitation og henvisninger #	Nummer	2.2.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Visitation, disponering og melding		
Formål	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at patient/indringer modtager relevant sundhedsfaglig rådgivning • ensartet, korrekt visitation • at henvisninger understøtter undersøgelse, forebyggelse, behandling og pleje og medvirker til koordinerede patientforløb • akutte lægebesøg i hjemmet visiteres til patienter, hvor der er indikation for lægeligt tilsyn, og hvor patienten ikke kan transporteres til en akutmodtagelse/akutklinik uden væsentlig helbredsmæssig ulempe 				
Indhold	<p>Sundhedsfaglig visitation og rådgivning</p> <p>Sundhedsfaglig visitation defineres som den proces, hvor en sundhedsfaglig visitator tager imod opkald fra patient/indringer, vurderer hastegrad af patientens tilstand, og derefter visiterer patienten til et relevant behandlingsniveau eller rådgiver til egen omsorg (afslutning til egen omsorg håndteres i særskilt standard).</p> <p>Den sundhedsfaglige visitation foretages systematisk, og der er retningslinjer for sundhedsfaglig visitation, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. hastegradsvurdering af patientens tilstand b. sundhedsfaglig visitation c. sundhedsfaglig rådgivning d. kommunikationsvej mellem de sundhedsfaglige visitatorer og læger <p>Der er retningslinjer for rådgivnings- og visitationskriterier, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> e. hvornår opkaldet stilles om til en læge f. hvornår håndtering af patienten skal konfereres med en læge g. hvornår der rådgives til henvendelse til egen læge i dennes normale åbningstid h. kriterier for omgående visitation af ambulance i. henvisningsmuligheder til andre dele af sundhedsvæsenet j. hvordan og hvornår beslutningsstøtte til visitation skal anvendes k. hvornår beslutningsstøtte til visitation kan fraviges l. forholdsregler vedrørende særlige patientgrupper m. i hvilke tilfælde der skal sendes epikrise til egen læge <p>Særlige patientgrupper kan fx være børn og unge, patienter, der er psykisk afvigende eller udviklingshæmmede, eller patienter som det er vanskeligt at kommunikere med.</p> <p>Henvisningsmuligheder er fx almen praksis, akutmodtagelser og akutklinikker, indlæggelse på sengeafdeling og psykiatrisk akutmodtagelse.</p> <p>Der er retningslinjer for visitation af akutte lægebesøg i hjemmet, der beskri-</p>				

Titel	2.2.1 Sundhedsfaglig visitation og henvisninger #	Nummer	2.2.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Visitation, disponering og melding		
	<p>ver:</p> <ul style="list-style-type: none"> n. indikation for hjemmebesøg o. håndtering af situationer, hvor antallet af visiterede hjemmebesøg forventes at overstige kapaciteten <p>Henvisninger</p> <p>Det sikres, at indholdet af henvisninger er relevant og fyldestgørende og sendes til rette instans.</p> <p>Den enkelte henvisning skal indeholde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Patientens stamdata • Henvisningsårsag • Aktuelt helbredsproblem, ønsket undersøgelse/udredning <p>Kliniske oplysninger, hvis relevant:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kort anamnese • Allergier • Objektive fund (kun ved lægebesøg) • Evt. komorbiditet • Aftaler med og information givet til patienten. 				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Akuttelefonen 1813				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Der er retningslinjer for sundhedsfaglig visitation.				
Indikator 2	Der er retningslinjer for rådgivnings- og visitationsmuligheder, herunder henvisninger.				
Indikator 3	Der er retningslinjer for visitation af akutte lægebesøg i hjemmet.				
Indikator 4	To gange årligt er der gennemført audit med fokus på, om patienter er visiteret korrekt.				
Indikator 5	To gange årligt er der gennemført audit med fokus på, om patienter er rådgivet korrekt.				
Indikator 6	<p>To gange årligt gennemføres audit med fokus på, om indholdet af henvisningen er tilstrækkelig for den videre vurdering og behandling af patienten.</p> <p>Audit skal tage udgangspunkt i forskellige henvisningsmuligheder.</p>				
Indikator 7	To gange årligt evalueres mønstre og tendenser i brug af forskellige henvis-				

Titel	2.2.1 Sundhedsfaglig visitation og henvisninger #	Nummer	2.2.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Visitation, disponering og melding		
	ningsmuligheder og telefonisk rådgivning.				
Indikator 8	Ved interviews kan sundhedsfaglige visitatorer og læger forklare og demonstrere, hvordan beslutningsstøtteværktøj anvendes til visitation.				

Titel	2.2.3 Kommunikation mellem aktører	Nummer	2.2.3		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Visitation, disponering og melding		
Formål	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kommunikation fra Akuttelefonen 1813 er fyldestgørende med henblik på optimering af patientforløb og understøttelse af en koordineret behandling • kommunikation og kommunikationsveje er korrekte og entydige • personalet har adgang til den information, som er nødvendig for at løse opgaverne korrekt 				
Indhold	<p>Kommunikation mellem Akuttelefonen 1813 og relevante aktører er entydig og fyldestgørende. Aktører er almen praksis, 112 AMK-Vagtcentralen, akutmodtagelser og akutklinikker.</p> <p>Der er retningslinjer for kommunikation mellem aktører, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. kommunikation mellem personale på Akuttelefonen 1813 b. kommunikation mellem Akuttelefonen 1813 og øvrige aktører c. hvordan de, der kommunikerer, identificerer sig d. hvordan og hvilke informationer, der gives, videregives og modtages e. nødprocedurer for journalsystemer og telefoni f. dokumentation af kommunikation, herunder mundtlig kommunikation g. hvordan og hvor længe dokumentation af kommunikation arkiveres, jf. gældende lovgivning 				
Krydsreferencer	1.1.6 – Datasikkerhed og -fortrolighed				
Anvendelsesområde	Akuttelefonen 1813				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med sundhedsfaglige visitatorer og læger kan de forklare og demonstrere, hvordan kommunikation mellem aktører foregår.				
Indikator 2	En gang årligt evalueres samarbejdet mellem aktører.				

Koordinering og kontinuitet

Titel	2.4.1 - Koordinering af medicinsk behandling	Nummer	2.4.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Koordinering og kontinuitet		
Formål	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • at patienten modtager et korrekt, koordineret og effektivt behandlingsforløb • korrekt visitation • klar ansvarsfordeling mellem de involverede aktører 				
Indhold	<p>Den medicinske behandling koordineres mellem de involverede aktører.</p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> koordinering på optageadressen, herunder: <ul style="list-style-type: none"> • klar ansvarsfordeling mellem de præhospitale enheder for beslutninger og handlinger • informationer i forhold til patientens behandling koordinering af gensidig assistance mellem andre involverede aktører samarbejde med øvrige aktører forholdsregler, der tilgodeser særlige patientgrupper eller patientgrupper med specielle behandlingsbehov <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>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Alle enheder, der er involveret i behandling af patienter.				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan koordination af den medicinske behandling foregår og henvise til dokumenter, hvor det er beskrevet.				
Indikator 2	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare, hvordan gensidig assistance koordineres mellem de involverede aktører.				
Indikator 3	En gang årligt evaluerer de involverede parter koordineringen af den medicinske behandling.				

Medicinering

Titel	2.5.1 Lægemiddelordination og receptfornyelse #	Nummer	2.5.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Medicinering		
Formål	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> • lægemiddelordination og receptfornyelse er i overensstemmelse med evidensbaseret viden og anerkendt klinisk praksis • kun personale med relevant uddannelse har tilladelse til at ordinere lægemidler og forny recepter 				
Indhold	<p>Opgaven med at ordinere lægemidler og forny recepter ligger som udgangspunkt hos egen læge.</p> <p>Der er retningslinjer for lægemiddelordination og receptfornyelse, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. I hvilke tilfælde, der kan ordineres lægemidler b. Hvilke typer lægemidler, der kan ordineres c. Hvem, der kan ordinere lægemidler d. I hvilke tilfælde recepter kan fornyes e. Hvem, der kan forny recepter f. Hvilke typer lægemidler, der kan fornys recepter på g. Hvordan lægemiddelordinationer og receptfornyelser dokumenteres <p>Dokumentation af lægemiddelordinationer og receptfornyelser skal følge gældende lovgivning.</p>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Akuttelefonen 1813				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Ved interviews med sundhedsfaglig visitatorer kan de redegøre for rolle og ansvar i forbindelse med lægemiddelordination og receptfornyelse.				
Indikator 2	Ved interviews med læger kan de redegøre for lægemiddelordination og receptfornyelse og henvise til dokumenter, der beskriver dette.				
Indikator 3	<p>Ved interviews med læger kan de redegøre for hvordan mønstre og tendenser i ordinationer og receptfornyelser monitoreres med henblik på at skabe overblik over om retningslinjerne for lægemiddelordination og receptfornyelse følges.</p> <p>Mønstre og tendenser i ordinationer og receptfornyelser kan fx være særlige tidspunkter, hvor der afviges fra retningslinjer, særlige lægemidler, der ordineres og fornyes recepter på, og om ordinationer og fornyelser er hensigtsmæssige.</p>				
Indikator 4	To gange årligt gennemføres audit på lægemiddelordination og receptfornyelse.				

Titel	2.5.1 Lægemiddelordination og receptfornyelse #	Nummer	2.5.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Medicinering		

Titel	2.5.2 - Lægemiddelhåndtering og -opbevaring #	Nummer	2.5.2		
Sektor	Akuttefonen	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Medicinering		
Formål	<p>At sikre</p> <ul style="list-style-type: none"> • at patienten får korrekte, virksomme lægemidler • at lægemidler opbevares korrekt og sikkert • at opbevaring og håndtering af lægemidler forhindrer fejl og utilsigtede hændelser • mod tyveri og utilsigtet brug af lægemidler 				
Indhold	<p>Lægemidler opbevares og håndteres korrekt og forsvarligt.</p> <p>Retningslinjerne for opbevaring og håndtering af lægemidler, der lagerføres som standardsortiment og opbevares på depoter, beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> hvordan lægemidler opbevares hvem, der for lægemidler er ansvarlig for <ul style="list-style-type: none"> • bestilling • modtagelse • returnering • tilbagekaldelse hvordan, hvor ofte og hvem, der foretager og dokumenterer afstemning af lægemiddelbeholdning hvordan lægemidler opbevares, så risikoen for forveksling minimeres forholdsregler for at minimere risiko for tyveri eller utilsigtet brug af lægemidler <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> <ol style="list-style-type: none"> hvilke lægemidler, de enkelte enheder har behov for til akutte situationer, fx ved en indholdsliste hvordan lægemidler i akuttasker håndteres, herunder: <ul style="list-style-type: none"> • at akuttaskerne opbevares i overensstemmelse med gældende lovgivning og sikkert, men tilgængeligt for relevant personale • hvem der må bruge akuttasken • hvem der er ansvarlig for kontrol, opfyldning og rengøring af akuttaske • at lægemidlerne i akuttaskerne ikke har overskredet udløbsdatoen og kontrolleres regelmæssigt • at reservetasker gennemgås og genopfyldes ved brud af plombering 				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Alle enheder, hvor der opbevares og håndteres lægemidler				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					

Titel	2.5.2 - Lægemiddelhåndtering og -opbevaring #	Nummer	2.5.2		
Sektor	Akuttefonen	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Medicinering		
Indikator 1	Ved interviews med medarbejdere kan de forklare og demonstrere deres opgaver i forbindelse med opbevaring og håndtering af lægemidler.				
Indikator 2	Der er retningslinjer for akuttasker og lægemidler, der bruges i de akutte situationer.				
Indikator 3	Det kontrolleres, at lægemidler ikke har overskredet udløbsdatoer.				
Indikator 4	Det kontrolleres, at lægemidler opbevares korrekt.				
Indikator 5	Det kontrolleres, at akuttasker er tilgængelige for relevant personale.				
Indikator 6	Det kontrolleres, at akuttasker har det rette indhold.				

Genoplivning

Titel	2.6.1 - Hjertestopbehandling #	Nummer	2.6.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Genoplivning		
Formål	At sikre ensartet og hurtig behandling ved hjertestop for at øge patientens mulighed for overlevelse uden varige mén.				
Indhold	<p>Hjertestopbehandling baseres på internationalt anerkendte anbefalinger.</p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> hvornår hjerte-lungeredning iværksættes indhold i basal genoplivning hvilket udstyr, der skal forefindes ved basal genoplivning indhold i avanceret genoplivning hvilke lægemidler, der skal forefindes ved avanceret genoplivning hvilket udstyr, der skal forefindes ved avanceret genoplivning krav til dokumentation, herunder rapportering af behandlingen og resultatet heraf kontraindikationer for iværksættelse af hjertestopbehandling hvornår iværksat hjertestopbehandling ophører <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>				
Krydsreferencer	1.4.2 Introduktion af nyt personale				
Anvendelsesområde	Hele det regionale præhospital system				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Der er retningslinjer for hjertestopbehandling.				
Indikator 2	Der er fastsat krav til uddannelsesniveaue for det personale, der varetager hjertestopbehandling.				
Indikator 3	Der rapporteres til Dansk Hjertestopdatabase.				
Indikator 4	En gang årligt deltager personalet i efteruddannelse i hjertestopbehandling.				
Indikator 5	<p>Ved opdatering af europæiske guidelines opdateres personalet i forhold til ændringerne.</p> <p>Denne indikator vurderes under survey ikke relevant, hvis der ikke har været opdatering af europæiske guidelines.</p>				

Afslutning til egen omsorg

Titel	2.7.1 Afslutning til egen omsorg #	Nummer	2.7.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Afslutning til egen omsorg		
Formål	<p>At sikre, at</p> <ul style="list-style-type: none"> • patienten rådgives optimalt ud fra en samlet vurdering • beslutningen om at afslutte patientforløb til egen omsorg træffes på et relevant klinisk grundlag • patienten er informeret om baggrund og om eventuelle komplikationer og symptomer, som vedkommende skal reagere på • den samlede indsats dokumenteres fyldestgørende 				
Indhold	<p>Beslutningen om at afslutte patientforløb til egen omsorg sker på baggrund af en samlet vurdering af patienten ud fra gældende retningslinjer.</p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. anvendelse af beslutningsstøtte ved afslutning af patientforløb til egen omsorg b. krav til vurderinger, der skal ligge til grund for beslutningen om at afslutte patientforløb til egen omsorg c. hvordan patienten informeres om risici, komplikationer og symptomer, som vedkommende skal reagere på d. dokumentation af, hvilken information patienten har modtaget e. hvem, der skal kontaktes i tvivlstilfælde f. krav til dokumentation for indsatsen, der ligger forud for beslutningen om at afslutte patientforløb til egen omsorg g. forholdsregler vedrørende særlige patientgrupper h. hvornår der skal sendes epikrise til egen læge <p>Særlige patientgrupper kan fx være børn og unge, patienter, der er psykisk afvigende eller udviklingshæmmede, eller patienter som det er vanskeligt at kommunikere med.</p>				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Akuttelefonen 1813				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Der er retningslinjer for at afslutning af patientforløb til egen omsorg.				
Indikator 2	Ved interviews kan sundhedsfaglige visitatorer forklare og demonstrere, hvordan beslutningsstøtteværktøj anvendes ved afslutning af patientforløb til egen omsorg..				
Indikator 3	To gange årligt er der gennemført audit med fokus på, om patienter er afslut-				

Titel	2.7.1 Afslutning til egen omsorg #	Nummer	2.7.1		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Generelle patientforløbsstandarder	Tema	Afslutning til egen omsorg		
	tet korrekt.				

Specifikke kliniske tilstande

Specifikke kliniske tilstande

Titel	3.1.2 Patientbehandling ved akutte lægebesøg i hjemmet #	Nummer	3.1.2		
Sektor	Akuttelefonen 1813	Version	0	Udgave	1
Kategori	Specifikke kliniske tilstande	Tema	Specifikke kliniske tilstande		
Formål	At sikre, at patienten behandles korrekt ved akut lægebesøg i hjemmet.				
Indhold	<p>Der er retningslinjer for behandling under akutte lægebesøg i hjemmet, der beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvad kan/må lægen udføre i hjemmet • Kriterier for tilkald af hjælp, transport og akut indlæggelse • Brug af retningslinjer for behandling af de hyppigste lidelser i hjemmet, inkl. antibiotikarekommandationer • Indhold i lægens taske • Dokumentation af besøg, observation og interventioner • Dokumentation af lægemiddelforbrug 				
Krydsreferencer	Ingen				
Anvendelsesområde	Akuttelefonen 1813				
Vurderingen af opfyldelsen af standarden ved eksternt survey sker på grundlag af følgende indikatorer:					
Indikator 1	Der er retningslinjer for behandling under akutte lægebesøg i hjemmet.				
Indikator 2	Ved interviews med læger kan de redegøre for, hvordan de opnår kendskab til indhold af retningslinjer for behandling og observation af patienten, og hvordan de kan få adgang til retningslinjer, hvis de under en indsats bliver i tvivl om den rette fremgangsmåde.				
Indikator 3	To gange årligt udføres audit med fokus på behandling af specifikke kliniske tilstande, herunder også vurdering af tidsforbrug på skadestedet.				

Bilag 1 - 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
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
Aktør	Relevante kategorier af personale på det præhospitale 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 præhospitale indsats
Akuttaske	En samling af udstyr og lægemidler til anvendelse ved akutte hændelser, fx hjertestop eller anafylaksi
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

Term	Definition
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
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
Dialogmøde	Møde for gensidig orientering og evaluering mellem parter
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

Term	Definition
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
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 tilskadedkomne/syge samt kommunikerer med AMK. ISL-SU er en del af indsatsledelsen
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
Interessant	Enhver med interesse for organisationen. Omfatter således ledere, medarbejdere, patienter, pårørende og eksterne samarbejdspartnere

Term	Definition
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
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
Kvalitet	<p>Egenskab ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde behov eller forventninger.</p> <p>WHO's 5 punkter i relation til kvalitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Høj professionel standard • Høj patienttilfredshed • Helhed i patientforløbet • Minimal patientrisiko • Effektiv ressourceudnyttelse
Kvalitetsmål	Mål for den ønskede kvalitet

Term	Definition
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
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
Lægemiddel	Produkt, der er sammensat af et eller flere lægemiddelstoffer i en bestemt lægemiddelform og -styrke
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
Medarbejderudviklingssamtale (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

Term	Definition
Medicinsk udstyr	<p>Udstyr hørende under definitionen af "Medicinsk udstyr" i bekendtgørelse nr. 1263 af 15. december 2008:</p> <p>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</p>
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

Term	Definition
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
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, tilskadekomne og fødende, har til formål at redde liv, forbedre helbredsudsigter, formindske smerter og andre symptomer, afkorte det samlede sygdomsforløb, yde omsorg og skabe tryghed

Term	Definition
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
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
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
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

Term	Definition
Surveyor	Fagperson, der efter specialuddannelse, vurderer organisationens opfyldelse af akkrediteringsstandarderne
Sygehus	En fællesbetegnelse for sygehuse, hospitaler, psykiatriske sygehuse og privat-hospitaler 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
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.
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.

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	
1.2.1	Kvalitetspolitik				X

Std. nr.	Standardtitel	Evaluering	Audit	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
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
1.5.2	Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler				X

Std. nr.	Standardtitel	Evaluering	Audit	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
1.5.3	Hånd- og uniformshygiejne			Procesmåling af håndhygiejne en gang årligt	
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
1.10.3	Kommunikationsudstyr				X
2.1.1	Informeret samtykke		X		
2.1.2	Inddragelse af patienten og pårørende			Undersøgelse	
2.2.1	Sundhedsfaglig visitation og henvisninger #	X	X		
2.2.3	Kommunikation mellem aktører	X			
2.4.1	Koordinering af medicinsk behandling	X			
2.5.1	Lægemeddelordination og receptfornyelse #		X		
2.5.2	Lægemeddelhåndtering og -opbevaring #				X

Std. nr.	Standardtitel	Evaluering	Audit	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
2.6.1	Hjertestopbehandling #			Årlig efteruddannelse	
2.7.1	Afslutning til egen omsorg #		X		
3.1.2	Patientbehandling ved akutte lægebesøg i hjemmet #		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
1.1.6	Datasikkerhed og -fortrolighed			Sikring af, at nødprocedurer fungerer tilfredsstillende Backup af systemer med fastlagte intervaller	

Std. nr.	Standardtitel	Årligt	2 x årligt	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
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			
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	

Std. nr.	Standardtitel	Årligt	2 x årligt	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
1.4.2	Introduktion af nyt personale				X
1.4.3	Arbejdstilrettelæggelse				X
1.4.4	Uddannelse og kompetenceudvikling				X
1.5.2	Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler				X
1.5.3	Hånd- og uniformshygiejne	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
1.10.3	Kommunikationsudstyr				X
2.1.1	Informeret samtykke		X		
2.1.2	Inddragelse af patienten og pårørende			Undersøgelse	
2.2.1	Sundhedsfaglig visitation og henvisninger #		X		
2.2.3	Kommunikation mellem aktører	X			

Std. nr.	Standardtitel	Årligt	2 x årligt	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
2.4.1	Koordinering af medicinsk behandling	X			
2.5.1	Lægemiddelordination og receptfornyelse #		X		
2.5.2	Lægemiddelhåndtering og -opbevaring #				X
2.6.1	Hjertestopbehandling #	X			
2.7.1	Afslutning til egen omsorg #		X		
3.1.2	Patientbehandling ved akutte lægebesøg i hjemmet #		X		