

---

Bilag 1:

Kopi af 16 akkrediteringsstandarder

---



# **DEN DANSKE KVALITETSMODEL**

## **Akkrediteringsstandarder til pilottest**

### **Det kommunale område**

**3. december 2007**

## Indholdsfortegnelse

	Side
<b>Introduktion til de kommunale akkrediteringsstandarder</b> .....	<b>3</b>
<b>Begrebsliste</b> .....	<b>9</b>
<b>Koordinering, kontinuitet og overdragelse</b> .....	<b>11</b>
KOM 1.1.1 Overdragelse af borgere fra sygehus til kommune og vice versa (1/3) .....	11
KOM 1.1.2 Overdragelse internt i kommunen eller mellem kommuner (2/3).....	13
KOM 1.1.3 Samarbejde om koordinering og kontinuitet af indsatser til borgere med komplekse behandlingsbehov internt i kommunen (3/3) .....	15
<b>Medicinering</b> .....	<b>17</b>
KOM 1.2.1 Dokumentation af modtagelse af lægemiddelordination (1/4).....	17
KOM 1.2.2 Lægemiddeldispensering (2/4) .....	20
KOM 1.2.3 Lægemiddeladministration (3/4).....	22
KOM 1.2.4 Transport og opbevaring af lægemidler (4/4) .....	24
<b>Træning</b> .....	<b>26</b>
KOM 1.3.1 Kommunale træningsydelse (1/3).....	26
KOM 1.3.2 Kommunal træningsplan (2/3).....	28
KOM 1.3.3 Opfyldelse og revurdering af borgerens træningsbehov (3/3) .....	30
<b>Diabetes</b> .....	<b>32</b>
KOM 2.1.1 Tidlig opsporing af borgere, der er i risiko for at udvikle type 2-diabetes (1/2) .....	32
KOM 2.1.2 Rådgivning vedrørende egenomsorg til borgere med diabetes (2/2).....	34
<b>Kvalitets- og risikostyring</b> .....	<b>36</b>
KOM 3.1.1 Politik for kvalitets- og risikostyring (1/4) .....	36
KOM 3.1.2 Organisering af kvalitets- og risikostyring (2/4) .....	38
KOM 3.1.3 Risikostyring (3/4) .....	39
KOM 3.1.4 Håndtering og rapportering af utilsigtede hændelser (4/4) .....	41

## **Introduktion til de kommunale akkrediteringsstandarder**

Denne første version af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) omfatter akkrediteringsstandarder for institutioner i relation til tre hovedkategorier: Organisatoriske aktiviteter, generelle patient-/borgerforløb og sygdoms-specifikke patient/borgerforløb.

En akkrediteringsstandard beskriver et mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering af en ydelseskvalitet. Akkrediteringsstandarderne er udarbejdet i regi af Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (IKAS) med henblik på at skabe en fælles ramme for kvalitetsudvikling og akkreditering af alle offentligt finansieret sundhedsydelser. Ud over det kommunale sundhedsvæsen omfatter DDKM nuværende sygehusområdet samt apoteker.

IKAS har det overordnede ansvar for DDKM's strategi, udvikling, planlægning og drift.

### **Den Danske Kvalitetsmodel i sundhedsvæsenet**

DDKM er et kvalitetsudviklings- og akkrediteringssystem for hele det danske sundhedsvæsen, der baseres på et fælles sæt af akkrediteringsstandarder.

På det kommunale område er der nuværende udviklet standarder inden for 5 temaer. Disse er: Kvalitets- og risikostyring, koordinering, kontinuitet og overdragelse, træning, diabetes samt medicinering. I alt er der nuværende udviklet 16 akkrediteringsstandarder. På det kommunale område vil der blive udviklet akkrediteringsstandarder over 4 faser. Akkrediteringsstandarderne udviklet i 1. fase er netop sendt i pilottest. 2. fase er lige startet med udvikling af yderligere 5 temaer og 3. fase forventes at starte i april 2008, mens starttidspunktet for 4. fase endnu ikke er fastlagt.

På sygehusområdet er der udviklet akkrediteringsstandarder inden for 36 temaer. På apoteksområdet pågår udviklingen af akkrediteringsstandarderne nuværende, og her forventes der at blive udviklet 12 temaer.

DDKM fokuserer på patient-/borgerforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, imellem institutioner og internt i kommunerne.

Formålet med DDKM er at:

- tilvejebringe et fælles evalueringsgrundlag i form af akkrediteringsstandarder
- fremme kontinuerlig klinisk, faglig og organisatorisk kvalitetsforbedring af patient-/borgerforløb
- gennemføre en ekstern vurdering og akkreditering (ekstern survey) af de involverede kommuner
- understøtte gennemsigtighed af kvaliteten i sundhedsvæsenet

### **Principper for Den Danske Kvalitetsmodel**

Følgende principper er gældende for første version af DDKM:

- DDKM er obligatorisk for alle danske offentlige sygehuse (somatiske og psykiatriske), herunder deres samarbejde med og relationer til andre institutioner og sektorer (kommunerne). Visse private sygehuse, der behandler for offentlig regning, deltager ligeledes
- Eksisterende nationale danske kvalitetsprojekter indgår som en del af grundlaget for de udviklede akkrediteringsstandarder. Det drejer sig om Det Nationale Indikatorprojekt (NIP), Den Gode Medicinske Afdeling (DGMA), Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP), De Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser, Operation Life og De Mellemmenneskelige Relationer (MMR)
- Gældende danske formelle regler og bestemmelser er indarbejdet, hvor det er vurderet relevant
- Udviklingen af akkrediteringsstandarder er baseret på rådgivning fra en international rådgiver, det engelske akkrediteringsfirma Health Quality Service (HQS), og er i overensstemmelse med The International Society for Quality in Health Care's (ISQua) principper for udvikling af akkrediteringsstandarder

- IKAS vil løbende foretage revision og udvikling af nye akkrediteringsstandarder i overensstemmelse med ISQua's principper herfor, således at disse til enhver tid afspejler det danske sundhedsvæsens forhold og behov
- Som led i kommunernes implementering af akkrediteringsstandarderne gennemfører kommunerne en selvevaluering med henblik på vurdering af opfyldelsesgraden af akkrediteringsstandarderne. Selvevalueringen baseres på de tilhørende indikatorer. Efterfølgende gennemføres en ekstern vurdering af kommunerne via et surveyorkorps fra IKAS
- Den eksterne evaluering af kommunerne gennemføres med henblik på akkreditering. I DDKM baseres akkreditering på en vurdering af opfyldelse af akkrediteringsstandarder i forbindelse med den eksterne survey (akkrediteringsbesøg). Akkreditering er således en uvildig og kvalificeret vurdering af kommunernes arbejde med at synliggøre og forbedre kvaliteten. Akkrediteringen finder sted hvert 3. år
- Kommunernes data for opfyldelse af akkrediteringsstandarderne og akkrediteringsanerkendelse offentliggøres med henblik på åbenhed om den aktuelle kvalitet og om udviklingen i kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser

På nuværende tidspunkt er der ikke truffet konkrete beslutninger om akkrediteringsprocessen i kommunerne.

### **Tidsforløbet i DDKM i relation til kommunerne**

#### **Udviklingen af akkrediteringsstandarder**

I regi af IKAS blev i 2006 etableret temagrupper, som udarbejdede de enkelte akkrediteringsstandarder med speciel fokus på fagligheden. Temagrupperne var sammensat af fagpersoner med relevant viden om det pågældende tema, ledelsesrepræsentanter fra 9 forskellige kommuner samt en repræsentant fra KL og to repræsentanter fra IKAS, der varetog formands- og sekretariatsfunktionen.

Efter temagrupperne afsluttede udarbejdelsen af akkrediteringsstandardernes faglige indhold foretog IKAS og HQS en tværgående redigering af alle akkrediteringsstandarder og indikatorer med henblik på at få en ensartet og konsistent opbygning af den samlede første kommunale version af DDKM.

#### **Høring**

Akkrediteringsstandarder udviklet i 1. fase var i høring i september/oktober 2007. På baggrund af hørings svarene blev akkrediteringsstandarderne revideret samt forelagt og godkendt af bestyrelsen på mødet i november, hvorefter disse nu sendes i pilottest i 3 kommuner.

#### **Pilottest**

Pilottest gennemføres i december 2007 og januar 2008. Pilottesten har til formål at teste akkrediteringsstandarderne i praksis samt logistikken i relation hertil før en implementering. Endvidere er pilottest en forudsætning for international godkendelse af akkrediteringsstandarder (ISQua-godkendelse).

#### **Overdragelse til kommunerne**

Efter pilottest foretages en endelig tilretning af de kommunale akkrediteringsstandarder i DDKM med efterfølgende godkendelse i bestyrelsen foråret 2008. Herefter er akkrediteringsstandarderne klar til udsendelse til kommunerne med henblik på ibrugtagning april 2008. Den endelige implementering af akkrediteringsstandarderne forventes at kunne ske ultimo 2008/primo 2009, når it-understøttelsen er udviklet til kommunerne.

#### **Overordnet opbygning af den Danske Kvalitetsmodel**

Den første version af DDKM i relation til kommunerne omfatter akkrediteringsstandarder for ca. 25 temaer i relation til henholdsvis organisatoriske aktiviteter, generelle patient-/borgerforløb og sygdomsspecifikke patient/borgerforløb.

#### *Organisatoriske akkrediteringsstandarder*

Ved begrebet organisatorisk akkrediteringsstandard forstås en akkrediteringsstandard, der vedrører de bagvedliggende, tværgående organisatoriske aktiviteter, der er nødvendige forudsætninger for gode patient-/borgerforløb.

I kategorien af organisatoriske akkrediteringsstandarder findes bl.a. "Ledelse", "Kvalitet og risikostyring" samt "Politikker, retningslinjer og instrukser", som er centrale for hele institutionen, idet de beskriver de overordnede rammer for DDKM.

#### *Generelle patient-/borgerforløbsakkrediteringsstandarder*

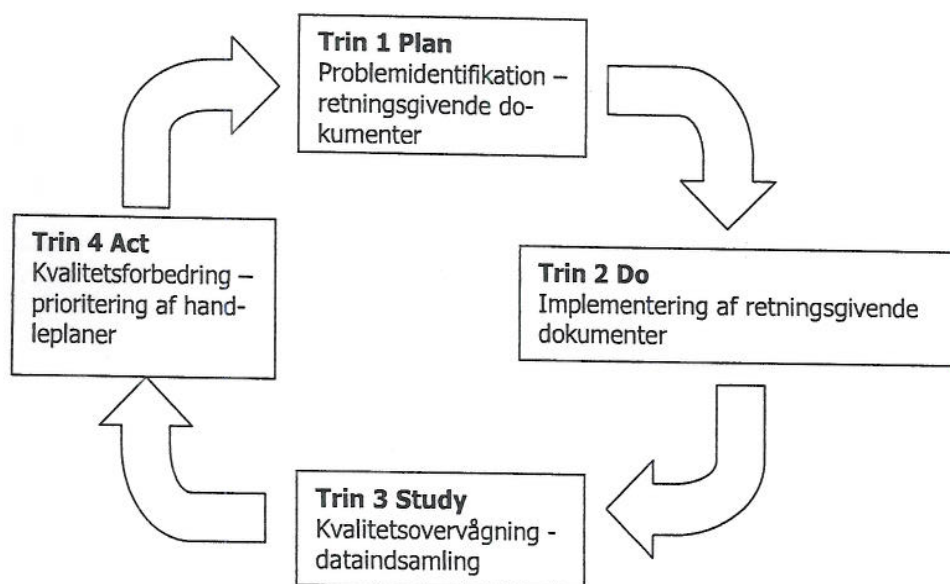
Ved begrebet generel patient-/borgerforløbsakkrediteringsstandard forstås, at disse omhandler aktiviteter, som har betydning for de enkelte patient-/borgerforløb. Disse indeholder temaer fra henvisning til institutionen, diagnosticering, behandling, pleje, rehabilitering/træning og udskrivelse. Akkrediteringsstandarderne i kategorien er gældende for størstedelen af patient-/borgerforløbene.

#### *Sygdomsspecifikke patient-/borgerforløbsakkrediteringsstandarder*

Ved begrebet sygdomsspecifik patient-/borgerforløbsakkrediteringsstandard forstås en akkrediteringsstandard, der vedrører aktiviteter, der er specifikke for afgrænsede patient-/borgergrupper, og som har direkte betydning for de enkelte patient-/borgerforløb. Som et eksempel på en sygdomsspecifik akkrediteringsstandard kan nævnes "Diabetes".

### **Kvalitetscirklen**

DDKM bygger på en grundlæggende model for systematisk kvalitetsudvikling, som tager udgangspunkt i kvalitetscirklen:



**Fig.1 Kvalitetscirklen**

### **Akkrediteringsstandardernes opbygning og indhold**

Alle akkrediteringsstandarder i DDKM er opbygget efter en fælles grundskabelon med anvendelse af de samme overskrifter og betegnelser og i samme rækkefølge:

#### *Standardbetegnelse*

Angiver akkrediteringsstandardens tema og titel samt nummer ud af det samlede antal akkrediteringsstandarder inden for det pågældende tema. "KOM" angiver, at der er tale om kommunale akkrediteringsstandarder mens "SHG" angiver, der er tale om sygehusakkrediteringsstandarder og "APO" angiver, at der her er tale om akkrediteringsstandarder for apotekerne.

#### *Standard*

Angiver akkrediteringsstandardens fulde ordlyd.

#### *Standardens formål*

Angiver formålet med den pågældende akkrediteringsstandard.

#### *Målgruppe*

Angiver, hvem der har ansvaret for, at akkrediteringsstandarden efterleves. Initiativpligten påhviler ledelsen, men hver medarbejder har også et selvstændigt ansvar.

#### *Anvendelsesområde*

Angiver, på hvilke organisationsniveauer i kommunen, akkrediteringsstandarden skal implementeres og anvendes.

De fire trin (se fig.1) afspejler de fire trin i kvalitetscirklen (i parentes er angivet de engelske termer):

Trin 1: Problemidentifikation – retningsgivende dokumenter (Plan)

Trin 2: Implementering af retningsgivende dokumenter (Do)

Trin 3: Kvalitetsovervågning – dataindsamling (Study)

Trin 4: Kvalitetsforbedring – prioritering af handleplaner(Act )

I akkrediteringsstandarderne er der således, ved hjælp af de fire trin, indbygget en dynamisk proces, der skal være medvirkende til at understøtte kommunernes arbejde med kvalitetssikring og kvalitetsudvikling.

#### *Trin 1 – Retningsgivende dokumenter*

Angiver krav til tilstedeværelse og eventuelt indhold af politikker, strategier, virksomhedsgrundlag, retningslinjer, instrukser eller lignende i relation til den pågældende akkrediteringsstandard.

#### *Trin 2 – Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter*

Angiver krav til implementering og anvendelse af de retningsgivende dokumenter i relation til den pågældende akkrediteringsstandard.

#### *Trin 3 – Kvalitetsovervågning*

Angiver krav til, på hvilken måde, der skal foreligge dokumentation for monitorering (audit, måling, interview, tilfredshedsundersøgelser, overvågning og vurdering) i relation til den pågældende akkrediteringsstandard. Begrebet audit gennemgås senere (se nedenfor).

#### *Trin 4 – Kvalitetsforbedring*

Angiver krav til, at kvalitetsovervågningen på trin 3 følges op af en vurdering af resultatet og en prioritering af, hvilke indsatsområder ledelsen understøtter med henblik på eventuelle kvalitetsforbedrende initiativer i relation til den pågældende akkrediteringsstandard.

Trin 1 og trin 2 hører sammen, ligesom trin 3 og trin 4 logisk hører sammen. Enkelte akkrediteringsstandarder har ikke indikatorer på trin 3 og 4 i denne 1. version af DDKM, hvorfor kommunen med disse akkrediteringsstandarder alene vil blive vurderet på de to første trin.

#### *Referencer*

Angiver relevante referencer til den pågældende akkrediteringsstandard, der relaterer sig til dansk lovgivning og bekendtgørelser, referenceprogrammer mv. Der tilstræbes ikke udtømmende faglige referencer. Referencer er ikke indeholdt i akkrediteringsstandarderne i forbindelse med pilottesten.

#### *Vejledning*

Under flere indikatorer er indsat en vejledning, som uddyber indikatoren ved eksempler eller yderligere forklaringer.

#### *Tidsfrister angivet i akkrediteringsstandarderne*

Såfremt lovgivning fastsætter tidsfrister er disse gældende. Hvor lovgivne tidsfrister ikke er angivet, skal de retningsgivende dokumenter, der indgår i DDKM, revideres ved behov, så de er opdaterede, dog mindst hvert 3. år.

#### **Audit**

På trin 3 stilles i nogle akkrediteringsstandarder krav til gennemførelse af audit. En audit kan have til formål at belyse struktur, proces og/eller resultat af sundhedsvæsenets ydelser:

- **Struktur** omfatter de økonomiske vilkår og tilknyttede ressourcer i form af personalenormering og personalekvalifikationer, institutioner, lægepraksis, teknologi, udstyr og lignende
- **Proces** omhandler de aktiviteter i patient-/borgerforløbet, der udføres i forbindelse med de sundhedsfaglige kerneydelser
- **Resultat** er effekten af sundhedsvæsenets ydelser, dvs. forandringen i patient-/borgerens helbred, graden af sundhed eller velvære

I alle indikatorer, hvor der kræves afholdt audit, specificeres:

- datakilden
- antal, der indgår i audit
- frekvensen for afholdelse af audit
- organisationsniveauet, på hvilket audit skal afholdes. Der kan være tale om tre niveauer
  - institutionsniveau
  - enhedsniveau
  - "fagområde"-niveau

Ved audit på enheds- eller fagområdeniveau afholdes audit på de enheder, der omfattes af akkrediteringsstandardens anvendelsesområde, med mindre andet udtrykkeligt er specificeret.

I forbindelse med gennemførelse af audit kan anvendes nedennævnte datakilder

- Nationale kvalitetsdatabaser
- LPR/fødselsudtræk
- LUP/Landsdækkende Psykiatriundersøgelser
- Det Patient/borgeradministrative System (PAS)
- Journaludtræk/gennemgang
- Utlisgtede hændelser

IKAS arbejder nuværende på at udarbejde en samlet række råd om praktisk gennemførelse af audit.



## Akkrediteringsprocessen

**Der er på nuværende tidspunkt ikke truffet beslutning om, hvornår og hvordan akkrediteringsprocessen i kommunerne vil komme til at forløbe.**

Generelt om akkreditering i sundhedsvæsenet kan følgende beskrives:

Akkreditering er en cyklisk proces, der indeholder følgende faser:

- Fordeling og implementering af akkrediteringsstandarderne
- Basisvurdering, handleplaner og selvevaluering
- Ekstern survey

Kommunerne kan ikke opnå en akkreditering, før der foreligger et samlet sæt af akkrediteringsstandarder. Dette forventes at kunne foreligge, når der i kommunalt regi er udarbejdet 20 til 25 temaer.

Akkrediteringsstandarderne *fordeles* via et it-system - TAK-systemet (Tværgående Akkreditering og Kvalitetssikring), til de relevante enheder i kommunen i et samarbejde mellem akkrediteringskoordinatoren, som er udpeget af kommunen til at koordinere akkrediteringen, og den udpegede akkrediteringsrådgiver i IKAS. TAK-systemet er under udarbejdelse til kommunerne. Efter fordeling er det kommunens opgave at implementere akkrediteringsstandarderne.

Ca. 3 måneder efter fordelingen udfører kommunen/enhederne en *basisvurdering*. Hvor kommunen/enheden ikke opfylder kravene i indikatorerne prioriterer ledelsen *handleplaner*. Over de næste et til to år udmøntes disse, hvorefter kommunen/enheden udfører en *selvevaluering* ca. 6 måneder før institutionen forventer ekstern survey.

Ved en *ekstern survey*, som varer fra 5 til 7 dage, afhængig af kommunens størrelse, gennemgår et antal surveyors (specielt uddannede fagpersoner) kommunen/enheden via dokumentgennemgang, observationer og interviews, opfyldelsen af akkrediteringsstandarderne. Når den eksterne survey er gennemført, modtager kommunen en akkrediteringsrapport, som går til et akkrediteringsnævn, som nationalt vurderer alle institutioner.

En akkrediteringscyklus løber over 3 år, hvorefter der kommer en ny version af akkrediteringsstandarder (2. generation af DDKM), som indeholder bevarede akkrediteringsstandarder fra 1. generation af DDKM samt nyudviklede. Herefter gennemgår kommunen en ny ekstern survey på dette grundlag.

## Valg af ord og begreber i Den Danske Kvalitetsmodel

I tilknytning til akkrediteringsstandarderne findes en begrebsliste med ordforklaringer og definitioner. I forbindelse med revisionen af akkrediteringsstandarderne er der foretaget nogle ordvalg for at sikre konsistens i materialet. "Patient/borger" anvendes som en fællesbetegnelse for en person, der er genstand for en sundhedsaktivitet.

På trin 2 anvendes ofte betegnelsen: "kender og anvender". Selvom "anvender" indbefatter, at man "kender" emnet, bruges denne standardiserede vending på trin 2 for at understrege, at de relevante personer skal kende de retningsgivende dokumenter, der findes, samt arbejde efter dem.

På trin 3 anvendes ofte ordet "audit". I begrebet forventes ud over dataindsamling også en stillingtagen til data, samt et møde eller en drøftelse med relevante parter.



På trin 4 tages stilling til hvilke "tiltag" ledelsen finder nødvendigt. Hvis resultatet af overvågningen er tilfredsstillende behøves dette tiltag kun at være beskrevet, f. eks. som bilag til auditrapporten eller i et møde-referat fra allerede eksisterende fora f. eks. MED-udvalget.

## **Begrebsliste**

### **Akkreditering**

Kvalitetsvurdering, hvor et anerkendt organ vurderer, om en aktivitet, ydelse eller institution lever op til et sæt af fælles standarder.

*Kilde: Det Nationale Begrebsråd*

### **Audit**

*En nærmere beskrivelse af audit er under udarbejdelse i IKAS*

### **Auditrapport**

Rapport, som med faste intervaller viser resultater af overvågning og vurdering af disse.

*Kilde: IKAS*

### **Behandling**

Ved behandling forstås undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, genoptræning, sundhedsfaglig pleje og sundhedsfagligt forebyggelsestiltag overfor den enkelte patient, jf. bekendtgørelsens § 1, stk. 3.

*Kilde: Sundhedsstyrelsen*

### **Borger/patient**

Sundhedsaktør, der er genstand for sundhedsaktivitet.

*Kilde: Det Nationale Begrebsråd*

### **Egenomsorg**

Sundhedsaktivitet, som en patient eller anden borger udfører for at forbygge sygdom og fremme egen sundhed.

*Kilde: Det Nationale Begrebsråd*

### **Enhed**

En fællesbetegnelse for afdeling, afsnit, klinik, center mv. En enhed kan være et område eller afdeling, der leverer sundhedsydelser i henhold til Sundhedsloven, f. eks. et plejehjem, en del af et plejehjem, et center.

*Kilde: IKAS*

### **Enstrengt medicin håndtering**

Anvendelse af et fælles ordinationsskema (på sygehus). Lægen indfører borgerens medicinordinationer i skemaet og plejepersonalet benytter samme skema ved dispensering og medicinadministration.

*Kilde: Sundhedsstyrelsen*

### **Genoptræning**

Genoptræning efter Sundhedsloven og Serviceloven defineres som en målrettet og tidsafgrænset samarbejdsproces mellem en patient/borger, eventuelt pårørende og personale.

*Kilde: Socialministeriet og Indenrigs- og Sundhedsministeriets "Vejledning om træning i kommuner og regioner, december 2006"*

### **Handleplaner**

Handleplaner dækker generelt tiltag, som initieres på baggrund af en evaluering. Handleplanerne beskriver som regel følgende (jf. Kvalitets- og risikostyring, standard SGH 3.2.4):

- konkrete mål for indsatsen
- hvad der skal gøres
- tidsramme for gennemførelsen
- hvem der er ansvarlig for gennemførelsen
- midler, der er til rådighed for gennemførelsen
- overvågning af målopfyldelsen
- hvem der er ansvarlig for opfølgning

*Kilde: IKAS*

### **Indikator**

En målbar variabel, som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten.

*Kilde: Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren*

### **Institution**

En fællesbetegnelse for kommuner, sygehuse, apoteker, praktiserende læge mv.

*Kilde: IKAS*

### **Journal**

De ordnede optegnelser, som føres ved behandling af borgeren i kommunalt regi, f.eks. lægemiddeloptegnelser og sygeplejefaglige optegnelser; kan foreligge i papir- eller i en elektronisk version.

*Kilde: SOR/IKAS*

### **Lægemiddeladministration**

Personalets omdeling og hjælp til patientens indtagelse af medicin, herunder den fornødne observation af patienten.

*Kilde: Sundhedsstyrelsen*

### **Lægemiddeldispensering**

De processer, hvorved personalet optæller eller tilbereder ordineret lægemiddel til indgift; dvs. afmåler, ophælder eller optrækker i anden beholder samt eventuelt tilsætter middel til opløsning eller blanding.

*Kilde: Sundhedsstyrelsen*

### **Monitorering**

Måler en proces eller et resultat

*Kilde: IKAS*

### **Politik**

Politikker beskriver, hvilke intentioner, man har i forhold til et specifikt emne/område, og afspejler institutionens standpunkter og værdier. Kan indeholde overordnede retningslinjer. Skal altid indeholde: dato for udarbejdelse, titel og navne på personer, der har udarbejdet politikken, dato, titel og navn på den godkendende instans, dato, titel og navne for fortaget revidering af politikken, dato for, hvornår politikken skal tages op til revision, samt hvem der er ansvarlige for dette, litteraturhenvisninger.

*Kilde: Health Quality Service*

### **Pårørende**

Person, der har et tilknytningsforhold til en borger i forbindelse med en borgerkontakt.

*Kilde: Det Nationale Begrebsråd*

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Koordinering, kontinuitet og overdragelse KOM 1.1.1 Overdragelse af borgere fra sygehus til kommune og vice versa (1/3)</b>
<b>Standard</b>	Overdragelse af borgeren fra sygehus til kommune og vice versa foregår i tæt samarbejde mellem sygehuset og kommunen i henhold til de gældende sundhedsaftaler.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at overdragelse af borgeren fra sygehus til kommune og vice versa foregår i tæt samarbejde mellem sygehuset og kommunen, således at borgeren oplever sammenhæng i overdragelsen
<b>Målgruppe</b>	Ledere og medarbejdere, der er involveret i overdragelse af borgere fra sygehus til kommune og vice versa
<b>Anvendelsesområde</b>	Enheder, der er involveret i overdragelse af borgere fra sygehus til kommune og vice versa
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b>                  Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for overdragelse af borgere fra sygehus til kommune og vice versa. Disse retningslinjer er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år eller i forbindelse med revision eller fornyelse af sundhedsaftalerne.</p> <p>Retningslinjerne tager udgangspunkt i de gældende sundhedsaftaler mellem kommune og sygehus og beskriver som minimum aftaler om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ visitation, herunder faglig vurdering og afgørelse</li> <li>▪ modtagelse, videregivelse og dokumentation af relevant information om borgeren</li> <li>▪ borger-/pårørendeinddragelse</li> <li>▪ kommunikationsform, herunder træffetider og svartider</li> <li>▪ ansvars- og arbejdsfordeling, herunder eventuel udpegning af ansvarlig kontaktperson</li> <li>▪ dokumentation i journalen i forhold til ovenstående aftaler</li> </ul> <p><i>Vejledning</i>                  Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.</p>

<p><b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b></p>	<p><b>Indikator 2</b>                  Ledere og medarbejdere, der er involveret i overdragelse af borgere fra sygehus til kommune og vice versa, kender og anvender de til enhver tid gældende retningslinjer.</p> <p><i>Vejledning</i>                  Nyansatte ledere og medarbejdere kan informeres om retningslinjerne ved introduktionen.</p>
<p><b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b></p>	<p><b>Indikator 3</b>                  Der foretages en årlig journalaudit med henblik på at vurdere, om journalerne indeholder den relevante information i henhold til retningslinjerne.</p> <p><i>Vejledning</i>                  Der udarbejdes en journalauditrapport. Det ansvarlige ledelsesniveau får udleveret auditrapporten, som dagsordensættes på relevante møder.</p> <p><b>Indikator 4</b>                  Der foretages årlig monitorering af, om borgeren oplever, at samarbejdet mellem sygehus og kommune foregår koordineret og sammenhængende.</p> <p><i>Vejledning</i>                  Data, der anvendes i forbindelse med monitoreringen, kan fx indsamles via tilfredshedsundersøgelser, klagesager, borgerfeedback og lignende. Hvis borgeren ikke er i stand til at svare, kan pårørende eventuelt inddrages.</p>
<p><b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b></p>	<p><b>Indikator 5</b>                  Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist for overdragelse af borgeren fra sygehus til kommune og vice versa. Udarbejdelse af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Auditrapporten anvendes som en del af beslutningsgrundlaget for kvalitetsforbedringen.</p>

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Koordinering, kontinuitet og overdragelse KOM 1.1.2 Overdragelse internt i kommunen eller mellem kommuner (2/3)</b>
<b>Standard</b>	Overdragelse af borgeren internt i kommunen eller mellem kommuner foregår sammenhængende og koordineret.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at borgeren oplever kontinuitet og sammenhæng ved overdragelse internt i kommunen eller mellem kommuner
<b>Målgruppe</b>	Ledere og medarbejdere, der er involveret i overdragelse af borgere internt i kommunen eller mellem kommuner
<b>Anvendelsesområde</b>	Enheder, der er involveret i overdragelse af borgere internt i kommunen eller mellem kommuner
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b>                  Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for overdragelse af borgere internt i kommunen eller mellem kommuner. Disse retningslinjer er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.</p> <p>Retningslinjerne beskriver som minimum aftaler om:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ modtagelse, videregivelse og dokumentation af relevant information om borgeren</li> <li>▪ borger-/pårørendeinddragelse</li> <li>▪ kommunikationsform, herunder træffetider og svartider</li> <li>▪ ansvars- og arbejdsfordeling, herunder eventuel udpegning af ansvarlig kontaktperson for koordinering, kontinuitet og overdragelse</li> <li>▪ dokumentation i journalen i forhold til, hvilken, hvornår og hvordan information er videregivet, herunder afsender og modtager af informationen</li> </ul> <p><i>Vejledning</i>                  Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.</p>
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 2</b>                  Ledere og medarbejdere, der er involveret i overdragelse af borgere internt i kommunen eller mellem kommuner, kender og anvender de til enhver tid gældende retningslinjer.</p>

	<p><i>Vejledning</i>                  Nyansatte ledere og medarbejdere kan informeres om retningslinjerne ved introduktionen.</p>
<p><b>Trin 3:                  Kvalitetsovervågning</b></p>	<p><b>Indikator 3</b>                  Der foretages en årlig journalaudit med henblik på at vurdere, om journalen indeholder den relevante information i henhold til retningslinjerne.</p> <p><i>Vejledning</i>                  Der udarbejdes en journalauditrapport. Det ansvarlige ledelsesniveau får udleveret auditrapporten, som dagsordensættes på relevante møder.</p> <p><b>Indikator 4</b>                  Der foretages årlig monitorering af, om borgeren:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ oplever, at overdragelsen er foregået koordineret og sammenhængende</li> <li>▪ har været involveret i overdragelsen</li> </ul> <p><i>Vejledning</i>                  Data, der anvendes i forbindelse med monitoreringen, kan fx indsamles via tilfredshedsundersøgelser, klagesager, borgerfeedback og lignende. Hvis borgeren ikke er i stand til at svare, kan pårørende eventuelt inddrages.</p>
<p><b>Trin 4:                  Kvalitetsforbedring</b></p>	<p><b>Indikator 5</b>                  Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist for overdragelse af borgere internt i kommunen eller mellem kommuner. Udarbejdelse af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Auditrapporten anvendes som en del af beslutningsgrundlaget for kvalitetsforbedringen.</p>

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Koordinering, kontinuitet og overdragelse KOM 1.1.3 Samarbejde om koordinering og kontinuitet af indsatser til borgere med komplekse behandlingsbehov internt i kommunen (3/3)</b>
<b>Standard</b>	Kommunen har interne aftaler vedrørende samarbejde om koordinering og kontinuitet af indsatser til borgere med komplekse behandlingsbehov.
<b>Standardens formål</b>	At sikre koordinering og kontinuitet i indsatserne til borgere med komplekse behandlingsbehov, således at borgerne oplever et sammenhængende og koordineret forløb uanset leverandør  Borgere med komplekse behandlingsbehov kan være borgere: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ med mere end én sygdom, fx hjertesygdom og psykiatrisk lidelse</li> <li>▪ med kroniske sygdomme</li> <li>▪ som modtager flere enkelte indsatser</li> <li>▪ som modtager indsatser fra forskellige instanser</li> </ul>
<b>Målgruppe</b>	Ledere og medarbejdere, der er involveret i samarbejde om koordinering og kontinuitet af indsatser til borgere med komplekse behandlingsbehov
<b>Anvendelsesområde</b>	Enheder, der er involveret i samarbejde om koordinering og kontinuitet af indsatser til borgere med komplekse behandlingsbehov
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 1</b> Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for samarbejde om koordinering og kontinuitet af indsatser til borgere med komplekse behandlingsbehov. Disse retningslinjer er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.  Retningslinjerne beskriver som minimum: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Indsatser, der kræver koordinering og kontinuitet</li> <li>▪ Formidling af information mellem relevante parter</li> <li>▪ Entydig placering af ansvar for koordinering og kontinuitet såvel internt som på tværs af enheder</li> <li>▪ Hvornår der er behov for nedsættelse af et tværfagligt team til koordinering af opgavevaretagelsen</li> <li>▪ Dokumentation i journalen i forhold til:                     <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ at information mellem relevante parter er formidlet</li> </ul> </li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hvem der er ansvarlig for koordinering af de enkelte indsatser såvel internt som på tværs af enheder</li> <li>▪ at der er taget stilling til behovet for nedsættelse af et tværfagligt team</li> </ul> <p><i>Vejledning</i>                  Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.</p>
<p><b>Trin 2:                  Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b></p>	<p><b>Indikator 2</b>                  Ledere og medarbejdere, der er involveret i samarbejde om koordinering og kontinuitet af indsatser til borgere med komplekse behandlingsbehov, kender og anvender de til enhver tid gældende retningslinjer.</p> <p><i>Vejledning</i>                  Nyansatte ledere og medarbejdere kan informeres om retningslinjerne ved introduktionen.</p>
<p><b>Trin 3:                  Kvalitetsovervågning</b></p>	<p><b>Indikator 3</b>                  Der gennemføres en årlig journalaudit for at identificere, om samarbejdet vedrørende koordinering og kontinuitet af indsatser til borgere med komplekse behandlingsbehov er dokumenteret i relevante enheders journaler.</p> <p><i>Vejledning</i>                  Der udarbejdes en journalauditrapport. Relevante ledere og medarbejdere samt det ansvarlige ledelsesniveau får udleveret auditrapporten, som dagsordensættes på relevante møder.</p>
<p><b>Trin 4:                  Kvalitetsforbedring</b></p>	<p><b>Indikator 4</b>                  Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist i forhold til samarbejde om koordinering og kontinuitet af indsatser til borgere med komplekse behandlingsbehov. Udarbejdelse af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Auditrapporten anvendes som en del af beslutningsgrundlaget for kvalitetsforbedringen.</p>

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Medicinering KOM 1.2.1 Dokumentation af modtagelse af lægemiddelordination (1/4)</b>
<b>Standard</b>	Dokumentation af modtagelse af lægemiddelordination i journalen foretages efter gældende retningslinjer og omfatter modtagelse og registrering af lægemiddelordinationen.
<b>Standardens formål</b>	At sikre korrekt dokumentation af modtagelse og registrering af lægeordineret lægemiddel i journalen
<b>Målgruppe</b>	Ledere og medarbejdere, der modtager lægemiddelordinationer
<b>Anvendelsesområde</b>	Enheder, der er involveret i lægemiddelordination
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b> Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for dokumentation af modtagelse af lægemiddelordination. Disse retningslinjer er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.</p> <p>Retningslinjerne tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Vejledning om ordination og håndtering af lægemidler" og beskriver som minimum krav til dokumentation af:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ indikation samt dato for ordination</li> <li>▪ navn og titel på de, der har afgivet og modtaget ordinationen</li> <li>▪ lægemidlets generiske navn og handelsnavn</li> <li>▪ lægemiddelform og -styrke</li> <li>▪ dosis og tidspunkt for indgift og hvis muligt behandlingsvarighed, herunder pn-medicin og maksimal døgndosis</li> <li>▪ dispenserings- og administrationsmåde, herunder maskinelt dosispakket medicin</li> <li>▪ stillingtagen til administrationsansvar, herunder selvadministration</li> <li>▪ hvordan utilsigtede hændelser i forbindelse med modtagelse af lægemiddelordination dokumenteres og håndteres (jf. Kvalitets- og risikostyring, standard KOM 3.1.4)</li> <li>▪ hvordan der foretages kontrol i forhold til kendte lægemiddelallergier</li> <li>▪ metode til dokumentation af lægemiddelordination i journalen, herunder eventuel anvendelse af enstrenget medicin håndtering</li> </ul> <p>Dokumentation af modtagelse af lægemiddelordination i journalen</p>

	<p>ændres ved enhver ny ordination eller ved ændringer i bestående ordination. Når kommunerne får direkte adgang til Personlige Elektroniske Medicinprofiler (PEM), skal det sikres, at oplysningerne i PEM er dokumenteret i journalen.</p> <p>Såfremt der lokalt indgås aftaler, der afviger fra Sundhedsstyrelsens vejledning, skal dette fremgå af retningslinjerne.</p> <p><i>Vejledning</i>                  Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.</p>
<p><b>Trin 2:                  Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b></p>	<p><b>Indikator 2</b>                  Ledere og medarbejdere, der modtager lægemiddelordination, kender og anvender de til enhver tid gældende retningslinjer.</p> <p><i>Vejledning</i>                  Nyansatte ledere og medarbejdere kan informeres om retningslinjerne ved introduktionen.</p>
<p><b>Trin 3:                  Kvalitetsovervågning</b></p>	<p><b>Indikator 3</b>                  Der foretages en årlig journalaudit med henblik på at vurdere:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ overensstemmelse af dokumentation af modtagelse af lægemiddelordination mellem interne journaler på samme borger eller dokumentation for, at der anvendes enstrenget medicin håndtering</li> <li>▪ journaler, der angiver dokumentation for utilsigtet hændelse i forbindelse med modtagelse af lægemiddelordination</li> </ul> <p><i>Vejledning</i>                  Der udarbejdes en journalauditrapport. Relevante ledere og medarbejdere involveret i lægemiddelordination samt det ansvarlige ledelsesniveau får udleveret auditrapporten, som dagsordensættes på relevante møder.</p> <p><b>Indikator 4</b>                  Der foreligger dokumentation for overensstemmelse mellem lægemiddelordinationen i den praktiserende læges journal og den kommunale journal.</p> <p><i>Vejledning</i>                  Ledere og medarbejdere, der modtager lægemiddelordination kontakter årligt den praktiserende læge med henblik på at vurdere overensstemmelsen mellem lægemiddelordinationen i de to journaler. Når PEM kan anvendes, vurderes overensstemmelsen mellem PEM og den kommunale journal.</p>
<p><b>Trin 4:                  Kvalitetsforbedring</b></p>	<p><b>Indikator 5</b>                  Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kva-</p>



	<p>litetsbrist i forbindelse med dokumentation af modtagelse af lægemiddelordination. Handleplanerne danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Auditrapporten anvendes som en del af beslutningsgrundlaget for kvalitetsforbedringen.</p>
--	--

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Medicinering KOM 1.2.2 Lægemiddeldispensering (2/4)</b>
<b>Standard</b>	Lægemiddeldispensering og dokumentation heraf sker i henhold til ordination af det enkelte lægemiddel.
<b>Standardens formål</b>	At forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemiddeldispensering
<b>Målgruppe</b>	Ledere og medarbejdere, der dispenserer lægemidler
<b>Anvendelsesområde</b>	Enheder, der er involveret i lægemiddeldispensering
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b> Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for lægemiddeldispensering. Disse retningslinjer er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.</p> <p>Retningslinjerne tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Standardisering af plejehjemstilsyn" og beskriver som minimum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hvem der har kompetence til at dispensere et lægemiddel</li> <li>▪ hvem der har kompetence til at delegere dispensering af et lægemiddel til andre faggrupper</li> <li>▪ hvordan dispensering udføres korrekt</li> <li>▪ hvordan det dokumenteres i journalen, hvem der har udført dispenseringen, dato og tidspunkt for dispensering, og hvor lang en periode der er dispenseret til</li> <li>▪ hvordan utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemiddeldispensering dokumenteres og håndteres (jf. Kvalitets- og risikostyring, standard KOM 3.1.4)</li> <li>▪ om borgerens selvadministrationsstatus er vurderet forenelig med borgerens aktuelle status</li> </ul> <p><i>Vejledning</i> Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.</p> <p>Lægemiddeldispensering defineres som de processer, hvor ledere og medarbejdere optæller eller tilbereder ordineret lægemiddel til senere administration; dvs. afmåler, ophælder eller optrækker i anden beholder samt eventuelt tilsætter middel til opløsning eller blanding. Lægemidler, der dispenseret <i>umiddelbart før</i> administration, omfattes af Medicinering, standard KOM 1.2.3 om lægemiddeladministration.</p>

<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 2</b> Ledere og medarbejdere, der dispenserer lægemidler, kender og anvender de til enhver tid gældende retningslinjer.  <i>Vejledning</i> Nyansatte ledere og medarbejdere kan informeres om retningslinjerne ved introduktionen.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	<b>Indikator 3</b> Antallet af rapporterede, utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemiddeldispensering dokumenteres, og der foretages årsagsanalyse med henblik på at forebygge gentagelser (jf. Kvalitets- og risikostyring, standard KOM 3.1.4).  <b>Indikator 4</b> Der foretages en årlig journalaudit med henblik på at vurdere, om lægemiddeldispenseringen dokumenteres i henhold til retningslinjerne.  <i>Vejledning</i> Der udarbejdes en journalauditrapport. Relevante ledere og medarbejdere, der dispenserer lægemidler, samt det ansvarlige ledelsesniveau får udleveret auditrapporten, som dagsordensættes på relevante møder. Data findes i journalen og ved inspektion af borgerens medicindsørgelsesæsker. For beboere i plejeboliger skal der suppleres med rapporten fra de obligatoriske embedslægetilsyn.
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	<b>Indikator 5</b> Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist i forbindelse med lægemiddeldispensering. Udarbejdelsen af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Auditrapporten anvendes som en del af beslutningsgrundlaget for kvalitetsforbedringen.

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Medicinering KOM 1.2.3 Lægemiddeladministration (3/4)</b>
<b>Standard</b>	Lægemiddeladministration foregår således, at den rette borger modtager det rette ordinerede lægemiddel.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at det ordinerede lægemiddel udleveres til den rette borger og administreres korrekt hos den enkelte borger
<b>Målgruppe</b>	Ledere og medarbejdere, der administrerer lægemidler
<b>Anvendelsesområde</b>	Enheder, der er involveret i lægemiddeladministrationen
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b> Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for lægemiddeladministration for ledere og medarbejdere, der administrerer lægemidler. Disse retningslinjer er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.</p> <p>Retningslinjerne tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Standardisering af plejehjemstilsyn" og beskriver som minimum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hvordan lægemiddeladministrationen udføres og dokumenteres</li> <li>▪ kriterier for delegering af lægemiddelkompetence, herunder kompetenceudvikling, og hvilke lægemidler der kan delegeres i forhold til lægemiddeladministration</li> <li>▪ hvordan det dokumenteres i journalen; dato og tidspunkt for administration, og hvem der har udført administrationen</li> <li>▪ procedure for observation af virkning/bivirkning af lægemidler</li> <li>▪ procedure for lægemidler der dispenseres umiddelbart før administration</li> <li>▪ procedure for maskinelt dosispakket medicin</li> <li>▪ hvordan utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemiddeladministration dokumenteres og håndteres (jf. Kvalitets- og risikostyring, standard KOM 3.1.4)</li> </ul> <p><i>Vejledning</i> Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.</p>

<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 2</b> Ledere og medarbejdere, der administrerer lægemidler, kender og anvender de til enhver tid gældende retningslinjer.  <i>Vejledning</i> Nyansatte ledere og medarbejdere kan informeres om retningslinjerne ved introduktionen.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	<b>Indikator 3</b> Antallet af rapporterede, utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemiddeladministration dokumenteres, og der foretages årsagsanalyse med henblik på at forebygge gentagelser (jf. Kvalitets- og risikostyring, standard KOM 3.1.4).  <i>Vejledning</i> For beboere i plejeboliger kan der suppleres med rapporten fra de obligatoriske embedslægetilsyn.
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	<b>Indikator 4</b> Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist i forbindelse med lægemiddeladministration. Udarbejdelse af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Auditrapporten anvendes som en del af beslutningsgrundlaget for kvalitetsforbedringen.



<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Medicinering</b> <b>KOM 1.2.4 Transport og opbevaring af lægemidler (4/4)</b>
<b>Standard</b>	Alle lægemidler skal transporteres og opbevares under sikre og korrekte forhold, indtil dispensering og administration kan finde sted.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at alle lægemidler, der håndteres i kommunalt regi, opbevares og transporteres under korrekte forhold, indtil dispensering og administration finder sted, således at der opnås sikker brug og forventet virkning af den ordinerede medicin
<b>Målgruppe</b>	Ledere og medarbejdere, der er involveret i transport og opbevaring af lægemidler
<b>Anvendelsesområde</b>	Enheder, der er involveret i transport og opbevaring af lægemidler
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b>                  Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for sikker og korrekt transport og opbevaring af lægemidler. Disse retningslinjer er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.</p> <p>Retningslinjerne beskriver som minimum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sikring af korrekt temperatur</li> <li>▪ Hygiejnisk forsvarlig opbevaring</li> <li>▪ Opbevaring i original, ubrudt emballage, indtil lægemidlet udleveres</li> <li>▪ Sikker opbevaring af lægemidler, hvor der er risiko for tyveri og misbrug</li> <li>▪ Sikring mod anvendelse af lægemidlet efter udløbsdatoen</li> <li>▪ Kontrol af, at leveret lægemiddel stemmer overens med bestilt lægemiddel ved opbevaring uden for borgerens hjem</li> <li>▪ Sikring af transport af lægemidler fra kommunale enheder til borgerens eget hjem</li> </ul> <p><i>Vejledning</i>                  Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.</p>
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 2</b>                  Ledere og medarbejdere, der er involveret i transport og opbevaring af lægemidler, kender og anvender de til enhver tid gældende retningslinjer.</p>

	<p><i>Vejledning</i> Nyansatte ledere og medarbejdere kan informeres om retningslinjerne ved introduktionen.</p>
<p><b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b></p>	<p><b>Indikator 3</b> Der foretages en årlig audit med henblik på at vurdere andelen af lægemidler:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ der ikke opbevares hygiejnisk forsvarligt</li><li>▪ der ikke har korrekt temperatur</li><li>▪ hvor udløbsdatoen er overskredet</li></ul> <p><i>Vejledning</i> Der udarbejdes en auditrapport på baggrund af en stikprøve på lokaliteter, hvor lægemidler opbevares. Relevante ledere og medarbejdere involveret i transport og opbevaring af lægemidler samt det ansvarlige ledelsesniveau får udleveret auditrapporten, som dagsordensættes på relevante møder.</p>
<p><b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b></p>	<p><b>Indikator 4</b> Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist i forhold til transport og opbevaring af lægemidler. Udarbejdelse af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Auditrapporten anvendes som en del af beslutningsgrundlaget for kvalitetsforbedringen.</p>

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Træning</b> <b>KOM 1.3.1 Kommunale træningsydelser (1/3)</b>
<b>Standard</b>	Kommunen beskriver de træningsydelser, der kan tilbydes. Beskrivelsen skal som minimum omfatte de lovbundne genoptrænings- og vedligeholdelsesydelser.
<b>Standardens formål</b>	At kommunen beskriver de træningsydelser, som de kan tilbyde med henblik på at informere borgere og samarbejdsparter om kommunens genoptrænings- og vedligeholdelsesydelser
<b>Målgruppe</b>	Den ansvarlige ledelse på træningsområdet
<b>Anvendelsesområde</b>	Enheder, der leverer træningsydelser
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b>                  Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for de træningsydelser, kommunen tilbyder. Disse retningslinjer er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.</p> <p>Retningslinjerne beskriver som minimum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ de genoptrænings- og vedligeholdelsesydelser, kommunen er forpligtiget til at yde ifølge lovgivningen i henhold til Sundheds- og Serviceloven samt sundhedsaftalens bilaterale aftale</li> <li>▪ øvrige træningsydelser</li> <li>▪ procedure for visitation af ydelser efter Serviceloven, herunder kriterier for at modtage træningsydelser eller vedligeholdelsestræning</li> <li>▪ proceduren for, hvordan genoptræningsplaner efter Sundhedsloven omsættes til en kommunal træningsplan</li> <li>▪ ventetider:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fra kommunen modtager en henvisning, til visitation er udført</li> <li>▪ fra visitation, til kommunal træningsplan er udarbejdet</li> <li>▪ fra den kommunale træningsplan er udarbejdet, til indsatsen er iværksat</li> </ul> </li> <li>▪ information internt i kommunen samt til sygehuse og praktiserende læger om kommunens træningsydelser, herunder oplysninger om målgrupper, indhold, visitation mv.</li> </ul> <p><i>Vejledning</i>                  Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.</p>

<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 2</b> Visitatorer samt ledere og medarbejdere, der leverer træningsydelse, kender og anvender de til enhver tid gældende retningslinjer. Den ansvarlige ledelse informerer visitationsenheden samt relevante ledere og medarbejdere om retningslinjerne.  <i>Vejledning</i> Nyansatte ledere og medarbejdere kan informeres om retningslinjerne ved introduktionen.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	<b>Indikator 3</b> Der foretages kvartalsvis monitorering af, om ventetiderne er i overensstemmelse med retningslinjerne.
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	<b>Indikator 4</b> Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist på baggrund af monitoreringen. Udarbejdelse af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Auditrapporten anvendes som en del af beslutningsgrundlaget for kvalitetsforbedringen.

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Træning</b> <b>KOM 1.3.2 Kommunal træningsplan (2/3)</b>
<b>Standard</b>	Der udarbejdes og gennemføres en kommunal træningsplan i samarbejde med borgeren og/eller pårørende på baggrund af visitationen af borgerens træningsbehov.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at udarbejdelse og iværksættelse af den kommunale træningsplan foregår i en samarbejdsproces mellem borger, ledere og medarbejdere samt eventuelle pårørende
<b>Målgruppe</b>	Ledere og medarbejdere, der leverer træningsydelse
<b>Anvendelsesområde</b>	Enheder, der leverer træningsydelse
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b>                      Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for udarbejdelse og iværksættelse af en kommunal træningsplan. Disse retningslinjer er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.</p> <p>Retningslinjerne beskriver som minimum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ udredning af borgerens træningsbehov for såvel genoptræning som vedligeholdelsestræning</li> <li>▪ involvering af borgeren og eventuelle pårørende</li> <li>▪ udarbejdelse af kommunal træningsplan                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ fastsættelse af konkrete mål på kort, mellem og lang sigt</li> <li>▪ fastsættelse af tidsramme, herunder opfyldelse af mål</li> <li>▪ beskrivelse af den konkrete træningsindsats</li> </ul> </li> <li>▪ iværksættelse og afslutning af træningsforløbet samt revurdering (jf. Træning, standard KOM 1.3.3)</li> <li>▪ dokumentation i journalen i forhold til:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hvem der er ansvarlig for udarbejdelse af den kommunale træningsplan</li> <li>▪ at den kommunale træningsplan er udarbejdet i en samarbejdsproces mellem borgeren og/eller pårørende og ledere eller medarbejdere, der leverer træningsydelsen</li> <li>▪ hvornår den kommunale træningsplan er iværksat og afsluttet</li> <li>▪ målsætningen med den kommunale træningsplan</li> </ul> </li> </ul> <p><i>Vejledning</i>                      Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.</p>

<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 2</b> Ledere og medarbejdere, der leverer træningsydelser, kender og anvender de til enhver tid gældende retningslinjer.  <i>Vejledning</i> Nyansatte ledere og medarbejdere informeres om retningslinjerne ved introduktionen.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	<b>Indikator 3</b> Der foretages en årlig journalaudit med henblik på at vurdere andelen af journaler, hvor: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ der foreligger en kommunal træningsplan</li><li>▪ involveringen af borgeren og eventuelle pårørende er dokumenteret</li></ul> <i>Vejledning</i> Der udarbejdes en journalauditrapport. Det ansvarlige ledelsesniveau får udleveret auditrapporten, som dagsordensættes på relevante møder.
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	<b>Indikator 4</b> Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist på baggrund af auditrapporter. Udarbejdelse af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer.

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Træning KOM 1.3.3 Opfyldelse og revurdering af borgerens træningsbehov (3/3)</b>
<b>Standard</b>	Borgerens træningsbehov revurderes i henhold til de aftalte mål i træningsplanen for at vurdere, om borgerens træningsbehov opfyldes.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at træningsplanen justeres og målrettes borgerens træningsbehov
<b>Målgruppe</b>	Visitorer samt ledere og medarbejdere, der leverer træningsydelse
<b>Anvendelsesområde</b>	Enheder, der leverer træningsydelse
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b>                      Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for revurdering af borgerens træningsbehov. Disse retningslinjer er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.</p> <p>Retningslinjerne beskriver som minimum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ involvering af borger og/eller pårørende i revurderingen</li> <li>▪ hvem der er ansvarlig for revurderingen og dato for denne</li> <li>▪ revurdering ved afvigelser fra den fastlagte træningsplan</li> <li>▪ revurdering af mål for og effekten af den konkrete træningsydelse</li> <li>▪ tværfaglige møder ved komplekse træningsforløb (jf. Koordinering, kontinuitet og overdragelse, standard KOM 1.1.3)</li> <li>▪ henvisning til visitation ved ændret træningsbehov</li> <li>▪ afslutning af træningsforløbet</li> </ul> <p><i>Vejledning</i>                      Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.</p>
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 2</b>                      Visitorer samt ledere og medarbejdere, der leverer træningsydelse, kender og anvender de til enhver tid gældende retningslinjer.</p> <p><i>Vejledning</i>                      Nyansatte ledere og medarbejdere kan informeres om retningslinjerne ved introduktionen.</p>



<b>Trin 3:</b> <b>Kvalitetsovervågning</b>	<b>Indikator 3</b> Der foretages årlig monitorering med henblik på at vurdere, om revurderingen foregår i henhold til retningslinjerne, herunder: <ul style="list-style-type: none"><li>▪ involvering af borgeren og/eller pårørende</li><li>▪ revurdering af målet for træningsydelsen</li><li>▪ udpegning af ansvarlig person for revurderingen</li></ul> <i>Vejledning</i> Der gennemføres en årlig audit med henblik på at vurdere opfyldelsen af retningslinjerne. Det ansvarlige ledelsesniveau får udleveret auditrapporten, som dagsordensættes på relevante møder.
<b>Trin 4:</b> <b>Kvalitetsforbedring</b>	<b>Indikator 4</b> Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist på baggrund af auditrapporter. Udarbejdelse af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Auditrapporten anvendes som en del af beslutningsgrundlaget for kvalitetsforbedringen.



<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Diabetes</b> <b>KOM 2.1.1 Tidlig opsporing af borgere, der er i risiko for at udvikle type 2-diabetes (1/2)</b>
<b>Standard</b>	Ledere og medarbejdere foretager tidlig opsporing af borgere, der er i risiko for at udvikle type 2-diabetes. Kommunen kan vælge at afgrænse tidlig opsporing til udvalgte grupper af borgere.  I nærværende standard udvides definitionen af en borger til også at omfatte borgere, som ikke er visiteret til et kommunalt tilbud, men som benytter de åbne kommunale tilbud.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at borgere i risiko for at udvikle type 2-diabetes opspores så tidligt som muligt
<b>Målgruppe</b>	Ledere og medarbejdere, der har borgerkontakt af behandlende, forebyggende og/eller sundhedsfremmende karakter
<b>Anvendelsesområde</b>	Enheder, hvor ledere og medarbejdere, der har borgerkontakt af behandlende, forebyggende og/eller sundhedsfremmende karakter, arbejder
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 1</b> Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for tidlig opsporing af borgere i risiko for at udvikle type 2-diabetes. Disse retningslinjer er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.  Retningslinjerne tager udgangspunkt i eventuelle aftaler vedrørende diabetes indgået i forbindelse med sundhedsaftalerne og beskriver som minimum: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hos hvilke grupper af borgere kommunen har valgt at foretage tidlig opsporing</li> <li>▪ strategi for information og rådgivning til borgere med risiko for udvikling af type 2-diabetes. Strategien kan omfatte individuel rådgivning, gruppearbejde, henvisning til praktiserende læge, udlevering af informationsmateriale samt opfølgning</li> <li>▪ identificering og dokumentation af kliniske symptomer for udvikling af type 2-diabetes med henblik på at anbefale, at der søges læge</li> <li>▪ dokumentation i journalen i forhold til, hvilken information og rådgivning borgeren har modtaget samt oprettelse af journal på borgere, som ikke i forvejen har en journal</li> </ul> <i>Vejledning</i>

	<p>Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.</p> <p>Risikofaktorer og kliniske symptomer omfatter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Risikofaktorer forbundet med udvikling af andre livsstilssygdomme</li> <li>▪ Risikofaktorer forbundet med udvikling af type 2-diabetes:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Alder (&gt;45 år)</li> <li>▪ Overvægt (BMI&gt;25 kg/m<sup>2</sup>)</li> <li>▪ Forældre eller søskende med type 2-diabetes</li> <li>▪ Tidligere svangerskabsdiabetes</li> <li>▪ Kendt hjertesygdom</li> <li>▪ Kendt blodtryksforhøjelse</li> <li>▪ Kendt forhøjet kolesterol</li> </ul> </li> <li>▪ Kliniske symptomer:             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hyppige, store vandladninger</li> <li>▪ Øget tørst</li> <li>▪ Gentagende infektioner, inkl. genitale svampeinfektioner</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Trin 2:                  Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b></p>	<p><b>Indikator 2</b></p> <p>Ledere og medarbejdere, der har borgerkontakt af behandlende, forebyggende og/eller sundhedsfremmende karakter, har kendskab til identificering af kliniske symptomer og risikofaktorer for udvikling af type 2-diabetes og anvender denne viden.</p> <p><i>Vejledning</i></p> <p>Nyansatte ledere og medarbejdere informeres om retningslinjerne ved introduktionen.</p>
<p><b>Trin 3:                  Kvalitetsovervågning</b></p>	<p><b>Indikator 3</b></p> <p>Der gennemføres en årlig journalaudit af type 2-diabetikers journal, som er diagnosticerede inden for de seneste 12 måneder for at vurdere andelen af journaler, hvoraf det fremgår, at borgeren med en eller flere kliniske symptomer anbefales at søge læge.</p> <p><i>Vejledning</i></p> <p>Der udarbejdes en journalauditrapport. Det ansvarlige ledelsesniveau får udleveret auditrapporten, som dagsordensættes på relevante møder.</p>
<p><b>Trin 4:                  Kvalitetsforbedring</b></p>	<p><b>Indikator 4</b></p> <p>Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist i forhold til tidlig opsporing. Udarbejdelse af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer og være relateret til den aktuelle auditrapport. Auditrapporten anvendes som en del af beslutningsgrundlaget for kvalitetsforbedringen.</p>

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Diabetes KOM 2.1.2 Rådgivning vedrørende egenomsorg til borgere med diabetes (2/2)</b>
<b>Standard</b>	Kommunen yder rådgivning til borgere med diabetes og deres pårørende.
<b>Standardens formål</b>	At øge andelen af borgere med diabetes, der varetager egenomsorg for derigennem at forebygge eller forsinke udviklingen af sendiabetiske komplikationer
<b>Målgruppe</b>	Ledere og medarbejdere, der har borgerkontakt af behandlende, forebyggende og/eller sundhedsfremmende karakter
<b>Anvendelsesområde</b>	Enheder, hvor ledere og medarbejdere, der har borgerkontakt af behandlende, forebyggende og/eller sundhedsfremmende karakter, arbejder
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b>                      Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for rådgivning i egenomsorg til borgere med diabetes og deres pårørende. Disse retningslinjer er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.</p> <p>Retningslinjerne tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens "Udkast til forløbsprogram for diabetes – høringsudkast" samt aftaler indgået med de praktiserende læger og sundhedsaftalerne. Retningslinjerne beskriver som minimum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ rådgivning om diabetes og behandling heraf</li> <li>▪ rådgivning om sundhedsfremme:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Kost</b></li> <li>▪ <b>Rygning</b></li> <li>▪ <b>Alkohol</b></li> <li>▪ <b>Motion/fysisk aktivitet</b></li> </ul> </li> <li>▪ rådgivning om forebyggelse af komplikationer:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ følge planlagt kontrol og behandling</li> <li>▪ forebyggelse af fodsår</li> </ul> </li> <li>▪ dokumentation i forhold til:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hvilken rådgivning der er givet samt opfølgning på denne</li> <li>▪ konsekvenser af rådgivning</li> </ul> </li> </ul>

	<p><i>Vejledning</i>                  Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.</p> <p>Egenomsorg defineres som en sundhedsaktivitet, som en borger udfører for at forebygge sygdom og fremme egen sundhed.</p> <p><b>Indikator 2</b>                  Der foreligger skriftlig information til borgere med diabetes, som afspejler retningslinjerne.</p>
<p><b>Trin 2:                  Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b></p>	<p><b>Indikator 3</b>                  Ledere og medarbejdere, der har borgerkontakt af behandlende, forebyggende og/eller sundhedsfremmende karakter, kender og anvender de til enhver tid gældende retningslinjer.</p>
<p><b>Trin 3:                  Kvalitetsovervågning</b></p>	<p><b>Indikator 4</b>                  Der udarbejdes en årlig journalaudit med henblik på at vurdere andelen af journaler, hvori konsekvensen af rådgivningen er beskrevet.</p> <p><b>Indikator 5</b>                  Der foretages årlig monitorering af, om borgeren har modtaget relevant rådgivning om egenomsorg.</p> <p><i>Vejledning</i>                  Der udarbejdes en journalauditrapport. Det ansvarlige ledelsesniveau får udleveret auditrapporten, som dagsordensættes på relevante møder.</p>
<p><b>Trin 4:                  Kvalitetsforbedring</b></p>	<p><b>Indikator 6</b>                  Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist i forhold til rådgivning i egenomsorg til borgere med diabetes. Udarbejdelse af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Auditrapporten anvendes som en del af beslutningsgrundlaget for kvalitetsforbedringen.</p>

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Kvalitets- og risikostyring KOM 3.1.1 Politik for kvalitets- og risikostyring (1/4)</b>
<b>Standard</b>	Kommunen har en politik med tilhørende planer for fastlæggelse af rammerne for kvalitets- og risikostyring for enheder, der leverer ydelser i henhold til Sundhedsloven. Politikken er godkendt af kommunens øverste administrative ledelse og eventuelt politiske ledelse. Politikken efterleves af ledere og medarbejdere.
<b>Standardens formål</b>	At sikre, at styring og udvikling af kvalitets- og risikostyring er en integreret del af driften på alle niveauer i kommunen
<b>Målgruppe</b>	Den øverste administrative ledelse
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b> Der foreligger en skriftlig, dateret politik med tilhørende planer, som fastlægger rammerne for kvalitets- og risikostyring for enheder, der leverer ydelser i henhold til Sundhedsloven. Politikken er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år. Planerne udarbejdes årligt og tager udgangspunkt i resultaterne af planerne fra de foregående år.</p> <p>Politikken for kvalitets- og risikostyring beskriver som minimum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Værdigrundlag</li> <li>▪ Visioner og målsætninger</li> <li>▪ Kommunens særlige indsatsområder inden for kvalitets- og risikostyring</li> <li>▪ Eventuelle nationale krav og/eller regionale aftaler, kommunen skal efterleve samt eventuelle nationale og/eller regionale prioriterede indsatsområder for kvalitets- og risikostyring</li> </ul> <p>Planerne beskriver som minimum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Målsætning</li> <li>▪ Ledelsesmæssigt ansvar i relation til gennemførelse af planerne</li> <li>▪ Implementering, herunder uddannelses- og udviklingsbehov</li> <li>▪ Evaluering</li> <li>▪ Handleplaner</li> <li>▪ Tids- og aktivitetsplan</li> </ul> <p><i>Vejledning</i></p>

	Politikken med tilhørende planer opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 2</b> Ledere og medarbejdere kender og anvender politikken med tilhørende planer.  <i>Vejledning</i> Formidlingen kan eksempelvis foregå ved personalemøder og i nyhedsbreve.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	<b>Indikator 3</b> Der udarbejdes årligt en skriftlig evalueringsrapport vedrørende graden af opfyldelse af målsætningen. Evalueringsrapporten dagsordensættes på relevante møder.  <i>Vejledning</i> Den ansvarlige ledelse foretager regelmæssig evaluering af planernes indhold og graden af målopfyldelse. Evalueringsrapporten fremsendes til den øverste administrative ledelse og eventuelt den politiske ledelse.
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	<b>Indikator 4</b> Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist i forhold til resultatet af den skriftlige evalueringsrapport med henblik på at revidere planerne. Udarbejdelse af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer. Evalueringsrapporten anvendes som en del af beslutningsgrundlaget for kvalitetsforbedringen.

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Kvalitets- og risikostyring</b> <b>KOM 3.1.2 Organisering af kvalitets- og risikostyring (2/4)</b>
<b>Standard</b>	Kommunen har organiseret kvalitets- og risikostyringsindsatsen inden for enheder, der leverer ydelser i henhold til Sundhedsloven.
<b>Standardens formål</b>	At sikre forankring, fremdrift, spredning og kontinuitet af forbedringer i forhold til kvalitets- og risikostyring af ydelser under Sundhedsloven  At sikre, at kommunens politik vedrørende kvalitets- og risikostyring implementeres
<b>Målgruppe</b>	Ledere på alle niveauer
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 1</b> Der foreligger en skriftlig, dateret organisationsplan for kvalitets- og risikostyring. Organisationsplanen sikrer, at ansvaret for kvalitets- og risikostyring er forankret centralt i ledelsen. Planen er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.  <i>Vejledning</i> Organisationsplanen opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.  Ansvaret kan være forankret i kommunens sikkerhedsorganisation eller i et andet eksisterende eller nyoprettet udvalg.
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 2</b> Det dokumenteres, at der er afholdt møder i sikkerhedsorganisationen / relevant udvalg, og at de fremmødte deltagere er registreret.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Kvalitets- og risikostyring KOM 3.1.3 Risikostyring (3/4)</b>
<b>Standard</b>	Risikostyring er implementeret for at forebygge, identificere, vurdere og begrænse - og hvis muligt - eliminere risici for borgere, pårørende, ledere og medarbejdere samt institutionen.
<b>Standardens formål</b>	At opnå maksimal sikkerhed for borgere, pårørende, ledere og medarbejdere samt institutionen
<b>Målgruppe</b>	Ledere og medarbejdere på alle niveauer
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder
<b>Opfyldelse af standarden</b>	Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b>                  Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for risikostyring. Disse er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.</p> <p>Retningslinjerne beskriver som minimum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fastlæggelse af en årlig plan for risikovurdering, inklusive:                         <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hvilke områder der skal vurderes i relation til borger, ledere og medarbejdere samt sikkerheden i institutionen</li> <li>▪ metode til vurdering, herunder fastlæggelse af hyppighed</li> <li>▪ processer og områder forbundet med høj risiko for borgere, ledere og medarbejdere eller institutionen</li> </ul> </li> <li>▪ Ansvars- og rollefordeling</li> <li>▪ Registrering af resultater</li> <li>▪ Prioritering og håndtering af identificerede risici</li> </ul> <p><i>Vejledning</i>                  Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted.</p> <p>Risikovurderingen beskriver som minimum aspekter, der vedrører:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>Borgere</i>                      Både risici i forhold til det fysiske og det psykiske miljø, herunder risiko for overgreb fra borgere, ledere og medarbejdere samt andre</li> <li>▪ <i>Personalets fysiske og psykiske arbejdsmiljø</i>                      Herunder også risici vedrørende alenearbejde, vold, forflytning, tunge løft, sundhedsskadelige stoffer. Dette kan indgå i udarbejdelsen af arbejdspladsvurderinger (APV).</li> <li>▪ <i>Sikkerhed i institutionen</i></li> </ul>



	Herunder risici vedrørende uautoriseret adgang til bygninger og personfølsomme data, sikring af data, brand, håndtering af forsyningssvigt (fx el, vand og varme), nedbrud (fx it-systemer og telefoni), infektioner og affaldshåndtering
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 2</b> Det dokumenteres, at der er foretaget risikovurdering i forhold til borgere, ledere og medarbejdere samt sikkerheden i institutionen.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	<b>Indikator 3</b> Der skal årligt foreligge et samlet resume med konklusioner vedrørende risikovurderinger samt iværksatte tiltag på baggrund heraf. Dette formidles i overensstemmelse med Kvalitets- og risikostyring, standard KOM 3.1.2.  <i>Vejledning</i> Resumeet formidles til den politiske ledelse / bevilligende myndighed. Risikovurdering kan være en beskrivelse af konsekvenser for økonomi, struktur, it og menneskelige aspekter.
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	<b>Indikator 4</b> Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist på baggrund af risikovurderinger og iværksatte tiltag. Udarbejdelse af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer.

<b>Standardbetegnelse</b>	<b>Kvalitets- og risikostyring KOM 3.1.4 Håndtering og rapportering af utilsigtede hændelser (4/4)</b>
<b>Standard</b>	Der etableres et system til registrering, analyse, rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser.
<b>Standardens formål</b>	At sikre hensigtsmæssig håndtering og læring af utilsigtede hændelser for derigennem at forebygge utilsigtede hændelser i relation til borgere, ledere og medarbejdere
<b>Målgruppe</b>	Ledere og medarbejdere på alle niveauer
<b>Anvendelsesområde</b>	Alle enheder
<b>Opfyldelse af standarden</b>	<b>Indikatorer til vurdering af standardopfyldelse er anført i forhold til nedenstående trin</b>
<b>Trin 1: Retningsgivende dokumenter</b>	<p><b>Indikator 1</b>                  Der foreligger skriftlige, daterede retningslinjer for håndtering af utilsigtede hændelser. Disse retningslinjer er udarbejdet eller ajourført inden for de seneste 3 år.</p> <p>Retningslinjerne beskriver som minimum:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ hvilke hændelsestyper der skal registreres og rapporteres, herunder utilsigtede hændelser i forbindelse med lægemiddeldispensering og lægemiddeladministration (jf. Medicinering, standard KOM 1.2.2 og 1.2.3).</li> <li>▪ hvem der kan eller skal indrapportere</li> <li>▪ hvordan hændelser risikoscores/klassificeres</li> <li>▪ hvilke kriterier og metoder der anvendes til analyse og identifikation af hændelsesårsager, herunder håndtering af alvorlige hændelser</li> <li>▪ principper for gennemførelse af eliminering og forebyggende tiltag samt formidling af læring</li> <li>▪ at utilsigtede hændelser dokumenteres i ét kommunalt register</li> <li>▪ hvordan der sikres et kommunalt overblik over utilsigtede hændelser</li> <li>▪ omsorg for borgere, der har været involveret i hændelsen</li> <li>▪ omsorg for ledere og medarbejdere, der har været direkte og indirekte involveret i hændelsen</li> <li>▪ Eventuel kommunikation til andre såsom pårørende og praktiserende læge</li> </ul> <p><i>Vejledning</i></p>

	Retningslinjerne opbevares på et for ledere og medarbejdere kendt og lettilgængeligt sted, således at hurtig indrapportering kan foretages. Alvorlige hændelser inkluderer arbejdsulykker.
<b>Trin 2: Implementering og anvendelse af retningsgivende dokumenter</b>	<b>Indikator 2</b> Ledere og medarbejdere kender og anvender de til enhver tid gældende retningslinjer.
<b>Trin 3: Kvalitetsovervågning</b>	<b>Indikator 3</b> Kommunen har en samlet oversigt over mønstre og tendenser i forhold til de rapporterede, utilsigtede hændelser. Denne formidles i overensstemmelse med Kvalitets- og risikostyring, standard KOM 3.1.2.  <i>Vejledning</i> Dokumentation kan være udtræk fra det kommunale register.
<b>Trin 4: Kvalitetsforbedring</b>	<b>Indikator 4</b> Der foreligger handleplaner for forbedringstiltag ved konstaterede kvalitetsbrist på baggrund af den samlede oversigt over mønstre og tendenser for utilsigtede hændelser. Udarbejdelse af konkrete handleplaner danner grundlag for løbende kvalitetsforbedringer.