

I sikre hænder

Mål og indikatorer

Tryksår og medicin



Indledning

I Sikre Hænder har til formål at vise, at det er muligt med en målrettet indsats at reducere unødige skader på borgere i primærsektoren.

Den overordnede målsætning er at øge patientsikkerhedskulturen i kommunerne samt at sikre, at den rette borger får den rette pleje og behandling til rette tid.

For at nå disse mål skal kommunerne implementere tryksårs- og medicinpakken, samt henholdsvis en ledelses- og en borger/pårørende som hver for sig bidrager til det samlede mål om at øge patientsikkerheden og reducere antallet af skader.

For hver pakke er der udarbejdet en eller flere resultatindikatorer til at dokumentere, at implementeringen har den ønskede virkning på borgerne. Derudover er der til hver pakke udarbejdet en eller flere procesindikatorer til løbende at følge pakkens implementeringsgrad.

Justering af de definerede indikatorer kan forekomme undervejs i programmet.

Mål og indikatorer

I dette dokument beskrives mål og indikatorer for I Sikre Hænder, såvel på resultatniveau som på procesniveau. Målene i I Sikre Hænder er ambitiøse og kræver at man ændrer sine arbejdsgange, og ikke blot kan nøjes med i en periode at anstrenge sig ekstra.

På pilotenhederne skal målet for pakkerne være opnået ved afslutningen af programmet den 31. december 2018. Mål og indikatorer er godkendt af styregruppen efter indstilling fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Definitioner

Mål

En kvantitativ og tidsmæssig angivelse af, hvad der ønskes opnået og hvornår.

F.eks. Min. 300 dage siden seneste nyopstået tryksår d. 31. dec. 2018.

Indikator

En indikator er en variabel, der anvendes til at vurdere niveauet af kvalitet. I forbedringsarbejdet anvendes indikatorer til at vurdere hvorvidt de forventede resultater er opnået (resultatindikatorer), hvorvidt de beskrevne processer er gennemført (procesindikatorer).

F.eks. dage mellem nye opstået tryksår (resultatindikatorer) eller andelen af borgere hvor HUSK gennemføres (procesindikatorer)

Målestrategi

Fremgang i forbedringsarbejdet monitoreres kontinuerligt ved brug af tidstro og lokale dataopgørelser, så man har mulighed for hele tiden at justere sine processer for at opnå den ønskede kvalitet. I I Sikre Hænder arbejdes der således ikke kun med før- og eftermålinger, da dette ikke vil give samme mulighed for at følge og lære af processen.

Statistisk analyse af data foretages med seriediagrammer, hvor data fra hver indikator plottes løbende.

Om der opnås forbedringer, afgøres i forhold til en baseline. En baseline er indikatorens niveau i perioden før eller umiddelbart efter programstart. Baseline fastsættes så vidt muligt på baggrund af mindst 12, helst 20 eller flere, på hinanden følgende målepunkter, som kun udviser tilfældig variation. For at kunne sammenligne baseline med data i programperioden er det en forudsætning, at data indsamles på samme måde og på samme niveau i hele perioden.

Overordnede mål for programmet

- Etablering af en varig platform for forbedringsarbejde
- Min. 300 dage siden seneste tryksår / Reducere antallet af nyopståede tryksår med 75%
- Min. 300 dage siden seneste alvorlige medicineringsfejl som kræver læge kontakt / Reducere antallet af alvorlige medicineringsfejl med 50%
- Spredning af de kliniske interventioner til 75% af kommunens samlede enheder

Tryksår

Definition: Tryksår er læsioner af hud og underliggende væv forårsaget af iskæmisk nekrose på grund af længe-revarende, uaflastet tryk eller vævsforskydning. Tryksår inddeles i kategorierne:

Kategori 1:

Rødmen på huden som ikke forsvinder ved fingertryk.

Kategori 2:

Skader på de øverste hudlag med vabeldannelse, som kan gå over i sår.

Kategori 3:

Sår, der omfatter alle hudlag.

Kategori 4:

Sår, der går ned til underliggende knogle med tab af alle vævslag.

Enhedsniveau:

Dage mellem nyopståede tryksår kategori 1

Type	Resultatindikator
Målsætning	300 dage
Tællerdefinition	Dage mellem de to seneste opståede tryksår, kategori 1
Datakilder	Lokal opgørelse
Dataindsamling og -behandling	Data indsamles dagligt. Hver gang der forekommer et tryksår, kategori 1, registreres datoen, og antallet af dage siden forrige tryksår udregnes. Opgørelsen sker på enhedsniveau dvs. der tælles blandt alle borgere der er tilknyttet enheden, og ikke kun blandt testpersoner. (Hvis dette ikke er muligt, noteres det som en annotation, hvordan populationen ændrer sig i løbet af måleperioden)
Analyse	Seriediagram x-aksen angiver tryksår kat 1 i tidsmæssig rækkefølge. y-aksen angiver antallet af dage siden forrige tryksår Grafen skal være stigende, da det indikerer at der går flere dage mellem tryksår

Dage mellem nyopståede tryksår kategori 2-4

Type	Resultatindikator
Målsætning	300 dage
Tællerdefinition	Dage mellem de to seneste opståede tryksår kategori 2-4
Datakilder	Lokal opgørelse
Dataindsamling og -behandling	Data indsamles dagligt. Hver gang der forekommer et tryksår, kategori 2-4, registreres datoen, og antallet af dage siden forrige tryksår udregnes. Opgørelsen sker på enhedsniveau dvs. der tælles blandt alle borgere der er tilknyttet enheden, og ikke kun blandt testpersoner. (Hvis dette ikke er muligt, noteres det som en annotation, hvordan populationen ændrer sig i løbet af måleperioden)
Analyse	Seriediagram x-aksen angiver tryksår kat 2-4 i tidsmæssig rækkefølge. y-aksen angiver antallet af dage siden forrige tryksår Grafen skal være stigende, da det indikerer at der går flere dage mellem tryksår

→

Enhedsniveau:

Antal borgere imellem at der IKKE er lavet en tryksårsrisikovurdering ved første kontakt eller udskrivelse fra sygehus

Type	Procesindikator
Målsætning	Mindst 20 borgere i mellem ~ 95%
Nævnerdefinition	<ul style="list-style-type: none">• Antal borgere som er visiteret eller nyhenvist• Antal borgere som er udskrevet fra sygehuset
Tællerdefinition	Antal borgere imellem at der ikke er lavet en tryksårsrisikovurdering ved første kontakt eller udskrivelse fra sygehus fx. Braden score
Datakilder	Lokal opgørelse
Dataindsamling og -behandling	Ved hver første kontakt eller udskrivelse fra sygehus noteres det, hvorvidt der er blevet lavet en tryksårsrisikovurdering eller ej. Hver gang en borger ikke har fået lavet en risikovurdering tælles, hvor mange korrekte vurderinger der er blevet lavet siden forrige gang en borger ikke fik lavet en risikovurdering – (Dvs. det mellemliggende antal korrekte vurderinger mellem to missede vurderinger). Opgørelsen sker på enhedsniveau dvs. der tælles blandt alle første kontakter og udskrivelser fra sygehuset som forekommer på enheden. (Hvis dette ikke er muligt, noteres det som en annotation, hvordan populationen ændrer sig i løbet af måleperioden).
Analyse	Seriediagram x-aksen angiver borgere i tidsmæssig rækkefølge, hvor der ikke er lavet risikovurdering, y-aksen angiver antallet af borgere med korrekt risikovurdering siden forrige manglende risikovurdering Grafen skal være stigende, da det indikerer at der bliver lavet flere korrekte vurderinger mellem to missede vurderinger

Antal borgere som revurderes for tryksårsrisiko

Type	Procesindikator
Målsætning	Lokalt bestemt
Tællerdefinition	Antal borgere der revurderes for tryksårsrisiko ved <ul style="list-style-type: none">• Efter akut sygdom• Ved ændringer i ernæringstilstanden• Ved ændringer i funktionsniveauet fx. Braden score
Datakilder	Lokal opgørelse.
Dataindsamling og -behandling	Data indsamles dagligt på enhedsniveau. Dvs.at det dagligt tælles hvor mange borgere der er blevet revurderet Data opgøres ugentligt
Analyse	Seriediagram x-aksen angiver uger y-aksen angiver antallet af borgere der er blevet revurderet

Andelen af situationer, hvor HUSK gennemføres

Type	Procesindikator
Målsætning	Mindst 95 %
Nævnerdefinition	Antal situationer hvor borgere i tryksårsrisiko bør HUSK'es
Tællerdefinition	Antal situationer hvor borgere i tryksårsrisiko har modtaget alle elementer i HUSK
Datakilder	Lokal opgørelse.
Dataindsamling og -behandling	Data indsamles dagligt. Opgørelsen sker på enhedsniveau dvs. der tælles blandt alle borgere der opfylder nævnerdefinitionen, og ikke kun blandt testpersoner. (Hvis dette ikke er muligt, noteres det som en annotation, hvordan populationen ændrer sig i løbet af måleperioden) Data opgøres ugentligt
Analyse	Seriediagram x-aksen angiver uger y-aksen angiver andelen af situationer, hvor HUSK er gennemført Grafen skal være stigende.

Medicineringsfejl

Definition: "En utilsigtet hændelse med medicin er en kendt eller ukendt hændelse eller fejl, der sker i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed eller i forbindelse med forsyning af og information om medicin. Den utilsigtede hændelse er defineret ved at være til skade eller at kunne have været til skade for en patient og skyldes ikke patientens sygdom" (Kilde: Sundhedsstyrelsen).

Der skelnes mellem utilsigtede hændelser og bivirkninger.

Enhedsniveau:

Dage siden sidste alvorlige medicineringsfejl som har krævet lægekontakt

Type	Resultatindikator
Målsætning	300 dage
Tællerdefinition	Dage mellem de to seneste alvorlige medicineringsfejl hvor lægekontakt har været påkrævet.
Datakilder	Lokal opgørelse
Dataindsamling og -behandling	Data indsamles dagligt. Hver gang der forekommer en medicineringsfejl registreres datoen, og antallet af dage siden forrige medicineringsfejl udregnes. Opgørelsen sker på enhedsniveau dvs. der tælles blandt alle borgere der er tilknyttet enheden, og ikke kun blandt testpersoner. (Hvis dette ikke er muligt, noteres det som en annotation, hvordan populationen ændrer sig i løbet af måleperioden)
Analyse	Seriediagram x-aksen angiver medicineringsfejl i tidsmæssig rækkefølge. y-aksen angiver antallet af dage siden forrige medicineringsfejl Grafen skal være stigende, da det indikerer at der er flere dage mellem medicineringsfejl

Antal medicineringer der ikke er givet til rette tid

Type	Resultatindikator
Målsætning	Lokalt bestemt
Tællerdefinition	Antal gange hvor den fastordinerede medicin ophældt i dispenseringsæsker eller dosispakke/rulle, ikke er givet til den rette tid.
Datakilder	Lokal opgørelse
Dataindsamling og -behandling	Data indsamles dagligt. Hver gang den fastordinerede medicin ikke er givet til rette tid, registreres datoen for fejlen. Afhængig af hyppigheden af fejlen opgøres indikatoren enten som antal medicineringsfejl om ugen/måneden eller som antal dage imellem medicineringsfejl. Opgørelsen sker på enhedsniveau dvs. der tælles blandt alle borgere der er tilknyttet enheden, og ikke kun blandt testpersoner. (Hvis dette ikke er muligt, noteres det som en annotation, hvordan populationen ændrer sig i løbet af måleperioden)
Analyse	Seriediagram Hvis indikatoren opgøres som antal: x-aksen angiver uger eller måneder y-aksen angiver antal gange medicinen ikke er givet til rette tid Grafen skal være faldende, da det indikerer at der er færre medicineringsfejl om ugen/måneden Hvis indikatoren opgøres som dage imellem x-aksen angiver medicineringsfejl i tidsmæssig rækkefølge. y-aksen angiver antallet af dage siden forrige gang medicinen ikke blev givet til rette tid Grafen skal være stigende, da det indikerer at der er flere dage mellem medicineringsfejl.

→

Enhedsniveau:

Borgere imellem der IKKE er lavet medicinafstemning inden for 24 timer efter udskrivelsen

Type	Procesindikator
Målsætning	Mindst 20 borgere i mellem ~ 95%
Nævnerdefinition	Antal borgere som er udskrevet fra sygehuset
Tællerdefinition	Borgere imellem der IKKE er lavet medicinafstemning inden for 24 timer efter udskrivelsen
Datakilder	Lokal opgørelse.
Dataindsamling og -behandling	Ved hver udskrivelse fra sygehus noteres, hvorvidt der er blevet lavet medicinafstemning indenfor 24 timer. Hver gang der ikke er blevet lavet medicinafstemning tælles, hvor mange korrekte afstemninger der er blevet lavet siden forrige gang der ikke blev lavet medicin-afstemning – (Dvs. det mellemliggende antal korrekte medicinafstemninger mellem to missede medicinafstemninger). Opgørelsen sker på enhedsniveau dvs. der tælles blandt alle udskrivelser fra sygehuset som forekommer i enheden. (Hvis dette ikke er muligt, noteres det som en annotation, hvordan populationen ændrer sig i løbet af måleperioden).
Analyse	Seriediagram x-aksen angiver borgere i tidsmæssig rækkefølge, hvor der ikke er lavet medicinafstemning y-aksen angiver antallet af borgere siden forrige manglende medicinafstemning Grafen skal være stigende, da det indikerer at der bliver lavet flere korrekte medicin-afstemninger i mellem to missede medicinafstemninger

Andelen af borgere, der har fået screenet deres medicinliste ved en STOP liste

Type	Procesindikator
Målsætning	Mindst 95 %
Nævnerdefinition	Antal borgere der har en medicinliste
Tællerdefinition	Antallet af borgere der har fået screenet deres medicinliste ved STOP listen inden for den sidste måned eller som har været visiteret til medicinydelse inden for den sidste måned.
Datakilder	Lokal opgørelse
Dataindsamling og -behandling	Data indsamles månedligt. Opgørelsen sker på enhedsniveau dvs. der tælles blandt alle borgere der opfylder nævnerdefinitionen, og ikke kun blandt testpersoner. (Hvis dette ikke er muligt, noteres det som en annotation, hvordan populationen ændrer sig i løbet af måleperioden) Data opgøres månedligt
Analyse	Seriediagram x-aksen angiver måneder y-aksen angiver andelen af patienter, der har fået screenet deres medicinliste ved en STOP liste Grafen skal være stigende.

→

Enhedsniveau:

Andelen af dispenseringer hvor Tjeklisten for sikker medicindispensering er opfyldt

Type	Procesindikator
Målsætning	Mindst 95 %
Nævnerdefinition	Antal dispenseringsydelse
Tællerdefinition	Antal dispenseringsydelse hvor alle punkter på Tjeklisten for sikker medicindispensering er opfyldt (Dvs. der kan svares ja til alle punkter) (I tilfælde af at et element ikke er relevant for den pågældende dispensering, tælles elementet som værende opfyldt)
Datakilder	Lokal opgørelse
Dataindsamling og -behandling	Data enten indsamles ved hver dispensering eller ved en stikprøve. Hvis data indsamles ved en stikprøve, skal minimum indgå 30-40 doseringer i stikprøven, og den skal være udtrukket tilfældigt blandt alle mulige dispenseringer. Hvis nævneren ændres i løbet af målperioden, skal dette noteres ved en annotation. Data opgøres ugentligt
Analyse	Seriediagram x-aksen angiver uger y-aksen angiver andelen af dispenseringer hvor Tjeklisten for sikker medicindispensering er opfyldt Grafen skal være stigende

Andelen af administrationer hvor Tjeklisten for sikker medicinadministration er opfyldt

Type	Procesindikator
Målsætning	Mindst 95 %
Nævnerdefinition	Antal medicinadministrationer
Tællerdefinition	Antallet af medicinadministrationer, hvor alle punkter på Tjeklisten medicinadministrationer opfyldt. (Dvs. der kan svares ja til alle punkter)
Datakilder	Lokal opgørelse
Dataindsamling og -behandling	Data enten indsamles ved hver administration eller ved en stikprøve. Hvis data indsamles ved en stikprøve, skal minimum indgå 30-40 administrationer i stikprøven, og den skal være udtrukket tilfældigt blandt alle mulige dispenseringer. Hvis nævneren ændres i løbet af målperioden, skal dette noteres ved en annotation. Data opgøres ugentligt
Analyse	Seriediagram x-aksen angiver uger y-aksen angiver andelen af administrationer Tjeklisten for sikker medicinadministration er opfyldt Grafen skal være stigende

