

Indikatorer, mål og målestrategi for Patientsikkert Sygehus

Indledning	3
Overordnede målsætninger	4
Målestrategi og -metoder	5
Identifikation og beskrivelse af forbedringer	7
Mobilt akutsystem	8
Antal hjertestopkald per 1000 sengedage	8
Procent korrekt udførte basisobservationer	8
Procent observationsdøgn med afvigende basisobservationer og relevant reaktion på afvigelsen ..	9
CVK-pakke	11
Dage mellem CVK-relaterede infektioner	11
Procent af CVK'er som har opfyldt alle elementer for anlæggelse af CVK	11
Procent CVK'er med relevant aktuel indikation	12
Respiratorpakke	13
Dage mellem respiratorrelaterede lungeinfektioner	13
Procent hele respiratordøgn med opfyldelse af respiratorpakken	13
Procent reintubationer	13
AMI-pakke	15
Procent AMI-patienter som dør under indlæggelse	15
Procent AMI-patienter som modtager alle elementer i AMI-pakken	15
Sepsispakke	17
Antal patienter med svær sepsis eller septisk chok	17
Procent patienter med svær sepsis eller septisk chok, som har fået opfyldt alle elementer i 6- timerspakken	17
Medicinafstemning	18
Procent indlæggelser hvor der er udført medicinafstemning	18
Procent udskrivelser hvor der er udført medicinafstemning	18
Højrisikomedicin-pakke	19
Dage mellem alvorlige medicineringsfejl	19
Antal indlagte patienter med afvigende biokemiske markører	19
KAD-pakke	21
Dage mellem KAD-relateret urinvejsinfektion	21
Antal KAD-døgn per 1000 sengedage	21
Procent KAD med relevant indikation	22
PVK-pakke	23
Procent perifere venekatetre som ved fjernelse viser tegn til inflammation eller er gået subcutant	23
Procent perifere venekatetre med relevant og aktuel indikation	23
Procent perifere venekatetre som fjernes før 72 timer	24
Tryksårspakke	25
Procent patienter med sygehus erhvervede tryksår	25
Procent patienter som screenes for tryksårsrisiko ved indlæggelsen	25
Procent patienter med risiko for tryksår som revurderes for tryksår	26
Hjertesvigt pakke	27

Patientsikkert sygehus, indikatorer – Version: 5. juli 2010

Procent patienter med nydiagnosticeret systolisk dysfunktion som genindlægges inden for 28 dage efter udskrivelse.....	27
Procent patienter med nydiagnosticeret systolisk dysfunktion som modtager alle elementerne i hjertesvigtpakken	27
Kirurgipakke	29
Procent opererede patienter som dør under indlæggelsen	29
Procent opererede patienter som genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse	29
Procent opererede patienter som modtager alle elementer i kirurgipakken.....	30
Håndhygiejne	31
Procent situationer med krævet håndhygiejne, hvor håndhygiejne er korrekt udført.....	31
Forbrug af hånddesinfektionsprodukter	31

Indledning

Patientsikkert Sygehus er et projekt, som har til formål at vise, at det er muligt med en målrettet indsats at reducere unødvendige dødsfald og skader på patienter på danske sygehuse.

Den overordnede målsætning er at reducere dødsfald målt med hospitalsstandardiseret mortalitetsrate (HSMR) med mindst 15% og forekomsten af skader målt med Global Trigger Tool med mindst 30% på de fem projektsygehuse.

For at opfylde disse målsætninger skal projektsygehuse implementere 12 kliniske ”pakker”, som hver for sig bidrager til reduktion af død og skader.

For hver pakke er der udarbejdet en eller flere procesindikatorer til løbende at måle pakkens implementeringsgrad. Til de pakker, hvor det har været muligt, findes desuden en resultatindikator til at dokumentere, at implementeringen har den ønskede virkning for patienterne, fx færre hjertestop.

Med baggrund i danske og internationale erfaringer fra sygehuse, som har opnået gode resultater opstilles der så vidt muligt målsætninger for hver resultatindikator. Fx ved vi i dag, at det er muligt stort set at eliminere visse hospitalserhvervede infektioner, som tidligere blev betragtet som uundgåelige komplikationer. Og fra sygehuse, som har opnået disse og andre forbedringer, ved vi, at det er muligt inden for en overskuelig periode at reducere dødsfald og skader.

Overordnede målsætninger

- Den hospitalsstandardiserede mortalitetsrate (HSMR) reduceres med mindst 15%
- Antal patientskader per 1000 sengedage målt med Global Trigger Tool (GTT) reduceres med mindst 30%
- Antal hjertestopkald reduceres med mindst 30%
- CVK-relaterede infektioner elimineres
- Respiratorrelaterede lungeinfektioner elimineres
- Andelen af patienter, som udvikler tryksår under indlæggelse, reduceres med mindst 50%
- Andelen af patienter med nydiagnosticeret hjertesvigt, som genindlægges inden for 28 dage, er højst 10%
- Andelen af opererede patienter, som dør under indlæggelse, reduceres med mindst 20%
- Andelen af opererede patienter, som genindlægges inden for 30 dage, reduceres med mindst 20%

Målestrategi og -metoder

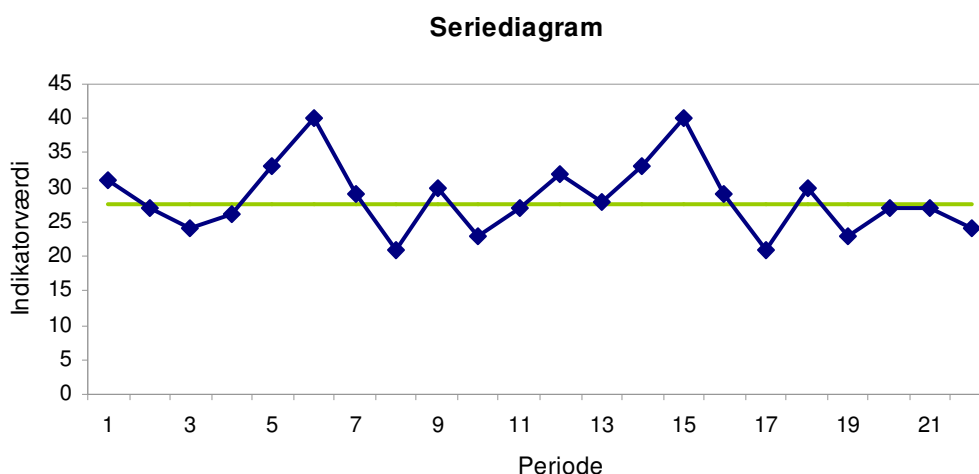
Målestrategien i dette projekt består af følgende skridt:

1. Udvælge proces- og resultatindikatorer
2. Udarbejde præcis operationel definition for hver indikator
3. Beskrive plan for dataindsamling
4. Foretage en statistisk analyse af hver indikator for at afgøre, om der sker ændringer
5. Koble analyseresultater til forbedringsstrategier

Forbedring i en proces kan udtrykkes enten som et absolut mål (fx nul respiratorrelaterede lungeinfektioner eller 100% overholdelse af håndhygiejneprocedurer) eller som en relativ ændring (fx mindst 30% reduktion af hjertestopkald).

Om der opnås forbedringer, afgøres i forhold til baseline, som er seneste stabile periode før eller umiddelbart efter projektstart. Stabilitet bedømmes så vidt muligt på baggrund af mindst 12 (helst 15 til 20) på hinanden følgende målepunkter, som kun udviser tilfældig variation.

Ikke tilfældig variation identificeres ved hjælp af et seriediagram, som viser indikatoren på en kurve med tiden på x-aksen. Midt i diagrammet indtegnes medianen som en vandret linje.



Før seriediagrammet fortolkes, opgøres antallet af serier. En serie er et eller flere på hinanden følgende målepunkter på samme side af midtlinjen.

Herefter benyttes fire regler til identifikation af mønstre i data, som tyder på ikke tilfældig variation:

1. **Skift:** Seks eller flere på hinanden følgende målepunkter på samme side af medianen (punkter på medianen ignoreres)
2. **Trend:** Fem eller flere på hinanden følgende målepunkter som stiger eller falder (punkter med samme værdi som det foregående punkt ignoreres)
3. **For få eller for mange serier** i forhold til antallet af målinger (findes ved opslag i standardtabeller)
4. Tydeligt **afvigende målinger** (dette er subjektiv afgørelse)

Ikke tilfældig variation kan opstå af to primære årsager:

1. En udefrakommende eller uventet faktor har påvirket processen.
2. Der er (med vilje) introduceret forandringer med det formål at påvirke processen i den ønskede retning.

I begge tilfælde tyder ikke tilfældig variation på, at processen, som indikatoren måler, er under forandring. Variation i den ønskede retning, anses som forbedring. Ikke tilfældige variationer, som ikke kan tilskrives forbedringsstrategier, bør på den anden side altid undersøges nærmere for at fastslå årsagen til forandringen.

Ideelt set bør der foreligge data fra et år forud for påbegyndelse af forbedringsarbejde for hver enkelt indikator. På denne måde har man et tydeligt billede af, hvordan indikatormålingerne varierer over tid, og af hvilken type af variation, som de forskellige processer indeholder. I mange tilfælde er det imidlertid ikke muligt at skaffe historiske data for indikatorerne, fordi disse ikke tidligere er blevet målt. I disse tilfælde, tages alternative metoder i brug til at fastlægge baseline.

For det første vil det i mange tilfælde, afhængig af mængden og tilgængeligheden af data, være muligt at foretage indikatormålinger hyppigere end månedligt, fx ugentligt eller ligefrem dagligt. Dette gør det muligt at indsamle baselinemålinger hurtigere samtidig med, at forbedringsarbejdet foregår.

For det andet kan man for procesindikatorerne forvente at se hurtige forandringer (= ikke tilfældig variation i ønsket retning), hvis forbedringsarbejdet har de ønskede effekter. Resultatindikatorerne derimod vil forventeligt først udvise forandringer senere i projektet, når de underliggende processer er under kontrol. Dermed er det muligt at foretage en pålidelig beskrivelse af baseline på resultatindikatorerne, også selv om, der ikke foreligger historiske indikatormålinger.

Som udgangspunkt opgøres alle indikatorer på det niveau, målingen sker på. Mortalitet, hjertestopkald og patientskader opgøres således på sygehusniveau, mens fx tryksår opgøres på afdelingsniveau.

Identifikation og beskrivelse af forbedringer

Forbedring kan være forbigående eller permanent. For at en opnået forbedring kan anses for permanent, skal processen indstille sig på et nyt stabilt og bedre niveau end baseline. I projektperioden foretages løbende rapportering af indikatormålinger fra sygehusene. Målingerne vurderes og kommenteres løbende af IHI's og DSFP's måleeksperter.

Slutniveauet bestemmes som den seneste stabile periode før eller umiddelbart efter projektets afslutning ultimo 2012.

Den opnåede forbedring er således forholdet eller forskellen mellem medianen ved den seneste stabile periode og ved baseline. Yderligere benyttes de fire regler for identifikation af ikke tilfældig variation i seriediagrammer for at sikre, at indikatormålingerne ved projektets afslutning kun udviser tilfældig og forudsigelig variation.

For indikatorer, hvor målet er nul hændelser (fx CVK-relaterede infektioner), anses målsætningen for opnået, hvis der ingen hændelser har været i mindst 300 dage.

Mobilt akutsystem

Antal hjertestopkald per 1000 sengedage

Type

Resultatindikator

Målsætning

Mindst 30% reduktion.

Tællerdefinition

Antal gange hjertestopholdet har været tilkaldt til indlagte patienter på afdelinger uden for intensiv afdeling, skadestue, kardiologisk afdeling o.l.

Afgrænsningen af hvilke afdelinger, som medregnes, skal ske lokalt.

Hjertestopkald defineres som aktivering af hjertestophold. Alle hjertestopkald medregnes uanset, om der reelt var tale om hjertestop.

Nævnerdefinition

Ikke relevant.

Hvis det ønskes, kan indikatoren gøres mere robust ved at dividere med summen af sengedage på de ovenfor udvalgte afdelinger i måleperioden. I sengedage medregnes alle indlæggelser, både hel- og deldøgnsindlæggelser.

På denne måde gøres indikatoren ufølsom for eventuelle svingninger i produktiviteten.

Datakilder

Hjertestopkald registreres lokalt, fx via omstillingen eller elektronisk log. Registreringen indeholder som minimum dato, tid, sted (afdeling/afsnit) for hvert hjertestopkald.

Sengedage opgøres via lokale administrative systemer.

Dataindsamling

Dataindsamling sker på sygehusniveau.

Indikatoren opgøres som udgangspunkt per måned. Afhængig af hyppigheden af hjertestopkald og antallet af sengedage kan opgørelsesperioden evt. forkortes til en eller to uger. Som tommelfingerregel bør måleperioden være lang nok til, at der altid forekommer mindst fire hjertestopkald i perioden.

Procent korrekt udførte basisobservationer

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal korrekt udførte basisobservationer på den pågældende afdeling/afsnit i det pågældende tidsrum.

Basisobservationer omfatter typisk respirationsfrekvens, saturation, puls, blodtryk, temperatur og bevidsthedsniveau.

Korrekt udført betyder, at observationen er foretaget i det tilsigtede tidsrum og omfattende alle obligatoriske parametre.

Observationer ud over det nødvendige antal i det pågældende tidsrum tæller ikke med.

Det afgøres lokalt, hvilke parametre, der indgår i basisobservationerne og, hvor hyppigt observationerne skal udføres.

Nævnerdefinition

Antal basisobservationer, som burde være udført på den pågældende afdeling/afsnit i det pågældende tidsrum.

Det afgøres lokalt, hvilke patientkategorier, der er omfattet af krav til basisobservationer. Fx alle akut indlagte patienter i indtil 24 timer efter indlæggelse.

Datakilder

Basisobservationer registreres lokalt, fx på særlige observationsskemaer eller i patientens journal.

Dataindsamling

Opgørelsen sker på afdelings-/afsnitsniveau. Det afgøres lokalt, hvorvidt man ønsker at lade alle patienter, som opfylder kriterierne for basisobservationer, indgå, eller om man vil nøjes med en stikprøve. En stikprøve kan fx bestå af 20-50 tilfældigt udvalgte patienter eller observationsskemaer per uge.

Vælger man at lade alle patienter indgå, kan dataindsamling passende gøres dagligt - fx i forbindelse med sikkerhedsrunde, vagtskifte eller stuegang.

Det kan være en fordel i begyndelsen at opgøre indikatoren dagligt for siden, når indikatoropfyldelsen er tilfredsstillende, at overgå til ugentlige eller månedlige stikprøver.

Procent observationsdøgn med afvigende basisobservationer og relevant reaktion på afvigelsen

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal observationsdøgn, hvor der har været afvigende basisobservationer, og hvor der er dokumenteret relevant reaktion på afvigelsen.

Kriterier for hvornår basisobservationer anses for afvigende og for, hvilke handlinger, der er passende ved forskellige grader af afvigelse, afgøres lokalt. Ikke alle afvigelser skal nødvendigvis medføre dokumentation som beskrevet. Kun afvigelser over et vist niveau medregnes i tælleren.

Nævnerdefinition

Antal observationsdøgn med basisobservationer udført efter fastlagte kriterier for parametre og hyppighed.

Et observationsdøgn er i denne sammenhæng fx tidsrummet fra kl. 00 til 24 uanset, om patienten var indlagt hele døgnet. En patient, der indlægges kl 16, skal fx have udført basisobservationer mindst én gang inden kl. 24, og dette døgn tælles med i nævneren. Hvis der er afvigende observationer, og der foreligger dokumenteret handlingsplan, skal døgnet ligeledes medregnes i tælleren.

Datakilder

Basisobservationer og dokumentation for handlingsplan registreres lokalt, fx på særlige observationsskemaer eller i patientens journal.

Dataindsamling

Opgørelsen sker på afdelings-/afsnitsniveau. Det afgøres lokalt, hvorvidt man ønsker at lade alle observationsdøgn indgå, eller om man vil nøjes med en stikprøve. En stikprøve kan fx bestå af 20-50 tilfældigt udvalgte observationsdøgn per uge.

Vælger man at lade alle observationsdøgn indgå, kan dataindsamling passende gøres dagligt - fx i forbindelse med sikkerhedsrunde, vagtskifte eller stuegang.

Det kan være en fordel i begyndelsen at opgøre alle observationsdøgn dagligt for siden, når indikatoropfyldelsen er tilfredsstillende, at overgå til ugentlige eller månedlige stikprøver.

CVK-pakke

Dage mellem CVK-relaterede infektioner

Type

Resultatindikator

Målsætning

Ingen CVK-infektioner eller mindst 300 dage imellem.

Definition af CVK-relateret infektion

En CVK-relateret infektion er en infektion i blodet hos en patient med CVK, hvor det antages, at indgangsporten er CVK'et.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Opgørelsen sker på afdelingsniveau.

På afdelingen registreres datoen hver gang, der diagnosticeres en CVK-relateret infektion, og antallet af dage siden forrige CVK-infektion udregnes.

Procent af CVK'er som har opfyldt alle elementer for anlæggelse af CVK

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antallet af CVK'er, hvor der er dokumentation for at alle relevante elementer i CVK-pakken var opfyldt i forbindelse med anlæggelsen

Nævnerdefinition

Alle CVK'er som er anlagt på det pågældende sygehus/afdeling. Dvs., at patienter som overflyttes fra andet sygehus med CVK ikke medregnes.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Opgørelsen sker afhængig af lokale forhold på afdelings- eller sygehusniveau.

Indikatoren kan, afhængig af hyppigheden af CVK'er på afdelingen/sygehuset, opgøres dagligt, ugentligt eller månedligt. Som tommelfingerregel bør måleperioden være lang nok til, at der altid indgår mindst 10 CVK'er i perioden.

Procent CVK'er med relevant aktuel indikation

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal CVK'er hvor der er dokumentation for relevant aktuel indikation for CVK.

Indikatoren opgøres per CVK. Hvis en patient har flere CVK'er samtidig, tælles hvert CVK for sig.

Nævnerdefinition

Antal CVK'er i afdelingen på det pågældende tidspunkt.

Datakilder

Lokal opgørelse

Dataindsamling

Data opgøres på afdelings-/afsnitsniveau og indsamles på alle CVK'er – også på CVK'er som følger med en overflyttet patient.

Indikatoren kan, afhængig af hyppigheden af CVK'er på afdelingen, opgøres dagligt, ugentligt eller månedligt. Som tommelfingerregel bør måleperioden være lang nok til, at der altid indgår mindst 10 og gerne flere CVK'er i perioden.

Respiratorpakke

Dage mellem respiratorrelaterede lungeinfektioner

Type

Resultatindikator

Målsætning

Ingen respiratorrelaterede lungeinfektioner eller mindst 300 dage imellem.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Opgørelsen sker på afdelingsniveau.

På afdelingen registreres datoen hver gang, der forekommer en respiratorrelateret lungeinfektion, og antallet af dage siden forrige infektion udregnes.

Procent hele respiratordøgn med opfyldelse af respiratorpakken

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal hele respiratordøgn, hvor der er dokumentation for, at følgende elementer er opfyldt:

Hele respiratordøgn er antallet af døgn *mellem* datoerne for intubation og ekstubation.

Nævnerdefinition

Antal hele respiratordøgn.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Data opgøres på afdelings-/afsnitsniveau og indsamles på alle intuberede patienter. Indikatoren kan, afhængig af antallet af respiratorpatienter på afdelingen, opgøres dagligt, ugentligt eller månedligt. Som tommelfingerregel bør måleperioden være lang nok til, at der altid forekommer mindst 10 og gerne flere hele respiratordøgn i perioden.

Procent reintubationer

Type

Balancerende indikator

Tællerdefinition

Antal reintubationer.

En reintubation er en intubation, der sker hos en patient, som tidligere har været intuberet under samme indlæggelse på samme afdeling. Det beslutes lokalt, hvordan reintubationer mere præcist defineres og identificeres.

Nævnerdefinition

Antal intubationer.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Data opgøres på afdelingsniveau.

Hver intubation i afdelingen registreres og det markeres, hvorvidt der er tale om en reintubation.

Indikatoren kan, afhængig af antallet af respiratorpatienter på afdelingen, opgøres ugentligt eller månedligt. Som tommelfingerregel bør måleperioden være lang nok til, at der altid forekommer mindst en reintubation i perioden.

AMI-pakke

Procent AMI-patienter som dør under indlæggelse

Type

Resultatindikator

Tællerdefinition

Antal indlæggelser med en AMI-diagnose, hvor patienten dør under indlæggelse.

Nævnerdefinition

Antal indlæggelser med en AMI-diagnose.

Patienter, som dør før ankomst til sygehuset medregnes ikke i indikatoren.

Datakilder

Oplysninger om diagnoser og udskrivelsesstatus (død, levende) hentes fra lokale patientadministrative systemer

Dataindsamling

Data opgøres på sygehusniveau. Afhængig af antallet af AMI-patienter og dødelighed kan indikatoren opgøres ugentligt eller månedligt. Som tommelfingerregel bør der være mindst et AMI-dødsfald i hver periode.

Såfremt AMI-dødsfald er meget sjældne (< 5%) kan det være relevant i stedet at opgøre antal AMI-indlæggelser mellem AMI-dødsfald.

Procent AMI-patienter som modtager alle elementer i AMI-pakken

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal indlæggelser med en AMI-diagnose, hvor der er dokumentation for at alle relevante elementer i AMI-pakken er opfyldt.

Nævnerdefinition

Antal indlæggelser med en AMI-diagnose.

Patienter, som dør før ankomst til sygehuset medregnes ikke i indikatoren.

Datakilder

Data kan hentes fra eksisterende dokumentation, fx journal. Man kan vælge at udarbejde et særligt AMI-skema (elektronisk eller papir), som indeholder tjek for de nævnte elementer og vedlægges journalen på den enkelte patient.

Dataindsamling

Data opgøres på sygehusniveau. Afhængig af antallet af AMI-patienter kan indikatoren opgøres ugentligt eller månedligt. Som minimum bør måleperiode være lang nok til, at der altid indgår mindst 10 og gerne flere AMI-patienter.

Sepsispakke

Antal patienter med svær sepsis eller septisk chok

Type

Resultatindikator

Tællerdefinition

Antal patienter med svær sepsis eller septisk chok

Nævnerdefinition

Ikke relevant

Datakilder

Lokal opgørelse. Det besluttes lokalt, hvordan sepsispatienter identificeres på sygehuset.

Dataindsamling

Indikatoren opgøres på sygehusniveau. Afhængig af antallet af sepsispatienter på sygehuset kan indikatoren opgøres ugentligt eller månedligt. Det tilstræbes, at der i hver måleperiode indgår mindst 10 sepsispatienter.

Opgørelsen af sepsisindikatorerne kan laves, hvis alle sepsispatienter indskrives i en log (database) med oplysninger om indlæggelsesdato, dato og klokkeslæt for sepsisdiagnose, sværhedsgrad af sepsis samt oplysning om alle elementer i 6-timerspakken.

Procent patienter med svær sepsis eller septisk chok, som har fået opfyldt alle elementer i 6-timerspakken

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal patienter med svær sepsis eller septisk chok, som har fået opfyldt alle elementer i 6-timerspakken.

Nævnerdefinition

Antal patienter med svær sepsis eller septisk chok.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Indikatoren opgøres på sygehusniveau. Afhængig af antallet af sepsispatienter på sygehuset kan indikatoren opgøres ugentligt eller månedligt. Det tilstræbes, at der i hver måleperiode indgår mindst 10 sepsispatienter.

Medicinafstemning

Procent indlæggelser hvor der er udført medicinafstemning

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal indlæggelser hvor det er dokumenteret, at der er udført medicinafstemning

Nævnerdefinition

Antal indlæggelser

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Data opgøres på afdelingsniveau.

Afhængig af mulighederne for at høste data fra elektroniske systemer eller ej, kan opgørelsen omfatte alle indlæggelser eller en stikprøve – fx 20 tilfældigt udvalgte indlæggelser per uge.

Procent udskrivelser hvor der er udført medicinafstemning

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal udskrivelser hvor det er dokumenteret, at der er udført medicinafstemning

Nævnerdefinition

Antal udskrivelser

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Data opgøres på afdelingsniveau.

Afhængig af mulighederne for at høste data fra elektroniske systemer eller ej, kan opgørelsen omfatte alle udskrivelser eller en stikprøve – fx 20 tilfældigt udvalgte udskrivelser per uge.

Hørisikomedicin-pakke

Dage mellem alvorlige medicineringsfejl

Type

Resultatindikator

Definition af alvorlig medicineringsfejl

En alvorlig medicineringsfejl er en medicineringsfejl, der medfører død, varig funktionsnedsættelse eller overflytning til højere behandlings-/observationsniveau.

Datakilder

Lokal opgørelse, fx rapporteringssystem til utilsigtede hændelser.

Dataindsamling

Data opgøres på sygehusniveau.

Det aftales lokalt, hvordan alvorlige medicineringsfejl identificeres og beskrives. Det kan evt. gøres i samarbejde med udvalgte ledende medarbejdere på intensiv og kardiologisk afdelinger, som næsten altid vil modtage patienter, som har været udsat for alvorlige medicineringsfejl, som defineret ovenfor.

Ved hver alvorlig medicineringsfejl noteres datoen, og antallet af dage siden forrige alvorlige medicineringsfejl beregnes.

Antal indlagte patienter med afvigende biokemiske markører

Type

Resultatindikator.

Tællerdefinition

Antal patienter med afvigende biokemiske markører.

Det afgøres lokalt, hvilke biokemiske markører, der indgår i opgørelsen. Oplagte kandidater er blodsukker og INR, hvor for høje eller for lave værdier næsten altid vil kunne betragtes som resultat af medicineringsfejl. Det anbefales, at man begynder med at tælle INR > 6.

Nævnerdefinition

Ikke relevant

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Data opgøres på afsnits-, afdelings- eller/og sygehusniveau og kan indsamles ved stikprøver på faste eller tilfældige tidspunkter dagligt eller ugentligt. En stikprøve kan være alle patienter på et afsnit eller et antal tilfældigt udvalgte patienter på hele sygehuset.

Patientsikkert sygehus, indikatorer – Version: 5. juli 2010

Ved stikprøven gennemgås alle relevante biokemiske markører for de udvalgte patienter i foregående 24 timer, og antallet af patienter med en eller flere afvigende markører sammentælles.

Hvis det er muligt anbefales det at foretage en automatisk identifikation af markører fra det centrale laboratoriesystem.

KAD-pakke

Dage mellem KAD-relateret urinvejsinfektion

Type

Resultatindikator

Definition af KAD-relateret infektion

I denne sammenhæng medregnes kun symptomatiske blæreinfektioner, som opstår på sygehus i tilknytning til kateter á demeure (KAD), og som er verificerede ved dyrkning af urin.

Indikatoren omfatter kun ikke-kroniske transuretrale blærekatetre á demeure.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Data opgøres på afdelings- og/eller sygehusniveau.

På afdelingen registreres datoen hver gang, der forekommer en KAD-relateret urinvejsinfektion, og antallet af dage siden forrige infektion udregnes.

Antal KAD-døgn per 1000 sengedage

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

KAD-døgn udregnes for det enkelte KAD som forskellen mellem dato/klokkeslet for fjernelse og anlæggelse. KAD-døgn opgives med mindst én decimal.

Nævnerdefinition

Antallet af sengedage på sygehuset/afdelingen i perioden

Datakilder

Lokal opgørelse.

Antallet af sengedage skaffes fra lokale patientadministrative systemer.

Dataindsamling

Data opgøres på afsnits- eller sygehusniveau ugentligt eller månedligt. Som tommelfingerregel bør måleperioden være lang nok til, at indikatoren altid er større end nul.

Procent KAD med relevant indikation

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal KAD som har en accepteret og aktuel indikation. Med aktuel menes, at der på det pågældende tidspunkt er indikation for fortsat KAD-behandling.

Det afgøres lokalt, hvilke indikationer der accepteres for KAD samt, hvor og hvordan indikationen skal dokumenteres.

Nævnerdefinition

Antal KAD i afdelingen på det pågældende tidspunkt.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Dataindsamling sker på afsnits-/afdelingsniveau og kan praktisk ske i forbindelse med en ”KAD-runde”. Runden gennemføres efter forud fastlagte kriterier for hyppighed (fx dagligt) og tidspunkt (tilfældigt eller fastlagt). KAD-runden er ikke nødvendigvis en ny selvstændig funktion. Den kan fx indarbejdes i allerede eksisterende procedurer, fx rapportgivning, stuegang e.l. og kombineres med PVK-runden.

Måleperioden kan omfatte data fra en eller flere KAD-runder. Det tilstræbes at måleperioden er så kort som mulig (dag, uge eller måned) under hensyntagen til, at der i hvert målepunkt helst bør findes mindst ti, gerne flere KAD'er.

Når indikatorerne har opnået et tilfredsstillende niveau, kan man overveje at overgå til sjældnere stikprøver

PVK-pakke

Procent perifere venekatetre som ved fjernelse viser tegn til inflammation eller er gået subcutant

Type

Resultatindikator

Tællerdefinition

Antal PVK som som ved fjernelse viser tegn til. inflammation eller er gået subcutant.

Nævnerdefinition

Antal PVK som fjernes i afsnittet/afdelingen i den pågældende periode.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Oplysningerne registreres ved fjernelse af alle PVK'eri afdelingen og tælles sammen for måleperioden.

Det tilstræbes at måleperioden er så kort som mulig (dag eller uge) under hensyntagen til, at der i hvert måleperiode bør findes mindst ti, gerne flere PVK'er.

Når indikatorerne har opnået et tilfredsstillende niveau, kan man overveje at overgå til sjældnere stikprøver.

Procent perifere venekatetre med relevant og aktuel indikation

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal PVK med relevant og aktuel indikation.

Det afgøres lokalt, hvilke indikationer der accepteres for PVK samt, hvor og hvordan indikationen skal dokumenteres.

Nævnerdefinition

Antal PVK i afsnittet/afdelingen på det pågældende tidspunkt.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Alle PVK'er kontrolleres dagligt for tegn til inflammation, ekstravasation og indikation.

Procent perifere venekatetre som fjernes før 72 timer

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal PVK som fjernes mindre end 72 timer efter anlæggelse.

Nævnerdefinition

Antal PVK som fjernes i afsnittet/afdelingen i den pågældende periode.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Alle PVK'er kontrolleres dagligt for tegn til inflammation, ekstravasation og indikation.

Tryksårspakke

Procent patienter med sygehuserhvervede tryksår

Type

Resultatindikator

Målsætning

Mindst 50% reduktion.

Tællerdefinition

Antal patienter, der pådrager sig tryksår under indlæggelse.

Tryksår omfatter alle grader af tryksår fra trykspor til dybe nekrotiserende sår.

Nævnerdefinition

Antal patienter som er udskrevet i perioden.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Data opgøres på afdelings-/sygehusniveau.

Hvis tryksår opstået under indlæggelse konsekvent kodes under udskrivningsdiagnoser, kan data skaffes automatisk fra det patientadministrative system.

Måleperioden holdes så kort som muligt (uge) under hensyntagen til, at indikatoren helst skal være større end nul.

Procent patienter som screenes for tryksårsrisiko ved indlæggelsen

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal patienter som screenes for tryksårsrisiko ved indlæggelsen

Nævnerdefinition

Antal patienter som indlægges i perioden.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Data opgøres på afdelings-/sygehusniveau.

Procent patienter med risiko for tryksår som revurderes for tryksår

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal patienter som revurderes for tryksår.

Nævnerdefinition

Antal patienter i afdelingen på det pågældende tidspunkt som ved indlæggelsen er vurderet til at være i risiko for tryksår.

Datakilder

Lokal opgørelse.

Dataindsamling

Data opgøres på afdelings-/sygehusniveau.

Hjertesvigtpakke

Procent patienter med nydiagnosticeret systolisk dysfunktion som genindlægges inden for 28 dage efter udskrivelse

Type

Resultatindikator.

Målsætning

Højst 10% genindlægges (NIP-standard).

Tællerdefinition

Antal patienter med nydiagnosticeret systolisk dysfunktion som genindlægges (uanset årsag og diagnose) inden for 28 dage efter udskrivelse

Nævnerdefinition

Antal patienter med nydiagnosticeret systolisk dysfunktion som udskrives i perioden.

Datakilder

NIP-databasen eller lokal opgørelse.

Dataindsamling

Data opgøres på afdelings- og/eller sygehusniveau. Data hentes for hver måleperiode tidligst 28 dage efter afslutningen af perioden. For alle udskrevne patienter med diagnosen i perioden tjekkes for genindlæggelse inden for 28 dage.

Afhængig af hyppigheden af disse patienter kan indikatoren opgøres per uge eller måned.

Procent patienter med nydiagnosticeret systolisk dysfunktion som modtager alle elementerne i hjertesvigtpakken

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antal patienter med nydiagnosticeret systolisk dysfunktion som har dokumentation for, at alle elementerne i hjertesvigtpakken er udført, ikke relevante eller kontraindicerede

Nævnerdefinition

Antal patienter med nydiagnosticeret systolisk dysfunktion som er udskrevet i perioden.

Datakilder

NIP-databasen eller lokal opgørelse.

Dataindsamling

Data opgøres på afdelings- eller sygehusniveau.

Patientsikkert sygehus, indikatorer – Version: 5. juli 2010

Hvis data ikke skaffes fra NIP-databasen, kan der med fordel udarbejdes et hjertesvigtsskema/tjekliste med plads til dokumentation af elementerne i pakken. Skemaet følger patienten, og ved udskrivelse gennemgås det, og resultaterne indskrives i et dataskema, fx regneark eller database.

Afhængig af antallet af hjertesvigtpatienter kan indikatoren opgøres ugentligt eller månedligt.

Kirurgipakke

Procent opererede patienter som dør under indlæggelsen

Type

Resultatindikator

Målsætning

Mindst 20% reduktion.

Tællerdefinition

Antallet af opererede patienter som udskrives med status død.

Nævnerdefinition

Antallet af opererede patienter som udskrives i perioden.

Det afgøres lokalt, hvilke procedurekoder, som skal indgå i begrebet ”operation”, og hvilke patientgrupper, der indgår i indikatoren.

Datakilder

Lokale patientadministrative systemer

Dataindsamling

Data opgøres på afdelings- og/eller sygehusniveau.

Da antallet af operationer er tilstrækkelig højt, vil det formentligt være muligt at opgøre indikatoren helt ned på dags- eller ugebasis. Som tommelfingerregel bør måleperioden være lang nok til, at indikatoren er større end nul.

Procent opererede patienter som genindlægges inden for 30 dage efter udskrivelse

Type

Resultatindikator

Målsætning

Mindst 20% reduktion.

Tællerdefinition

Antallet af opererede patienter som genindlægges (uanset diagnose) inden for 30 dage efter udskrivelse.

Nævnerdefinition

Antallet af opererede patienter som udskrives i perioden.

Det afgøres lokalt, hvilke procedurekoder, som skal indgå i begrebet ”operation”, og hvilke patientgrupper, der indgår i indikatoren.

Datakilder

Lokale patientadministrative systemer

Dataindsamling

Data opgøres på afdelings- og/eller sygehusniveau. Data hentes for hver måleperiode tidligst 30 dage efter afslutningen af perioden. For alle udskrevne patienter i perioden, som er omfattet af nævnerdefinitionen, tjekkes for genindlæggelse inden for 30 dage.

Afhængig af hyppigheden af disse patienter kan indikatoren opgøres per uge eller måned.

Procent opererede patienter som modtager alle elementer i kirurgipakken

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antallet af opererede patienter som modtager alle elementer i kirurgipakken.

Nævnerdefinition

Antallet af opererede patienter i perioden.

Datakilder

Lokal opgørelse

Dataindsamling

Dato opgøres på afdelings- eller sygehusniveau.

Man kan evt. udarbejde et ”kirurgitjekskema” som følger patienten og indeholder rubrikker til dokumentation af elementerne i kirurgipakken inkl. sikker kirurgi-tjeklisten.

Håndhygiejne

Procent situationer med krævet håndhygiejne, hvor håndhygiejne er korrekt udført

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Antallet af situationer med krævet håndhygiejne, hvor håndhygiejne er korrekt udført.

Nævnerdefinition

Antallet af situationer med krævet håndhygiejne.

Datakilder

Direkte observation/lokal opgørelse

Dataindsamling

Data indsamles og opgøres på afsnitsniveau.

Alt fast personale i afsnittet deltager på skift i at observere mindst 20 situationer med krævet håndhygiejne. Der benyttes et til formålet udarbejdet observationsskema. Data kan overføres fra observationsskemaet til et registreringsskema/regneark/database.

Det afgøres lokalt, om observationerne skal spredes tilfældigt over døgnet eller ske på faste tidspunkter.

Opgørelsen kan med fordel ske dagligt i begyndelsen. Når hygiejnekomplians er tilfredsstillende, kan målehyppigheden nedsættes.

Forbrug af hånddesinfektionsprodukter

Type

Procesindikator

Tællerdefinition

Forbrug af hånddesinfektionsprodukter opgøres i relevante enheder, fx liter håndsprit.

Nævnerdefinition

Ikke relevant.

Hvis det ønskes kan forbruget opgøres i forhold til antal sengedage eller udskrivelser.

Datakilder

Lokalt indkøbs- eller lagerstyringssystem.

Dataindsamling

Data opgøres på sygehusniveau.