

Artikel I. Bilag 1 – Hvad er nyt i 2.version

Afsnit 1.01 Ændringer i standardsættet som helhed

(a) Sygdomsspecifikke standarder

Den mest synlige ændring er, at de sygdomsspecifikke standarder nu ikke omhandler navngivne enkelte sygdomme. I stedet handler disse akkrediteringsstandarder nu om rammerne for, hvorledes sygehuset tilrettelægger behandlingen af konkrete patientgrupper. Der er tre sygdomsspecifikke standarder. To indeholder krav om udarbejdelse og anvendelse af retningslinjer og forløbsbeskrivelser vedrørende behandling af konkrete patientgrupper. En handler om behandling på intensiv terapienhed. Standardernes anvendelsesområde er ikke begrænset til bestemte patientgrupper. Sygehuset skal ud fra sine opgaver og sit behov udvælge de konkrete sygdomme og patientforløb, der udarbejdes retningslinjer og forløbsbeskrivelser for.

(b) Trin 3

1. version indeholdt en lang række indikatorer, der krævede en specifik kvalitetsovervågning. I 2. version gives der sygehusene en betydelig frihed til selv at vælge kvalitetsovervågningen. Journalaudit er ikke længere obligatorisk, men på en række standarder er der krav om indsamling af kvantitative data, som sygehuset kan vælge at opfylde ved at gennemføre journalaudit.

(c) Trin 4

I 1. version var kravet på trin 4 generelt, at der var prioriteret iværksættelse af konkrete tiltag for kvalitetsforbedring (handleplaner). I 2. version er kravet skærpet til, at sygehuset skal have gennemført tiltag for at forbedre kvaliteten. Effekten af tiltagene skal være vurderet, og man skal enten have konkluderet, at de havde den ønskede effekt, eller man skal have igangsat nye korrigerende tiltag.

Som det nærmere beskrives i indledningens afsnit om kriterier for tildeling af akkrediteringsstatus og i bilag 1, kan sygehuset prioritere sin indsats på trin 4. Der er således ikke nødvendigvis krav om tiltag på alle indikatorer på trin 4.

(d) Standarderne

Evalueringen af 1. version pegede på, at standarden vedrørende sygehusets bygninger, forsyninger og øvrige faciliteter dækkede et meget stort område og derfor med fordel kunne opdeles i flere uafhængige standarder. Derfor er indholdet i denne standard nu fordelt på standarderne 1.8.1–1.8.3 i det nye tema Bygninger og forsyninger, samt 1.5.6, 1.7.4 og 2.9.7. Samtidigt er indholdet i 1. versions standard vedrørende sygehusets kritiske, patientnære tekniske forsyninger og dele af 1. versions standard vedrørende datasikkerhed og – fortrolighed indarbejdet i temaet Bygninger og forsyninger. Standarden om beredskab er opdelt i to, der omhandler henholdsvis eksterne og interne beredskabshændelser.

Enkelte helt nye standarder er tilkommet:

- 1.1.7 Inddragelse af borgerne i udvikling af kvaliteten af sygehusets ydelser
- 1.2.11 Inddragelse af patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer
- 1.4.6 Bemyndigelse af klinisk personale med forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (læger, tandlæger, jordemødre og kiropraktorer)
- 1.4.7 Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed
- 2.11.6 Infusion af blodkomponenter
- 2.17.5 Udskrivningsplanlægning i samarbejde med patienten og videregivelse af information

I skemaet sidst i bilaget kan man se en samlet oversigt over forandringer fra 1. version til 2. version for hver enkelt standard.



Afsnit 1.02 Opbygningen af standardsættet

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

(a) Risikovurdering

I flere standarder er der nu krav om, at handlinger baserer sig på en risikovurdering (se den anvendte definition af dette i begrebslisten, bilag 5). Der er ingen specifikke formkrav til en risikovurdering.

(b) "Eksterne leverandører"

I 1. versions standard 1.1.3, indikator 2 krævedes, at der fastsattes krav til kvalitetsniveauet i kontrakter med eksterne leverandører. Denne indikator har vist sig svær at anvende i praksis, og bortfalder i 2. version. Håndteringen af eksterne leverandører i 2. version er beskrevet i indledningen, afsnittet om eksterne leverandører.

(c) Terminologi

Hvor der i 1. version blev anvendt begreberne institutioner og enheder, har man i 2. version valgt at anvende sygehus og afdeling.

Afsnit 1.03 Ændringer i opbygningen af de enkelte standarder

(a) Målgruppe

Feltet "Målgruppe (ansvarlig)" er udgået af grundskabelonen. Det er sygehusets ansvar at udpege, hvem der er ansvarlig for at implementere en given standard, og placeringen af ansvaret kan variere mellem forskellige sygehuse.

(b) Indikatorer

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

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

Det må erkendes, at de konkrete indikatorer næppe fuldt ud kan leve op til disse kriterier.



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

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

(c) Nyt felt "Standardens indhold"

Der er indført et nyt felt: "Standardens indhold".

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

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

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

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

Dernæst følger vejledninger til fortolkning af krav i enkelte indikatorer. For indikatorer på trin 1 kan der her være specifikke krav til, hvad et retningsgivende dokument skal indeholde.

I enkelte tilfælde er beskrevet, hvorledes en vurdering vil ske ved ekstern survey. Dette er gjort, hvor det vil lette sygehusets forståelse af indikatoren.

Afsnit 1.04 Oversigt over forandringer fra 1. til 2. version for de enkelte standarder

Ændringerne i de enkelte standarder er ikke udtømmende beskrevet i denne oversigt. Beskrivelse af de præcise krav i indikatorerne skal findes i de enkelte standarder.

| 1. version af DDKM for sygehuse | | 2. version af DDKM for sygehuse | | |
|---------------------------------|---|---|-----------------|---|
| Std.nr | Standardtitel | Forandringer | Evt. nyt std.nr | Evt. nyt standardnavn |
| 1.1.1 | Virksomhedsgrundlag | Præcisering af indikatorer. Indikatorer på trin 3 og 4 udgået. | | |
| 1.1.2 | Ledelsesgrundlag | - | | |
| 1.1.3 | Planlægning og drift | Indikator 2 (kontrakter med eksterne leverandører) udgået - i stedet indskrevet, at kvalitetskrav og -kontrol er de samme uanset, hvem der leverer ydelsen (indikator 1). Nye tilføjelser: Effektiv ressourceudnyttelse og mindskelse af spild (indikator 3). Understøttelse af forskning og innovation (indikator 4). Oversigter over økonomi, forbrug, aktivitet og kvalitet (indikator 7). | | Planlægning, drift og økonomi |
| 1.1.4 | Økonomistyring | Udgået. Dele af standarden er indarbejdet i 1.1.3. | | |
| 1.1.5 | Datasikkerhed og –fortrolighed | Indikator om overvågning af logningslister udgået. | 1.1.5 | Datasikkerhed |
| | | Sikkerhed og fortrolighed ved personhenførbare oplysninger er flyttet til ny standard. | 1.3.5 | Sikkerhed og fortrolighed ved personhenførbare data |
| 1.1.6 | Institutionens bygninger, forsyninger og øvrige faciliteter | Udgået. Indholdet fordelt på seks standarder. 1.8.1,1.8.2, 1.8.3, i temaet Bygninger og forsyninger. 1.5.6 i temaet Hygiejne. 1.7.4 i temaet Apparaturl og teknologi. 2.9.8 i temaet Medicinering. Indikatorerne udspecificerede. | 1.8.1 | Sygehusets sikkerhed og tilgængelighed |
| | | | 1.8.2 | Bygninger og lokalers egnethed |
| | | | 1.8.3 | Håndtering af affald |
| | | | 1.5.6 | Rengøring |
| | | | 1.7.4 | Forsyning af utensilier |
| | | | 2.9.8 | Forsyning af lægemidler |
| | | | 1.1.7 | Inddragelse af borgerne i udvikling af kvaliteten af sygehusets ydelser |
| 1.2.1 | Kvalitetspolitik | Nye tilføjelser. | | Kvalitetspolitik og -organisation |

| 1. version af DDKM for sygehuse | | 2. version af DDKM for sygehuse | | |
|---------------------------------|---|---|-----------------|---|
| Std.nr | Standardtitel | Forandringer | Evt. nyt std.nr | Evt. nyt standardnavn |
| | | Kvalitetsorganisation (indikator 2 og 4). | | |
| 1.2.2 | Kvalitetsorganisation | Udgået. Indarbejdet i 1.2.1. | | |
| 1.2.3 | Dokumentation og monitorering af kvalitet og patientsikkerhed | Nye tilføjelser: Indberetning til nationale monitoreringsprogrammer (indikator 2). Sikring af datakvalitet i kvalitetsdatabaser (indikator 3). Indsamling af data vedrørende lokalt bestemt kvalitetsovervågning samt analyse og vurdering af data (indikator 4). Overvågning af servicemål samt analyse og vurdering af data (indikator 5). Sikring af datakvalitet til nationale sundhedsregistre (indikator 6). | | Kvalitetsovervågning |
| 1.2.4 | Kvalitetsforbedring | Nye tilføjelser: Opfølgning på handleplaner (indikator 3 og 5). Overvågning af om handleplanerne har den tilsigtede effekt (indikator 6). | | |
| 1.2.5 | Anvendelse af kliniske retningslinjer | Udgået. Indholdet er indarbejdet i en ny standard og flyttet til temæt "Sygdoms-specifikke akkrediteringsstandarder". | 3.12.1 | Udarbejdelse og anvendelse af retningslinjer vedrørende behandling af konkrete patientgrupper |
| 1.2.6 | Risikostyring | Nye tilføjelser: Politik for patientsikkerhed og risikostyring (indikator 1). Beskrivelse af hvilke risici, der gøres til genstand for særlig vurdering og indsats (indikator 2 og 3). Indrapportering, analyse og læring af utilsigtede hændelser (indikator 4,5,6,7). Overvågning af effekten af tiltag (indikator 8). | | Patientsikkerhed og risikostyring |
| 1.2.7 | Patientidentifikation | Præcisering af indikatorer. Indikatorer på trin 3 og 4 udgået. Nye tilføjelser: Korrekt sideangivelse ved billedoptagelse (indikator 2 og 5). | | |
| 1.2.8 | Rapportering og opfølgning på utilsigtede hændelser | Udgået. Indarbejdet i 1.2.6 | | |
| 1.2.9 | Omsorg for patienter, pårørende og personale efter en utilsigtet hændelse | Indikatorer på trin 3 og 4 udgået. | | |
| 1.2.10 | Patientklager og patientforskrings-sager | Nye tilføjelser: Håndtering af klager (internt og til Patientombuddet/Det Psykiatriske Patientklagenævn). | | Patientklager og patientskade-erstatningssager |

| 1. version af DDKM for sygehuse | | 2. version af DDKM for sygehuse | | |
|---------------------------------|---|--|-----------------|--|
| Std.nr | Standardtitel | Forandringer | Evt. nyt std.nr | Evt. nyt standardnavn |
| | | | 1.2.11 | Inddragelse af patienter og pårørendes oplevelser og erfaringer |
| 1.3.1 | Dokumentstyring | Præcisering af indikatorer. | | |
| 1.3.2 | Patientjournalen | Præcisering af indikatorer . | | |
| 1.3.3 | Ensartethed og genkendelighed | Udgået. Indarbejdet i 1.3.2. | | |
| 1.3.4 | Allergi og intolerans | Præcisering af indikatorer. | | |
| 1.4.1 | Ansættelse af personale | Præcisering af indikatorer. | | |
| 1.4.2 | Ansættelse af overlæger | Udgået. | | |
| 1.4.3 | Introduktion af nyt personale | Nye tilføjelser: Evaluering af nyt fastansat personale (indikator 2 og 4). | | |
| 1.4.4 | Arbejdstilrettelæggelse | Præcisering af indikatorer. | | |
| 1.4.5 | Uddannelse og kompetenceudvikling | Præcisering af indikatorer. | | |
| | | | 1.4.6 | Bemyndigelse af klinisk personale med forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (læger, tandlæger, jordemødre og kiropraktorer) |
| | | | 1.4.7 | Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed |
| 1.5.1. | Hygiejnepolitik | Nye tilføjelser: Hygiejneorganisation (indikator 2 og 4). | | Hygiejnepolitik og -organisation |
| 1.5.2 | Hygiejneorganisation | Udgået. Indarbejdet i 1.5.1. | | |
| 1.5.3 | Dokumentation og monitorering af nosokomielle infektioner | Præcisering af indikatorer. Nye tilføjelser: Overvågning af nosokomielle infektioner samt analyse og vurdering af data (indikator 9). | | Forebyggelse og overvågning af nosokomielle infektioner |
| 1.5.4 | Procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr, tekstiler og inventar | Kravet om validering/revalidering af dampautoklaver udgået. | | Procedurer og arbejdsgange ved genbehandling af medicinsk udstyr og tekstiler |
| 1.5.5 | Håndhygiejne | Præcisering af indikatorer. Kravet om monitorering af hånddesinfektionsmidler og håndsæbe udgået. | | Hånd- og uniformshygiejne |

| 1. version af DDKM for sygehuse | | 2. version af DDKM for sygehuse | | |
|---------------------------------|--|--|-----------------|--|
| Std.nr | Standardtitel | Forandringer | Evt. nyt std.nr | Evt. nyt standardnavn |
| 1.6.1 | Beredskabsplan | Omhandler nu kun eksterne beredskabshændelser. Ny tilføjelse: Indkaldelse af personale (indikator 4). Gyldighedsperiode for beredskabsplanen er ændret til 3 år, så det svarer til andre retningsgivende dokumenter. | 1.6.1 | Beredskabsplan |
| | | Interne beredskabshændelser er flyttet til ny standard (inkl. interne beredskabsøvelser). | 1.6.3 | Interne beredskabshændelser |
| 1.6.2 | Institutionens kritiske, patientnære tekniske forsyninger | Udgået. Indholdet er fordelt på to standarder i temæt Bygninger og forsyninger. Indikatorerne udspecificeret. | 1.8.4 | Tekniske forsyninger |
| | | | 1.8.5 | Svigt af patientkritiske tekniske forsyninger, it-systemer og kommunikationssystemer |
| 1.7.1 | Anskaffelse og implementering af apparatur til klinisk brug | - | | |
| 1.7.2 | Håndtering af apparatur til klinisk brug | Præcisering af indikatorer. | | |
| 1.7.3 | Vedligehold, reparation og udfasning af apparatur til klinisk brug | Præcisering af indikatorer. | | Kontrol, vedligeholdelse, reparation og udfasning af apparatur til klinisk brug |
| 2.1.1 | Informeret samtykke til behandling | Nye tilføjelser: Informeret samtykke i forbindelse med forskning (indikator 2 og 5). Informeret samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger (indikator 3 og 6). | | Informeret samtykke |
| 2.1.2 | Patientens inddragelse i beslutninger vedrørende behandlingen | Udvidet til at omhandle inddragelse af både patienter og eventuelle pårørende som partnere. | | Patientens og pårørendes inddragelse som partnere |
| 2.1.3 | Pårørendes inddragelse i patientbehandlingen | Udgået. Indarbejdet i 2.1.2. | | |
| 2.1.4 | Religiøs og kulturel støtte til patienter | Præcisering af indikatorer. | | Religiøs og kulturel støtte til patienter og pårørende |
| 2.2.1 | Vigtige samtaler med patienten | Præcisering af indikatorer. | | Vigtige samtaler med patienten og pårørende |
| 2.2.2 | Skriftlig information i behandlingsforløbet | Præcisering af indikatorer. Krav om dokumentation for udlevering af skriftligt informationsmateriale udgået. Dokumentation for indhentning af informeret samtykke (standard 2.1.1) kan indeholde dokumentation for udleveret informationsmateriale. | | Skriftlig information om behandlingsforløb og patientrettigheder |

| 1. version af DDKM for sygehuse | | 2. version af DDKM for sygehuse | | |
|---------------------------------|---|---|-----------------|---|
| Std.nr | Standardtitel | Forandringer | Evt. nyt std.nr | Evt. nyt standardnavn |
| 2.3.1 | Pakkeforløb | Udgået. Forløbsbeskrivelser for pakkeforløb indarbejdet i 3.12.3. Overvågning af pakkeforløb indarbejdet i 1.2.3. | | |
| 2.3.2 | Sundhedsfaglig kontaktperson | Nye tilføjelser: udpegning af ny kontaktperson ved overflytning (indikator 4). | | |
| 2.3.3 | Forløbsansvar for patienter med kronisk sygdom | Udgået. Indarbejdet i 3.12.3 | | |
| 2.4.1 | Henvisninger | Præcisering af indikatorer. | | |
| 2.5.1 | Visitation af akutte patienter til korrekt enhed | Udgået. Indarbejdet i 2.7.6. | | |
| 2.5.2 | Indkaldelse af patienter til undersøgelse og behandling | Udgået. Indarbejdet i 2.7.7. | | |
| 2.6.1 | Akutmodtagelse | Udgået. | | |
| 2.6.2 | Modtagelse af elektivt henviste patienter | Udgået. Indarbejdet i 2.7.7. | | |
| 2.7.1 | Behandlingsplan i somatikken | Udgået. Indarbejdet i 2.7.6 og 2.7.7. | | |
| 2.7.2 | Behandlingsplan i psykiatrien | Udgået. Indarbejdet i 2.7.6 og 2.7.7. | | |
| 2.7.3 | Frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien | Præcisering af indikatorer. | | |
| 2.7.4 | Vurdering af selvmordsrisiko | - | | Forebyggelse af selvmordsrisiko |
| 2.7.5 | Smertevurdering og -behandling | Præcisering af indikatorer. | | |
| | | | 2.7.6 | Behandling af den enkelte akutte patient |
| | | | 2.7.7 | Behandling af den elektivt henviste patient |
| 2.8.1 | Planlægning af udredningsforløb | Udgået. Forløbsbeskrivelser for udredningsforløb indarbejdet i 3.12.3. | | |
| 2.8.2 | Rekvisition af og prøvetagning til diagnostisk undersøgelse | Præcisering af indikatorer. | | Rekvisition af og prøvetagning til paraklinisk undersøgelse |
| 2.8.3 | Laboratorydelser | Udgået. Overvågning af svartider er indeholdt i 2.8.6. | | |

| 1. version af DDKM for sygehuse | | 2. version af DDKM for sygehuse | | |
|---------------------------------|---|---|-----------------|---|
| Std.nr | Standardtitel | Forandringer | Evt. nyt std.nr | Evt. nyt standardnavn |
| 2.8.4 | Billeddiagnostiske ydelser | Udgået. Overvågning af svartider udgået, er indeholdt i 2.8.6. Indikatorer om korrekt sideangivelse indarbejdet i 1.2.7. | | |
| 2.8.5 | Undersøgelser udført uden for diagnostisk enhed | Præcisering af indikatorer. | | Undersøgelser udført uden for diagnostisk afdeling |
| 2.8.6 | Rettidig reaktion på prøvesvar | Præcisering af indikatorer. | | Rettidig reaktion på prøvesvar og undersøgelsesresultater |
| 2.9.1 | Lægemedelordination | Præcisering af indikatorer. Indikatorer på trin 3 og 4 udgået. Nye tilføjelser: Receptudstedelse (indikator 2 og 5). | | |
| 2.9.2 | Lægemedeldispensering | Præcisering af indikatorer. Indikatorer på trin 3 og 4 udgået. | | |
| 2.9.3 | Lægemedeladministration | Præcisering af indikatorer. Indikatorer på trin 3 og 4 udgået. Nye tilføjelser: Rapportering af bivirkninger (indikator 5). | | |
| 2.9.4 | Medicinafstemning | Udgået. | | |
| 2.9.5 | Opbevaring af lægemidler | Præcisering af indikatorer. | | |
| 2.9.6 | Lægemidler til akutte situationer | Præcisering af indikatorer. | | |
| | | | | 2.9.7 Medicingennemgang |
| | | | | 2.9.8 Forsyning af lægemidler |
| 2.10.1 | Observation og opfølgning på kritiske observationsfund | Præcisering af indikatorer. Indikatorer på trin 3 og 4 udgået. | | |
| 2.10.2 | Sedation af patienter i forbindelse med invasive procedurer uden medvirken af anæstesiologisk personale | Udvidet til at omhandle alle procedurer. Præcisering af indikatorer. | | Sedation af patienter uden medvirken af anæstesiologisk personale |
| 2.11.1 | Vurdering forud for invasiv behandling i anæstesen | Udvidet til at omhandle alle procedurer i anæstesi. Præcisering af indikatorer. | | Vurdering forud for procedurer i anæstesi |
| 2.11.2 | Patientens ophold i opvågningsenheden | Postoperative forløb er ændret til postanæstesiologiske forløb. Præcisering af indikatorer. | | |
| 2.11.3 | Forebyggelse af forvekslingsindgreb | Udgået. Indarbejdet i 2.11.5. | | |
| 2.11.4 | Optælling og kontrol af anvendt | Udgået. Indarbejdet i 2.11.5. | | |

| 1. version af DDKM for sygehuse | | 2. version af DDKM for sygehuse | | |
|---------------------------------|--|--|-----------------|--|
| Std.nr | Standardtitel | Forandringer | Evt. nyt std.nr | Evt. nyt standardnavn |
| | materiale i forbindelse med kirurgiske og andre invasive procedurer | | | |
| | | | 2.11.5 | Sikker kirurgi |
| | | | 2.11.6 | Infusion med blodkomponenter |
| 2.12.1 | Adgang til ydelser på intensiv terapienhed | Præcisering af indikatorer. | | Adgang til ydelser på intensivafdeling |
| 2.12.2 | Behandling på intensiv terapienhed | Flyttet til temæt: Sygdomsspecifikke akkrediteringsstandarder. Præcisering af indikatorer. | 3.12.2 | |
| 2.13.1 | Hjertestopbehandling | Præcisering af indikatorer. Indikatorer på trin 3 og 4 udgået. | | |
| 2.14.1 | Ernæringscreening | Nye tilføjelser: Plan for ernæring og opfølgning (indikator 2,4,5). | | Ernæringscreening, plan og opfølgning |
| 2.14.2 | Ernæringsplan og opfølgning | Udgået. Indarbejdet i 2.14.1. | | |
| 2.15.1 | Rehabilitering | Præcisering af begreber og indikatorer. Vurdering af behov for genoptræningsplaner og udarbejdelse af disse er indarbejdet i 2.15.2. | | |
| | | | 2.15.2 | Genoptræningsplaner |
| 2.16.1 | Politikker for forebyggelse og sundhedsfremme | Udgået. Dele af standarden er indarbejdet i 2.16.2. | | |
| 2.16.2 | Identifikation af sundhedsmæssig risiko | Nye tilføjelser: Intervention overfor patienter i sundhedsmæssig risiko (indikator 3, 4 og 5). | | Forebyggelse og sundhedsfremme |
| 2.16.3 | Intervention over for patienter med sundhedsmæssig risiko | Udgået. Indarbejdet i 2.16.2. | | |
| 2.16.4 | Undervisning af patienter med kronisk sygdom | Udgået. | | |
| 2.17.1 | Aftaler om samarbejde med primærsektoren | Udgået. | | |
| 2.17.2 | Information til alment praktiserende læge ved udskrivelse af patient | Præcisering af indikatorer. Krav om afsendelse inden for tre hverdage ændret til i henhold til fastsatte tidsfrister. | | Epikrise |
| 2.17.3 | Information til kommune ved udskrivelse af patient fra institution | Udgået. Indarbejdet i 2.17.5. | | |

| 1. version af DDKM for sygehuse | | 2. version af DDKM for sygehuse | | |
|---------------------------------|--|---|-----------------|---|
| Std.nr | Standardtitel | Forandringer | Evt. nyt std.nr | Evt. nyt standardnavn |
| 2.17.4 | Information ved overflytning mellem enheder og institutioner | Præcisering af indikatorer. | | Information ved overflytning mellem afdelinger og sygehuse |
| | | | 2.17.5 | Udskrivesplanlægning i samarbejde med patienten og videregivelse af information |
| 2.18.1 | Patienttransport med sundhedsfaglig ledsager | Præcisering af indikatorer. Indikatorer på trin 3 og 4 udgået. | | |
| 2.19.1 | Palliativ behandling af den uhelbredelige patient og omsorg for patientens pårørende | Udvidet til patienter med livstruende sygdom. Præcisering af indikatorer. | | Palliativ indsats til patienter med livstruende sygdom og omsorg for patientens pårørende |
| 2.19.2 | Omsorg for den afdøde patient | Præcisering af indikatorer. | | Værdig omgang med afdøde |
| 3.1.1 | Apopleksi | Udgået. | | |
| 3.2.1 | Brystkræft | Udgået. | | |
| 3.3.1 | Diabetes | Udgået. | | |
| 3.4.1 | Graviditet | Udgået. | | |
| 3.4.2 | Fødsel | Udgået. | | |
| 3.4.3 | Barsel | Udgået. | | |
| 3.5.1 | Hjerteinsufficiens | Udgået. | | |
| 3.6.1 | Hoftenære fraktur | Udgået. | | |
| 3.7.1 | KOL | Udgået. | | |
| 3.8.1 | Lungekræft | Udgået. | | |
| 3.9.1 | Akut blødende mavesår | Udgået. | | |
| 3.9.2 | Perforation af mavesår | Udgået. | | |
| 3.10.1 | Voksne med skizofreni | Udgået. | | |
| 3.10.2 | Børn og unge med skizofreni | Udgået. | | |

| 1. version af DDKM for sygehuse | | 2. version af DDKM for sygehuse | | |
|---------------------------------|--------------------------|---------------------------------|-----------------|---|
| Std.nr | Standardtitel | Forandringer | Evt. nyt std.nr | Evt. nyt standardnavn |
| 3.11.1 | Kræft i tyk- og endetarm | Udgået. | | |
| | | | 3.12.3 | Sygehusets tilrettelæggelse af konkrete patientforløb |