



# Akkrediteringsstandarder for det præhospitale område

3. version, 1. udgave

Marts 2018

DDKM



Institut for Kvalitet og Akkreditering  
i Sundhedsvæsenet



## **Forord**

Dette er 3. version af Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM, for det præhospitale område, som fra september 2018 skal anvendes ved eksterne surveys hos de præhospitale organisationer, der vælger at lade sig akkreditere.

3. version af standarderne er revideret i samarbejde mellem de præhospitale organisationer i Region Sjælland og IKAS. Standardversionen er endeligt vedtaget af IKAS' bestyrelse den 3. april 2018.

Alle ønskes hermed held og lykke med det fortsatte arbejde.

Vagn Nielsen

Bestyrelsesformand

Jesper Gad Christensen

Direktør

## Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Indledning</b> .....	<b>5</b>
Den Danske Kvalitetsmodel for det præhospitale område .....	5
Generelt om Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM .....	5
Love, bekendtgørelser og andre referencer .....	6
Gyldighed og offentliggørelse af standarder for det præhospitale område .....	6
Arbejds miljø .....	7
Opbygning af standarderne .....	8
Ikke relevante standarder .....	9
Kriterier for tildeling af akkrediteringsstatus .....	9
Audit .....	9
Håndbog på ikas.dk .....	10
Ledelse .....	11
1.1.1 - Ledelse .....	11
1.1.3 - Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører .....	12
1.1.4 - Planlægning og drift .....	14
1.1.6 - Datasikkerhed og -fortrolighed .....	15
1.1.7 - Forsyningssystemer .....	17
Kvalitets- og risikostyring .....	18
1.2.1 - Kvalitetspolitik .....	18
1.2.2 - Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag .....	19
1.2.4 - Risikostyring .....	21
1.2.5 - Patientidentifikation .....	23
1.2.6 - Utsigtede hændelser .....	24
1.2.7 - Patientklager og patienterstatnings sager .....	26
1.2.8 - Vold og trusler mod personale .....	28
Dokumentation og datastyring .....	29
1.3.1 - Dokumentstyring .....	29
1.3.2 - Patientjournalen .....	31
Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling .....	32
1.4.1 - Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling .....	32
1.4.3 - Arbejdstilrettelæggelse .....	34
Hygiejne .....	35
1.5.1 - Hygiejnepolitik .....	35
1.5.2 - Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler .....	36
1.5.3 - Hånd- og uniformshygiejne og håndtering af smittekilder .....	37
1.5.5 - Håndtering af farlige stoffer og affald .....	39
Beredskab .....	40
1.6.1 - Beredskabsplan .....	40
1.6.2 - Intern beredskabsplan .....	41
Apparatur og teknologi .....	42
1.7.1 - Implementering og håndtering af medicinsk udstyr og kommunikationsudstyr .....	42
Transportmidler .....	44
1.8.1 - Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning .....	44
1.8.2 - Sikkerhed under transport .....	46
Interhospitale transporter .....	47

1.9.1 - Interhospital transport	47
Kommunikation	49
1.10.2 - Telemedicin	49
Patientinddragelse - information og kommunikation	51
2.1.1 - Informeret samtykke	51
2.1.2 - Inddragelse af patienten og pårørende	52
2.1.4 - Indbringelse af patient med afvigende adfærd	53
Visitation, disponering og melding	54
2.2.1 - Sundhedsfaglig visitation i AMK-vagtcentralen	54
2.2.2 - Teknisk disponering i AMK-vagtcentralen	55
2.2.3 - Melding og kommunikation	56
Koordinering og kontinuitet	58
2.4.1 - Koordinering af medicinsk behandling	58
Medicinering	59
2.5.1 - Lægemidler #	59
2.5.2 - Lægemiddelhåndtering og -opbevaring #	61
Genoplivning	63
2.6.1 - Hjertestopbehandling #	63
Afslutning af den præhospital indsats på stedet	64
2.7.1 - Afslutning af den præhospital indsats på stedet #	64
Overdragelse	66
2.8.1 - Overdragelse #	66
Ved livets afslutning	67
2.9.1 - Omsorg for den terminalt syge patient	67
Specifikke kliniske tilstande	68
3.1.1 - Vurdering og behandling af patienter #	68
<b>Bilag 1 – Oversigt over indikatorer der indeholder kvalitetsovervågning</b>	<b>71</b>
<b>Bilag 2 - Eksempel på risikovurderingsskema</b>	<b>79</b>

# Indledning

## Den Danske Kvalitetsmodel for det præhospitale område

Denne 3. version af Den Danske Kvalitetsmodel for det præhospitale område omfatter den del af det præhospitale forløb, der strækker sig fra modtagelsen af en melding hos regionens AMK-vagtcentral til at patienten afsluttes på stedet eller overdrages til anden aktør i sundhedsvæsenet. Akkrediteringen omfatter den enkelte regions ansvarsområde inden for det præhospitale område og således også de opgaver, som regionerne måtte vælge at lade udføre af eksterne leverandører fx ambulancedrift.

Akkreditering af det præhospitale område er et tilbud til de enkelte regioner.

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

Akkrediteringsstandarderne omhandler alle former for patienttransporter, hvor der sker overvågning eller behandling, uanset hvem der udfører behandlingen. Akkrediteringsstandarderne omfatter al ambulancekørsel, benævnt som kørsel A-B-C, der omfatter liggende transport, hvor patienter behandles og overvåges. Transporter mellem sygehuse (interhospitale transport), hvor der kan forventes et overvågnings- eller behandlingsbehov, er således også omfattet af akkrediteringsstandarderne. Akkrediteringsstandarderne omhandler endvidere alle former for sundhedsfaglig indsats, hvis denne indsats er iværksat af regionens AMK-vagtcentral som en del af de ressourcer, denne råder over. Det kan være akutlægebiler, akutlægehelikoptere, akutbiler, indsatsleder sundhed, praktiserende læger, hjemmesygeplejersker, nødbehandlere, first-responders fra brandvæsen o.l. Det afgørende er, om der foreligger en egentlig aftale mellem disse ressourcer og vagtcentralen om, at de indgår som en del af beredskabet. Forud for survey afklares det med de enkelte regioner, hvilke aftaler og kontrakter der vil være omfattet af survey og akkreditering.

## Generelt om Den Danske Kvalitetsmodel, DDKM

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er et fælles kvalitetsudviklingssystem for det danske sundhedsvæsen. Aftaleparterne bag modellen er Sundheds- og Ældreministeriet, Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner. I bestyrelsen for DDKM indgår også Kommunernes Landsforening, Danmarks Apotekerforening og Dansk Erhverv.

Formålet med DDKM er:

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

## Love, bekendtgørelser og andre referencer

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

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

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

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

De centrale og overordnede referencer i 3. version for det præhospitale område er:

- Lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016, sundhedsloven
- Bekendtgørelse nr. 971 af 28. juni 2016 om planlægning af sundhedsberedskabet
- Retningslinjer for indsatsledelse, Beredskabsstyrelsen, 2018
- Planlægning af sundhedsberedskab - vejledning til regioner og kommuner. Version 1.0 af 22. december 2016. Sundhedsstyrelsen
- Bekendtgørelse nr. 1090 af 28. juni 2016 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)
- Vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser
- Styrket akutberedskab, Planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen, Sundhedsstyrelsen 2007
- Lovbekendtgørelse nr. 990 af 18. august 2017 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed
- Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger
- Bekendtgørelse nr. 665 af 14. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
- Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.
- Lov nr. 606 af 12. juni 2013 Lov om offentlighed i forvaltningen.

## Gyldighed og offentliggørelse af standarder for det præhospitale område

Dette sæt af standarder anvendes ved alle eksterne surveys, der påbegyndes efter 1. september 2018. Opfølgende vurderinger (fremsendelse af materiale, interview, besøg) sker dog altid på grundlag af samme version, som blev anvendt ved det oprindelige eksterne survey.

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

**Standarderne** for det præhospitale område offentliggøres på følgende måde:

Den fulde, autoriserede og opdaterede version findes på [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk).

## Arbejds miljø

Et godt arbejdsmiljø er en væsentlig del af et sundhedsvæsen med høj kvalitet. 3. version af DDKM for det præhospitale område omfatter kun i begrænset omfang en vurdering af organisationens indsats for at fremme et godt arbejdsmiljø, selv om denne hænger sammen med organisationens øvrige kvalitets- og ledelsesindsats. Dette afspejler, at der i Danmark i forvejen findes et omfattende sæt af regler vedrørende arbejdsmiljøet, som bl.a. indbefatter krav om regelmæssige evalueringer af arbejdsmiljøet. Et særligt tilsynssystem sikrer overholdelsen af reglerne.

## Terminologi

For at sikre konsistens i materialet anvendes følgende termer:

**Akkrediteringsstandard** anvendes i DDKM, da der findes andre former for "standarder" i sundhedsvæsenet. For at gøre sproget mere flydende anvendes betegnelsen "standard" i dette standardsæt.

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

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

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

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

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

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

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

**Patientsikkerhedskritiske standarder** er markeret med #. Indikatorerne i disse standarder vurderes principielt på samme måde som alle andre indikatorer, men svag implementering skal anses for kritisk for opfyldelse af indikatoren, jf. "[Vurderingsprincipper i DDKM af 2018 for det præhospitale område](#)". Der er følgende seks patientsikkerhedskritiske standarder i 3. version af DDKM for det præhospitale område:

**De seks patientsikkerhedskritiske standarder  
(markeret med # efter standardtitlen)**

Standard 2.5.1 Lægemidler  
 Standard 2.5.2 Lægemiddelhåndtering og -opbevaring  
 Standard 2.6.1 Hjertestopbehandling  
 Standard 2.7.1 Afslutning af den præhospitale indsats på stedet  
 Standard 2.8.1 Overdragelse  
 Standard 3.1.1 Vurdering og behandling af patienter

## Opbygning af standarderne

I beskrivelserne af de enkelte standarder er det væsentligste at forholde sig til selve indholdet i standarden og ordlyden af de enkelte indikatorer. Indikatorerne er de konkrete områder, som dialogen i forbindelse med survey vil tage sit udgangspunkt i, og det man vil blive vurderet på under survey.

Standarderne er udarbejdet med henblik på at være vurderingsgrundlag ved survey. De præsenteres i en fælles skabelon, der forklares herunder.

<b>Titel</b>	<i>Titel på standarden</i>	<b>Nummer</b>		
<b>Sektor</b>	<i>Beskriver, hvilken sektor standardsættet vedrører.</i>	<b>Version</b>		<b>Udgave</b>
<b>Tema</b>	<i>Beskriver området, som standarden vedrører, fx medicinering eller hygiejne.</i>			
<b>Formål</b>	<i>Beskriver formålet med standarden, dvs. hvordan målet nås.</i>			
<b>Indhold</b>	<i>Indeholder informationer til at forstå standarden og de krav, der stilles til kvaliteten og patientsikkerheden i organisationen.</i>			
<b>Krydsreferencer</b>	<i>Henvisninger til andre standarder, som indholdsmæssigt er knyttet sammen.</i>			
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>				
<b>Indikatorer</b>	<i>Beskriver det, de eksterne surveyors vil vurdere organisationen på i forbindelse med det eksterne survey.</i>  <b>DOK</b> som indledning til indikatoren markerer, at der er krav om udarbejdelse af en retningslinje eller en plan.			
<b>Referencer</b>	<i>I dette felt angives udvalgte referencer til den pågældende standard.</i>			



## Ikke relevante standarder

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

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

## Kriterier for tildeling af akkrediteringsstatus

Da ansvaret for den præhospitale service er placeret ved regionen, og regionen kan vælge at løse opgaven ved hjælp af eksterne underleverandører, er det en forudsætning, at alle underleverandører mindst opnår status som "akkrediteret med bemærkninger", for at regionens præhospitale system som helhed kan blive akkrediteret. For god ordens skyld skal det nævnes, at denne sammenhæng ikke gælder den modsatte vej. En leverandørs akkreditering er ikke afhængig af regionens status.

Læs mere om kriterierne for tildeling af akkrediteringsstatus i "[Vurderingsprincipper i DDKM af 2018 for det præhospitale område](#)" på [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk).

## Audit

For nogle standarders vedkommende kan kravet om indsamling af kvantitative data opfyldes ved audit. Organisationer vælger selv, hvad audit konkret skal omhandle, og hvilke enheder der skal indgå. Men det kræves, at audit inddrager organisationens enheder bredt.

For de indikatorer hvor audit indgår som en del af indikatorkravet, kan enhederne vælge at benytte journalaudit som metode. I så fald skal auditten omfatte 20 tilfældigt udvalgte patientjournaler. Det er op til den enkelte organisation at definere de spørgsmål, der auditeres ud fra.

Følgende pragmatiske tilgang til tolkning af journalaudit kan anvendes:

- Ingen mangler i stikprøven: Ingen tegn på problemer og dermed normalt ingen grund til handling. Men hvis man af andre grunde mener, at arbejdsgangen er usikker, bør man dog ikke slå sig til tåls.
- Én eller to mangler i stikprøven: Kan både dække over et betydeligt problem og over afvigelser af enkeltstående, tilfældige årsager. Diskuter og vurder, om eventuelle enkeltstående årsager kræver handling og opfølgning. Hvis man er i tvivl, kan man tage en ny stikprøve på 10 journaler og undersøge samme spørgsmål. Finder man samme mangel, er det næppe enkeltstående afvigelser.
- Tre eller flere mangler i stikprøven: Problemet er så stort, at organisationen skal diskutere, hvordan arbejdsgangen kan forbedres samt iværksætte tiltag for at opnå dette. Klinikken skal følge op med ny journalaudit, når forbedringstiltag er gennemført.

Organisationer, der har været akkrediteret efter 2. version, skal kunne demonstrere kontinuerlig kvalitetsovervågning igennem hele perioden mellem de to akkrediteringer. Formen for overvågning må gerne have ændret sig i periodens løb.

Der henvises endvidere til "[Håndbog i DDKM for det præhospitale område](#)" på IKAS' hjemmeside.

## **Håndbog på ikas.dk**

På [www.ikas.dk](http://www.ikas.dk) er der en håndbog, hvor der kan findes yderligere informationer med følgende emner:

- Beskrivelse af akkrediteringsprocessen
- Rådgivning til arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel

## Ledelse

<b>Titel</b>	<b>1.1.1 - Ledelse</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ledelse				
<b>Formål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At sikre, at de fælles værdier, mål og overordnede strategier for det regionale præhospitale system afspejles i organisationernes opgavevaretagelse overfor ledere, medarbejdere og interessenter</li> <li>• At skabe klarhed over generelle ledelsesmæssige krav og forventninger til ledere</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Organisationen har et virksomhedsgrundlag.</b></p> <p>Et virksomhedsgrundlag er et eller flere dokumenter, der beskriver hovedopgaver (mission), hvad der er visionen for fremtiden, og hvilke værdier der skal præge organisationen. Værdier er overordnede principper, der beskriver, hvordan organisationen og medarbejderne forventes at handle.</p> <p>Ambulanceleverandørers virksomhedsgrundlag tager udgangspunkt i virksomhedsgrundlaget i den eller de regioner, hvor de har kontrakter. Ambulanceleverandørers 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>Virksomhedsgrundlaget revideres ved væsentlige ændringer i organisationens ydelser og i hver regional valgperiode, dvs. mindst hvert fjerde år. Ved revideringer planlægger og gennemfører ledelsen implementering på ny.</p> <p><b>Der arbejdes efter et ledelsesgrundlag, der beskriver, hvilke krav og forventninger der stilles til ledere. Ledelsesgrundlaget beskriver ligeledes den enkelte leders beslutningskompetence og referenceforhold.</b></p> <p>Det er væsentligt, at ledelsesgrundlaget giver hver enkelt leder tilstrækkelig klarhed over sin rolle og opgaver.</p> <p>Ledelsesgrundlaget beskriver derudover, hvilke holdninger og værdier der ligger til grund for udøvelse af ledelse.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er et virksomhedsgrundlag, som definerer vision, mission, værdier, overordnede strategier og etiske principper.				
<b>Indikator 2</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for deres ansvar, opgaver, beslutningskompetence og referenceforhold og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				

<b>Titel</b>	<b>1.1.3 - Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ledelse				
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• optimal opgaveløsning</li> <li>• at kommandoveje og ansvarsområder er klare, når regionale præhospitale organisationer og leverandører samarbejder om fælles opgaveløsning.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører beskriver opgavefordeling, ansvarsfordeling, referenceforhold og kommunikationsveje.</b></p> <p>Ved leverandører forstås her organisationer, som varetager sundhedsfaglige opgaver på det præhospitale område på vegne af regionen, og som regionen gennem AMK-vagtcentralen kan disponere. Der tænkes både på selvstændige organisationer, fx ambulanceleverandører eller udrykningslæger, og på regionale enheder uden for den præhospitale organisation, der deltager i løsningen af præhospitale opgaver, fx sygehuse, som 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 ambulanceleverandører), skal akkrediteres efter DDKM. I sådanne tilfælde behøver kontrakten ikke at specificere de 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 enhver tid har adgang til at evaluere opfyldelsen af de beskrevne kvalitetsmål.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Ledere i den regionale præhospitale organisation kan redegøre for opgavefordeling, ansvarsfordeling, referenceforhold, kommunikationsveje, kvalitetsmål for de leverede ydelser, hvordan disse mål opfyldes og ansvar for gennemførelse af forbedringstiltag. Der kan ligeledes fremvises dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	<b>DOK</b> Ledere hos leverandørerne kan redegøre for opgavefordeling, ansvarsfordeling, referenceforhold, kommunikationsveje, kvalitetsmål for de leverede				

<b>Titel</b>	<b>1.1.3 - Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ledelse				
	ydelse, hvordan disse mål opfyldes og ansvar for gennemførelse af forbedringstiltag. Der kan ligeledes fremvises dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 3</b>	Minimum en gang årligt evaluerer regionen opfyldelsen af kvalitetsmålene i kontrakterne.				

<b>Titel</b>	<b>1.1.4 - Planlægning og drift</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ledelse				
<b>Formål</b>	At sikre, at regionale præhospitale organisationer og leverandørers ressourcer anvendes hensigtsmæssigt i forhold til definerede mål.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Planlægning og drift sker ud fra definerede mål for økonomi, aktivitet, øvrigt ressourceforbrug og kvalitet.</b></p> <p>Organisationens overordnede mål er fastsat i virksomhedsgrundlaget. Styringen af den daglige drift sker ved, at der fastsættes mål for aktivitet, ressourceforbrug, herunder miljømæssige faktorer, personaleuddannelse og kvalitet. Organisationen beslutter selv, på hvilke ledelsesniveauer der skal fastsættes mål. Målene fastsættes ud fra en på forhånd defineret proces.</p> <p>Økonomiske mål fastlægges i årlige budgetter. Der er en systematisk proces til at følge op på budgettet, og det endelige regnskab underkastes uafhængig revision.</p> <p>Ledere på de niveauer, hvor der er fastsat mål, skal have adgang til oplysninger, der gør det muligt at følge målopfyldelsesgraden og at reagere, hvis der er afvigelser fra det ønskede.</p> <p>Oplysninger om forbrug af personaleresourcer inkluderer sygefravær, vikarforbrug og overarbejde.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<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 bedringstiltag</p> <p>1.4.1 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling</p>				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for, hvordan aktivitetsmål og budgetter fastlægges, hvordan de får oplysninger om opfyldelsen af aktivitetsmål og budgetter, hvordan der følges op, og kan fremvise dokumenter hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for, hvordan mål for forbrug af personaleresourcer og uddannelse af personale fastlægges, vise eksempler på konkrete mål og redegøre for, hvordan de får oplysninger om forbruget af personaleresourcer og opfyldelsen af mål for personaleuddannelse.				
<b>Indikator 3</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for, hvordan mål for kvalitet fastlægges, vise eksempler på konkrete mål og redegøre for, hvordan de får oplysninger om opfyldelse af kvalitetsmål.				

<b>Titel</b>	<b>1.1.6 - Datasikkerhed og -fortrolighed</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ledelse				
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• beskyttelse mod misbrug og tab af personoplysninger</li> <li>• fortrolighed, tilgængelighed og hensigtsmæssig og kontrolleret adgang for relevant brug af data i overensstemmelse med gældende lovgivning på området.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Personoplysninger (personhenførbare oplysninger) behandles, opbevares og destrueres sikkert.</b></p> <p>Personoplysninger håndteres, så personer uden retmæssig adgang til oplysningerne forhindres heri. Personoplysninger er både oplysninger i elektroniske systemer og på papir. Personoplysninger er fx patientjournaler og personale-sager.</p> <p>Sikker håndtering af personoplysninger omfatter også metoder og forholdsregler til beskyttelse af lagrede personoplysninger samt beskyttelse af computerprogrammer mod fejl og virus.</p> <p>Det omfatter også sikring af adgang til personoplysninger ved fejl eller nedbrud af systemer.</p> <p>Der kan redegøres for håndtering af personoplysninger, herunder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hvordan personoplysninger opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende.</li> <li>b. Hvordan personoplysninger destrueres.</li> <li>c. Hvordan personoplysninger håndteres ved systemnedbrud.</li> </ol> <p>Der tages stilling til, hvor ofte der skal gennemføres backup og sikring af nødprocedurer i forbindelse med systemnedbrud for systemer, der indeholder informationer, som 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> <p>Der skal være særlig opmærksomhed på EU Persondataforordningen gældende fra maj 2018. Se mere på <a href="https://www.datatilsynet.dk/forside/">https://www.datatilsynet.dk/forside/</a></p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Personoplysninger opbevares og håndteres, så uvedkommende ikke har adgang til dem. Dette gælder såvel, når de anvendes under en aktuel behandling, som når de lagres.				
<b>Indikator 2</b>	Ledere og medarbejdere kan demonstrere, hvordan personoplysninger, både på papirform og i elektronisk form, håndteres i den daglige kliniske praksis.				
<b>Indikator 3</b>	Der udføres backup af systemer, der indeholder informationer, som bruges i forbindelse med behandling af patienter med intervaller, der er fastlagt af or-				

<b>Titel</b>	<b>1.1.6 - Datasikkerhed og - fortrolighed</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ledelse				
	ganisationen.				
<b>Indikator 4</b>	Med intervaller, der er fastlagt af organisationen, sikres det, at nødprocedurer i forbindelse med systemnedbrud fungerer tilfredsstillende.				
<b>Referencer</b>					
1.	Lov nr. 429 af 31. maj 2000 om behandling af personoplysninger (Persondataloven) med eventuelle senere ændringer				



<b>Titel</b>	<b>1.1.7 - Forsyningssystemer</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ledelse				
<b>Formål</b>	At sikre, at forsyningssystemer opfylder personalets og patienters behov, krav til sikkerhed og funktionalitet samt myndighedernes krav.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Forsyningssystemer understøtter opgaveløsning, drift og sikkerhed for personale og patienter.</b></p> <p>Forsyningssystemer dækker:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. vare- og medicinleverancer</li> <li>b. it- og kommunikationsudstyr</li> <li>c. informationssystemer</li> <li>d. el</li> <li>e. ventilation</li> <li>f. vand</li> <li>g. varme</li> <li>h. drivmiddelforsyning</li> <li>i. medicinske gasser</li> <li>j. medicinsk udstyr</li> <li>k. transportmidler</li> </ul> <p>Nedbrud i forsyningssystemer med betydning for patientsikkerheden er fx manglende levering af medicin, der ikke kan substitueres.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	1.1.6 Datasikkerhed og -fortrolighed				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ledere kan redegøre for, hvordan forsyningssystemer, som de har ansvaret for, fungerer.				
<b>Indikator 2</b>	Medarbejdere kan redegøre for, hvordan de vil handle i tilfælde af svigt i forsyningssystemer.				
<b>Indikator 3</b>	I tilfælde af nedbrud i forsyningssystemer med betydning for patientsikkerheden er der foretaget en evaluering af processen.				

## Kvalitets- og risikostyring

<b>Titel</b>	<b>1.2.1 - Kvalitetspolitik</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kvalitetsarbejdet er styret af fastsatte mål og gennemføres med fælles kvalitetsudviklingsmetoder</li> <li>• ansvarsforholdene for kvalitetsarbejdet er klart placeret og forankret i ledelsen.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Organisationen har en kvalitetspolitik, der fastsætter målene og rammerne for kvalitetsarbejdet.</b></p> <p>Kvalitetspolitikken er udarbejdet på baggrund af virksomhedsgrundlaget og beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>hvilke nationale og regionale kvalitetskrav, der skal overholdes</li> <li>overordnede mål for kvalitetsarbejdet, herunder en beskrivelse af hvordan de nationale mål for sundhedsvæsenet, ny evidensbaseret viden, forskningsresultater og anden udvikling inddrages</li> <li>ansvaret for at gennemføre kvalitetspolitikken</li> <li>indsatsen for at fremme en kvalitetskultur</li> <li>uddannelse og kompetenceudvikling inden for kvalitetsudvikling</li> <li>systemer og samarbejdsformer, der giver mulighed for at indhente, arbejde og monitorere nødvendige kvalitetsdata.</li> </ol> <p>Kvalitetspolitikken skal formidles bredt ud i organisationen, så den enkelte er bekendt med de dele af politikken, der har betydning for vedkommendes daglige arbejde.</p> <p>Kvalitetspolitikken revideres med fastlagte intervaller samt ved behov.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	1.1.1 Ledelse				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er en opdateret kvalitetspolitik, der beskriver organisationens overordnede mål og placeringen af ansvaret for kvalitets- og patientsikkerhedsarbejdet.				
<b>Indikator 2</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for, hvordan organisationen fastsætter sine overordnede kvalitetsmål på baggrund af nationale og regionale krav og kan fremvise dokumenter, hvor organisationens aktuelle mål er beskrevet.				
<b>Indikator 3</b>	Ledere kan redegøre for, hvordan de monitorerer implementeringen af kvalitetsmålene.				

<b>Titel</b>	<b>1.2.2 - Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring				
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• et datagrundlag til prioritering og udvikling af kvalitet</li> <li>• at intern og ekstern viden om forbedringsmuligheder omsættes til handling</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Organisationen har et kvalitetsovervågningsprogram, der giver et grundlag for at vurdere, hvordan den opfylder de mål, der er fastsat i kvalitetspolitikken.</b></p> <p>Kvalitetsovervågningen understøtter endvidere, at organisationen kan reagere rettidigt på eventuelle kvalitetsproblemer, der måtte opstå.</p> <p>Det indsamlede datamateriale anvendes til at træffe beslutninger om iværksættelse af kvalitetsforbedringstiltag og til at følge op på effekten af de tiltag, der sættes i gang.</p> <p>Processen for prioritering af kvalitetsforbedringer kan være beskrevet i kvalitetspolitikken.</p> <p>Der skal være placeret ansvar for:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. analyse af indsamlede data</li> <li>b. vurdering af, om data giver anledning til at overveje forbedringstiltag</li> <li>c. prioritering af indsatsområde og besluttet, hvad der skal iværksættes</li> <li>d. udvikling af konkrete tiltag i samarbejde med relevante parter.</li> </ol> <p>I processen indgår:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>e. en årlig evaluering af kvalitetsresultater på regionalt niveau</li> <li>f. to årlige audits med fokus på nationale kvalitetsmål for den præhospitale indsats i Danmark (dette krav er kun relevant, hvis der kan rekvireres resultater fra akutdatabasen på surveytidspunktet).</li> </ol> <p>I bilag 1 findes en oversigt over indikatorer med kvalitetsovervågning.</p> <p>Processen for opfølgning af besluttede forbedringstiltag kan være beskrevet i kvalitetspolitikken.</p> <p>For de enkelte tiltag skal følgende dokumenteres:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>g. Mål for indsatsen</li> <li>h. Tiltag der skal gennemføres</li> <li>i. Tidsramme for gennemførelse</li> <li>j. Hvem der er ansvarlig for gennemførelse</li> <li>k. Hvordan det evalueres, om tiltaget har den ønskede effekt</li> <li>l. Hvem der er ansvarlig for opfølgningen, herunder for at beslutte, om den ønskede effekt er opnået, eller om der skal igangsættes nye tiltag</li> </ol>				
<b>Krydsreferencer</b>	1.1.4 Planlægning og drift				

<b>Titel</b>	<b>1.2.2 - Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring				
	1.2.1 Kvalitetspolitik 1.2.4 Risikostyring 1.2.6 Utilsigtede hændelser				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Organisationen har en kvalitetsovervågningsplan, der beskriver overvågning af klinisk kvalitet, patientoplevelse kvalitet og organisatorisk kvalitet.  Herudover inddrages fx utilsigtede hændelser og klager samt bruger- og personalefeedback. Planen omfatter deltagelse i alle nationale kvalitetsmoniteringsinitiativer, der er relevante for organisationen.				
<b>Indikator 2</b>	Organisationen kan med eksempler vise, at der indsamles og offentliggøres data i det omfang, det er muligt i overensstemmelse med kvalitetsovervågningsplanen.				
<b>Indikator 3</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for deres opgaver og ansvar i forbindelse med processen for prioritering af kvalitetsforbedringer (jf. standardens indhold). Der kan fremvises dokumenter, hvor processen er beskrevet, og der kan vises eksempler på konkrete analyser og beslutninger.				
<b>Indikator 4</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for deres opgaver og ansvar i forbindelse med processen for opfølgning af besluttede tiltag (jf. standardens indhold). Der kan fremvises dokumenter, hvor processen er beskrevet, og der kan vises eksempler på konkrete gennemførte og evaluerede tiltag.				

<b>Titel</b>	<b>1.2.4 - Risikostyring</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring				
<b>Formål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At fremme en sikkerhedskultur, hvor der skabes læring og forbedringer på baggrund af en systematisk tilgang til risikostyring</li> <li>• At begrænse risikoen for skader på patienter, pårørende, personale og organisationen</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Organisationen identificerer, vurderer, begrænser og forebygger skade og risiko for skade på patienter, medarbejdere og organisationen.</b></p> <p>Risikostyring defineres som en systematisk proces, der gennemføres for proaktivt at identificere, vurdere, begrænse og forebygge skade og risiko for skade på patienter, medarbejdere og organisationen. Denne proces omfatter både, at der identificeres og forebygges risici og skader.</p> <p>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>Organisationen gennemfører en overordnet risikoanalyse, som opdateres ved behov dog mindst en gang årligt. Risikoanalysen gennemgås for at vurdere om risikobilledet har ændret sig, og for at vurdere, om den måde, man har håndteret risiko på i det forløbne år, er god nok.</p> <p>Risikoanalysen kan indeholde faste risikokategorier. Ikke aktuelle kategorier kan udgå, og nye kan komme til.</p> <p>Udvælgelsen af risikokategorier kan ske på baggrund af mønstre/tendenser i:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• rapporterede UTH</li> <li>• patienttilfredshed</li> <li>• audit</li> <li>• nye tiltag, herunder nyt apparatur</li> <li>• evt. andre datakilder, som fx patientklager.</li> </ul> <p>For hver risikokategori vurderes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• den aktuelle vurdering af risikosituationen</li> <li>• prioritet, baseret på sandsynlighed og konsekvens</li> <li>• tiltag og ansvarlig.</li> </ul> <p>Se et eksempel på et risikovurderingsskema i bilag 2</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for, hvordan man får et samlet billede af risikostyringen og kan fremvise dokumenter, der beskriver risikosituationen.				
<b>Indikator 2</b>	Ledere kan redegøre for deres ansvar og opgaver i forbindelse med risikosty-				

<b>Titel</b>	<b>1.2.4 - Risikostyring</b>			
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring			
	ring.			
<b>Indikator 3</b>	Organisationen evaluerer årligt sin samlede risikostyring.			

<b>Titel</b>	<b>1.2.5 - Patientidentifikation</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring				
<b>Formål</b>	At sikre, at den rette behandling gives til den rette patient.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Der er fokus på at undgå identitetsforveksling af patienter.</b></p> <p>For at sikre korrekt identifikation kan særlige forholdsregler fx beskrives for:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. børn</li> <li>b. inhabile, herunder bevidstløse, psykotiske, påvirkede</li> <li>c. personer med sproglige vanskeligheder</li> <li>d. flere personer involveret i ulykker</li> <li>e. afdøde</li> <li>f. patienter, hvis identitet ikke kan fastslås</li> </ul> <p>Patientidentifikation skal tage udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende vejledning.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>2.8.1 Overdragelse</p> <p>3.1.1 Vurdering og behandling af patienter</p>				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Ledere og medarbejdere kan redegøre for, hvordan patientidentifikation foretages, og hvordan identitetsforveksling forebygges og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på patientidentifikation.				
<b>Referencer</b>					
1.	Vejledning nr. 9808 af 13. december 2013 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet				

<b>Titel</b>	<b>1.2.6 - Utilsigtede hændelser</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring				
<b>Formål</b>	<p>At:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• fremme en patientsikkerhedskultur, hvor der skabes læring og forbedringer på baggrund af utilsigtede hændelser</li> <li>• begrænse risikoen for skader på patienter.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Organisationen indrapporterer, analyserer og følger op på utilsigtede hændelser.</b></p> <p>En væsentlig del af en organisations risikostyring er rapportering, analyse og læring af utilsigtede hændelser.</p> <p>En utilsigtet hændelse er en begivenhed, der medfører skade eller risiko for skade på patienten. Med skade menes utilsigtet fysisk overlast, hvor en undersøgelse eller behandling forårsager eller medvirker til eksempelvis øget behandling, ubehag, indlæggelse, konkret skade eller død for patienten. Utilsigtede hændelser dækker derved både nærfejl, hvor skaden afværges, og indtrufne fejl.</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 indrapporteres på <a href="http://www.stps.dk">www.stps.dk</a> i overensstemmelse med kravene i lovgivningen, og organisationen sikrer håndtering af og opfølgning på utilsigtede hændelser. Der skabes læring på baggrund af utilsigtede hændelser.</p> <p>Patienter og pårørende informeres om deres mulighed for at indrapportere utilsigtede hændelser.</p> <p>Der kan redegøres for håndtering af utilsigtede hændelser, herunder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. hvem, der er ansvarlig for at indrapportere utilsigtede hændelser</li> <li>b. hvordan en utilsigtet hændelse rapporteres</li> <li>c. hvem, der har ansvaret for at følge op på utilsigtede hændelser</li> <li>d. hvordan læring af utilsigtede hændelser sker i organisationen</li> <li>e. hvordan patienter og pårørende informeres om deres mulighed for selv at rapportere utilsigtede hændelser.</li> </ol> <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" menes der udvikling over tid.</p> <p>Viden om relevante utilsigtede hændelser andre steder end i egen organisation kan også med fordel bruges til kvalitetsudvikling.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					



<b>Titel</b>	<b>1.2.6 - Utilsigtede hændelser</b>			
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring			
<b>Indikator 1</b>	Ledere og medarbejdere kan redegøre for håndtering af utilsigtede hændelser.			
<b>Indikator 2</b>	Ledere og medarbejdere kan redegøre for, hvordan utilsigtede hændelser anvendes til læring i organisationen.			
<b>Indikator 3</b>	Ledelsen evaluerer mindst én gang i kvartalet de indkomne rapporter om utilsigtede hændelser med henblik på at identificere eventuelle mønstre og tendenser.			
<b>Referencer</b>				
1.	Bekendtgørelse nr. 1 af 3. januar 2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.			
2.	Vejledning nr. 1 af 3. januar 2011 om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.			

<b>Titel</b>	<b>1.2.7 - Patientklager og patienterstatningssager</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring				
<b>Formål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At sikre sagsbehandling af klager</li> <li>• At indsamle viden om patientklager og patienterstatningssager til læring</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Organisationen behandler og følger op på patientklager og patienterstatningssager</b></p> <p>Klager kan være mundtlige eller skriftlige. Klager kan modtages gennem Styrelsen for Patientsikkerheds klagesystem eller kan være fremsat direkte over for en organisation.</p> <p>Ansvar for håndtering af klager til Styrelsen for Patientsikkerhed og patienterstatningssager kan være placeret hos den regionale præhospitale organisation.</p> <p>Retningslinjerne for behandling og opfølgning på patientklager og patienterstatningssager beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>hvordan personer, der klager direkte til organisationen, informeres om deres rettigheder i henhold til lovgivningen</li> <li>håndtering af patientklager og patienterstatningssager, herunder tidsfrister</li> <li>afdækning af hændelsesårsager</li> <li>hvordan læring, herunder også fra eventuelle dialogmøder mellem klager og organisationen, uddrages, udbredes og bruges.</li> </ol> <p>Patienter og pårørende har krav på information om muligheder for at klage og søge erstatning. Oplysningerne om mulighederne kan fx gøres tilgængelige via hjemmesider.</p> <p>Informationsmaterialet skal være udarbejdet i henhold til gældende lovgivning og kan med fordel forefindes på flere sprog.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for deres opgaver og ansvar i forbindelse med behandling af klager og patienterstatningssager, herunder hvordan rettidig håndtering og årsagsanalyse gennemføres og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Ledere kan redegøre for, hvordan organisationen sikrer intern formidling og læring af patientklager og patienterstatningssager samt gennemfører forbedringstiltag på baggrund af patientklager og patienterstatningssager.				
<b>Indikator 3</b>	Der er informationsmateriale om mulighederne for at klage og søge erstatning.				
<b>Indikator 4</b>	To gange årligt evaluerer ledelsen behandling af og opfølgning på patientklager og patienterstatningssager.				

<b>Titel</b>	<b>1.2.7 - Patientklager og patienterstatningssager</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring				
<b>Referencer</b>					
1.	Styrelsen for Patientsikkerhed. Klager over sundhedsfaglig behandling <a href="http://stps.dk/da/borgere/klag-over-behandling/klage-over-sundhedsfaglig-behandling">http://stps.dk/da/borgere/klag-over-behandling/klage-over-sundhedsfaglig-behandling</a>				

<b>Titel</b>	<b>1.2.8 - Vold og trusler mod personale</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kvalitets- og risikostyring				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• hændelser, hvor vold og/eller trusler optræder, dokumenteres og analyseres</li> <li>• der drages omsorg for personale, der har været udsat for vold og/eller trusler</li> <li>• der sker forebyggende tiltag, der begrænser risikoen for, at personalet udsættes for vold og trusler.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Organisationen forebygger, registrerer, analyserer og følger op på episoder, hvor personale har været udsat for vold eller trusler.</b></p> <p>Vold og trusler mod personale kan både være i den direkte kontakt med patienter og pårørende, men også i den telefoniske kontakt til AMK-vagtcentralen.</p> <p>Retningslinjerne for håndtering af vold og trusler beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>definition af vold og trusler</li> <li>hvornår politiet involveres, herunder hvornår politiets ankomst skal forventes før patientkontakt</li> <li>hvilke metoder, der anvendes til analyse af anmeldelser af vold og trusler</li> <li>hvordan anmeldelser dokumenteres</li> <li>hvem der er ansvarlig for behandling af anmeldelser</li> <li>muligheder for hjælp til bearbejdning af episoder, hvor personale har været udsat for vold og/eller trusler</li> <li>hvordan læring fra anmeldelser om vold og trusler uddrages, udbredes og anvendes</li> <li>hvordan forebyggende tiltag gennemføres</li> <li>information om erstatningsmuligheder.</li> </ol> <p>Anmeldelser kan fx dokumenteres via skadestuejournal, politirapport, arbejdsskadeanmeldelsesrapport mm. Anmeldelserne samles i et fysisk eller elektronisk register, hvori det også dokumenteres, at de anmeldte episoder er evalueret. Evalueringen kan ske enkeltvis eller i form af opsamlingsrunder.</p> <p>Registeret kan være centralt eller decentralt.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ledere og medarbejdere kan redegøre for, hvordan vold og trusler mod personale håndteres.				
<b>Indikator 2</b>	Der er et register over anmeldelser om vold og trusler.				
<b>Indikator 3</b>	Episoder med vold og trusler evalueres.				

## Dokumentation og datastyring

<b>Titel</b>	<b>1.3.1 - Dokumentstyring</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Dokumentation og datastyring				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>dokumenter er tilgængelige, opdaterede og godkendt af relevante personer</li> <li>gyldige dokumenter entydigt kan identificeres, og at udgåede dokumenter kan genfindes i arkiveringsperioden.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Organisationen har en proces for udarbejdelse og håndtering af politikker, retningslinjer og tilsvarende dokumenter.</b></p> <p>Denne standard sætter den overordnede ramme for dokumentstyring. Den omhandler de politikker og retningslinjer, der er krævet i standardernes indikatorer, men den omfatter også dokumenter med tilsvarende funktion, som ikke er oprettet som følge af specifikke krav i DDKM's standarder.</p> <p>Formålet med et dokumentstyringssystem er, at brugerne af de styrede dokumenter nemt kan få et overblik over dokumenterne. Formålet er ligeledes at forhindre, at samme forhold beskrives i flere, muligvis modstridende, dokumenter, og at man ikke anvender dokumenter, der ikke længere er aktuelle.</p> <p>Politikker og retningslinjer skal indeholde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Formål</li> <li>Anvendelsesområde</li> <li>Godkendelse af ansvarlig person</li> <li>Gyldighedsperiode samt tidsramme og ansvar for revision</li> <li>Version eller tilsvarende for at forhindre utilsigtet brug af forældede dokumenter, ikke mindst hvis dokumenter printes ud</li> </ol> <p>Dette kan sikres ved at udarbejde dokumenterne i en skabelon, der indeholder alle punkter.</p> <p>Dokumentstyringssystemet bør understøtte, at dokumenterne opdateres ved behov - dog mindst hvert 3. år.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Organisationen har en fastlagt proces for udarbejdelse og godkendelse af politikker, retningslinjer og tilsvarende dokumenter. Der kan vises eksempler på dokumenter, der er udarbejdet, og det kan forklares, hvordan de er blevet til.				
<b>Indikator 2</b>	Organisationen anvender et dokumentstyringssystem, som sikrer, at der altid er klarhed over, at man anvender den gældende version af et dokument. Dokumentstyringssystemet understøtter ligeledes, at dokumenter indeholder information om version, formål, anvendelsesområde, godkendelse og ansvarlig				

<b>Titel</b>	<b>1.3.1 - Dokumentstyring</b>			
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Dokumentation og datastyring			
	for revision. Dette bekræftes af stikprøver udtaget af surveyors under survey.			

<b>Titel</b>	<b>1.3.2 - Patientjournalen</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Dokumentation og datastyring				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at patientjournalen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• lever op til kravene i lovgivning, vejledninger mv.</li> <li>• understøtter den kliniske beslutningsproces og fremmer kontinuiteten i patientforløbet</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Alle patienter har en ajourført elektronisk journal, der følger gældende lovgivning.</b></p> <p>Med patientjournalen forstås den samlede præhospitale journal for behandlingskrævende transporter, der kan bestå af flere dele, fx log fra AMK-vagtcentralen, ambulancejournal og akutlægebilsjournal.</p> <p>Patientjournaler indeholder de oplysninger, som fremgår af den til enhver tid gældende bekendtgørelse om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler, såsom anamnese, objektiv undersøgelse, vurdering, diagnose, samtykke, plan og udført behandling.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er retningslinjer for journalføring og for indholdet i patientjournalen.				
<b>Indikator 2</b>	<p>Stikprøvekontrol foretaget af surveyors viser, at der for patienter, som har haft et præhospitalsforløb, foreligger en journal, der beskriver det samlede behandlingsforløb. Journalen kan bestå af flere dele, der er lettilgængelige, så det er muligt at få et overblik over den samlede behandling.</p> <p>I stikprøven indgår patienter, som har været behandlet af flere forskellige aktører, fx både af ambulance og af akutlægebil.</p>				
<b>Indikator 3</b>	Medarbejdere kan redegøre for, hvordan journalføringsopgaven deles, når flere forskellige aktører er involveret i det samme behandlingsforløb.				
<b>Indikator 4</b>	<p>To gange årligt gennemføres journalaudit for at gennemgå, vurdere og kvalitetssikre indholdet af patientjournaler jf. vejledning om journalføring.</p> <p>Det sikres, at resultatet af journalauditten videndeles blandt relevant personale i organisationen og bruges til at drage læring af. Hvis der påvises mangler, rettes der op på disse, og der gennemføres en ny fokuseret journalaudit. Dette skal være afsluttet inden eksternt survey.</p>				

## Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling

<b>Titel</b>	<b>1.4.1 - Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• der ansættes personale med relevante kvalifikationer og kompetencer i forhold til opgaverne</li> <li>• nyansatte introduceres til relevante arbejdsområder</li> <li>• ansvars- og opgavefordelingen i organisationen er tydelig og kendt af alle medarbejdere</li> <li>• personalet til enhver tid har de nødvendige kompetencer til løsning af opgaver.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Organisationen har en systematisk tilgang til at ansætte og introducere nye medarbejdere. Organisationens sikrer, at der er klarhed over ansvars- og opgavefordeling, og at personalet har de nødvendige kompetencer til løsning af opgaver.</b></p> <p>Organisationen kan redegøre for, hvordan ansættelse og introduktion foregår med det formål at skabe sikkerhed for, at nyansatte har de rette kvalifikationer og autorisationer, og at de introduceres til organisationens opgaver, ansvarsfordeling, drift og eventuelle fastsatte mål for kvalitetsudvikling.</p> <p>Ansættelsesproceduren skal evalueres regelmæssigt.</p> <p>Alle nyansatte gennemgår et introduktionsforløb ved ansættelsesstart.</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>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 især 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 indgåelse af konkrete aftaler om uddannelsesaktiviteter. Men den regionale præhospitale organisation skal sikre sig, at dette sker på en sådan måde, at de nødvendige kompetencer til at løse præhospitale opgaver bevares og udvikles.</p> <p>Kompetenceudvikling skal som minimum bestå af nedenstående, og ledelsen skal kunne dokumentere dette:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Hvordan arbejdet med uddannelse, vedligeholdelses- og efteruddannelse og kompetenceudvikling er organiseret</li> <li>b. Udviklings- og uddannelsesområder med opstillede mål</li> <li>c. Hvem, der varetager medarbejderudviklingssamtaler</li> <li>d. Opfølgning på medarbejderudviklingssamtaler</li> <li>e. En samlet vurdering af personalets kompetencer i relation til organisati-</li> </ol>				



<b>Titel</b>	<b>1.4.1 - Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling				
	tionens nuværende og kommende opgaver				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ledere kan redegøre for, hvordan nyansættelser håndteres, og hvordan formelle kvalifikationskrav kontrolleres.				
<b>Indikator 2</b>	Ledere og medarbejdere, ansat inden for det seneste år, kan redegøre for, at de har deltaget i et introduktionsprogram, og at det er blevet evalueret.				
<b>Indikator 3</b>	<b>DOK</b> Organisationen har fyldestgørende stillings- og/eller funktionsbeskrivelser for alle medarbejdere.				
<b>Indikator 4</b>	Medarbejdere, der har hovedansættelse andetsteds i regionen, men løser opgaver for den regionale præhospitale organisation, kan redegøre for, at de har fået introduktion til særlige forhold og opgaver.				
<b>Indikator 5</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for, hvordan kompetenceudvikling varetages og kan fremvise dokumenter, hvor det beskrives.				
<b>Indikator 6</b>	Medarbejdere kan redegøre for, at der er gennemført medarbejderudviklingssamtale inden for den af organisationen fastsatte tidsfrist, og at de uddannelses tiltag, der er aftalt, er gennemført som aftalt.				
<b>Indikator 7</b>	Ledere i den regionale præhospitale organisation kan redegøre for, hvordan man sikrer kompetencerne hos medarbejdere, hvor de ikke selv står for medarbejderudviklingssamtaler og uddannelse.				

<b>Titel</b>	<b>1.4.3 - Arbejdstilrettelæggelse</b>			
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Ansættelse, arbejdstilrettelæggelse og kompetenceudvikling			
<b>Formål</b>	At sikre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• at arbejdstilrettelæggelsen tager hensyn til faglig kvalitet, uddannelse og patientens behov</li> <li>• den bedst mulige anvendelse af personaleressourcer og -kompetencer.</li> </ul>			
<b>Indhold</b>	<p><b>Ledelsen tilrettelægger arbejdet i samspil med medarbejderne og i henhold til lovmæssige grundlag.</b></p> <p>Det er en væsentlig ledelsesmæssig opgave at sikre, at den konkrete bemanning i enhver situation, både henset til antal og henset til kompetencer, er adækvat i forhold til behovet og lever op til kontraktmæssige forpligtelser og lovmæssige krav.</p> <p>Der vil der være en række funktioner og opgaver, som det vil være nødvendigt at fastlægge i en konkret plan. Det vil fx være, 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, samt at udarbejde de nødvendige planer.</p> <p>Det er ligeledes ledelsens opgave at sikre, at der tages stilling til mulige løsninger i situationer, hvor de ønskede ressourcer og kompetencer ikke er til stede, fx på grund af sygdom, således at den umiddelbart ansvarlige leder har en klar forestilling om, hvorledes situationen forventes håndteret.</p>			
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen			
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>				
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for, hvordan normal bemanning fastsættes og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.			
<b>Indikator 2</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for, hvordan bemanningen i problemsituationer, fx på grund af sygdom, håndteres. Der kan fremvises dokumenter, hvor det er beskrevet.			

## Hygiejne

<b>Titel</b>	<b>1.5.1 - Hygiejnepolitik</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Hygiejne				
<b>Formål</b>	At forebygge, at personer pådrager sig infektioner i kontakten med det præhospitale system.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Der er en hygiejnepolitik, som fastlægger rammerne for infektionshygiejnen.</b></p> <p>I hygiejnepolitikken beskrives rammerne og de overordnede mål for arbejdet med hygiejne.</p> <p>Hygiejnepolitikken beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. overordnede mål og ansvar for infektionshygiejne</li> <li>b. nationale og regionale krav, der skal overholdes</li> <li>c. ansvarsplacering for udførelse af politikken.</li> </ul>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.5.2 Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler</p> <p>1.5.3 Hånd- og uniformshygiejne og håndtering af smittekilder</p>				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er en hygiejnepolitik, som beskriver overordnede mål og rammer og ansvar for at nå disse mål.				
<b>Indikator 2</b>	Ledere kan redegøre for deres ansvar og opgaver i forhold til hygiejnepolitikken.				
<b>Referencer</b>					
1.	Nationale infektionshygiejniske retningslinjer om præhospital infektionshygiejne, 1. udgave 2016. Statens Serum Institut				

<b>Titel</b>	<b>1.5.2 - Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Hygiejne				
<b>Formål</b>	At forebygge, at personer pådrager sig infektioner i kontakten med medicinsk udstyr, tekstiler og inventar.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Spredning af infektioner i forbindelse med genanvendelse af medicinsk udstyr, tekstiler og inventar forebygges.</b></p> <p>Indsatsen for forebyggelse af infektioner i forbindelse med genanvendelse af medicinsk udstyr, tekstiler og inventar beskrives i retningslinjer. Udgangspunktet 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 samt opbevaring af tekstiler, herunder tæpper og uniformer.</p> <p>Kontrollen af rengøring og desinfektion af køretøjer, udrustning og medicinsk udstyr dokumenteres.</p> <p>Retningslinjer og kontrolprocedurer er i overensstemmelse med relevante vejledninger fra Statens Serum Institut og kliniske mikrobiologiske afdelinger.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Ledere og medarbejdere kan redegøre for og demonstrere, hvordan køretøjer, inventar og medicinsk udstyr rengøres og desinficeres og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Ledere og medarbejdere kan redegøre for håndtering, vask og opbevaring af tekstiler jf. NIR om præhospital infektionshygiejne.				
<b>Indikator 3</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for, hvordan rengøring og desinfektion kontrolleres og kan fremlægge dokumentation for, at kontrol har fundet sted.				
<b>Referencer</b>					
1.	Nationale infektionshygiejniske retningslinjer om præhospital infektionshygiejne, 1. udgave 2016. Statens Serum Institut				

<b>Titel</b>	<b>1.5.3 - Hånd- og uniformshygiejne og håndtering af smitekilder</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Hygiejne				
<b>Formål</b>	At reducere risikoen for, at personer eksponeres for smitte.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Håndhygiejne udføres korrekt og smitte forebygges via korrekt håndtering af smitekilder og brug af værnemidler.</b></p> <p>Retningslinjerne for korrekt håndhygiejne- og uniformshygiejne tager udgangspunkt i NIR om præhospital infektionshygiejne og beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. håndhygiejne, herunder hånddesinfektion, håndvask og brug af medicinske engangshandsker</li> <li>b. tilgængeligheden af faciliteter til håndhygiejne</li> <li>c. i hvilke situationer, der skal udføres håndhygiejne</li> <li>d. forholdsregler i forhold til smittede og/eller forurenede patienter</li> <li>e. korrekt påklædning, herunder brug af handsmykker og armbåndsure</li> <li>f. vedligeholdelsesundervisning i hånd- og uniformshygiejne</li> <li>g. hvordan organisationen monitorerer hånd- og uniformshygiejne.</li> </ul> <p>Generelle smitekilder omfatter smitteveje gennem kontakt, luft (nys og host) og via kropsvæsker, fx blod, sekreter eller lignende.</p> <p>Retningslinjerne for korrekt håndtering af smitekilder og brug af værnemidler beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>h. generel identifikation af smitekilder og smitteveje</li> <li>i. generel forebyggelse af smitte overført via kropsvæsker</li> <li>j. anvendelse af personlige værnemidler.</li> </ul> <p>Personlige værnemidler kan fx være handsker, masker, beskyttelsesdragt og beskyttelsesbriller.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Ledere og medarbejdere kan redegøre for korrekt hånd- og uniformshygiejne og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Ledere og medarbejder kan redegøre for, at de har fået vedligeholdelsesundervisning i hånd- og uniformshygiejne.				
<b>Indikator 3</b>	<b>DOK</b> Ledere og medarbejdere kan redegøre for deres opgaver i relation til håndtering af smitekilder og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 4</b>	Ledere kan redegøre for, hvordan der reageres på tilbagemeldinger fra sygehuse om epidemier og om enkelte patienter, som personale i præhospitalt regi har håndteret, der senere viser sig at være smittede.				

<b>Titel</b>	<b>1.5.3 - Hånd- og uniformshygiejne og håndtering af smittekilder</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Hygiejne				
<b>Referencer</b>					
1.	Nationale infektionshygiejniske retningslinjer om præhospital infektionshygiejne, 1. udgave 2016. Statens Serum Institut				

<b>Titel</b>	<b>1.5.5 - Håndtering af farlige stoffer og affald</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Hygiejne				
<b>Formål</b>	At reducere risikoen for, at personer eksponeres for farlige stoffer samt at sikre, at affald håndteres og bortskaffes forsvarligt.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Eksponering for farlige stoffer reduceres via korrekt håndtering og brug af værnemidler. Affald håndteres og bortskaffes forsvarligt.</b></p> <p>Farlige stoffer er fx kemikalier, biologiske eller radioaktive stoffer. Der tages udgangspunkt i "Retningslinjer for indsatsledelse", når retningslinjerne for håndtering af farlige stoffer udarbejdes.</p> <p>Retningslinjerne for håndtering af farlige stoffer beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. forholdsregler ved hændelser, hvor patienter og personale udsættes for farlige stoffer</li> <li>b. forholdsregler ved patienters og personales eksponering for farlige stoffer</li> <li>c. anvendelse af personlige værnemidler.</li> </ul> <p>Retningslinjerne beskriver, hvordan affald håndteres, herunder klinisk risikoaffald, bortskaffelse af kemikalier og spidse genstande samt anvendelse af personlige værnemidler.</p> <p>Personlige værnemidler kan fx være handsker, masker, beskyttelsesdragt og beskyttelsesbriller.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Ledere og medarbejdere kan redegøre for deres opgaver i relation til håndtering af farlige stoffer og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	<b>DOK</b> Ledere og medarbejdere kan redegøre for opgaver i relation til håndtering af affald og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Referencer</b>					
1.	Nationale infektionshygiejniske retningslinjer om præhospital infektionshygiejne, 1. udgave 2016. Statens Serum Institut				

## Beredskab

<b>Titel</b>	<b>1.6.1 - Beredskabsplan</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Beredskab				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at den regionale præhospitale organisation og leverandører kan udvide og omstille sin kapacitet i forbindelse med beredskabshændelser, herunder:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tilvejebringelse af ekstra eller kontraktbestemte materielle og personale-mæssige ressourcer</li> <li>• aktivering af den nødvendige beslutningskompetence internt og eksternt.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Beredskabsplanen beskriver den regionale præhospitale organisations og leverandørernes opgaver i forbindelse med beredskabshændelser.</b></p> <p>Beredskabsplanen tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledninger. Den ajourføres ved ændringer, der påvirker beredskabet, og i hver valgperiode, dvs. mindst hvert fjerde år. Beredskabsplanen er koordineret med den samlede regionale beredskabsplan.</p> <p>Beredskabsplanen skal beskrive lederes og medarbejderes ansvar, pligter og opgaver.</p> <p>Omfanget af beredskabsøvelser besluttet af ledelsen.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er en beredskabsplan.				
<b>Indikator 2</b>	Relevante ledere kan redegøre for, hvordan beredskabsplanen koordineres med den samlede regionale beredskabsplan, og hvordan den tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens vejledninger.				
<b>Indikator 3</b>	Ledere og medarbejdere kan redegøre for deres opgaver og ansvar i forhold til beredskabsplanen.				
<b>Indikator 4</b>	Der gennemføres en gang årligt beredskabsøvelser i samarbejde med øvrige relevante aktører.				
<b>Indikator 5</b>	Beredskabsplanen og beredskabsøvelser evalueres.				
<b>Indikator 6</b>	Efter beredskabsøvelser evalueres det, om beredskabsplanen blev iværksat som planlagt, og om planen fungerede.				



<b>Titel</b>	<b>1.6.2 - Intern beredskabsplan</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Beredskab				
<b>Formål</b>	At sikre, at organisationen i videst muligt omfang kan fungere ved uforudsete hændelser såsom brand, indtrængende truende personer og bombetrusler.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Den interne beredskabsplan beskriver organisationens opgaver i forbindelse med beredskabshændelser.</b></p> <p>Beredskabsplanen skal beskrive lederes og medarbejderes ansvar, pligter og opgaver ved uforudsete hændelser.</p> <p>Omfanget af beredskabsøvelser besluttet af ledelsen.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er en intern beredskabsplan.				
<b>Indikator 2</b>	Ledere og medarbejdere kan redegøre for deres opgaver og ansvar i forhold til den interne beredskabsplan.				
<b>Indikator 3</b>	Der gennemføres én gang årligt interne beredskabsøvelser.				
<b>Indikator 4</b>	Beredskabsplanen og beredskabsøvelser evalueres.				
<b>Indikator 5</b>	Efter beredskabsøvelser evalueres det, om beredskabsplanen blev iværksat som planlagt, og om planen fungerede.				

## Apparatur og teknologi

<b>Titel</b>	<b>1.7.1 - Implementering og håndtering af medicinsk udstyr og kommunikationsudstyr</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Apparatur og teknologi				
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• effektiv og sikker håndtering af medicinsk udstyr</li> <li>• at medicinsk udstyr og kommunikationsudstyr til enhver tid er driftssikkert og funktionsdygtigt.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Implementering af medicinsk udstyr sker efter en fastlagt proces, og medicinsk udstyr håndteres korrekt. Der anvendes kommunikationsudstyr, der sikrer sikker kommunikation mellem aktører.</b></p> <p>Når nyt medicinsk udstyr implementeres, skal der i processen placeres et ansvar for implementeringen. Det skal sikres, at der er danske brugervejledninger og betjeningsvejledninger, og det skal afgøres, om udstyret kræver uddannelse af personale i håndteringen af det nye medicinske udstyr.</p> <p>Ved håndtering forstås anvendelse og drift af medicinsk udstyr og kommunikationsudstyr, herunder driftsforberedelser, rengøring og flytning.</p> <p>Retningslinjerne for uddannelse i håndtering af medicinsk udstyr beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. krav til personalets uddannelsesniveau og kompetencer i forhold til håndtering af medicinsk udstyr</li> <li>b. hvilket medicinsk udstyr, der kræver vedligeholdelsesundervisning.</li> </ol> <p>Retningslinjerne for mærkning, kontrol, rengøring, vedligehold, reparation og udfasning af medicinsk udstyr skal indeholde:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>c. ansvar for mærkning, kontrol, rengøring, vedligehold, reparation, udfasning og bortskaffelse af medicinsk udstyr</li> <li>d. ansvar for fejlmelding af medicinsk udstyr</li> <li>e. dokumentation af fejlmelding af medicinsk udstyr</li> <li>f. entydig mærkning af fejlramt medicinsk udstyr</li> <li>g. principper for reparation af medicinsk udstyr, herunder uddannelse af relevant klinisk og teknisk personale</li> <li>h. reetablering af repareret medicinsk udstyr, herunder vurdering af behov for korrigerende handlinger, fx geninstallering, yderligere kontrol eller yderligere forebyggende vedligehold</li> <li>i. ansvar for rapportering af utilsigtede hændelser i forhold til medicinsk udstyr</li> <li>j. rapportering af hændelser med medicinsk udstyr til Lægemiddelstyrelsen, herunder hvornår sundhedspersoner er forpligtede til det</li> <li>k. udfasningsprincipper og krav om langsigtede udfasningsplaner af medicinsk udstyr, hvor det er relevant</li> <li>l. forholdsregler ved svigt af medicinsk udstyr.</li> </ol>				

<b>Titel</b>	<b>1.7.1 - Implementering og håndtering af medicinsk udstyr og kommunikationsudstyr</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Apparatur og teknologi				
	Retningslinjerne for kommunikationsudstyr beskriver: <ul style="list-style-type: none"> <li>m. ansvarsfordeling ved anskaffelse og implementering af kommunikationsudstyr</li> <li>n. brugervejledninger og betjeningsvejledninger og relevant uddannelse</li> <li>o. alternative kommunikationsveje ved nedbrud af primært kommunikationsudstyr</li> <li>p. anvendelse af elektronisk patientjournal</li> <li>q. datasikkerhed</li> <li>r. vedligehold af kommunikationsudstyr i henhold til lovmæssige og kontraktlige aftaler</li> <li>s. forholdsregler mod tyveri og misbrug af kommunikationsudstyr.</li> </ul>				
<b>Krydsreferencer</b>	1.1.6 Datasikkerhed og -fortrolighed 1.1.7 Forsyningssystemer 1.2.4 Risikostyring 1.3.2 Patientjournalen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Ledere og medarbejdere kan redegøre for, hvordan nyt medicinsk udstyr implementeres, og hvordan de bliver uddannet i håndtering af medicinsk udstyr.				
<b>Indikator 2</b>	Medarbejdere kan demonstrere en procedure til håndtering af fejlramt medicinsk udstyr.				
<b>Indikator 3</b>	Ledere kan redegøre for, hvordan medicinsk udstyr vedligeholdes, repareres og udfases.				
<b>Indikator 4</b>	<b>DOK</b> ledere og medarbejdere kan redegøre for, hvordan kommunikationsudstyr anvendes og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 5</b>	SINE-terminaler testes regelmæssigt.				
<b>Indikator 6</b>	Ledere og medarbejdere kan redegøre for, hvordan det sikres, at PPJ og øvrige elektroniske hjælpeværktøjer er funktionsduelige.				
<b>Referencer</b>					
1.	Bekendtgørelse nr. 1263 af 15. december 2008 om medicinsk udstyr med eventuelle senere ændringer				

## Transportmidler

<b>Titel</b>	<b>1.8.1 - Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Transportmidler				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patienten kan ydes korrekt behandling og transport</li> <li>• transportmidlerne og udrustningen tager hensyn til patientens og personalets behov for sikkerhed, tilgængelighed og funktionalitet</li> <li>• transportmidlerne og udrustningen er funktionsdygtige og hygiejniske.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Transportmidler og udrustning understøtter opgaveløsningen.</b></p> <p>Transportmidler er ambulancer, akutbiler, akutlægebiler og akutlægehelikoptere.</p> <p>Udrustning er bære- og bæremateriel, værktøj til basal frigørelse af patient og brandslukningsudstyr til mindre brande.</p> <p>Retningslinjerne for anskaffelse af transportmidler og udrustning beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ansvarsfordeling ved anskaffelse og udskiftning af transportmidler og udrustning, herunder beslutningsproces i forbindelse med indkøb</li> <li>b. proces for specifikation af transportmidler og udrustning</li> <li>c. modtagekontrol</li> <li>d. mærkning</li> <li>e. registrering</li> <li>f. udfasning.</li> </ol> <p>Retningslinjerne for anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>g. udarbejdelse af relevante bruger- og betjeningsvejledninger til transportmidler og udrustning</li> <li>h. brugerundervisning i anvendelse af nye transportmidler og ny udrustning</li> <li>i. proces for regelmæssig kontrol af transportmidler og udrustning og vedligehold i henhold til krav og anbefalinger</li> <li>j. vedligeholdelse af transportmidler og udrustning gennemført af eksterne leverandører</li> <li>k. ansvar for fejlmelding af transportmidler og udrustning, herunder ansvarsfordeling</li> <li>l. dokumentation af fejlmelding af transportmidler og udrustning, herunder ansvarsfordeling</li> <li>m. forholdsregler ved svigt af primært transportmiddel og udrustning.</li> </ol> <p>Kontrol og vedligehold dokumenteres.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.2.4 Risikostyring</p> <p>1.7.1 Implementering og håndtering af medicinsk udstyr og kommunikationsudstyr</p>				

<b>Titel</b>	<b>1.8.1 - Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Transportmidler				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Relevante ledere kan redegøre for, hvordan transportmidler og udrustning anskaffes.				
<b>Indikator 2</b>	Medarbejdere kan redegøre for, hvordan transportmidler og udrustning anvendes og vedligeholdes.				
<b>Indikator 3</b>	Transportmidler og udrustning kontrolleres og vedligeholdes.				

<b>Titel</b>	<b>1.8.2 - Sikkerhed under transport</b>			
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Transportmidler			
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• transportmidlernes indretning tager hensyn til patientens, pårørendes og personalets behov for sikker transport</li> <li>• risikoen for personskader og utilsigtede hændelser under transporten er minimal</li> <li>• udrustning og medicinsk udstyr er hensigtsmæssigt placeret og forsvarligt fastgjort.</li> </ul>			
<b>Indhold</b>	<p><b>Transportmidler er hensigtsmæssigt indrettede, så transporter kan afvikles sikkert for patienten, pårørende og personalet.</b></p> <p>Indretning af transportmidler er beskrevet i retningslinjer, der beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. sikker montering og eftermontering af udstyr og fastspænding af udrustning og medicinsk udstyr, der ikke forefindes stationært i transportmidlet</li> <li>b. korrekt fastspænding af patienten, pårørende og personalet under transporten</li> <li>c. brandbekæmpelsesudstyr</li> <li>d. lettilgængelige lukkemekanismer til fx gasser under tryk.</li> </ol>			
<b>Krydsreferencer</b>	1.2.4 Risikostyring			
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>				
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Ledere og medarbejdere kan demonstrere, hvordan transportmidler er indrettet for at opnå størst mulig sikkerhed under transport og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.			
<b>Indikator 2</b>	En gang årligt evalueres personskader i forbindelse med transport.			

## Interhospital transport

<b>Titel</b>	<b>1.9.1 - Interhospital transport</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospital område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Interhospital transport				
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at patienten modtager korrekt behandling under den interhospital transport</li> <li>• klar ansvarsfordeling mellem afgivende og modtagende sygehus og præhospital enheder.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Interhospital transport af patienter er koordineret og tilgodeser patientens behov.</b></p> <p>Retningslinjer for behandlingskrævende interhospital transport beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. krav til information og dokumentation, der skal være til stede før transporten, under transporten og ved overdragelse</li> <li>b. ansvar for behandling og observation af patienten</li> <li>c. dokumentation for behandling og observation af patienten</li> <li>d. kommunikation mellem præhospital enhed og modtageenhed ved uventet forværring af patientens tilstand eller komplikationer, herunder behov for tilstedeværende modtagepersonale med særlige kompetencer</li> <li>e. ansvar for og håndtering af medtaget medicinsk udstyr fra afsenderenheden</li> <li>f. planlægning af transport i samarbejde med relevante samarbejdspartnere</li> <li>g. sikkerhed under transporten for patienten og personalet, herunder fastspænding af udrustning og medicinsk udstyr, der ikke er monteret i transportmidlet.</li> </ol> <p>Interhospital transport arrangeres og gennemføres i et samarbejde mellem det præhospital system og de involverede sygehuse. Ansvar for en del af opgaverne vil typisk ligge hos sygehuse. Retningslinjerne skal sikre, at der er en klar og entydig fordeling af ansvaret. Standarden dikterer ikke, hvordan ansvarsfordelingen skal være, men det præhospital system kan ikke leve op til standarden, hvis der er uklarhed om ansvarsfordelingen.</p> <p>Retningslinjerne for modtagelse og videregivelse af bestillinger beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>h. sikring af, at patienten, der overflyttes interhospitalt, er lægeligt vurderet</li> <li>i. stillingtagen til relevant udstyr og personalekompetencer i den enkelte situation i overensstemmelse med kliniske retningslinjer</li> <li>j. modtagelse af bestilling af transport, herunder fx tidspunkt</li> <li>k. krav til transportmidlet</li> <li>l. gensidige kontaktpersoner.</li> </ol> <p>Evalueringen af interhospital transport kan foretages i relevante fora med repræsentanter fra de involverede parter.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	1.7.1 Implementering og håndtering af medicinsk udstyr og kommunikations-				

<b>Titel</b>	<b>1.9.1 - Interhospitaler transporter</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitaler område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Interhospitaler transporter				
	udstyr 1.8.2 Sikkerhed under transport 2.8.1 Overdragelse 3.1.1 Vurdering og behandling af patienter				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Medarbejdere kan redegøre for, hvordan behandlingskrævende interhospitaler transporter gennemføres og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Medarbejdere i AMK-vagtcentralen kan redegøre for, hvordan bestillinger af behandlingskrævende interhospitaler transporter modtages og videregives.				
<b>Indikator 3</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på interhospitaler transporter.				
<b>Indikator 4</b>	En gang årligt evalueres interhospitaler transporter.				



## Kommunikation

<b>Titel</b>	<b>1.10.2 - Telemedicin</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kommunikation				
<b>Formål</b>	At sikre, at telemedicin kan medvirke til en hurtig, sikker og korrekt behandling.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Der anvendes telemedicin, som understøtter opgaveløsningen.</b></p> <p>Med telemedicin forstås, at en sundhedsperson ved hjælp af video, billeder, lyd og måleresultater inddrager en specialist, som ikke er til stede, der hvor patienten befinder sig, i diagnostik og behandling.</p> <p>Retningslinjerne for telemedicin, herunder for overførsel af data via elektronisk patientjournal, beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>identifikation af til hvilke aktionsdiagnoser, behandlinger og situationer, telemedicin anvendes</li> <li>hvilke telemedicinske løsninger der anvendes</li> <li>procedure, herunder koordinering ved flere tilskadekomne</li> <li>ansvarsfordeling mellem de involverede aktører</li> <li>nødplaner for alternative kommunikationsmidler</li> <li>sikkerhed for personfølsomme data</li> <li>vedligeholdelse og test af telemedicinsk udstyr</li> </ol> <p>Retningslinjerne udarbejdes ved involvering af relevante ledere og medarbejdere i organisationen og fra relevante kliniske enheder.</p> <p>Krav til kompetencer kan fx være udvalgte personalegrupper og/eller specifik erfaring/viden inden for telemedicin opnået fx via kurser eller uddannelse.</p> <p>Evalueringen af den telemedicinske kommunikation kan gennemføres i relevante fora, hvor relevante cases med telemedicinsk diagnosticering og rådgivning gennemgås.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.1.6 Datasikkerhed og -fortrolighed</p> <p>1.1.7 Forsyningssystemer</p> <p>1.7.1 Implementering og håndtering af medicinsk udstyr og kommunikationsudstyr</p>				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Ledere og medarbejdere kan redegøre for deres opgaver og ansvar i forbindelse med brug af telemedicin og kan demonstrere, hvordan telemedicin fungerer og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	<b>DOK</b> Kommunikationsmidler i relation til telemedicin testes regelmæssigt, og dokumentation for testene kan fremvises.				
<b>Indikator 3</b>	To gange årligt gennemføres der audit med fokus på anvendelsen af telemedicin.				

<b>Titel</b>	<b>1.10.2 - Telemedicin</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Kommunikation				
<b>Indikator 4</b>	En gang årligt evalueres den telemedicinske kommunikation mellem aktørerne.				
<b>Referencer</b>					
1.	Vejledning nr. 9719 af 9. november 2005 om ansvarsforholdene mv. ved lægers brug af telemedicin				

## Patientinddragelse - information og kommunikation

<b>Titel</b>	<b>2.1.1 - Informeret samtykke</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Patientinddragelse - information og kommunikation				
<b>Formål</b>	At sikre, at personalet giver fyldestgørende information om konkrete behandlingstilbud, så patienten kan træffe beslutning om behandlingsvalg.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Patientens informerede samtykke indhentes forud for behandling, medmindre andet følger af lovgivningen.</b></p> <p>Retningslinjerne for indhentning og dokumentation af informeret samtykke beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. hvordan informeret samtykke dokumenteres</li> <li>b. hvornår stiltiende samtykke anvendes</li> <li>c. hvordan stiltiende samtykke dokumenteres</li> <li>d. hvornår akut behandling kan indledes uden samtykke</li> <li>e. patientens ret til at frasige sig behandling</li> <li>f. hvordan patientens frasigelse af behandling dokumenteres.</li> </ul> <p>Retningslinjerne for indhentning af informeret samtykke er i overensstemmelse med lovgivningen og den kontekst, der arbejdes i.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	1.3.2 Patientjournalen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	Medarbejdere kan redegøre for, hvordan informeret samtykke indhentes.				
<b>Indikator 2</b>	To gange årligt gennemføres der audit med fokus på informeret samtykke.				

<b>Titel</b>	<b>2.1.2 - Inddragelse af patienten og pårørende</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Patientinddragelse - information og kommunikation				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• personalet er opmærksomt på patientens ønsker om medinddragelse</li> <li>• pårørende inddrages i beslutninger med patientens samtykke</li> <li>• der tages højde for patientens og eventuelle pårørendes etiske, kulturelle og religiøse ønsker</li> <li>• patienten og eventuelle pårørende oplever at blive behandlet med værdighed og respekt</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Patienten og eventuelle pårørende inddrages med patientens samtykke i behandlingen. Der udvises forståelse for patientens og eventuelle pårørendes etiske, kulturelle og religiøse ønsker.</b></p> <p>Retningslinjerne for patienters og eventuelle pårørendes inddragelse beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. hvordan patientens ønsker om inddragelse afklares</li> <li>b. hvordan der udvises respekt i kommunikationen med patienten og eventuelle pårørende</li> <li>c. forholdsregler ved særlige patientgrupper</li> <li>d. hvordan personalet kan imødekomme patientens og eventuelle pårørendes etiske, kulturelle og religiøse ønsker</li> <li>e. hvordan eventuelle pårørende informeres og inddrages i behandlingen, svarende til patientens ønsker og med respekt for tavshedspligten.</li> </ol> <p>Særlige patientgrupper kan fx være: bevidstløse, patienter med psykiske lidelser, demente, børn og unge samt 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. Pjecer inden for særlige sprogområder i optageområdet kan overvejes.</p> <p>Patienternes tilfredshed kan undersøges fx via spørgeskema eller interviews. Det er ikke afgørende, hvem der står for dataindsamling til undersøgelse af patienternes tilfredshed.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er en retningslinje for inddragelse af patienter og pårørende.				
<b>Indikator 2</b>	Medarbejdere kan redegøre for, hvordan patienter og pårørende inddrages.				
<b>Indikator 3</b>	Det er undersøgt, om patienterne oplevede at blive behandlet med værdighed og respekt under den præhospitale indsats, og om patienterne var tilfredse med den information, de fik under den præhospitale indsats.				

<b>Titel</b>	<b>2.1.4 - Indbringelse af patient med afvigende adfærd</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Patientinddragelse - information og kommunikation				
<b>Formål</b>	At sikre, at patienten visiteres og behandles korrekt.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Visitation og behandling af patient med afvigende adfærd foregår korrekt.</b></p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a. udelukkelse af somatiske årsager, fx forgiftning eller hypoglycæmi og dokumentation heraf</li> <li>b. hvornår samarbejdspartnere kontaktes</li> <li>c. visitationskriterier</li> <li>d. procedurer ved tvangsindlæggelse.</li> </ul> <p>Visitationskriterier bør udarbejdes i samarbejde mellem relevante parter.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	3.1.1 Vurdering og behandling af patienter				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Medarbejdere kan redegøre for, hvordan visitation og behandling af patienter med afvigende adfærd foregår og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	En gang årligt evalueres samarbejde med samarbejdsparter i forhold til indbringelse af patienter med afvigende adfærd.				

## Visitation, disponering og melding

<b>Titel</b>	<b>2.2.1 - Sundhedsfaglig visitation i AMK-vagtcentralen</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Visitation, disponering og melding				
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at indringeren modtager relevant sundhedsfaglig rådgivning</li> <li>• ensartet præhospital indsats på det rette niveau</li> <li>• optimal udnyttelse af de samlede ressourcer i det regionale præhospitale system.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Den sundhedsfaglige visitation i AMK-vagtcentralen foretages systematisk og er baseret på nationale faglige anbefalinger.</b></p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. hastegradsvurdering</li> <li>b. sundhedsfaglig visitation, herunder hvilken type enheder der skal deltage</li> <li>c. hvornår der ikke sendes assistance</li> <li>d. sundhedsfaglig rådgivning</li> <li>e. kommunikationsvej mellem de sundhedsfaglige visitatorer og de tekniske disponenter.</li> </ol>				
<b>Krydsreferencer</b>	2.2.2 Teknisk disponering i AMK-vagtcentralen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er retningslinjer for sundhedsfaglig visitation.				
<b>Indikator 2</b>	<b>DOK</b> Medarbejdere kan redegøre for, hvordan sundhedsfaglig visitation i vagtcentralen foregår og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 3</b>	To gange årligt gennemføres der audit af den sundhedsfaglige rådgivning.				
<b>Indikator 4</b>	To gange årligt gennemføres der audit af, om der er afsendt korrekte typer enheder på baggrund af den sundhedsfaglige visitation.				

<b>Titel</b>	<b>2.2.2 - Teknisk disponering i AMK-vagtcentralen</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Visitation, disponering og melding				
<b>Formål</b>	At sikre: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ensartet præhospitalsindsats på det rette niveau</li> <li>• optimal udnyttelse af de samlede ressourcer i det regionale præhospitale system.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<b>Den tekniske disponering i AMK-vagtcentralen foretages systematisk.</b> Retningslinjerne beskriver teknisk disponering, herunder hvilke konkrete køretøjer, fx ambulance fra station, der skal deltage i den præhospitale indsats.				
<b>Krydsreferencer</b>	2.2.1 Sundhedsfaglig visitation i AMK-vagtcentralen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er retningslinjer for teknisk disponering.				
<b>Indikator 2</b>	<b>DOK</b> Medarbejdere kan redegøre for, hvordan teknisk disponering foregår og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 3</b>	En gang årligt evalueres kommunikationen mellem de sundhedsfaglige visitatorer og de tekniske disponenter i AMK-vagtcentralen.				

<b>Titel</b>	<b>2.2.3 - Melding og kommunikation</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Visitation, disponering og melding				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• meldingen fra AMK-vagtcentralen indeholder fyldestgørende information til optimering af den præhospitale indsats</li> <li>• meldingen giver mulighed for fyldestgørende vurdering og behandling</li> <li>• meldingen understøtter en koordineret behandling</li> <li>• indsatsen koordineres, så de rette informationer når de præhospitale enheder</li> <li>• kommunikation og kommunikationsveje er korrekte og entydige</li> <li>• personale har adgang til den information, som er nødvendig for at løse opgaverne korrekt.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Indholdet af melding fra AMK-vagtcentralen til de præhospitale aktører er entydig og fyldestgørende og videreformidles via meldesystemet. Meldingen modtages og uddybes eventuelt løbende, så den præhospitale indsats kan koordineres og optimeres.</b></p> <p>Retningslinjerne for indholdet af meldingen fra AMK-vagtcentralen beskriver:</p> <p>Primære melding, der indeholder:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. alarmtidspunkt</li> <li>b. hastegrad</li> <li>c. præcise oplysninger om optageadresse</li> <li>d. eventuelle særlige forhold ved ankomst</li> <li>e. eventuelle særlige forhold vedrørende patienten</li> <li>f. årsag til indringning</li> <li>g. aktuelle symptomer</li> <li>h. antal patienter</li> <li>i. relevante sikkerhedsforanstaltninger</li> <li>j. indringerens telefonnummer.</li> </ol> <p>Supplerende oplysninger, der kan omfatte:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>k. oplysninger om, hvilken medicin der er givet i forbindelse med den aktuelle hændelse</li> <li>l. information om iværksat behandling og rådgivning på optageadresse</li> <li>m. information om visitation af patienten.</li> </ol> <p>Retningslinjerne for melding og kommunikation via meldesystemet mellem AMK-vagtcentralen og de præhospitale enheder beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>n. kommunikation med øvrige aktører</li> <li>o. kommunikation mellem ambulance og øvrige aktører</li> <li>p. kommunikation med øvrige disponerede præhospitale enheder</li> <li>q. orientering om øvrige disponerede enheder</li> <li>r. hvordan de, der kommunikerer, identificerer sig</li> <li>s. hvilke informationer, der gives, videregives og modtages</li> <li>t. løbende opdatering af information</li> <li>u. anvendelse af standardiserede koder, terminologier og forkortelser i</li> </ol>				



<b>Titel</b>	<b>2.2.3 - Melding og kommunikation</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Visitation, disponering og melding				
	<p>meldingen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>v. tilbagemelding mellem AMK-vagtcentralen og de præhospitale enheder, herunder tilkald/afmelding af nødvendige ressourcer, fx akutlæge</li> <li>w. kommunikationsudstyr og sekundære kommunikationsveje ved nedbrud af primært kommunikationsudstyr</li> <li>x. dokumentation for kommunikation, herunder mundtlig kommunikation mellem AMK-vagtcentralen og de præhospitale enheder</li> <li>y. hvordan og hvor længe dokumentation af kommunikation arkiveres, jf. gældende lovgivning</li> <li>z. hvorledes information om fremsendelse af flere enheder til samme hændelse håndteres i de disponerede enheder.</li> </ul> <p>Øvrige aktører er fx indsatsleder sundhed, politi og redningsberedskab.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er retningslinjer for indholdet af meldingen fra AMK-vagtcentralen.				
<b>Indikator 2</b>	<b>DOK</b> Der er retningslinjer for melding og kommunikation via meldesystemet mellem AMK-vagtcentralen og de præhospitale enheder.				
<b>Indikator 3</b>	Medarbejdere kan demonstrere, hvordan meldinger afgives og modtages.				
<b>Indikator 4</b>	En gang årligt evaluerer AMK-vagtcentralen samarbejdet med de øvrige præhospitale aktører.				
<b>Indikator 5</b>	To gange årligt gennemføres der audit med fokus på brugbarhed og relevans af melding.				

## Koordinering og kontinuitet

<b>Titel</b>	<b>2.4.1 - Koordinering af medicinsk behandling</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Koordinering og kontinuitet				
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at patienten modtager et korrekt, koordineret og effektivt behandlingsforløb</li> <li>• korrekt visitation</li> <li>• klar ansvarsfordeling mellem de involverede aktører.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Den medicinske behandling koordineres mellem de involverede aktører.</b></p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>koordinering på optageadressen, herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• klar ansvarsfordeling mellem de præhospitale enheder for beslutninger og handlinger</li> <li>• informationer i forhold til patientens behandling</li> </ul> </li> <li>koordinering af gensidig assistance mellem andre involverede aktører</li> <li>samarbejde med øvrige aktører</li> <li>forholdsregler der tilgodeser særlige patientgrupper eller patientgrupper med specielle behandlingsbehov.</li> </ol> <p>Øvrige aktører kan fx være sygehuse, almen praksis, overlæge fra STPS, kommuner og politi.</p> <p>Særlige patientgrupper kan fx være børn, unge og socialt udsatte.</p> <p>Specielle behandlingsbehov kan fx være behov for at medbringe patientens medicinske udstyr eller pårørende.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Medarbejdere kan redegøre for, hvordan koordination af den medicinske behandling foregår og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Medarbejdere kan redegøre for, hvordan gensidig assistance koordineres mellem de involverede aktører.				
<b>Indikator 3</b>	En gang årligt evaluerer de involverede parter koordineringen af den medicinske behandling.				

## Medicinering

<b>Titel</b>	<b>2.5.1 - Lægemidler #</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Medicinering				
<b>Formål</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• At sikre, at lægemiddelordination og lægemiddeldelegering er i overensstemmelse med evidensbaseret viden og klinisk praksis.</li> <li>• At sikre overensstemmelse mellem lægemiddelordination, lægemiddeldispensering og lægemiddeladministration.</li> <li>• At sikre, at kun personale med relevant uddannelse har tilladelse til at ordinere, dispensere og administrere lægemidler.</li> <li>• At forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med ordination, delegering, dispensering og administration af lægemidler.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Enhver ordination, delegering, dispensering og administration af lægemidler til patienter er entydig og korrekt.</b></p> <p>På grund af den særlige risiko der er forbundet med anvendelse af lægemidler, skal ledelsen sikre, at personalet har de relevante uddannelser og kompetencer. Der skal derfor fastsættes krav til uddannelsesniveaue for personale, der varetager medicinering, og der skal også sættes krav til videre- og efteruddannelse.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	1.4.1 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<p><b>DOK</b> Der er retningslinjer for lægemiddelordination, lægemiddeldelegering, lægemiddeldispensering og lægemiddeladministration.</p> <p>Retningslinjerne beskriver krav til dokumentation af:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. informeret samtykke hvis muligt</li> <li>b. patientinformation hvis muligt</li> <li>c. allergi hvis muligt</li> <li>d. indikation for lægemiddeladministrationen</li> <li>e. lægemidlets navn (generisk navn og/eller handelsnavn)</li> <li>f. lægemiddelform og -styrke</li> <li>g. dosering, herunder mængde, hyppighed, tidspunkt for og administrationsmåde</li> <li>h. lægemiddeladministration</li> <li>i. kontrol af overensstemmelse mellem identitet på lægemiddelbeholder, injektionssprøjte eller infusionspose</li> <li>j. ordinerende person, herunder ved telefonordination eller ekstern ordination</li> <li>k. virkning og bivirkninger</li> <li>l. tvangsmedicinering, under hensyntagen til lovgivning om tvang</li> <li>m. stillingtagen til: <ul style="list-style-type: none"> <li>• delegerede lægemidler</li> <li>• rammeordinationer</li> <li>• kontraindikationer</li> <li>• instrukser for sikker lægemiddeldispensering og lægemiddeladmini-</li> </ul> </li> </ol>				

<b>Titel</b>	<b>2.5.1 - Lægemidler #</b>			
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b> 1
<b>Tema</b>	Medicinering			
	stration, herunder sikker mærkning.			
<b>Indikator 2</b>	Der er fastsat krav til uddannelsesniveaut og til videre- og efteruddannelse for det personale, der varetager medicinering.			
<b>Indikator 3</b>	Medarbejdere kan redegøre for, at de har et uddannelsesniveau og er videre- og efteruddannet svarende til det krav, der er fastsat af ledelsen.			
<b>Indikator 4</b>	Medarbejdere kan redegøre for, hvordan lægemiddelordination, lægemiddel-delegering, lægemiddeldispensering og lægemiddeladministration foregår.			
<b>Indikator 5</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på relevant klinisk vurdering forud for lægemiddeladministration.			
<b>Indikator 6</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på afdækning af eventuel allergi forud for lægemiddeladministration.			
<b>Indikator 7</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på dokumentation af dosis og administrationspunkt for lægemidler.			
<b>Indikator 8</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på relevant klinisk vurdering efter lægemiddeladministration.			

<b>Titel</b>	<b>2.5.2 - Lægemiddelhåndtering og -opbevaring #</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Medicinering				
<b>Formål</b>	<p>At sikre,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at patienten får korrekte, virksomme lægemidler</li> <li>• at lægemidler opbevares korrekt og sikkert</li> <li>• at opbevaring og håndtering af lægemidler forhindrer fejl og utilsigtede hændelser</li> <li>• mod tyveri og utilsigtet brug af lægemidler.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Lægemidler opbevares og håndteres korrekt og forsvarligt.</b></p> <p>Retningslinjerne for opbevaring og håndtering af lægemidler, der lagerføres som standardsortiment og opbevares på depoter, beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. hvordan lægemidler opbevares</li> <li>b. hvem, der for er ansvarlig for <ul style="list-style-type: none"> <li>• bestilling</li> <li>• modtagelse</li> <li>• returnering</li> <li>• tilbagekaldelse</li> </ul> </li> <li>c. hvordan, hvor ofte og hvem, der foretager og dokumenterer afstemning af lægemiddelbeholdning</li> <li>d. hvordan lægemidler opbevares, så risikoen for forveksling minimeres</li> <li>e. forholdsregler for at minimere risiko for tyveri eller utilsigtet brug af lægemidler</li> </ol> <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"> <li>f. hvilke lægemidler de enkelte enheder har behov for til akutte situationer, fx ved en indholdsliste</li> <li>g. hvordan lægemidler i akuttasker håndteres, herunder: <ul style="list-style-type: none"> <li>• at akuttaskerne opbevares i overensstemmelse med gældende lovgivning samt sikkert men tilgængeligt for relevant personale</li> <li>• hvem der må bruge akuttasken</li> <li>• hvem der er ansvarlig for kontrol, opfyldning og rengøring af akuttaske</li> <li>• at lægemidlerne i akuttaskerne ikke har overskredet udløbsdatoen og kontrolleres regelmæssigt</li> <li>• at reservetasker gennemgås og genopfyldes ved brud af plombering</li> </ul> </li> </ol>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					

<b>Titel</b>	<b>2.5.2 - Lægemiddelhåndtering og -opbevaring #</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Medicinering				
<b>Indikator 1</b>	Medarbejdere kan demonstrere deres opgaver i forbindelse med opbevaring og håndtering af lægemidler.				
<b>Indikator 2</b>	<b>DOK</b> Der er retningslinjer for akuttasker og lægemidler, der bruges i de akutte situationer.				
<b>Indikator 3</b>	Det kontrolleres og dokumenteres, at lægemidler ikke har overskredet udløbsdatoer.				
<b>Indikator 4</b>	Det kontrolleres og dokumenteres, at lægemidler opbevares korrekt.				
<b>Indikator 5</b>	Det kontrolleres, at akuttasker er tilgængelige for relevant personale, og at akuttasker har det rette indhold.				

## Genoplivning

<b>Titel</b>	<b>2.6.1 - Hjertestopbehandling #</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Genoplivning				
<b>Formål</b>	At sikre ensartet og hurtig behandling ved hjertestop for at øge patientens mulighed for overlevelse uden varige mén.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Hjertestopbehandling baseres på internationalt anerkendte anbefalinger.</b></p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>hvornår hjerte-lungeredning iværksættes</li> <li>indhold i basal genoplivning</li> <li>hvilket udstyr der skal forefindes ved basal genoplivning</li> <li>indhold i avanceret genoplivning</li> <li>hvilke lægemidler der skal forefindes ved avanceret genoplivning</li> <li>hvilket udstyr der skal forefindes ved avanceret genoplivning</li> <li>krav til dokumentation, herunder rapportering af behandling og resultat heraf</li> <li>kontraindikationer for iværksættelse af hjertestopbehandling</li> <li>hvornår iværksat hjertestopbehandling ophører.</li> </ol> <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 ske i form af almen orientering eller ved større ændringer i decideret efteruddannelse.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>1.4.1 Ansættelse, introduktion og kompetenceudvikling</p> <p>2.9.1 Omsorg for den terminalt syge patient</p>				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er retningslinjer for hjertestopbehandling.				
<b>Indikator 2</b>	Der er fastsat krav til uddannelsesniveaue for det personale, der varetager hjertestopbehandling.				
<b>Indikator 3</b>	Der rapporteres til Dansk Hjertestopdatabase.				
<b>Indikator 4</b>	En gang årligt deltager personalet i efteruddannelse i hjertestopbehandling.				
<b>Indikator 5</b>	Ved opdatering af europæiske guidelines opdateres personalet i forhold til ændringerne.				

## Afslutning af den præhospitale indsats på stedet

<b>Titel</b>	<b>2.7.1 - Afslutning af den præhospitale indsats på stedet #</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Afslutning af den præhospitale indsats på stedet				
<b>Formål</b>	<p>At sikre, at</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• patienten behandles optimalt ud fra en samlet vurdering</li> <li>• beslutningen om at afslutte den præhospitale indsats på stedet træffes på et relevant klinisk grundlag</li> <li>• patienten, hvis behandling afsluttes på stedet, er informeret om baggrunden for dette og om eventuelle komplikationer og symptomer, som vedkommende skal reagere på</li> <li>• patienten inddrages i beslutningsprocessen</li> <li>• pårørende så vidt muligt inddrages i beslutningsprocessen med patientens samtykke</li> <li>• den præhospitale indsats dokumenteres fyldestgørende</li> <li>• akutlæge/AMK/vagtlæge kontaktes, når der er krav om det</li> <li>• patientens ret til selvbestemmelse respekteres samtidig med, at hensynet til inhabile patienters interesser varetages.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Beslutningen om at afslutte den præhospitale indsats på stedet sker på baggrund af en samlet vurdering af patienten ud fra gældende retningslinjer.</b></p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• kliniske forhold: <ul style="list-style-type: none"> <li>a. at den præhospitale indsats kun kan afsluttes på stedet efter lægelig ordination, jf. bekendtgørelsens regler om dette, når patienten har modtaget behandling på stedet</li> <li>b. anvendelse af kliniske retningslinjer ved afslutning af den præhospitale indsats på stedet</li> <li>c. krav til målinger og vurderinger, som skal ligge til grund for beslutningen om at afslutte den præhospitale indsats på stedet</li> <li>d. hvordan patienten informeres om risici, komplikationer og symptomer, som vedkommende skal reagere på</li> <li>e. dokumentation af, hvilken information patienten har modtaget.</li> </ul> </li> <li>• administrative forhold: <ul style="list-style-type: none"> <li>f. hvem der skal kontaktes i tvivlstilfælde</li> <li>g. krav til dokumentationen for den præhospitale indsats, der er afsluttet på stedet</li> <li>h. information til pårørende, såfremt det er muligt, med patientens samtykke</li> <li>i. forholdsregler vedrørende særlige patientgrupper</li> <li>j. hvornår der skal sendes epikrise til egen læge.</li> </ul> </li> </ul> <p>Særlige patientgrupper kan fx være børn og unge, patienter der er psykisk afvigende eller udviklingshæmmede, eller patienter med sprogproblemer.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	1.3.2 Patientjournalen				



<b>Titel</b>	<b>2.7.1 - Afslutning af den præhospitale indsats på stedet #</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Afslutning af den præhospitale indsats på stedet				
	2.1.1 Informeret samtykke 3.1.1 Vurdering og behandling af patienter				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er retningslinjer for afslutning af den præhospitale indsats på stedet.				
<b>Indikator 2</b>	Medarbejdere kan redegøre for, hvordan den præhospitale indsats afsluttes på stedet.				
<b>Indikator 3</b>	To gange årligt gennemføres audit med fokus på dokumentation af patienters afslag på behandling eller ønske om afbrud af behandling.				

## Overdragelse

<b>Titel</b>	<b>2.8.1 - Overdragelse #</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Overdragelse				
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• at overdragelse er koordineret</li> <li>• at behandlingsansvarlige rettidigt får de rette oplysninger</li> <li>• en klar ansvarsplacering ved overdragelse</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Når patienten overdrages, videregives information om den præhospitale indsats til relevant personale.</b></p> <p>Med overdragelse menes videregivelse af information til alt relevant personale, som er involveret i behandlingen af den konkrete patient, og som har ansvaret for den videre behandling.</p> <p>Der skal ske patientidentifikation ved alle overdragelser.</p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>hvem der er ansvarlig for videregivelse af oplysninger</li> <li>systematisk videregivelse af oplysninger om: <ul style="list-style-type: none"> <li>• patientdata, herunder sociale forhold</li> <li>• hændelsesforløbet, herunder anamnese</li> <li>• beskrivelse af symptomer og fund</li> <li>• hvilken behandling der er givet</li> <li>• hvilken information der er givet til patienten og/eller pårørende</li> <li>• andre relevante forhold</li> </ul> </li> <li>hvordan oplysninger og ansvar for den videre behandling videregives til de behandlingsansvarlige på modtageenheden</li> <li>hvordan overdragelsen dokumenteres</li> <li>hvordan der gives feedback på overdragelsen til organisationens personale</li> </ol> <p>Retningslinjerne for overdragelse skal udarbejdes i samarbejde med alle enheder, der er involveret i behandling af patienter.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er en retningslinje for overdragelse.				
<b>Indikator 2</b>	Medarbejdere kan redegøre for, hvordan der videregives information om den præhospitale indsats til relevant personale, når patienten overdrages.				
<b>Indikator 3</b>	To gange årligt gennemføres der audit med fokus på overdragelse.				
<b>Indikator 4</b>	En gang årligt evalueres videregivelse af information om den præhospitale indsats til relevant personale, når patienter overdrages.				

## Ved livets afslutning

<b>Titel</b>	<b>2.9.1 - Omsorg for den terminalt syge patient</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Ved livets afslutning				
<b>Formål</b>	At sikre, at den terminalt syge patient modtager en værdig, respektfuld og lindrende behandling.				
<b>Indhold</b>	<p><b>Personalet tilbyder en værdig og respektfuld behandling til den terminalt syge patient under transport.</b></p> <p>Retningslinjerne skal understøtte, at patientens ønsker, herunder lindring og smertebehandling under transport, kan imødekommes.</p> <p>En skriftlig lægelig ordination er en forudsætning for, at patientens eventuelle ønske om at afstå fra genoplivning ved hjertestop under transporten kan imødekommes. Den behandlingsansvarlige læges skriftlige ordination af, at der ikke er grundlag for genoplivningsforsøg, skal journalføres. Eksempelvis hvis en praktiserende læge i et journalnotat på stedet har fastslået, at en terminal patient boende i eget hjem ikke ønsker genoplivning ved hjertestop.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	Ingen				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Der er retningslinjer for behandlingen af den terminalt syge patient.				

## Specifikke kliniske tilstande

<b>Titel</b>	<b>3.1.1 - Vurdering og behandling af patienter #</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Specifikke kliniske tilstande				
<b>Formål</b>	<p>At sikre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• en initial vurdering og behandling af patienten så hurtigt, som patientens tilstand kræver det</li> <li>• den rette prioritering, udredning, behandling, visitation og overdragelse af patientens tilstand/symptomer, baseret på bedst mulig evidensbaseret praksis.</li> </ul>				
<b>Indhold</b>	<p><b>Der gennemføres initial vurdering og behandling samt løbende observation og revurdering, så den rette behandling af patienten hurtigt kan iværksættes.</b></p> <p>Der er retningslinjer for initial vurdering og behandling samt løbende observation og revurdering af patienten. Retningslinjerne beskriver den vurdering, der foretages af enhver patient og ligger til grund for behandlingen af alle patienter. Der er supplerende retningslinjer for specifikke alvorlige, behandlingskrævende tilstande.</p> <p>Retningslinjerne beskriver:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. initial vurdering efter ABCDE-principperne</li> <li>b. principperne for inddeling af patienter i kategorier ud fra alvorlighedsgrad af symptomer</li> <li>c. brug af behandlingsalgoritmer ud fra en aktionsdiagnose/tilstand ud fra symptombillede</li> <li>d. krav til hyppighed og omfang af observationer og målinger</li> <li>e. krav til løbende revurdering af patienten samt vurdering af effekten af behandlingen og eventuel iværksættelse af ny behandling</li> <li>f. smertevurdering og vurdering af effekten af smertebehandlingen</li> <li>g. forholdsregler ved forværring af patientens tilstand</li> <li>h. forholdsregler ved større ulykker (flere patienter og/eller svære traumer), herunder situationsvurdering, triage, behandling og visitation</li> <li>i. Krav om dokumentation af initial vurdering og behandling og relevante og nødvendige løbende observationer og revurderinger</li> <li>j. overdragelse af informationer til andre aktører.</li> </ol> <p><b>Der anvendes evidensbaserede, kliniske retningslinjer for specifikke alvorlige, behandlingskrævende tilstande med udgangspunkt i prioritering efter ABCDE-principperne.</b></p> <p>Retningslinjer beskriver håndteringen af tilstande, der er karakteriseret ud fra specifikke symptomer. Retningslinjerne beskriver indhentning af relevante kliniske oplysninger, observation, behandling, visitering og overdragelse af patienter med specifikke alvorlige, behandlingskrævende tilstande. Retningslinjerne er så vidt muligt evidensbaserede og bygger på ABCDE-principperne.</p> <p>Retningslinjerne for observation og behandling udformes, så de understøtter beslutningstagen i den kliniske situation, og understøtter samtidig at patienten</p>				

<b>Titel</b>	<b>3.1.1 - Vurdering og behandling af patienter #</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Specifikke kliniske tilstande				
	<p>terne behandles efter en fastlagt plan. Denne plan vil kunne fremgå af retningslinjen.</p> <p>De specifikke kliniske tilstande omhandler som minimum symptombilleder med:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• bevidsthedspåvirkning</li> <li>• vejrtrækningspåvirkning</li> <li>• kredsløbspåvirkning</li> <li>• akutte neurologiske problemer, fx kramper og lammelser</li> <li>• fysiske traumer</li> <li>• forgiftninger</li> <li>• smerter</li> </ul> <p>Retningslinjerne skal leve op til anerkendt faglig standard og relevante nationale vejledninger.</p>				
<b>Krydsreferencer</b>	<p>2.1.2 Inddragelse af patienten og pårørende</p> <p>2.8.1 Overdragelse</p>				
<b>Organisationen vil under det eksterne survey blive vurderet på følgende:</b>					
<b>Indikator 1</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for, hvordan det sikres, at der foreligger opdaterede generelle retningslinjer for initial vurdering og behandling og løbende observation og revurderinger, som lever op til anerkendt faglig standard, relevante nationale vejledninger og tilsvarende og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 2</b>	Ledere kan redegøre for, hvordan man understøtter implementeringen af retningslinjerne for initial vurdering og behandling og løbende observation samt revurdering af patienten, og hvordan efterlevelsen overvåges regelmæssigt.				
<b>Indikator 3</b>	Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de opnår kendskab til indholdet af retningslinjerne for initial vurdering og behandling og løbende observation samt revurdering af patienten, og hvordan de kan få adgang til retningslinjerne, hvis de under en indsats bliver i tvivl om den rette fremgangsmåde.				
<b>Indikator 4</b>	Stikprøvekontrol foretaget af surveyors viser, at der er udført initial vurdering efter ABCDE-principperne. Surveyorne udvælger på tilfældig vis et antal journaler. Journalgennemgang bekræfter, at der er udført initial vurdering efter ABCDE-principperne.				
<b>Indikator 5</b>	<b>DOK</b> Ledere kan redegøre for, hvordan det sikres, at der foreligger regelmæssigt opdaterede kliniske retningslinjer, som er baseret på bedst mulig evidensbaserede praksis for specifikke alvorlige, behandlingskrævende tilstande med udgangspunkt i prioritering efter ABCDE-principperne og kan fremvise dokumenter, hvor det er beskrevet.				
<b>Indikator 6</b>	Ledere kan redegøre for, hvordan man understøtter implementeringen af evidensbaserede, kliniske retningslinjer for specifikke, alvorlige behandlingskræ-				

<b>Titel</b>	<b>3.1.1 - Vurdering og behandling af patienter #</b>				
<b>Sektor</b>	Det præhospitale område	<b>Version</b>	3	<b>Udgave</b>	1
<b>Tema</b>	Specifikke kliniske tilstande				
	vende tilstande, og hvordan efterlevelsen overvåges regelmæssigt.				
<b>Indikator 7</b>	Medarbejderne kan redegøre for, hvordan de opnår kendskab til indholdet af kliniske retningslinjer for specifikke, alvorlige behandlingskrævende tilstande, og hvordan de kan få adgang til retningslinjerne under en indsats.				
<b>Indikator 8</b>	Surveyorne udvælger på tilfældig vis et antal journaler. Journalgennemgang bekræfter, at patienterne er behandlet efter gældende behandlingsalgoritmer.				
<b>Indikator 9</b>	To gange årligt udføres audit med fokus på behandling af specifikke kliniske tilstande, herunder også vurdering af tidsforbrug på skadestedet.				

## Bilag 1 – Oversigt over indikatorer der indeholder kvalitetsovervågning

### Type af kvalitetsovervågning:

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 datafortrolighed			Sikring af at nødprocedurer fungerer tilfredsstillende  Backup af systemer med fastlagte intervaller	
1.1.7	Forsyningssystemer			I tilfælde af nedbrud evalueres den fastlagte proces	
1.2.1	Kvalitetspolitik				X
1.2.2	Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag				X
1.2.4	Risikostyring	X			

<b>Std. nr.</b>	<b>Standardtitel</b>	<b>Evaluering</b>	<b>Audit</b>	<b>Andet</b>	<b>Ingen krav om kvalitetsovervågning</b>
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, introduktion og kompetenceudvikling				X
1.4.3	Arbejdstilrettelæggelse				X
1.5.1	Hygiejnepolitik				X
1.5.2	Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler				X
1.5.3	Hånd- og uniformshygiejne og håndtering af smittekilder				X
1.5.5	Håndtering af farlige stoffer og affald				X



<b>Std. nr.</b>	<b>Standardtitel</b>	<b>Evaluering</b>	<b>Audit</b>	<b>Andet</b>	<b>Ingen krav om kvalitetsovervågning</b>
1.6.1	Beredskabsplan	X		Evaluering efter beredskabsøvelser	
1.6.2	Intern beredskabsplan	X		Evaluering efter beredskabsøvelser	
1.7.1	Implementering og håndtering af medicinsk udstyr og kommunikationsudstyr				X
1.8.1	Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning				X
1.8.2	Sikkerhed under transport	X			
1.9.1	Interhospital transport	X	X		
1.10.2	Telemedicin	X	X		
2.1.1	Informeret samtykke		X		
2.1.2	Inddragelse af patienten og pårørende			Undersøgelse	
2.1.4	Indbringelse af patient med afvigende adfærd	X			
2.2.1	Sundhedsfaglig visitation i AMK-vagtcentralen		X		
2.2.2	Teknisk disponering i AMK-vagtcentralen	X			

<b>Std. nr.</b>	<b>Standardtitel</b>	<b>Evaluering</b>	<b>Audit</b>	<b>Andet</b>	<b>Ingen krav om kvalitetsovervågning</b>
2.2.3	Melding og kommunikation	X	X		
2.4.1	Koordinering af medicinsk behandling	X			
2.5.1	Lægemidler #		X		
2.5.2	Lægemiddelhåndtering og -opbevaring #				X
2.6.1	Hjertestopbehandling #			Årlig efteruddannelse	
2.7.1	Afslutning af den præhospitale indsats på stedet #		X		
2.8.1	Overdragelse #	X	X		
2.9.1	Omsorg for den terminalt syge patient				X
3.1.1	Vurdering og behandling af patienter #		X		

**Frekvens af kvalitetsovervågning:**

Std. nr.	Standardtitel	Årligt	2 x årligt	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
1.1.1	Ledelse				X
1.1.3	Kontrakter og aftaler mellem regioner og leverandører	X			
1.1.4	Planlægning og drift				X
1.1.6	Datasikkerhed og -fortrolighed			Sikring af at nødprocedurer fungerer tilfredsstillende Backup af systemer med fastlagte intervaller	
1.1.7	Forsyningssystemer			I tilfælde af nedbrud evalueres den fastlagte proces	
1.2.1	Kvalitetspolitik				X
1.2.2	Kvalitetsovervågning og forbedringstiltag				X
1.2.4	Risikostyring	X			
1.2.5	Patientidentifikation		X		

<b>Std. nr.</b>	<b>Standardtitel</b>	<b>Årligt</b>	<b>2 x årligt</b>	<b>Andet</b>	<b>Ingen krav om kvalitetsovervågning</b>
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, introduktion og kompetenceudvikling				X
1.4.3	Arbejdstilrettelæggelse				X
1.5.1	Hygiejnepolitik				X
1.5.2	Procedurer og arbejdsgange ved genanvendelse af medicinsk udstyr og tekstiler				X
1.5.3	Hånd- og uniformshygiejne og håndtering af smittekilder				X
1.5.5	Håndtering af farlige stoffer og affald				X

Std. nr.	Standardtitel	Årligt	2 x årligt	Andet	Ingen krav om kvalitetsovervågning
1.6.1	Beredskabsplan			Evaluering af beredskabsplan og beredskabsøvelser	
				Evaluering efter beredskabsøvelser	
1.6.2	Intern beredskabsplan			Evaluering af beredskabsplan og beredskabsøvelser	
				Evaluering efter beredskabsøvelser	
1.7.1	Implementering og håndtering af medicinsk udstyr og kommunikationsudstyr				X
1.8.1	Anskaffelse, anvendelse og vedligeholdelse af transportmidler og udrustning				X
1.8.2	Sikkerhed under transport	X			
1.9.1	Interhospitaler transporter	X	X		
1.10.2	Telemedicin	X	X		
2.1.1	Informeret samtykke		X		

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

## Bilag 2 - Eksempel på risikovurderingsskema

Risikovurderingen kan laves på baggrund af følgende eksempel:

Risikokategori	Aktuel vurdering af risikosituationen og dato	Prioritet, jf. risikoskema nedenfor	Tiltag og ansvarlig

<b>Sikker sandsynlighed</b>					
<b>Høj sandsynlighed</b>					
<b>Moderat sandsynlighed</b>					
<b>Lav sandsynlighed</b>					
<b>Usandsynligt</b>					
	<b>Ubetydelig konsekvens</b>	<b>Lav konsekvens</b>	<b>Moderat konsekvens</b>	<b>Alvorlig konsekvens</b>	<b>Ødelæggende konsekvens</b>