

Sikkert Patientflow

Erfaringer fra et forbedringsprojekt

Den rigtige patient i den rigtige seng
på det rigtige tidspunkt. Sikre og
sammenhængende indlæggelsesforløb
uden unødigt ventetid.
#sikkertflow

Sikkert Patient Flow

Udgivet af:

Dansk Selskab for Patientsikkerhed
c/o Hvidovre Hospital
P610 Kettegård Alle 30
2650 Hvidovre

Layout: Michala C. Bendixen

Fotos: Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Sikkert Patientflow er et samarbejde mellem TrygFonden, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Sikkert Patientflow forløber i perioden januar 2014 - december 2015.

Styregruppen for projektet har bestået af afdelingschef Peter Larsen, Region Nordjylland (formand), programchef Mette Meldgaard, TrygFonden, kontorchef Thomas I Jensen, Danske Regioner og direktør Beth Lilja, Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Projektet er finansieret af en donation fra TrygFonden samt betaling fra sygehuse og regioner.

Projektets faglige fundament har været understøttet af rådgivning fra Jody Crane, MD, MBA, Institute for Healthcare Improvement (IHI) og Inge Pia Christensen, sygeplejefaglig direktør, Hospitalsenheden Horsens.

Tolv sygehuse har deltaget i Sikkert Patientflow: Nordsjællands Hospital, Amager-Hvidovre Hospital, Roskilde-Køge Sygehus, Næstved-Slagelse-Ringsted sygehus, Holbæk Sygehus, Sygehus Lillebælt, Hospitalsenheden Horsens, Regionshospitalet Randers, Hospitalsenhed Midt, Hospitalsenhed Vest, Sygehus Thy-Mors og Sygehus Vendsyssel.

Med støtte fra
TrygFonden

**DANSKE
REGIONER**



Dansk Selskab for
PatientSikkerhed

Indhold

Forord	5
Resumé	6
Indledning	7
Patient- og pårørendeperspektivet	10
Baggrund	12
Forandringsteori på sygehusene.....	12
Forandringsteori for projektet	13
Flowpakken	14
Tavlemøder.....	15
Kapacitetskonference.....	16
Flowstyregruppe.....	12
Indsats for at identificere flaskehalse og spild	15
Prognoser og brug af Big Data	21
Hvad bruger sygehusene ikke længere tid på?	22
Lånesenge	23
Ledelsesinvolvering	25
Projektleder og dataansvarlig	26
Kapacitetsopbygning og forbedring	27
Målsætning.....	28
Indikatorer og data.....	29
Forudsigelighed	31

Afprøvninger.....	31
Læringsnetværk	32
Kommunikation	34
Resultater	35
Overordnet tilfredshed med læringsseminarer.....	35
Ny viden.....	35
Kliniske resultater.....	36
Næste skridt	38
Fastholdelse og spredning.....	38
Nye tiltag.....	38
Referencer	39
Bilag 1: Feedback fra patienter og pårørende om ventetid	40
Bilag 2: Måling af sikkert pateintflow herunder overbelægning	45
Bilag 3: Resultater; Slagelse-casen	50

Forord

Unødig ventetid på at blive indlagt, overflyttet eller udskrevet fra sygehuset er utilfredsstillende for patienterne og udgør en risiko for patientsikkerheden. Undersøgelser viser, at patienter, der oplever unødig ventetid på at blive indlagt fra akutmodtagelser, oplever ringere smertedækning og har højere dødelighed.

Unødig ventetid forlænger patienternes ophold på sygehuset, hvilket igen kan medføre kapacitetsproblemer i form af overbelægning, patienter der må overnatte på gangene samt patienter i lånesenge. Unødig ventetid gør behandlingen dyrere end nødvendigt. Endelig giver ventende patienter personalet et større arbejdspress.

Sikkert Patientflow er et forbedringsprojekt, der har som mål at den rigtige patient er i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt, og at der på sygehusene er sikre og sammenhængende indlæggelsesforløb uden unødig ventetid. Projektet har vist, at problemer med overbelægning, patienter på gangene og patienter i lånesenge kan løses ved at styrke sundhedspersonalets muligheder for at koordinere patientforløb på tværs af akutsygehuset vha. tavlemøder og kapacitetskonferencer.

Denne rapport beskriver metoderne samt erfaringerne fra projektet. Målgruppen er alle, der ønsker viden om, hvordan der kan etableres sammenhængende patientforløb på akutsygehusene.

På de 12 akutsygehuse i projektet har både patienter, sygehusdirektioner, afdelingsledelser, projektledere, dataansvarlige og sundhedspersonalet spillet en vigtig rolle i den lokale afprøvning og implementering.

Rapporten er blevet til på grundlag af projektets foreliggende kilder: Storyboards fra læringsseminarerne, månedsrapporter samt oplysninger fra teambesøg og samtaler med projektlederne på telefonmøder og workshops. Desuden har sygehusene haft mulighed for at kommentere erfaringsopsamlingen inden offentliggørelse.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed ønsker at takke alle, der har bidraget til projektet og denne erfaringsopsamling.

Beth Lilja,
Direktør,
Dansk Selskab for Patientsikkerhed,
November 2015

Resumé

Sikkert Patientflow er et forbedringsprojekt for 12 danske akutsygehuse. Målet er den rigtige patient i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt, og sikre og sammenhængende indlæggelsesforløb uden unødigt ventetid.

Udgangspunktet for projektet var de ofte lange ventetider i de nyetablerede akutmodtagelser på akutsygehuse. Unødigt ventetid på at blive indlagt, overflyttet eller uskrevet fra sygehuset er utilfredsstillende for patienterne og udgør en risiko for patientsikkerheden. Undersøgelser viser, at patienter, der oplever unødigt ventetid på at blive indlagt fra akutmodtagelser, oplever ringere smertedækning og har højere dødelighed.

Unødigt ventetid forlænger patienternes ophold på sygehuset, hvilket igen kan medføre kapacitetsproblemer i form af overbelægning, patienter der må overnatte på gangene samt patienter i lånesenge. Unødigt ventetid gør behandlingen dyrere end nødvendigt. Endelig giver ventende patienter personalet et større arbejdspress.

Projektet har vist, at problemer med overbelægning, patienter på gangene og patienter i lånesenge kan løses ved at styrke sundhedspersonalets muligheder for at koordinere patientforløb på tværs af akutsygehuset vha. tavlemøder og kapacitetskonferencer.

Projektets mål har været at implementere tavlemøder og kapacitetskonferencer (= flowpakken) på 12 akutsygehuse i Danmark. I alt 11 ud af 12 akutsygehuse, har efter afprøvning valgt at implementere flowpakken.

Tavlemøder og kapacitetskonferencer har medført en langt mere systematisk koordinering af patientforløb på tværs af faggrupper og afsnit. Det har dannet grundlag for bedre patientforløb på tværs af akutsygehuset samt etableringen af en 'vi-kultur', hvor patientforløbet i højere grad ses i en helhed og ikke kun fra det enkelte afsnits eller speciales per-

spektiv. Projektet har desuden medvirket til, at der i højere grad end tidligere lægges konkrete planer for patienterne og følges systematisk op på daglig basis.

Projektet har gjort det klart, at ventetider i akutmodtagelserne ofte er en konsekvens af forsinkede udskrivelser af patienter, der er færdigbehandlede, i sengeafdelingerne. Desuden viser data kliniske effekter på nogle sygehuse på bl.a. færre patienter på gangene, en højere grad af udskrivningsplanlægning samt færre patienter i lånesenge.

Erfaringsopsamlingen beskriver, hvad der skal til for at opnå resultater med flowpakken: Inddragelse af patientperspektivet, ledelsesopbakning, kompetencer i forbedringsarbejde samt kommunikation internt og eksternt om flow i et patientperspektiv. Desuden er det oplevelsen på sygehuse, at den udveksling af idéer og den tillid, der er opbygget qua projektets læringsnetværk, har været med til at sætte tempo på forbedringsarbejdet.

Projektet har været udfordret på datasiden: De foreslåede amerikanske resultat-indikatorer gav ikke mening i en dansk sammenhæng. Desuden fandtes der i de patientadministrative systemer kun i ringe grad de data, der var forudset til at kunne understøtte projektet. Derfor måtte dataindsamlingen i flere tilfælde foregå håndholdt.

Overordnet rapporterer sygehuse, at flowpakken og arbejdet med at skabe rammer for koordination og processer, der giver overblik over indlæggelser og udskrivelser, har haft en positiv effekt på patientsikkerheden, patientoplevelserne og arbejdsmiljøet.

Projektet har samtidig givet sundhedspersonalet en faglig forståelse af, hvordan de selv i højere grad kan koordinere patientforløb på sygehuse. Opbygningen af disse kompetencer er vigtige i det fortsatte arbejde med at nedbringe unødigt ventetid i sundhedsvæsenet.

Indledning

I 2007 udgav Sundhedsstyrelsen rapporten Styrket Akutberedskab (1), der beskrev, hvordan der skulle etableres akutsygehuse med fælles akutmodtagelser i Danmark. Tidligere havde de enkelte specialer selv haft ansvaret for at modtage patienter. Det nye var en fælles afdeling med ansvar for at modtage, vurdere og visitere alle patienter. Etableringen af akutmodtagelser på akutsygehusene gav udfordringer idet patienterne ventede på at blive modtaget, undersøgt, initialt behandlet og overflyttet. Dette var særligt synligt i patientoplevelser (2) og i medierne, hvor overbelægning i akutmodtagelserne trak mange overskrifter. En del af forklaringen på problemerne var, at arbejdsgangene i akutmodtagelserne stadig var nye og uens, at samarbejdet med de øvrige specialafdelinger var svært pga. modstand mod det nye beredskab. Mange sengeafdelinger havde desuden overbelægningsproblemer (3), der gjorde dem ude af stand til at modtage patienter fra akutmodtagelserne.

I forbindelse med et Institute for Healthcare Improvement (IHI)-partnerskabsmøde i Cincinnati i 2012 fik Dansk Selskab for Patientsikkerhed præsenteret metoden Real Time Demand Capacity Management (RTDC (der på

dansk svarer til 'flowpakken')) (4), der beskriver hvordan systematiske, korte teammøder på tværs af faggrupper og afsnit kan sikre bedre patientforløb på tværs af akutsygehuse i selv komplekse hospitalsorganisationer. Efterfølgende fik regions sundhedsdirektørerne præsenteret metoden i forbindelse med et studiebesøg hos IHI i efteråret 2012, hvor et videooplæg fra University Medical Center Pennsylvania (UPMC) Mercy konkretiserede metoden. En studietur for Dansk Selskab for Patientsikkerhed til Cincinnati Children's Hospital og UPMC Mercy sandsynliggjorde, at modellen var relevant for danske sygehuse.

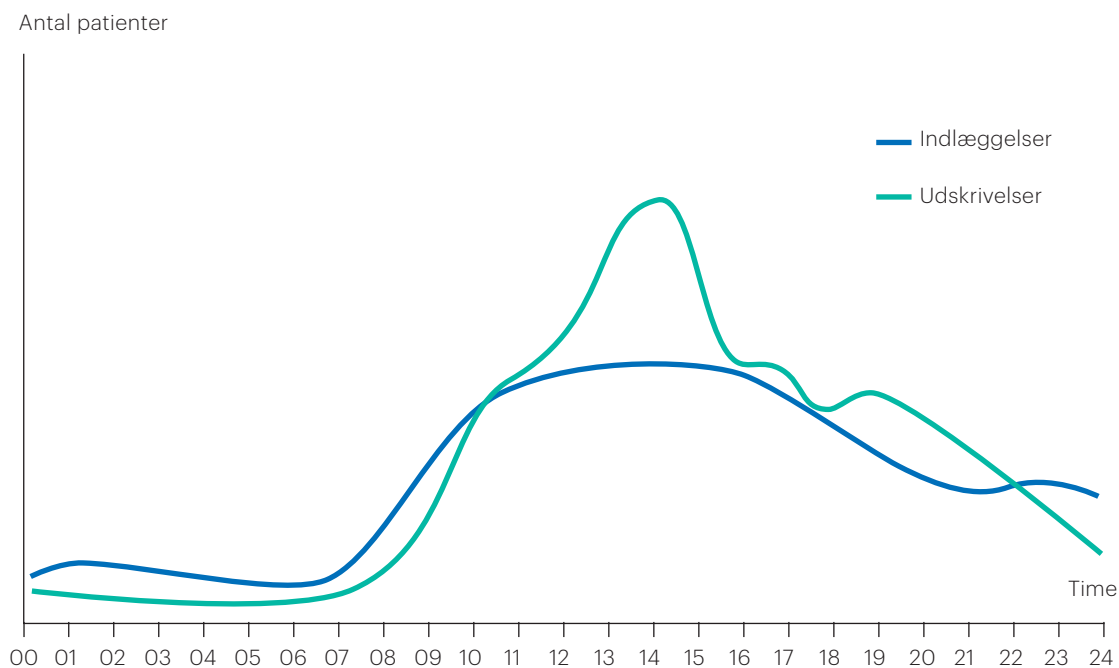
En donation fra TrygFonden samt betaling for deltagelse i projektet fra sygehuse og regioner medførte, at Sikkert Patientflow kunne iværksættes fra 1. januar 2014 med Dansk Selskab for Patientsikkerhed som projektsekretariat og med deltagelse af Nordsjællands Hospital (fra maj 2014), Amager-Hvidovre Hospital, Roskilde-Køge Sygehus, Næstved-Slagelse-Ringsted sygehus, Holbæk Sygehus, Sygehus Lillebælt (Kolding), Hospitalsenheden Horsens, Regionshospitalet Randers, Hospitalsenhed Midt, Hospitalsenhed Vest, Sygehus Thy-Mors og Sygehus Vendsyssel.

Flowpakken – et overblik

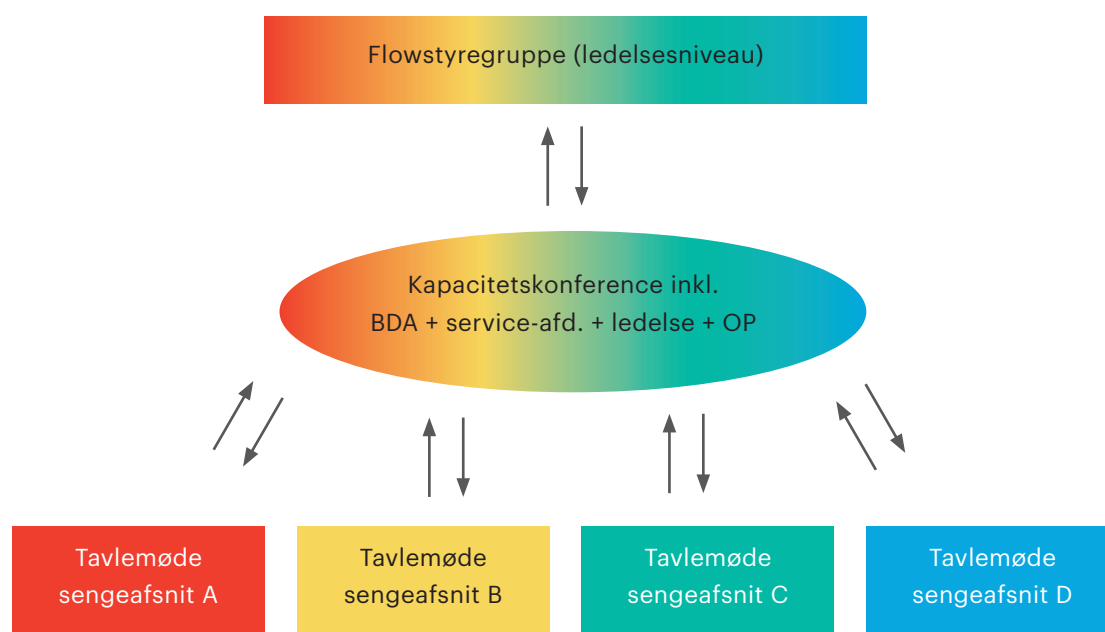
FLOWPAKKEN

- Forebygger at patienterne venter unødigt i akutmodtagelsen, i en seng på gangen eller i en låneseng
- Skaber et sikkert patientflow vha. koordination på afsnitsniveau (tavlemøde), sygehusniveau (kapacitetskonference) og ledelsesniveau (flowstyrgruppe)
- Medvirker til, at der foreligger en behandlingsplan for alle patienter, og at der dagligt følges op på planen
- Sikrer, at sundhedspersonalet ved, hvordan de skal reagere, hvis der opstår unødigt ventetid
- Giver hele sygehuset et fælles overblik over kapaciteten i alle sengeafsnit og fordeler ressourcerne hensigtsmæssigt
- Styrer udskrivelser på timer i forhold til dage ('Mandag kl. 11' i stedet for bare 'Mandag')
- Fokuserer på forudsigelighed og medvirker til læring fra de tilfælde, hvor en patient ikke kom hjem til tiden

Figur 2: Figuren viser mønsteret for, hvornår patienter indlægges og udskrives fra sygehusene: Udfordringen er, at indlæggelserne typisk finder sted tidligere på dagen end udskrivelserne. Det giver kapacitetsproblemer på sygehusene om eftermiddagen, der igen medfører at patienterne i dette tidsrum må vente på indlæggelse i akutmodtagelsen, kan risikere at få en plads på gangen eller i en låneseng.



Figur 1: Figuren viser flowpakken på ét sygehus med tavlemøder på alle afsnit, en kapacitetskonference på sygehusniveau og en flowstyregruppe på ledelsesniveau.



Patient- og pårørende perspektivet

Unødig ventetid udgør ikke bare et patient-sikkerhedsproblem (3,5). Det giver også patienterne en ringere oplevelse af deres møde med sundhedsvæsnet (2).

Patienterne bør være omdrejningspunktet for drift og forbedring på sygehusene. Ved at se på arbejdsgange og daglige rutiner fra patienters og pårørendes perspektiv bliver der sat spørgsmålstegn ved gamle, og måske uhensigtsmæssige, rutiner.

Grundlaget for inddragelse af patienter i Sikkert Patientflow er beskrevet i dette idekatalog: http://sikkertpatientflow.dk/media/1260/170914_idekatalog_patient-paaroerendesamarb_spf.pdf

Sygehusene valgte forskellige metoder til at afdække patientperspektivet bl.a.:

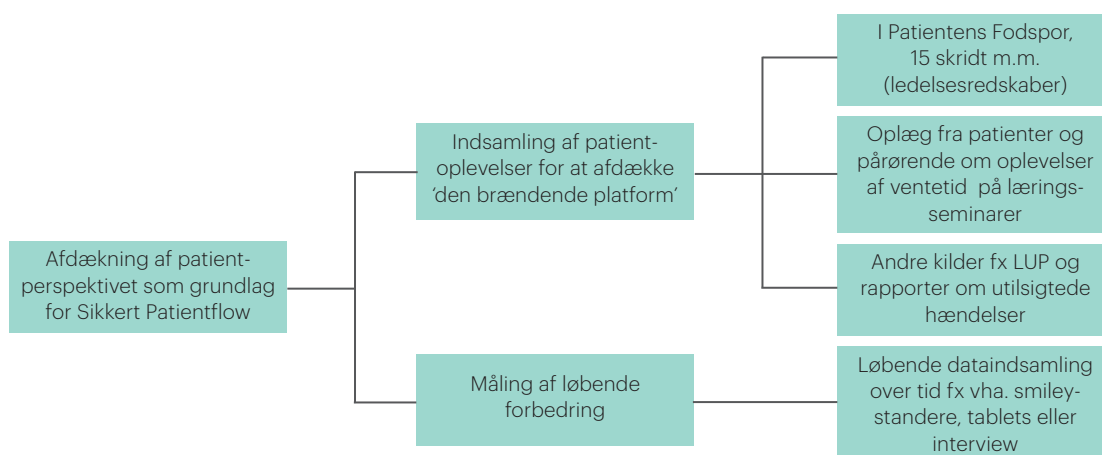
- 'I Patientens Fodspor': http://patientsikkerhed.dk/content/uploads/2015/11/i_patientens_fodspor_jul2011.pdf

- '15 skridt': http://sikkertpatientflow.dk/media/1260/170914_idekatalog_patient-paaroerendesamarb_spf.pdf

Begge metoder har til formål at afdække, hvad patienterne oplever i deres møde med sundhedsvæsnet.

I 2014 udkom desuden den første Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP) fra patienter i akutmodtagelser (2), der også indgik i sygehusenes afdækning af patientperspektivet:

Undersøgelsen viste, at 65 pct. af de akut ambulante patienter på sygehusene venter i forbindelse med deres besøg, at ventetid påvirker patienters samlede oplevelse af besøget negativt, samt at patienter, der angav at vente oplevede ringere smertedækning under deres ophold i akutmodtagelsen end patienter, der ikke oplever ventetid.



Figur 3: Driverdiagrammet viser, hvordan patientperspektivet var i fokus i arbejdet med at nedbringe unødig ventetid på akuthospitalerne.

I Sikkert Patientflow har personlige beretninger fra patienter og pårørende været et vigtigt supplement til kvantitative data. Derfor var patientperspektivet centralt på alle læringsseminarer (se s. 27): Første læringsseminar blev indledt med udveksling af erfaringer om patientoplevelser af ventetid på eget sygehus. De

efterfølgende læringsseminarer blev alle indledt med en patienthistorie fra en patient eller pårørende om betydningen for patienter og pårørende af (u)forudsigelighed og ventetid.

Erfaringerne med løbende måling af patientoplevelser er beskrevet i bilag 1.

ERFARINGER

Alle sygehusene har haft fokus på patientperspektivet, og det fokus har været vigtigt for accepten blandt det kliniske personale af, at det er relevant at arbejde med ventetid på sygehusene. På den måde blev Sikkert Patientflow ikke et spørgsmål om bare at gøre tingene hurtigere, men om at gøre det bedre for patienterne.

Sygehusene blev opfordret til at opsøge patienthistorier på deres sygehus, som motiverede dem til at arbejde for at forbedre flow. Her følger to eksempler på historier, der motiverede:

Case 1

”En patient indlægges til en tarmoperation. Patienten har et længere indlæggelsesforløb efter operationen, men man planlægger udskrivelse næstkommende tirsdag. Patienten føler, at hun har svært ved mobilisering. Man iværksætter derfor trappetræning om mandagen, hvorefter patienten udskrives som planlagt. Patienten genindlægges 12 timer efter, smerte-forpint og alment påvirket. Opereres samme dag for hul på tarmen. Herefter følger et tre uger langt indlæggelsesforløb.

Afdelingsledelsen har en opfølgende samtale med patienten en måned efter. Patienten udtrykker her bekymring for om trappe-træningen har været årsag til lækagen. Patienten oplever ikke, at man lyttede til hendes bekymringer ved udskrivelsen, og føler at den blev gennemtrumfet pga. pladsbehov i afdelingen.

Casen blev brugt [hos os] til at sætte fokus på ’den gode udskrivelse’ og at fokus på flow ikke må overskygge det individuelle patientbehov og faglige hensyn.”

Case 2

Vores patienthistorie

82 årig mand indbringes kl.16 i skadestuen pga. fald i hjemmet. Behandles for skrammer, intet alvorligt. Har smerter i ryggen efter faldet og skal indlægges. Har tidligere flere indlæggelser på Geriatrisk afd.

Før projekt Sikkert patientflow

Akut afd. > Medicinsk afd. > Geriatrisk afd.

Efter projekt Sikkert patientflow

Akut afd. > Geriatrisk afd.

Flowkoordinator drøfter patienten med Geriater på medicinsk konference kl. 16.30

I dag: Rette patient i rette seng med rette behandlerteam

Baggrund

Sammenhængen mellem patientsikkerhed, kvalitet og ventetid er velbeskrevet. En række publikationer om emnet er samlet her: <http://sikkertpatientflow.dk/media/1217/sikkert-patientflow-baggrund-2014310.pdf>

Metoderne i Sikkert Patientflow bygger på bl.a. køteori, theory of constraints, resilience-teori, teamwork-teori og teorier om den lærende organisation.

Teorierne er nærmere beskrevet i (6), der kan tilgås her: <http://sikkertpatientflow.dk/nyheder/2014/november/tidsskrift-saetter-fokus-paa-sikkert-patientflow/>

ERFARINGER

Det er sekretariatets vurdering, at Sikkert Patientflow har adskilt sig fra tidligere forbedringsprojekter, idet der har været et stort behov for at formidle ikke bare, *hvordan* man skulle implementere (forbedringsmetode), men også *hvad* i form af indholdet af flaskehals-, spild- og køteori samt *hvorfor* ventetid er vigtigt for patientsikkerheden, patientoplevelser og arbejdsmiljøet.

FORANDRINGSTEORI PÅ SYGEHUSENE

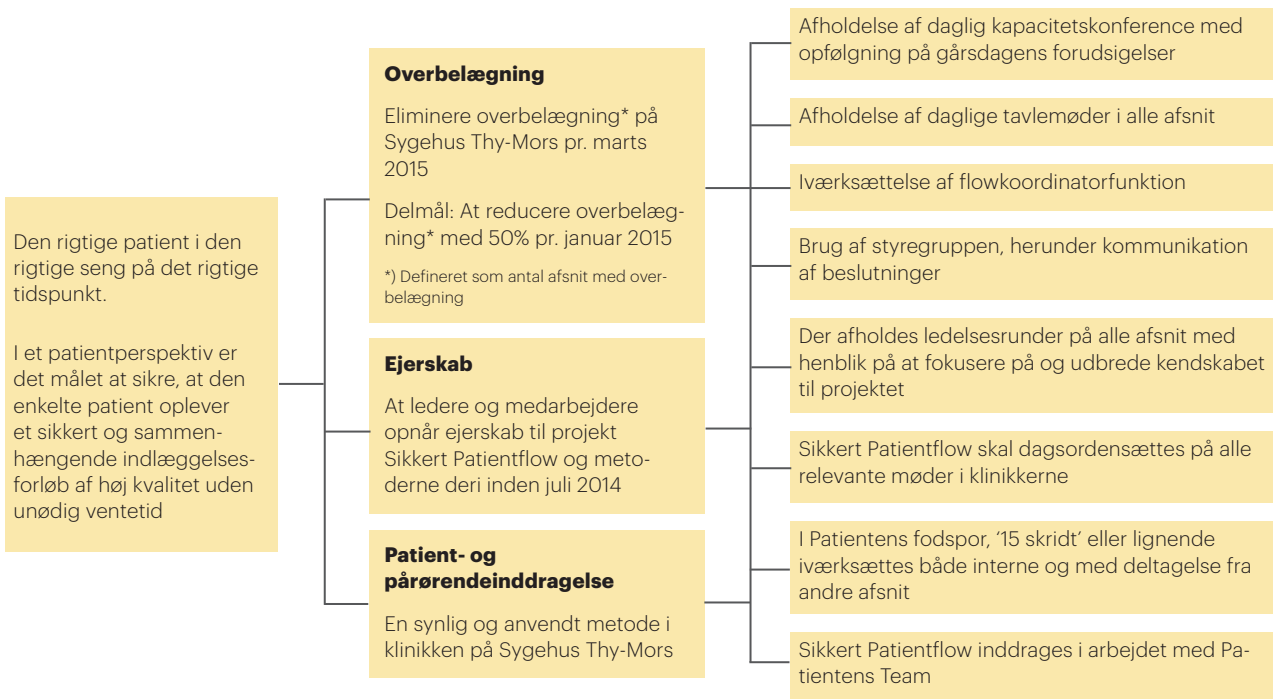
Et væsentlig element i at nedbringe unødigt ventetid på akutsygehuse er at kunne forudse kapaciteten dvs. antallet ledige senge (udbud) i forhold til antallet af patienter, der har brug for en seng på forskellige tidspunkter af døgnet, ugen, måneden og året (efterspørgsel).

Flowpakken (se side 14) har haft til formål at etablere processer og teamstrukturer, der understøtter sundhedspersonalet i at overskue kapacitet og forudsige indlæggelser, udskrivelser og overflytninger.

En forandringsteori (illustreret vha. et driver-diagram (se figur 1, 2 og 3)) beskriver, hvordan man – med udgangspunkt i et konkret mål (fx 'den rigtige patient i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt') - kan gennemføre forandringer, der medvirker til opnåelse af målet:

'Hvis vi ønsker færre patienter på gangene om natten, så må vi systematisk danne os overblik over afsnittenes kapacitet, så vi kan danne os et overblik over hele sygehusets kapacitet, så vi kan fordele sygehusets samlede ressourcer mest hensigtsmæssigt, så vi kan skabe gode patientforløb'. Forandringsteorien kan være individuel fra sygehus til sygehus, da vejene til at opnå et mål vil afhænge af organisering af akutmodtagelsen, geografi og tidligere erfaringer med forbedringsarbejde.

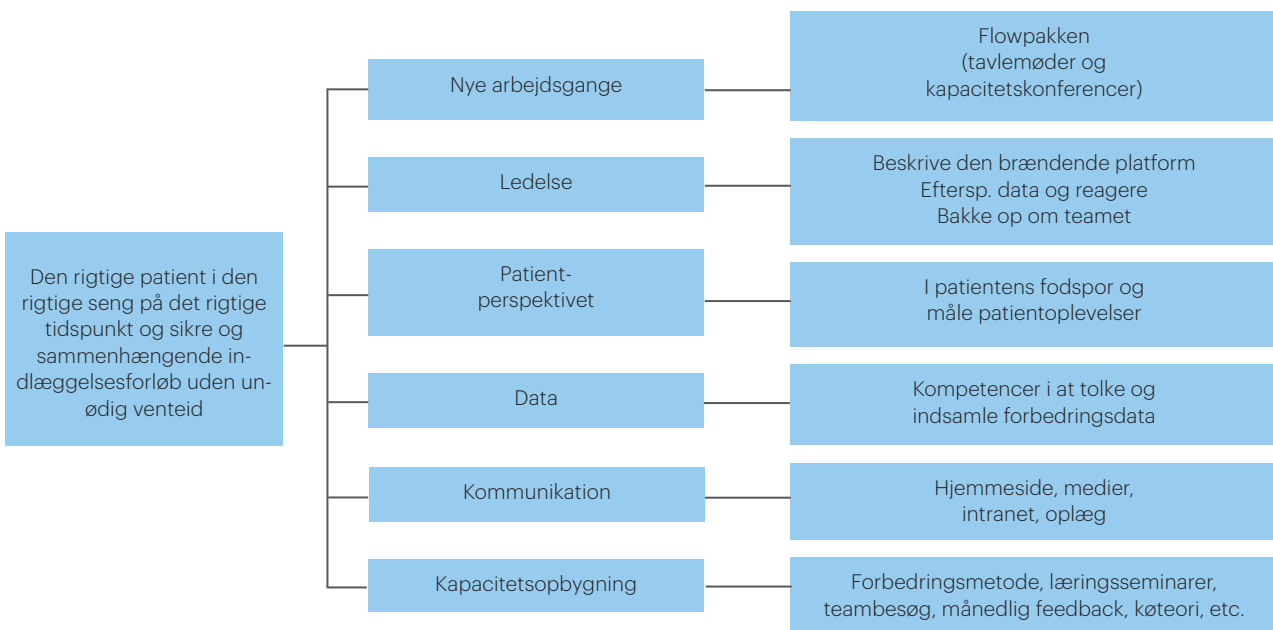
Figur 4: Driverdiagram (forandringsteori) for implementering af flowpakken på Sygehus Thy-Mors.



FORANDRINGSTEORI FOR PROJEKTET

Sikkert Patientflow har ud over flowpakken bestået af en række metoder, der beskrives i det følgende. Nedenstående driverdiagram viser forandringsteorien i oversigtsform.

Figur 5: Driverdiagram (forandringsteori) for Sikkert Patientflow



Flowpakken

Gennem en systematisk tilgang til vurdering af kapacitet (ledige sengepladser i forhold til det antal patienter, der får brug for en seng), fokus på at opnå forudsigelighed i udskrivelser samt styring på timer i stedet for dage (ikke bare 'mandag', men 'mandag kl. 11') er målet for flowpakken, at sundhedspersonalet systematisk kan danne sig overblik over indlæggelser, udskrivelser og overflytninger.

Overordnet beskriver flowpakken koordination af et sikkert patientflow på tre niveauer på akutsygehuset:

- Tavlemøder på afsnitsniveau
- Kapacitetskonference på sygehusniveau
- Flowstyringsgruppe på ledelsesniveau

Se detaljerne om indholdet af flowpakken her: <http://sikkertpatientflow.dk/indsatsomraader/flowpakken/>

ERFARINGER

Hospitalsenheden Horsens var allerede i forberedelsesfasen til Sikkert Patientflow gået i gang med at afprøve tavlemøder og kapacitetskonferencer med det formål at skabe et mere sikkert patientflow. Denne erfaring med afprøvning i en dansk sammenhæng blev en vigtig motivationsfaktor og inspirationskilde for de øvrige deltagere i projektet. Særligt muligheden for at besøge Hospitalsenheden Horsens og se flowpakken implementeret i praksis blev en stor drivkraft for projektet. Yderligere valgte Hospitalsenheden Horsens at beskrive deres erfaringer på en kort film, der gav mulighed for at sprede viden om metoderne til en større personalegruppe på de øvrige sygehuse:

<http://sikkertpatientflow.dk/om-projektet/projektsygehuse/hospitalsenheden-horsens/>

I alt 11 ud af 12 sygehuse, der testede flowpakken, valgte at implementere den for hele sygehuset. Ni af de 11 sygehuse er på nuværende tidspunkt i mål med at udbrede tavlemøder til alle relevante afsnit. De resterende to afsnit planlægger udbredelse til de resterende afsnit i hhv. 2015 og 2016.

Det er oplevelsen på sygehuse, at tavlemøder og kapacitetskonferencer understøtter samarbejde på tværs og direkte kommunikation om patienter (jf. teorier om 'relationel koordinering' (7)) og dermed medvirker til at skabe både bedre patientforløb (8), men også et bedre arbejdsmiljø (9).

Det er også oplevelsen på sygehuse, at den systematiske lokale tilpasning af flowpakken er afgørende. Det er vigtigt at afdække den lokale motivation og de lokale forhold, som flowpakken skal passes ind i. Ikke alle kan implementere i samme tempo.

I den sidste ende kan det imidlertid være nødvendigt med en beslutning på ledelsesniveau om at tavlemøder er en 'skal-opgave', idet data til kapacitetskonferencen ikke bliver valide, hvis der ikke sker en systematisk tværfaglig vurdering af dagens kapacitet på alle afsnit.

TAVLEMØDER

Tavlemødet er et kort, dagligt, tværfagligt, struktureret, ofte stående teammøde på sengeafsnitsniveau, hvor sundhedspersonalet afklarere den aktuelle kapacitet, lægger en plan for dagens udskrivelser og indlæggelser, prioriterer rækkefølgen af stuegang, så stuegang ikke i sig selv bliver en flaskehals, og følger op planerne for hver indlagt patient for derved at sikre, at der ikke opstår unødigt ventetid.

De enkelte afsnits tavlemøder fungerer samtidig som datakilde til kapacitetskonferencen, hvor alle afsnit mødes og danner sig et fælles overblik over hele akutsygehusets kapacitet.

ERFARINGER

Med Sikkert Patientflow blev det hurtigt klart, at ventetider i akutmodtagelserne ofte er en konsekvens af forsinkede udskrivelser af patienter, der er færdigbehandlede, i sengeafdelingerne.

Tavlemøderne er i den forbindelse helt afgørende for at sikre, at der ligger planer for alle patienter, og at planerne følges. Kvaliteten af behandlingsplanerne afhænger helt af et tværfagligt samarbejde mellem læger og sygeplejersker, men også andre faggrupper som fx social- og sundhedsassistenter, terapeuter og sekretærer kan – afhængig af et afsnits speciale – være vigtige at inddrage i tavlemøderne.

Erfaringen fra Sikkert Patientflow er, at der er behov for en høj grad af lokal tilpasning af tavlemøder:

- Hvem skal deltage?
- Hvilket tidspunkt passer det alle relevante deltagere mødes?
- Hvad er det vigtigst at få talt om?
- Hvem leder tavlemødet?
- Hvordan indsamler vi data til dagens kapacitetskonference?
- Hvordan følger vi op på beslutninger fra dagens kapacitetskonference?
- Hvordan indsamler vi data om vores forbedring?

Der er desuden brug for et fysisk fælles overblik over patienterne og gerne et, der kan opdateres løbende undervejs i tavlemødet fx en skærm eller et whiteboard.

Implementeringen af tavlemøder er foregået i forskelligt tempo på sygehusene: Nogle sygehuse besluttede allerede i sept. 2014 at udbrede tavlemøderne til alle afsnit. Andre sygehuse valgte først at sprede tavlemøderne løbende, som afsnittene blev motiverede til det.

Nogle afdelinger havde succes med at integrere tavlemøde og forstuegang. Det forlængede tavlemøderne fra de typiske 10 minutter til fx 20 minutter, men betød samtidig, at hele teamet fik et fælles billede af planen, og at man ikke skulle holde to møder med stort set de samme deltagere. Dermed medførte implementeringen af tavlemøderne ikke et større tidsforbrug til møder end tidligere (se også afsnittet om 'exnovation').

Medicinsk Tavlemøde i Akutafdelingen

Det aftales, at afvikle tavlemøde kl. 9.00 i alle hverdage.

Ansvarlig for afvikling af tavlemøde er Medicinsk specialelæge, som deltager indtil mødet er slut og alle pt'er er gennemgået og fordelt.
Ansvarlig for at skrive oplysninger på cetrea under testen er Malene på de dage hun er tilstede ellers er det koordinatoren.

Forberedelsen for sygeplejersker og koordinator i senge til tavlemødet er, som beskrevet her:
Alle Sygeplejersker, som har medicinske pt'er, noterer sig følgende på hver patient i forbindelse med læsning af journal fra morgenstunden:

- STATUS: toks, aktuelle symp.billede, igangværende beh.
- AFVENTER: beh.?, bip.svar?, plan? osv.
- FORV. UDSKRIVNING/Forventet indl.værrighed: estimeret uds. - dato og tid, overflytning + hvortil, udskrivelse d.d.
- ÆNDRE TRIAGEN til den aktuelle for dagen/vagten. Giver overblik over dårlige/kritiske pt'er (dette opdateres 1x i vagten)

Orienter dagens koordinator.

Hvis planen er ret klar skrives disse informationer på Cetrea og videregives til koordinatoren. Koordinatoren kan så klarer tavlemødet sammen med lægerne, som deltager/skal gå stuegangen.

Har Sygeplejersken en patient, som ikke har en klar og tydelig plan – hvor det er givtigt for patientens videre forløb at få en snarlig afklaring, så melder sygepl. til koordinator, at hun/han deltager i mødet kl. 9 med denne ene pt. eller flere.

Sygeplejersken har pligt til at deltage og få denne faglige sparring.

Gennemgang af pt'er kan planlægges således, at dette ikke nødvendigvis er slaviske med efter sygeplejerskenes fordeling af pt'er, så disse får mindre ventetid, og der ikke er så mange mennesker forsamlet foran Cetrea tavlerne.

Medicinske læger har pligt til at følge hele tavlemødet. Ved fordelingen af læger skal der være fokus på pt'ens behov for at blive tilset af en bestemt læge ift. specialekrav, sårhedsgrad og hvor kritisk pt'en er.

Planlagt tidspunkt for testen: D. 9. juni til d. 23. juni.

Tovholder på denne test: Birgit Røge, Mohamad, Hanne Oshæck, Gitte Sparke, Ditte Flensborg.



Fotoet viser en afprøvning af en tjekliste, der har til formål at sikre, at deltagerne har et fælles billede af, hvad tavlemødet skal indeholde.

Tværfagligt tavlemøde på ortopædkirurgisk afdeling, Slagelse Sygehus.

Oplysninger som medbringer
Afdeling/afsnit: N 09 v 02 23 kl. 9.30

Dato	Antal normerede senge	Indlagte kl 9	Forventede udskrivelser/overflytninger	Opfølgning på realiserede udskrivt/d.d.	Realiserede udskrivt/d.d.	Forventet betæring kl. 14	Døgn + forløb
1/6-15	18		3	5			2 8
2/6-15	16		2	3	1+1	3	2 10
3/6-15	16		1	2			1 13
4/6-15							
5/6-15							
6/6-15							
7/6-15							

Realiserede udskrivt/d.d.: Udtrykker, hvor mange af de forudsagte udskrivt/d.d. der lykkedes. Digteres inden for tidsrammer og på CPR-niveau.
I forløb: Patienter, med en plan/billingtagen, hvor det ikke har været relevantmønstret at påføre en udskrivningsdato (så få som muligt).
Døgn+: Planlagte udskrivelser over de kommende døgn.
Læseseng: opføres i den afdeling, hvor patienten fysisk optager en s.

Afprøvning af et skema til dataindsamling på tavlemøde, Neurologisk Afd., Hospitalsenhed Midt.

KAPACITETSKONFERENCE

På sygehusniveau afholdes et dagligt, kort (evt. stående), fokuseret møde, hvor en repræsentant (typisk en afdelingssygeplejerske) fra hvert sengeafsnit medbringer relevante data om kapacitet i eget afsnit, og sammen med resten af deltagerne skaber sig overblik over sygehusets forventede samlede kapacitet den dag. Der kan desuden deltage fx repræsentanter fra sygehusdirektionen, billeddiagnostisk afdeling, operationsgangen, serviceafdeling samt kontaktpersoner til primærsektoren.

Ud over et fælles billede af kapaciteten gør kapacitetskonferencen det også muligt for deltagerne at aftale konkrete løsninger på tværs af afdelinger. Dermed baner man vejen for, at patienter, der kun venter på fx tilsyn eller billeddiagnostik, kan få deres undersøgelse gennemført uden ventetid for derefter at komme hjem.

ERFARINGER

Kapacitetskonferencerne har krævet lokal tilpasning. Imidlertid er de fleste - efter systematiske afprøvninger med løbende inklusion af flere og flere afsnit - kommet frem til nogenlunde samme format:

Alle relevante deltagere (sengeafsnit (inkl. akutafdeling/-modtagelse, ITA, børneafdelinger), billeddiagnostisk afdeling, OP, tværsektorielle koordinører, serviceafdeling og sygehusdirektion) mødes kl. ca. 9.30.

Flere sygehuse har haft succes med at sengeafsnittene på forhånd har indtastet data (fx forventede udskrivninger, barrierer for flow (tilsyn, billeddiagnostik el.l.), forudsigelighed i gårsdagens udskrivelser, andel patienter med et udskrivningstidspunkt etc.) på et fælles drev. Indtastning af data forud for kapacitetskonferencen har flyttet fokus fra at opremse data til at tale om barrierer for et sikkert patientflow og konkrete løsninger for patienterne.

På kapacitetskonferencerne har deltagelse af sygehusdirektion været vigtig særligt de første måneder, hvor der skulle skabes en ånd af fællesskab og gensidig hjælpsomhed.

Det er vigtigt at der etableres en proces til at samle op på gennemgående flaskehalse (fx ventetid på tilsyn), så denne viden overbringes til flowstyregruppen. Flere af sygehusene har i den forbindelse haft gavn af at udvide kapacitetskonferencen med fem minutter én dag om ugen mhp. opsamling på ugens flaskehalse.

Mødeledelsen af selve kapacitetskonferencerne har typisk initialt været varetaget af den lokale projektleder, men er på nogle af sygehusene efter ca. et års tid overgået til fx en flowkoordinator eller afdelingssygeplejerskerne på skift. Andre sygehuse har valgt at beholde en eller flere medarbejdere, der efter projektperiodens ophør fortsætter sygehusets fokus på at skabe et sikkert patientflow.

Kapacitets-oversigtsskema

Sygehusene har indbyrdes løbende udvekslet ideer til, hvordan man enkelt og med ét blik kunne skaffe sig overblik over kapaciteten på kapacitetskonferencen. Overblikket har både handlet om at bruge farver til at signalere afdelinger med hhv. ledig kapacitet, ingen kapacitet og afdelinger med brug for hjælp (grøn, gul, rød) samt synliggørelse af ventetid (antal patienter, der afventer tilsyn, skanninger osv.). Desuden er der i skemaet felter til at notere, hvilke aftaler der er indgået på tværs (fx 'Akutafdelingen venter med at overflytte patienter til medicinsk afdeling til kl. 13').

Fælles overblik (dashboard)

Efter kapacitetskonferencen er de fleste af sygehusene begyndt at udsende dagens overblik (dashboard), der reelt er en kopi af det udfyldte kapacitets-oversigtsskema. Dashboardet har givet sundhedspersonale, sygehusdirektion og afdelingsledelser, der ikke har deltaget i kapacitetskonferencen, mulighed for – med et enkelt blik – at overskue kapaciteten på sygehuset og dermed vide, hvilke afdelinger der kan modtage patienter hvornår etc. Samtidig er det erfaringen, at data har givet en højere grad af tillid mellem afdelingerne, idet alle har kunnet se sort på hvidt, hvilken kapacitet hvert afsnit har haft den pågældende dag.

Belægnings-retningslinje

Sygehusene har som led i projektet udviklet retningslinjer for (over)belægning, der beskriver, hvem, der gør hvad ved forskellige niveauer af overbelægning (grøn, gul, rød, sort) for at sikre gode patientforløb, fx at man mødes igen senere på dagen til ekstra kapacitetskonference, hvis flere afsnit kan forudsige patienter på gangen eller må bruge lånesenge.

Udlån af personale

Som følge af kapacitetskonferencen startede Hospitalsenheden Horsens med at teste frivilligt udlån af sygeplejepersonale fra afsnit, der havde ledig kapacitet til afsnit, der manglede. Målet var at sikre, at patienter på afdelinger med overbelægning i en kort periode (fx nogle timer midt på dagen) kunne få den nødvendige pleje. Tidligere havde man i disse situationer flyttet patienterne ('se afsnittet om 'lånesenge'), men kapacitetskonferencens fælles overblik, samt hensynet til at patienterne får den bedste pleje i eget speciale, førte til ideen om udlån af personale. De gode erfaringer med afprøvningsne i Horsens medvirkede til spredning af ideen til flere sygehuse i projektet bl.a. Randers og Slagelse. Det er dog erfaringen, at der først skal etableres tillid på tværs af afsnittene vha. en velfungerende kapacitetskonference, før man kan begynde på udlån af personale.

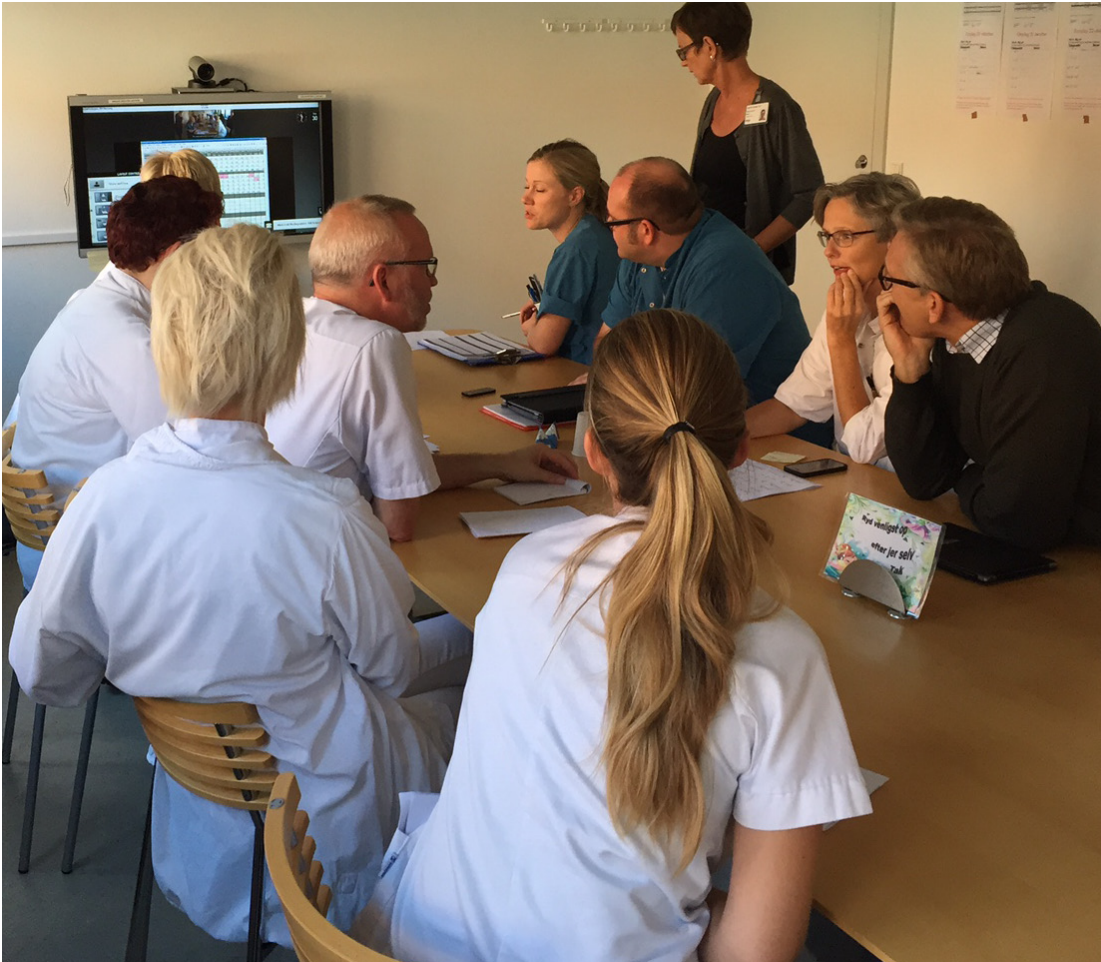
Flowkoordinatorfunktionen

Hospitalsenheden Horsens afprøvede allerede tidligt i projektet en sygeplejefaglig flowkoordinatorfunktion, der har til opgave at koordinere patientforløb på tværs af sygehuset, at holde overblik over hele sygehusets patientflow, at lede kapacitetskonferencen samt at følge op på kapacitetskonferencen resten af dagen.

Erfaringerne fra Horsens viser, at en dedikeret person, der kan holde overblik over ledig kapacitet i alle afsnit samt har et overordnet sygehus-perspektiv (og dermed ikke kun holder fokus på en enkelt afdelings interesser), kan understøtte gode patientforløb. Samtidig har flowkoordinatoren frigjort både læge- og sygeplejeresressourcer lokalt i afdelingerne, idet man her tidligere brugte meget tid i telefonen på at koordinere overflytninger af patienter til andre afdelinger og sygehuse.

Resultaterne fra Horsens medvirkede til afprøvning af flowkoordinatorfunktionen i Slagelse. Her er flowkoordinatorfunktionen nu også implementeret med godt resultat.

Det er overordnet oplevelsen, at flowkoordinatoren fungerer som 'integrator' mellem afdelingerne og derved skaber mere smidige patientforløb til gavn for både arbejdsmiljø og patienter. Yderligere to sygehuse fra projektet planlægger at afprøve flowkoordinatorfunktionen.



Kapacitetskonference på Sygehus Vest med videoforbindelse fra Herning til Holstebro og fælles dataoverblik

FLOWSTYREGRUPPE

Flowstyregruppens opgave er at monitorere sygehusets patientflow og bakke op om implementeringen af flowpakken ved at efterspørge data om implementering. Det er også flowstyregruppens opgave at prioritere ressourcer til særlige indsatser, hvis der viser sig så store organisatoriske flaskehalse, at det ikke kan løses ved justeringer af arbejdsgange.

ERFARINGER

Flowstyregruppen har på de fleste sygehuse bestået af et allerede eksisterende forum af afdelingsledelser og sygehusdirektion. Flowstyregruppen har haft en væsentlig rolle i at bakke projektteamet op ved fx at efterspørge data fra projektet samt at beslutte hvilke afsnit, der skulle inkluderes i kapacitetskonferencerne hvornår.

Ikke alle afsnit har haft den samme motivation til at implementere tavlemøder, deltage i kapacitetskonferencer og indsamle data. Her har flowstyregrupperne med sygehusdirektionerne for bordenden haft en væsentlig rolle i at angive retning for akutsygehuset som helhed.

Indsats for at identificere flaskehalse og spild

En 'flaskehals' er betegnelsen for den største barriere for gennemstrømning (flow) i et forløb som fx et indlæggelsesforløb på et akutsygehus (10). Målet med at identificere og fjerne flaskehalse er at fjerne klinisk unødvendig ventetid for patienterne.

Flaskehals-tankegangen er nærmere beskrevet i 'Flaskehalsguiden', der blev udviklet i løbet af projektet: <http://sikkertpatientflow.dk/media/1550/find-og-fjern-flaskehalsen-i-flowet-trin-for-trin-vs-5-2015106.pdf>

I forberedelsesfasen til indførelse af RTDC har man på de amerikanske hospitaler anvendt metoden 'Waste identification tool', der er en tværsnits-analyse af spild for de indlagte patienter (fx unødige indlæggelsestid pga. hospitalserhvervede infektioner, ventetid på prøvesvar etc.). Metoden er oversat til dansk efter afprøvning på en række danske sygehuse: Gå til <http://patientsikkerhed.dk/> og søg efter 'Waste Identification Tool'

Det blev anbefalet de deltagende sygehuse at anvende Waste Identification Tool som forberedelse til projektet for at etablere en brændende platform samt for at finde vilje og konkrete ideer til at foretage forandringer.

ERFARINGER

Det er erfaringen, at både tavlemøder, kapacitetskonferencer, waste identification tool og flaskehalsguiden har været med til at synliggøre, hvor der opstår barrierer for et sikkert patientflow, og at der er et stort potentiale i at fjerne spild.

Arbejdet med køteori viste også, at ofte er det små ændringer, der skal til, for at forebygge køer (og dermed ventetid). Her er høj forudsigelighed i, at aftaler om indlæggelser og udskrivelser overholdes, vigtige, hvorfor velfungerende tavlemøder og kapacitetskonferencer kan have så stor betydning for at få etableret et sikkert patientflow.

Ligeså vigtigt har metoderne også været med til at aflive myter om, hvad man ventede på ved overflytning og udskrivelse og synliggjort de reelle barrierer for flow. En myte var fx at man ventede på røntgenundersøgelse, men analyse viste, at man i afsnittet ofte ventede, fordi man ikke havde fået sendt henvisningen afsted.

Projektet har også synliggjort, at man langt fra altid har haft den samme opfattelse af begreber som fx 'patienten er klar til overflytning'. Dermed har metoderne synliggjort, at det, man troede var en flaskehals i andre afsnit, sektorer eller sygehus, reelt har været en intern forhindring for flow, som man selv var herre over at løse.

Man identificerede, at tidsbestilling til visse almindelige røntgenundersøgelser for indlagte patienter i dagtiden var en flaskehals. Idéen om at man helt kunne undvære tidsbestilling blev opfundet og afprøvet på Kolding Sygehus og er inspireret af erfaringer fra ambulante forløb på Vejle Sygehus og erfaringer fra Patientsikkert Sygehus. Hvis tidsbestilling helt kunne undværes, kunne plejepersonalet fokusere på, om patienten var klar og ikke om tidspunktet passede røntgenafdelingen. Systematiske afprøvninger viste, at man sparede ressourcer til tidsbestilling og ombookning, og at ingen patienter ventede urimeligt længe. Erfaringen blev delt med de øvrige sygehuse på et læringsseminar, hvorefter flere andre sygehuse afprøvede og tilpassede metoden lokalt.

Prognoser og brug af Big Data

Inden projektets start var der – bl.a. på baggrund af inspiration fra apotekernes arbejde med ventetid – en forventning om, at man vha. 'Big Data' fra de patientadministrative systemer kunne lave detaljerede prognoser ('forecast') over, hvor mange patienter man kunne forvente fx indlagt via akutmodtagelsen på en given dag.

ERFARINGER

Arbejdet med at etablere valide prognoser for fx, hvor mange patienter man kan forvente i en akutafdeling eller et afsnit på en given dag, har været sværere end forventet.

Selv om nogle sygehuse har kunnet bruge en prognose baseret på det gennemsnitlige patientindtag i akutmodtagelsen på en given ugedag de sidste otte uger, så har andre sygehuse erfaret, at den store variation, der kan være i indtag mellem fx én mandag og den næste, har gjort det svært at udarbejde valide prognoser.

Potentialet med at arbejde med prognoser ud fra ugedag, årstid, begivenheder i lokalområdet, vejrforhold etc. er derfor ikke indfriet.

Hvad bruger sygehusene ikke længere tid på?



Flowkoordinator på Slagelse Sygehuse leder kapacitetskonferencen og sørger for et opdateret fælles dataoverblik

‘Exnovation’ er et begreb for indsatsen for at fjerne processer, der bliver overflødige, når der implementeres noget nyt. Tilbagemeldinger fra de sygehuse, der har implementeret flowpakken viser, at der er en lang række områder, hvor flowpakken sparer tid, koordination og andre ressourcer.

Tilbagemeldingen fra sygehusene i projektet er, at de har en oplevelse af, at de ikke længere spilder så meget tid under en patients indlæggelse på at vente på plan, undersøgelser og udskrivning. Hvis en patient venter unødigt, stiller man spørgsmålstegn ved det, og løser problemet i stedet for bare at stille sig tilfreds. Forandringen er kommet ved at man nu på alle afsnit dagligt danner sig et overblik over planerne for hver patient og ved, hvor man skal gå hen (fx kapacitetskonferencen), hvis man har et problem der går på tværs af flere afsnit.

ERFARINGER

Tidligere brugte personalet i afsnittene meget tid i telefonen på at rykke for tid til eller svar på en lang række undersøgelser for indlagte patienter fx CT, EKKO og MR. Dette afklares nu på kapacitetskonferencen, hvor billeddiagnostisk afdeling flere steder deltager og kan slå patienterne op i systemet med det samme. Ligeledes aftales på kapacitetskonferencen overflytninger mellem afsnit samt de specifikke tidspunkter. Dette reducerer tid i telefonen.

Dashboardet (se s. 16) har erstattet en del registrering og opgørelse fra patientadministrative systemer (PAS). Dashboardet sendes ud til de, der har brug for det, og tilgår nogle steder nu også fx økonomi-afdelingen, der ikke længere bruger tid på disse opgørelser. Dashboardet betyder, at man ikke længere skal forstyrre andre afdelinger med telefonopkald om, hvor mange pladser de har. Ligeledes skal ledelsen ikke længere orienteres om ‘dagens tal’ idet ledelsen modtager dashboardet, og får dermed mulighed for at agere proaktivt og ikke først når sengekapaleten er kritisk.

Særligt på ledelsesniveau foregik der tidligere megen ‘brand-slukning’ i overbelægningsituationer, hvor afdelingsledelser helt konkret måtte træde til på alle tider af døgnet for at træffe beslutninger om, hvor en given patient skal placeres. Dette er på sygehuse med høj grad af implementering af flowpakken stort set ophørt. Tingene kan nu klares vha. den daglige kapacitetskonference og i særlige situationer vha. overbelægnings-retningslinjen. Tiltag kan derfor iværksættes uden forudgående forhandling.

På tavlemøderne prioriteres stuegang, udskrivelser og plan for den enkelte patient. Dette har flere steder erstattet faste gennemgange og patientkonferencer. Endnu har de fleste afdelinger fastholdt nogle fagspecifikke daglige møder (fx lægerens morgenkonference). Men flere af sygehusene har i deres belægnings-retningslinje indskrevet, at på dage, hvor der er en kritisk belægnings-situation må alle andre morgenmøder end tavlemøderne aflyses for at afsnittene kan arbejde tværfagligt for et fælles mål om at sikre patienterne gode patientforløb.

Lånesenge

En 'låneseng' er en betegnelse for en patient, der pga. manglende kapacitet ikke kan få plads i en relevant specialafdeling, og som derfor må ligge i en seng i et andet speciale. Det kan fx være en patient med en medicinsk diagnose, der 'låner' en seng i en kirurgisk afdeling. Plejeansvaret overgår i det tilfælde til kirurgisk afdelings personale, mens det lægelige ansvar fortsat hviler på de medicinske læger.

Der findes stort set ingen evidens på området, men klinikernes erfaring var, at brug af lånesenge var utilfredsstillende både i et patient- og sikkerhedsperspektiv (11)(12).

Projektet igennem har der været et stort fokus på at forhindre brug af lånesenge: Fra starten var det en bekymring, at problemer med overbelægning i enkelte afdelinger 'med et snuptag' kunne løses ved at man på kapacitetskonferencerne bare fordelte et givent speciales patienter til andre – ikke-klinisk relevante – afdelinger. Det ville løse et akut overbelægningsproblem på papiret, men ikke medvirke til at opnå projektets mål om den rigtige patient i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt. Derfor blev sygehusene opfordret til at lade hhv. lånesenge, overbelægning og ventetid på overflytning være hinandens ulempeindikatorer (se afsnit om 'Målinger' samt bilag 2).

ERFARINGER

Det er oplevelsen på sygehusene, at Sikker Patientflow har været med til at sætte fokus på patientsikkerhedsproblemet for patienter i lånesenge, og det er nu et mål for flere af sygehusene helt at undgå det.

Et enkelt sygehus har data, der viser et markant fald i brug af lånesenge i løbet af projektperioden (se bilag 3), men flere af sygehusene beskriver, at de som udgangspunkt har fået en helt ny og restriktiv holdning til brug af lånesenge – selvom de ikke har data på det.

Her har kapacitetskonferencerne været afgørende for at give afsnittene og akutafdelingen det overblik, der har gjort dem i stand til at forudsige, hvornår en relevant plads til en patient er ledig. Ved fx at vente et par timer med at overflytte fra akutafdeling til specialafdeling kan man sikre, at patienten til gengæld kommer i den rigtige seng.

Arbejds miljø

Ventende og utilfredse patienter belaster arbejdsmiljøet. Desuden har det været personalets oplevelse, at ventetid ikke var noget, man selv kunne påvirke. Uforudsigelighed er en kendt årsag til stress.

For at sikre, at indsatsen for at nedbringe ventetid blev et spørgsmål om at arbejde smartere og ikke blev et spørgsmål om at arbejde hurtigere, var arbejdsmiljø-perspektivet et fokus i projektet.

I Sikkert Patientflow er arbejdsmiljø-perspektivet forsøgt afdækket både kvantitativt vha. smiley-standerne (der er nærmere beskrevet i bilag 1) og kvalitativt ved en løbende tilbagemelding fra deltagerne.

ERFARINGER

Den generelle oplevelse er, at flowpakken i høj grad har medvirket til en langt mere positiv og systematisk relationel koordinering mellem personale i de enkelte afsnit på tavlemøder samt på tværs af afdelinger på kapacitetskonferencerne, og at denne systematisering har medført et bedre arbejdsmiljø:

- Mellem akutafdelingerne og sengeafdelingerne
- Internt mellem sengeafdelinger
- Mellem sengeafdelinger og billeddiagnostisk afdeling
- Mellem faggrupperne i det enkelte afsnit

Dette er bl.a. beskrevet i denne rapport om Sikkert Patientflow på Hospitalsenhed Midt: <http://sikkertpatientflow.dk/media/1465/en-kvalitativ-undersogelse-af-den-medarbejderoplevede-kvalitet-i-projekt-sikkert-patientflow-paa-hospitalsenhed-midt.pdf>

Samlet status	Kapacitetskonference		Forventede udskrivelser inden kl:					Samlet status	Forudsigelse (Baseret på planlagt udskrivelse og de sidste 9 døgns data)			Forudsigelse (Baseret på planlagte udskrivelse og de sidste 9 døgns data)		
	Afsnit (pladser)	Antal senge	11	14	Vagt	Gule	Røde		11:00	14:00	Vagten	11:00	14:00	Vagten
		Indlagte i alt												
	ADE	10	6	0	2	0						7	7	12
	Intensiv	9	5	0	0	0						5	5	5
	Kardiologi - 43-4	20	24	1	0	4	1					24	27	30
	Kardiologi - 43-3	23	21	2	3	0	1					19	16	17
	Gastro03-5	16	13	0	0	0	1					15	16	19
	Geriatr03-3	20	21	0	1	0	1					21	21	22
	Geriatr/Lunge03-4	20	20	1	0	0						19	20	21
	Lunge-medicin 09-3	24	21	0	0	0	1					22	23	27
	Nefrolog04-4	18	16	0	1	0						16	16	20
	Nefrologi 42-3	0	0	0	0	0								
	Orto09-4 & 12-4	33	37	1	7	0						38	29	30
	Kir - 12-5	26	26	1	6	0						25	20	26
	Kir - 09-5	0	0	0	0	0								
	Pædiatri	23	0	0	0	0								
	Sum		6	20	4	4	1							
	Sum i alt			30										

Medicinsk blok
Antal senge: 141
Antal pt i vagten: 156

Dette kapacitets-oversigtsskema fra Holbæk Sygehus viser, hvordan man med et enkelt blik kan få overblik over hele sygehusets kapacitet efter input fra alle afsnit på kapacitetskonferencen.

Ledelsesinvolvering

Ledere på alle niveauer har en meget vigtig rolle i arbejdet med at understøtte implementering af flowpakken. Ledere på alle niveauer skal understøtte fremdrift og at forbedringerne fastholdes efter implementering.

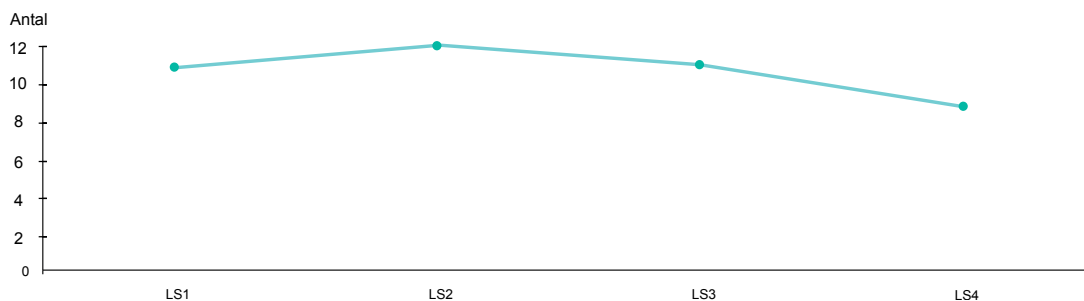
Idékataloget til ledelse af forbedringsprojekter indeholder fem elementer, der konkretiserer ledelsens opgaver i forbedringsprojekter:

- Sæt patientsikkerheden øverst på dagordenen.

- Lyt til og involvér patienter og pårørende.
- Træf beslutninger på grundlag af data (ikke tro og fornemmelser).
- Vær synlig i frontlinjen og lyt til medarbejderne.
- Praktisér åbenhed og gennemsigtighed.

Idékataloget kan ses her: http://sikkertpatientflow.dk/media/1268/150914_ledelsespakken_spf.pdf

Figur 6: Antal deltagende sygehuse på læringsseminaret, der deltager med sygehusedirektionsrepræsentant



Grafen viser antal sygehuse, der havde deltagelse af medlem af sygehusedirektionen på læringsseminarerne i Sikkert Patientflow.

ERFARINGER

Ledelses-involveringen i Sikkert Patientflow på både afdelings- og sygehusdirektions-niveau har været en vigtig medvirkende faktor for succes.

Følgende kan særligt fremhæves som vigtigt for at skabe en 'vi-kultur' på tværs af akutsygehuset, der understøtter gode patientforløb:

- At sygehusdirektionen understøtter projektteamet ved bl.a. at tildele ressourcer
- At ledelser på relevante niveauer efterspørger projektets data, følge op, hvis der ikke er fremgang og fejrer projektets succeser
- At sygehusdirektionen deltager fysisk i kapacitetskonferencer og tavlemøder og ad den vej medvirker til at sikre, at der er fokus på gode patientforløb samt gode rammer for relationel koordinering
- At sygehusdirektionen sikrer opbakning i flowstyregruppen til indsatserne
- At ledere på relevante niveauer deltager i at projektet formidles til og inddrager alle relevante grupper på akutsygehuset
- At sygehusdirektionen deltager på læringsseminarer, hvor der deles erfaringer med andre akutsygehuse og træffes beslutninger om teamets afprøvninger i den kommende aktionsperiode.

PROJEKTLEDER OG DATAANSVARLIG

Hvert sygehus udpegede en projektleder. På baggrund af erfaringer fra tidligere afprøvninger på bl.a. amerikanske sygehuse, blev det anbefalet at projektlederen skulle bruge minimum 50 pct. af sin tid på projektet i seks måneder (13).

ERFARINGER

Ved projektets start var opfattelsen flere steder, at køer i akutafdelingerne var et akutafdelings-problem. Derfor blev der fra starten på nogle sygehuse udpeget projektledere fra akutafdelingerne. Imidlertid viste det sig, at køer i akutafdelingen ofte er et udtryk for flowproblemer andre steder i systemet. Derfor var det afgørende, at projektlederen arbejdede på sygehusniveau og tæt på sygehusdirektion.

På de fleste sygehuse har der været udpeget en egentlig dataansvarlig for projektet. De steder, hvor projektlederen har haft datakendskab og har haft den fornødne tid, har en dataansvarlig ikke været nødvendig.

Kapacitetsopbygning i forbedring

Forbedringsmodellen har været den gennemgående implementeringsmodel gennem projektet (14). Metoden understøtter forbedring af arbejdsprocesser i et højt tempo vha. forbedringsdata og små og hyppige afprøvninger. For at fokusere forbedringsarbejdet besvares indledningsvist følgende tre spørgsmål:

1. Hvad ønsker vi at opnå? (Mål og delmål)
2. Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring? (Målinger og indikatorer)
3. Hvilke forandringer skal iværksættes for at skabe den ønskede forbedring? (Forbedringsteori)

Det er ikke meningen, at besvarelsen af spørgsmålene skal være en langstrakt skrivebordsøvelse men derimod en kontinuerlig proces, hvor forbedringen afprøves i lille skala (afhængig af tiltro til forandringen kan afprøvningen fx ske på blot én patient én dag af ét team) i hurtigt tempo for hurtigt at opnå læring om, hvad der virker i den kliniske virkelighed og ikke mindst, hvad der ikke virker.

ERFARINGER

Det er sekretariatets vurdering, at det har været en fordel for Sikkert Patientflow, at alle fem sygehuse fra Patientsikkert Sygehus valgte at deltage i Sikkert Patientflow. Det betød at en stor del af sygehusedirektioner og afdelingsledelser samt nogle af projektlederne i Sikkert Patientflow havde et indgående kendskab til hvordan man skaber forbedring (*profound knowledge*).

Da langt fra alle deltagere på fx læringsseminarer og teambesøg var fortrolige med forbedringsarbejde, og da ikke alle projektledere kom på forbedringsagentuddannelse i løbet af projektet, har der været et stort behov for vedvarende at arbejde med at opbygge deltagernes forbedringskompetencer. Helt konkret at gøre deltagerne i stand til at anvende metoder som fx

- Opstilling af målsætning for eget forbedringsprojekt
- Udarbejdelse af driverdiagram
- Beskrivelse af PDSA-skema og anvendelse af PDSA-log
- Arbejdsgangsanalyse

Projektet har således bidraget til kompetence- og kapacitetsudvikling lokalt.

Omvendt viste det sig, at der også var et stort behov for at bruge tid på at formidle det faglige indhold (*subject matter knowledge*) fx køteori og viden om flaskehalse for at kunne opbygge vilje til at arbejde med projektets metoder.

MÅLSÆTNING

Et velkendt forbedringsmantra er *'How much by when?'*, hvor svaret skal være SMART dvs. en specifik, målbar, ambitiøs, realiserbar og tidsafgrænset målsætning, som det enkelte team kan arbejde hen i mod.

For et forbedringsprojekt kan der opstilles målsætninger på flere niveauer bl.a. for hvert sygehus og for projektet som helhed.

ERFARINGER

Projektets overordnede mål om at *'Den rigtige patient er i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt'* og *'Sikre sammenhængende indlæggelsesforløb af høj kvalitet uden unødigt ventetid'* har været en motiverende og styrende rettesnor for aktiviteterne hele vejen igennem. Imidlertid var der brug for meget mere konkrete lokale mål.

Akutsygehusene er ikke ens organiseret, hvad angår opbygning af akutafdelingen, mulighed for brug af buffersenge samt specialer i huset. Derfor var der også vidt forskellige flow-problemer på de 12 sygehuse. At opstille et fælles klinisk mål (fx. xx pct.'s reduktion af overbelægning inden 31.12.2015) var der derfor ikke opbakning til blandt sygehusene. Desuden var der reelt så få data på forhånd, at det ikke var muligt at opstille en baseline og dermed fastlægge et *'How much by when'*.

Derfor valgte man – i overensstemmelse med forbedringsmodellen – at lade sygehusene opstille egne mål.

Derfor blev der først etableret et overordnet mål om at sygehusene skulle implementere flowpakken, da de første erfaringer fra afprøvninger af flowpakken på sygehusene forelå. Disse erfaringer viste, at det var sandsynligt, at projektets succes ville afhænge af implementering af flowpakken.

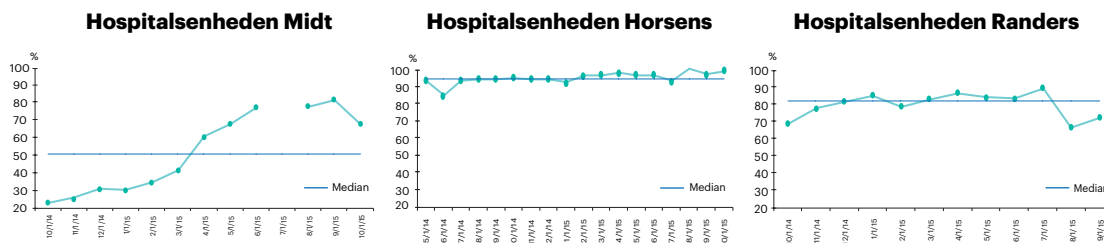
Målet for projektet blev derfor at alle sygehusene opnåede følgende:

1. Andel af patienter i et afsnit med stillingtagen til udskrivelse: 95 pct.
2. Andel afholdte kapacitetskonferencer: 100 pct.
3. Andel af afsnit, der skal deltage i kapacitetskonferencen, som har daglig proces for vurdering af kapacitet: 100 pct.
4. Forudsigelighed af gårsdagens plan (*'forudsigelighedsprocenten'*): 75 pct. på individ- og afsnitsniveau.

Opfyldelsesgraden på disse parametre er beskrevet herunder.

For en nærmere beskrivelse af erfaringerne med hver enkelt indikator: Se afsnittet *'Indikatorer og data'*.

Figur 7: Andel patienter i et afsnit med stillingtagen til udskrivelse.



Udvikling på tre af projektets deltagende sygehuse, Midt, Horsens og Randers.

Alle 12 sygehuse afprøvede flowpakken kapacitetskonferencer og tavlemøder.

I alt 11 ud af 12 sygehuse har efter afprøvning valgt at implementere kapacitetskonferencer. Ni ud af de 11 sygehuse har på nuværende tidspunkt alle afsnit med i kapacitetskonferencen. Yderligere to sygehuse forventer at få alle relevante afsnit med i hhv. 2015 og 2016.

Akutsygehuse har arbejdet med forudsigelse på et overordnet niveau, men er stadig i afprøvningsfasen i forhold til at arbejde med forudsigelse på individniveau (se afsnittet om 'forudsigelighed').

Desuden blev der i september 2014 i styregruppen fastlagt mål for læringsnetværket. Disse kan ses her: <http://sikkertpatientflow.dk/media/1269/sikkert-patientflow-overordnede-projektmaal-og-maalinger-2014919.pdf>

INDIKATORER OG DATA

Udgangspunktet for opstilling af indikatorer i forbedringsprojekter er typisk de målinger, der tidligere har været anvendt i tilsvarende (internationale) projekter.

Der blev udviklet en række målinger til projektet (jf. <http://sikkertpatientflow.dk/media/1272/maal-og-maalinger-sikkert-patientflow-september-2014.pdf>):

Procesindikatorer

- Andel af patienter i et afsnit med stillingtagen til udskrivelse
- Andel afholdte kapacitetskonferencer
- Andel af afsnit, som har daglig proces for vurdering af kapacitet

Resultatindikatorer

- Ventetid på en flaskehals for diagnostik og behandling
- Ventetid på overflytning fra akutafdelingen til en sengeafdeling
- Antal sengedage med patienter i 'låneseng'
- Andel sengeafdelinger med overbelægning
- Forudsigelighed af gårdsdagens plan ('forudsigelighedsprocenten')
- Patientoplevelser af ventetid under indlæggelse
- Medarbejderoplevelser af arbejdsmiljø i akutmodtagelsen

Strukturindikator

- Antal månedlige akutte og elektive indlæggelser på sygehuset

Ulempeindikator

- Andel patienter, der genindlægges indenfor 30 dage

ERFARINGER

Allerede inden projektstart var det klart, at flere af de foreslåede amerikanske resultat-indikatorer ikke gav mening i en dansk sammenhæng.

Desuden fandtes der i de patientadministrative systemer kun i ringe grad data, der kunne understøtte projektet med fx 'tidsstempler', der kunne afklare om projektet medvirkede til reduktion i ventetid. Derfor fandtes heller ikke en egentlig baseline for, hvor stort ventetids-problemet var.

Løbende blev det også klart, at et ofte anvendt begreb som 'overbelægning' var et relativt upræcist mål, idet antallet af patienter i et afsnit ikke siger noget om kvaliteten af pleje og behandling idet tallet ikke tager højde for, hvor syge patienterne er, om der er sygdom blandt personalet og om der var patienter i isolation (se en uddybende beskrivelse i bilag 2).

Etableringen af et datafundament der reelt udtrykker, om der på et akutsygehus er et sikkert patientflow, har derfor taget længere tid end forventet.

Det afholdt heldigvis ikke sygehusene fra selv at tænke i nye og relevante resultat-indikatorer fx:

- 'Antal patienter i akutafdelingen, der venter på overflytning kl. 14.30' (Regionshospitalet Randers og Sygehus Thy-Mors)
- 'Antal patienter, der overflyttes mellem kl. 22 og 07' (Hospitalsenheden Horsens)
- 'Antal patienter på gangene om natten' samt 'Antal dage mellem patienter på gangene om natten' (Slagelse Sygehus)
- 'Andel patienter, der udskrives direkte fra akutafdelingen' (Slagelse Sygehus)

De steder, der har haft størst succes med dataindsamling, har været de akutsygehuse og afsnit, hvor man har formået at forene data til kapacitetskonferencen og data om de løbende forbedringer, således at der ikke har skullet registreres data flere steder.

Fra projektets start var der bekymring blandt sundhedspersonalet om Sikkert Patientflow var et projekt, der bare havde til hensigt at skabe hurtige indlæggelsesforløb med risiko for ringe patientoplevelser til følge. Derfor valgte man fra starten at understrege, at det handler om den rigtige patient i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt. Da der i Danmark er relativt korte indlæggelsesforløb sammenlignet med udlandet, valgte man også at lade indlæggelsestid (*Length of Stay* (LOS)) udgå som måling i projektet. Projektet har derfor ikke indsamlet data om indlæggelsestid. Der kan tages kontakt til de enkelte sygehuse mhp. data, der viser evt. ændring i LOS i projektperioden.

FORUDSIGELIGHED

Det er flere gange understreget i projektet, at forudsigelighed om fx, hvornår en patient kan overflyttes eller udskrives, er afgørende for både patienternes oplevelse af kvalitet, for forebyggelse af overbelægning og for kommunernes arbejdsplanlægning.

'Forudsigelighedsprocenten' er derfor også en helt central indikator, der udtrykker, i hvor høj grad organisationen er i stand til kl. 9.00 at forudsige, hvem (og ikke hvor mange) der går hjem inden kl. 14. Tanken er, at man opgør, hvorvidt ting sker, som man har forudset, og – hvis data viser lav forudsigelighed – at organisationen lærer af det og forbedrer sig.

ERFARINGER

I Sikkert Patientflow har dataindsamling til denne indikator voldt sygehusene problemer. De fleste sygehuse valgte derfor at indsamle data om forudsigelighed af antallet af patienter og ikke om den enkelte patient kom hjem som lovet. Men det er problematisk, idet antallet ikke afspejler, om man var i stand til at sikre forudsigeligheden for den enkelte patient – dvs. den rigtige patient i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt

Det anbefales at sygehusene arbejder videre med at afprøve dataindsamling om forudsigelighed på individniveau.

Læs nærmere om data til Sikkert Patientflow i Bilag 2.

AFPRØVNINGER

PDSA-begrebet anvendes til at beskrive den læring fra afprøvning i lille skala, der skal finde sted i en organisation, der ønsker at implementere en procesændring (fx et tavlemøde). Ved en række af PDSA'er danner erfaringerne fra hver afprøvning grundlag for en justering, der igen afprøves, indtil en proces fungerer for alle involverede, i alle situationer og på alle tidspunkter. Først på det tidspunkt implementeres 'prototypen' i andre enheder, afdelinger og organisationer.

ERFARINGER

Særligt til implementeringen af tavlemøderne viste PDSA-metoden sig vigtig til at afprøve, hvornår tavlemødet kunne finde sted med deltagelse af alle relevante faggrupper, samt hvordan tavlemødet skulle struktureres (læs mere i afsnittet 'Tavlemøder').

Imidlertid viste der sig en udfordring ved afprøvning i lille skala af kapacitetskonferencerne idet de først gav mening, når alle afdelinger var med. Derfor besluttede de fleste sygehuse efter en kort testperiode at invitere alle relevante sengeafsnit til at deltage i kapacitetskonferencen og så løbende udvikle på form og indhold med input fra alle deltagende afsnit.

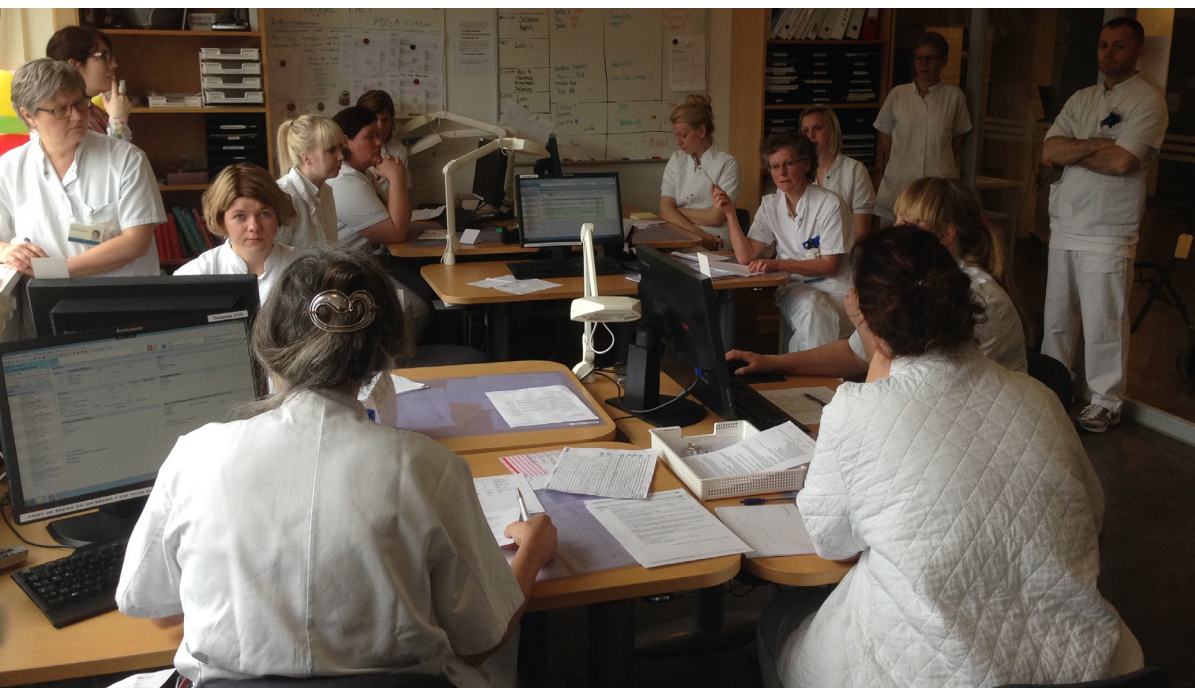
Læringsnetværk

Læringsnetværk (*Collaborative-*)metoden er en velafprøvet metode til nedbringelse af 'the knowing-doing gap' i stor skala.

DSFP har erfaring med international konsulentbistand fra Institute for Healthcare Improvement (IHI). Der blev til projektet nedsat en ekspertgruppe (fakultet) bestående af Jody Crane, IHI, M.D., MBA, og Inge Pia Christensen, sygeplejefaglig chef, Hospitalsenheden Horsens. Fakultetet var aktivt på og under forberedelsen af læringsseminarer samt undervejs på telefonmøder med projektledere og øvrige projektdeltagere.

Sikkert Patientflow blev afviklet som et læringsnetværk bestående af:

- Et forberedelsesseminar (en dag), hvor repræsentanter fra de deltagende sygehuse præsenterede egen baseline
- Fire læringsseminarer (å to dage), hvor alle de deltagende sygehuses lokale medlemmer af projektteamene plus ledere på afdelings- og sygehusniveau mødtes med fakultetet og fik ny viden, viden om forbedringsmetoden samt udvekslede ideer og erfaringer.
- Støtte til beskrivelse af hvert teams egne mål
- Beskrivelse af fælles målinger (indikatorer)
- En dataplatform til håndtering af målinger på sygehusniveau (IHI's Extranet)
- Teambesøg på hvert sygehus mellem hvert læringsseminar
- Udpegning af lokal projektleder på hvert sygehus
- Telefonmøder til erfaringsudveksling mellem de lokale projektledere
- Webkonferencer for alle deltagere i projektet om det faglige indhold
- Månedlig feedback til teams på månedsrapporterne



Tavlemøde på ældremedicinsk afdeling, Sygehus Vendsyssel

ERFARINGER

Alle teams har deltaget på alle fire læringsseminarer. Bortset fra enkelte undtagelser har der været deltagelse af sygehusdirektioner fra alle sygehuse på alle læringsseminarer, og alle sygehuse har medbragt storyboard, hvor de har beskrevet deres læring.

Fokus på læringsseminarerne har været på forbedringsmetode, kø- og flaskehalsteori samt idé-udveksling på tværs af sygehuse. Desuden blev der fra tredje læringsseminar LS3 efter ønske fra sygehusene indført team-tid, hvor projektleder, sygehusdirektion og projektteam tre gange i løbet af læringsseminaret havde tid til at reflektere over input og planlægge strategi for den kommende aktionsperiode.

Sygehusene har hver måned haft mulighed for at dele data fra deres lokale projekt med sekretariatet og de øvrige teams via platformen Extranet for derved at få feedback på afprøvninger og data. Den store grad af tillid mellem projektlederne, der blev opnået, medvirkede til, at en model med ét fælles svar fra sekretariatet til alle sygehuse om alle sygehuses data kunne etableres. Derved kunne læring fra et sygehus hurtigt spredes til andre sygehuse.

Der har været fem teambesøg hos alle teams i løbet af projektperioden. På teambesøgene fik den lokale projektleder frie hænder til at fokusere på det, der var vigtigt for projektteamet inkl. refleksion over læring fra konkrete afprøvninger og projektets data samt planlægning af næste skridt.

Oprindeligt var det planen, at kun et sygehus fra hver region skulle deltage i Sikkert Patientflow, men flere regioner ønskede flere sygehuse med. Således endte 12 sygehuse med at deltage i Sikkert Patientflow.

Det høje antal projektteams har været en fordel for at skabe energi i projektet, udveksle erfaringer og skabe et solidt netværk af dedikerede projektledere. Omvendt kunne nogle af udfordringerne med måling af patientflow være undgået, hvis man fra starten havde udviklet indikatorer i samarbejde med færre sygehuse, og derefter havde spredt til flere.

Kommunikation



Sundhedsminister Sophie Løhde deltog i kapacitetskonference på Slagelse Sygehus i oktober fulgt af et kamerahold fra 'Bag Borgen' på DR.

Kommunikative virkemidler kan aktivt bruges til at øge fremdrift og acceleration i forbindelse med forbedringsarbejdet. Kommunikation både internt i organisationen og eksternt til medier og offentlighed kan anvendes strategisk til at skabe opmærksomhed, fokus og forandringsvilje. Formålet med kommunikationen er altså ikke alene at formidle og sprede viden, men i høj grad også at skabe motivation blandt de sundhedsprofessionelle og dermed virke som katalysator for forbedringsarbejdet (15).

ERFARINGER

Med over 60 artikler, tv- og radioindslag i lokale, regionale og landsdækkende medier samt fagpressen har de 12 sygehuses arbejde med Sikker Patientflow fået væsentlig offentlig bevågenhed. Det er ikke kun projektsekretariatet, der har været proaktive med at få Sikker Patientflow omtalt i medierne: Sygehusene har også selv været aktive. Det indikerer, at sygehusene ser vigtigheden af at kommunikere forbedringsarbejdet – ikke kun for den positive omtales skyld, men også fordi den positive omtale skaber engagement blandt personalet, og dermed motiverer forbedringsarbejdet.

Twitter er i dag et centralt medie, for beslutningstagere og journalister. Det sociale medie er i løbet af projektperioden blevet en mere integreret del af Sikker Patientflow, hvor resultater, gode tiltag fra sygehusene og generelle projektaktiviteter er blevet kommunikeret med #sikkerflow. Dansk Selskab for Patientsikkerhed har stået for størstedelen af aktiviteten på Twitter, men sygehusene er også i stigende grad begyndt at se vigtigheden af at kommunikere om Sikker Patientflow på Twitter.

Resultater

Evaluering af forbedringsprojekter søger at sandsynliggøre, at der er opnået resultater, og at det er projektet, der har medvirket til at resultaterne er opnået. Hertil benytter man en evaluering af både kvalitativ og kvantitativ karakter samt evaluering af både deltagernes reaktioner på deltagelse, deres læring fra interventionen, ændring i adfærd samt de kliniske resultater (16).

OVERORDNET TILFREDSHED MED LÆRINGSSEMINARER (REACTIONS)

Erfaringsudveksling på tværs har været en helt central strategi til at opnå tempo i forbedringsarbejdet i Sikkert Patientflow. Ud over webkonferencer, delt feedback på månedsrapporter og telefonmøder for de lokale projektledere samt nyheder på hjemmesiden, har læringsseminarerne været helt centrale fora til at udveksle idéer på tværs. Derfor har der været foretaget en systematisk evaluering af læringsseminarerne. Her vises grafen for spørgsmålet 'Hvor tilfreds har du overordnet været med læringsseminaret?' (figur 6).

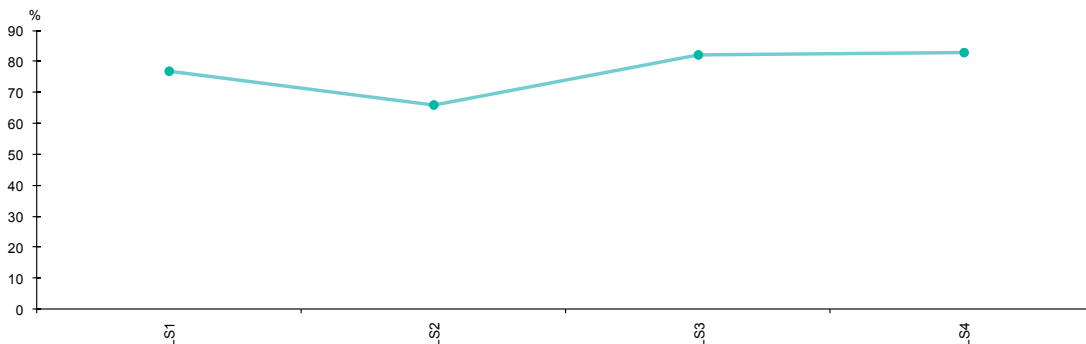
NY VIDEN (KNOWLEDGE)

Der er ikke foregået en systematisk direkte evaluering af, om deltagerne i projektet har opnået ny viden (fx vha. multiple choice-tests). Evalueringerne fra læringsseminarerne viser, at deltagerne vurderede, at de bidrog med ny viden:

På LS1 var formålet med læringsseminaret at opbygge vilje i projektteamet til forbedring, give ideer til at arbejde med forbedringer af flow, samt at give teamet redskaber til at kunne påbegynde planlægningen af Sikkert Patientflow på eget sygehus. I alt mente 80% at læringsseminaret havde bidraget til at opbygge vilje, 87% mente at læringsseminaret havde bidraget med nye ideer, og 82% mente at læringsseminaret havde givet dem redskaber til at påbegynde projektet.

På LS2 mente 82%, at læringsseminaret bidrog til erfaringsudveksling på tværs af projektenheder. 70% af deltagerne mente, at læringsseminaret havde givet dem indsigt i at

Figur 8: Udvikling i overordnet tilfredshed med læringsseminarerne i Sikkert Patientflow på en skala fra 1-7.



Grafen viser andelen af deltagerne, der svarer 5 eller derover.

bruge data i forbedringsarbejdet. 59% mente at læringsseminaret havde givet ideer til at samarbejde med patienter og pårørende. 59% af deltagerne mente at læringsseminaret havde trænet dem i at arbejde med forbedringsmodellen, andelen var dog 74%, hvis deltagerne havde deltaget i parallelsessionen om forbedringsmetode. I forhold til at arbejde med flaskehalse mente 71%, at læringsseminaret havde givet redskaber til at analysere flaskehalse, mens kun 56% mente, at de havde fået redskaber til at fjerne flaskehalse.

Der foregik ikke overordnet evaluering af læring på LS3 idet evalueringen fokuserede på at evaluere deltagernes oplevelse af de forskellige workshops.

På LS4 mente 78% af deltagerne at læringsseminaret bidrog til erfaringsudveksling på tværs, 76% af deltagerne mente at de på læringsseminaret fik nye ideer til forbedringer, og 74% mente at læringsseminaret gav dem nye redskaber til at arbejde med flow.

Indirekte kan man desuden konstatere, at sygehusene i stigende grad er blevet i stand til at rapportere data om deres patientflow på Extranettet. Dette er også et udtryk for, at der er opnået ny viden om flow.

EN NY MÅDE AT ARBEJDE PÅ (BEHAVIOR)

$S + P = R$ er en ofte citeret ligning der tilskrives Donabedian, og som omsat til ord siger, at bedre resultater ikke kan opnås, hvis ikke de eksisterende strukturer og processer ændres. I Sikkert Patientflow er der sket en ændring af 'den måde vi arbejder på' på akutsygehusene: I alt 11 ud af 12 sygehuse har efter afprøvning valgt at implementere kapacitetskonferencer. Ni ud af de 11 sygehuse har på nuværende tidspunkt alle afsnit med i kapacitetskonferencen. Yderligere to sygehuse forventer at få alle afsnit med i hhv. 2015 og 2016.

KLINISKE RESULTATER (RESULTS)

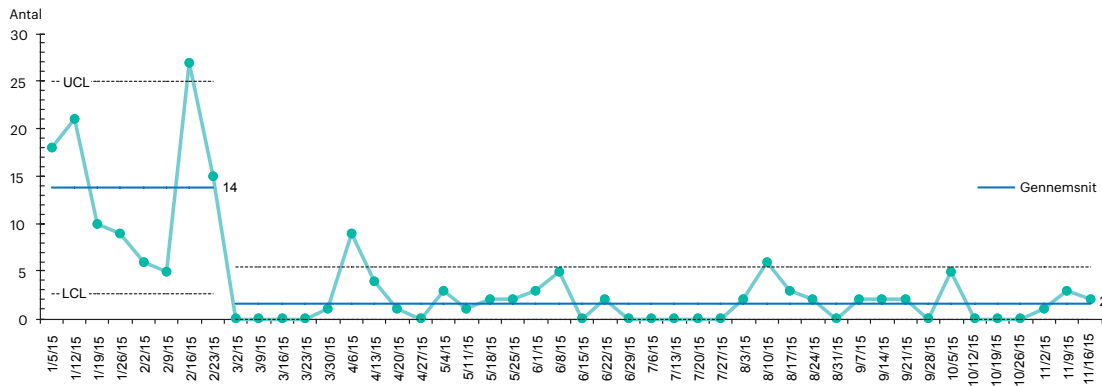
Det er endnu for tidligt at sige, at der sikkert er opnået systematiske kliniske forbedringer på alle de deltagende sygehuse. For det første blev forandringerne etableret før der fandtes en egentlig baseline (jf. afsnittet om data). Det betød, at forandringernes potentiale ikke sikkert kan opfanges i data.

For det andet kom de fleste sygehuse først i gang med systematisk dataindsamling i efteråret 2014. Derfor er der på nuværende tidspunkt kun data for et år. Et fald i 'Andel afsnit med overbelægning' kan derfor både være udtryk for sæsonvariation (færre og mindre syge patienter henover sommeren) og en reel forbedring. Det vil tiden vise.

Desuden er akutsygehusene komplekse organisationer. Sammenlægninger og konvertering af patientforløb til ambulante forløb kan påvirke data, og der findes ikke egnede kontrolpopulationer til et givent akutsygehus. Data kan derfor ikke stå alene, men skal sammenholdes med feedback fra personalet om, hvordan de oplever arbejdstilrettelæggelsen og patientforløbene (se bl.a. de tidligere afsnit i denne rapport om erfaringer samt <http://sikkertpatientflow.dk/nyheder/2015/juni/undersogelse-metoderne-i-sikkert-patient-flow-skaber-resultater/>).

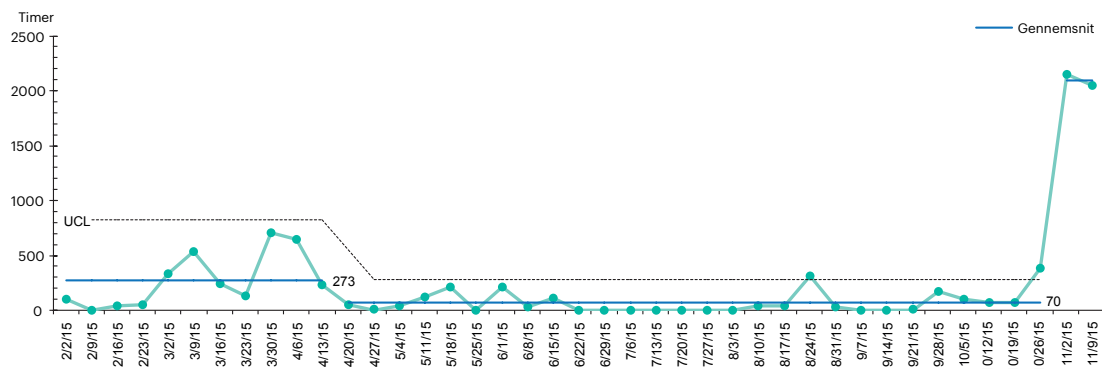
En række sygehuse har dog data, der viser, at de i løbet af projektperioden har forbedret deres organisation (se figur 5). 'Andel patienter med stillingtagen til udskrivelse' kan både kategoriseres som et procesmål (for at der på tavlemøderne tages stilling til planer for alle patienter) og et resultatmål (dvs. et intermediært mål), idet undersøgelser viser, at tværfaglig udskrivningsplanlægning medfører større patienttilfredshed og færre genindlæggelser (17). En højere andel af patienter med stillingtagen til udskrivelse er derfor et væsentligt resultat i et patientsikkerhedsperspektiv og et patientoplevelsesperspektiv.

Figur 9: Antal overnattende patienter på gangen



Data fra Slagelse Sygehus viser, at man i løbet af projektperioden har reduceret andelen af patienter, der overnatter på gangen. Dette er både et væsentligt resultat i et patientsikkerhedsperspektiv og i et patientoplevelsesperspektiv.

Figur 10: Antal timer med patienter i låneseng



Data fra Slagelse Sygehus viser, at der fra april 2015 sker en reduktion i det gennemsnitlige antal timer med patienter i låneseng fra 273 til 70 timer pr. uge. Dette falder tidsmæssigt sammen med implementering af flowpakken. I november 2015 ses en kraftig stigning i brugen af lånesenge, hvilket er tidsmæssigt sammenfaldende med en fremrykkelse af sygehusplanen, der indebærer overflytning af patienter fra Næstved til Slagelse sygehus.

Som figurerne viser, er der sket forbedringer på en række kvantitative parametre i løbet af projektperioden. I takt med implementering af flowpakke.

Resultaterne fra Slagelse Sygehus er uddybet i bilag 3.

Næste skridt

FASTHOLDELSE OG SPREDNING

Erfaringerne fra Sikkert Patientflow viser, at der er stor interesse blandt sundhedspersonale og sygehus- og afdelingsledelser til at arbejde med at styrke patientsikkerheden og forbedre patientoplevelserne vha. tidstro data om kapacitet samt etablering af strukturer, der understøtter relationel koordinering og dermed bedre patientforløb.

Det kan i forlængelse af ovenstående anbefales akutsygehuse, der endnu ikke har afprøvet flowpakken, at gøre det.

Når projektet afsluttes med udgangen af 2015 skal sygehuse fastholde de strukturer de har implementeret og de forbedringer de har opnået. Fastholdelse er en særlig disciplin inden for forbedring, der kræver at man bl.a. overvejer følgende:

- Hvordan gør vi tingene hos os? (Findes der fx velafprøvede retningslinjer for, hvordan vi afholder kapacitetskonference eller tavlemøder?)
- Ved vi, hvordan vi uddanner nye og gamle medarbejdere i at medvirke til at opnå et sikkert patientflow? (Skal Sikkert Patientflow formidles til fællesintroduktionen eller på intranettet? Er der behov for at drøfte Sikkert Patientflow med særlige faggrupper?)
- Er vi i mål og har vi brug for at sætte nye mål? (Findes der et system, hvor organisationen regelmæssigt tager stilling til projektets målinger? Er der behov for at sætte nye mål?)
- Er der afsat de nødvendige ressourcer? (Fx til indkøb af skærme/whiteboards til fælles overblik, ressourcer til medarbejder, der skal udarbejde dagligt dashboard samt data til flowstyregruppen)(14)
- Er der behov for at etablere nye samarbejder i lokalområdet (fx med almen praksis og kommunerne), der kan understøtte indsatsen?

NYE TILTAG

Erfaringerne fra projektet viser, at sundhedspersonalet med Sikkert Patientflow har opnået viden om, hvordan de selv kan medvirke til at skabe et sikkert patientflow med udgangspunkt i patienternes behov. Det er derfor nærliggende at bygge videre på dette fundament og overføre erfaringerne til andre dele af sundhedsvæsnet.

Der foreligger internationale erfaringer med forbedring af patientflow på flere områder:

- På Cincinnati Children's Hospital har man indført en drifts-briefing (Daily Operations Brief) i forlængelse af kapacitetskonferencen, hvor sygehusets aktuelle driftsproblemer, der kan true patientsikkerheden, kan afklares.
- Baseret på erfaringerne fra flere sygehuse bl.a. Cincinnati Children's Hospital kan der etableres en egentlig patientsikkerhedskonference inden sygehuset går ind i vagttiden, hvor patienter med særlige kritiske problemstillinger drøftes blandt relevante fagpersoner¹.
- Der foreligger en række erfaringer med nedbringelse af ventetid i ambulatorier, på operationsgange og i almen praksis (18-20).

Desuden kan erfaringerne fra flowpakken på akutsygehuse danne grundlag for innovation i sammenhænge, hvor der ikke foreligger internationale erfaringer fx for det tværsektorielle samarbejde. Her er det kendt, at der sker mange svigt i kommunikationen med utilsigtede hændelser og forebyggelige genindlæggelser til følge (21).

Dansk Selskab for Patientsikkerhed vil afklare, hvilke af projekterne, der er mest relevante i en dansk sammenhæng.

1) Se bl.a. <http://www.cincinnatichildrens.org/service/1/anderson-center/safety/methodology/high-reliability/>

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. 2007.
2. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse. LUP Akutmodtagelser 2014. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser. Akut ambulante patienter. 2015.
3. Madsen F, Ladelund S, Linneberg A. High Levels Of Bed Occupancy Associated With Increased Inpatient And Thirty-Day Hospital Mortality In Denmark. *Health Aff.* 2014;33(7):1236–44.
4. Resar R, Nolan K, Kaczynski D, Jensen K. Using real-time demand capacity management to improve hospitalwide patient flow. *Jt Comm J Qual Patient Saf.* 2011;37(5):217–27.
5. Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al. The Effect of Emergency Department Crowding on Clinically Oriented Outcomes. *Acad Emerg Med [Internet].* 2009;16(1):1–10.
6. Rabøl LI, Rischel V. Sikkert Patientflow – sammenhængende patientforløb på akutsygehuset. *Tidsskr Dansk Sundhedsvæsen.* 2014;(7):30–8.
7. Gittell JH. Organizing work to support relational co-ordination. *Int J Hum Resour Manag.* 2000;11(June):517–39.
8. Breuning V, Meldgaard M. Nye metoder får patienterne væk fra gangene. *Lægemagasinet.* 2015;20–1.
9. Hospitalsenhed Midt. Det er ikke kun os , der skubber patienter op – de trækker også i den anden ende! 2015. <http://sikkertpatientflow.dk/media/1465/en-kvalitativ-undersogelse-af-den-medarbejderoplevede-kvalitet-i-projekt-sikkert-patient-flow-paa-hospitalsenhed-midt.pdf>
10. Goldratt E, Cox J. *The Goal.* Great Barrington, MA: North River Press; 2004.
11. Goulding L, Adamson J, Watt I, Wright J. Lost in hospital: a qualitative interview study that explores the perceptions of NHS inpatients who spent time on clinically inappropriate hospital wards. *Heal Expect.* 2013;1–13.
12. Goulding L, Adamson J, Watt I, Wright J. Patient safety in patients who occupy beds on clinically inappropriate wards: a qualitative interview study with NHS staff. *BMJ Qual Saf.* 2012;21(3):218–24.
13. Institute for Healthcare Improvement. *Optimizing Patient Flow. Moving Patients Smoothly Through Acute Care Settings.* IHI Whitepaper. 2003.
14. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide.* 2nd ed. San Francisco: Jossey-Bass; 2009.
15. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Et kvalitetsprogram. 2015. tekst: Gå til <http://patientsikkerhed.dk/> og søg efter 'Waste Identification Tool'
16. Kirkpatrick DL, Kirkpatrick JD. *Evaluating training programs.* 3rd ed. San Francisco: Berrett-Koehler; 2006.
17. Shepperd S, Na L, Lm C, Mccluskey A, Id C, Sl B. Discharge planning from hospital to home. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(1).
18. Murray M, Berwick DM. Advanced Access. *Jama.* 2003;289(8):1035–40.
19. Kaplan G, Lopez MH, McGinnis JM. *Transforming Health Care Scheduling and Access Getting to Now.* 2015.
20. Litvak E. Smoothing the Way to High Quality, Safety, and Economy. *N Engl J Med.* 2013;369(17):1581–3.
21. Siemsen IMD. *Patientovergange.* Thesis. DTU Manag. 2011;3–170.

BILAG 1:

Feedback fra patienter og pårørende om ventetid

Som led i implementeringen af Sikkert Patient-flow var der fra de deltagende sygehuse og styregruppen et særligt ønske om at afdække patienternes oplevelser af ventetid. Målet var at opdage mønstre i patienternes feedback, der kunne bruges til at forbedre patientoplevelserne. Samtidig ønskede man at afprøve, om det kunne lade sig gøre at indsamle tidstro feedback over tid, for derved måle effekten af projektet.

I et forbedringsprojekt er tidstro data afgørende. Her har den hidtil mest udbredte og valide metode til patientfeedback, LUP'en (2), nogle begrænsninger idet LUP'en ikke kan betegnes som tidstro.

Sekretariatet afdækkede en række metoder til indsamling af tidstro patientfeedback og efter afprøvning valgte man at tilbyde sygehusene at låne de såkaldte 'smileystandere' (se foto) til indsamling af tidstro feedback fra patienter.

Inspirationen kom fra Sønderbro Apotek i København, hvor man systematisk indsamler feedback fra kunder/patienter om deres oplevelser på apoteket af fx ventetid og betjening. Research viste, at tilsvarende standere blev anvendt på Aleris-Hamlet, i IKEA, Computercity, Elgiganten, DSB, lufthavne m.fl.

Smileystanderne blev af flere af disse organisationer beskrevet som lette at betjene med behov for minimal indsats fra personalet til den løbende dataindsamling. Desuden understøttes de af en internet-baseret dataplatform.



Inspirationen til brug af smileystanderne kom fra arbejdet med nedbringelse af ventetid på apotekerne.

Standerne har fire taster i farverne grøn, lysegrøn, lyserød og rød, der hver bærer et tilsvarende 'smileyface'. Standerne har tavle til et enkelt spørgsmål, der kan skiftes manuelt. Standerne sender svarene fra standeren elektronisk ved midnat. Vha. software udarbejdes en rapport, som sendes til på forhånd definerede modtagere i løbet af natten. På den måde har man adgang til gårsdagens kundetilfredshed ved dagens start.

Samstemmende understregede ovenstående organisationer dog også, at smileystanderne ikke kan stå alene, hvis man ønsker at forbedre patientoplevelser: Der er derfor – ud over det kvantitative element, som smiley-standerne kan bidrage med – behov for et kvalitativt element: Hvorfor svarer patienterne som de gør? Her er interview-metoder nødvendige til at supplere standernes data.

EKSEMPEL PÅ PROCES TIL AFDÆKNING OG FORBEDRING AF PATIENTOPLEVELSER

Elleve af 12 sygehuse valgte at tage i mod tilbuddet om at låne to standere til at afdække hhv. patient- og medarbejderperspektivet og at lade standerne indgå i følgende proces:

1) Problemidentifikation vha. fx

- LUP-data
- 'Temperaturmålinger', dvs. fokuserede spørgsmål på smileystandere gennem en kortere periode (fx vha. spørgsmålet 'Hvordan var din oplevelse af ventetiden i akutmodtagelsen i dag?')
- Observation af eller interviews med patienter/pårørende
- Andre kilder fx breve eller klager fra patienter

2) Registrering af baseline:

Når et problem er indkredset indsamles data om den aktuelle baseline fx vha. smileystandere (dette kan fx ske ved at lade en smiley-stander indsamle data i en uge på spørgsmålet: 'Hvordan var din oplevelse af ventetiden i akutmodtagelsen i dag?'. Her kan det fx vise sig, at kun 50 pct. af patienterne, der svarer, har en positiv oplevelse (mørkegrøn eller lysegrøn svarkategori)

3) Fastlægge mål:

Den lokale flowstyregruppe fastlægger på baggrund heraf konkrete mål for patientoplevelser af ventetid med tilhørende målinger (fx: 'Ved baseline svarer 50 pct. af vores patienter 'mørkegrøn' eller 'lysegrøn' på spørgsmålet 'Hvad er din oplevelse af ventetiden i akutmodtagelsen i dag?'. Inden d. 31.12.2015 er målet 60 pct. af vores patienter i akutmodtagelsen svare 'mørkegrøn' 'lysegrøn' på samme spørgsmål)

4) Generere ideer til forbedring:

Personale og patienter inddrages i at generere ideer til forandringer, der kan medvirke til at afhjælpe problemer. Ideerne omsættes af projektgruppen til afprøvninger af forandringer

5) Følge tidstro data over tid:

Samtidig gennemføres løbende dataindsamling om ventetids-oplevelse vha. smileystandere.

6) Beslutte modus for ledelsesopfølgning på data:

Flowstyregruppen følger op på data regelmæssigt for at sikre at projektet når målene. Virker indsatserne ikke efter hensigten startes forfra ved 4)

I tekstboksen på næste side beskrives nogle af de erfaringer, der i projektet er opnået med brug af standerne til indsamling af tidstro feedback fra patienter og pårørende.

Det blev i løbet af projektet klart, at brug af smileystandere til måling af medarbejder-tilfredshed kræver en anden tilgang end til måling af patienttilfredshed. Hovedsageligt består forskellen i at medarbejdere går forbi en stander dagligt eller flere gange dagligt og derfor forventer at se ændringer iværksat hurtigere, så de ikke oplever at trykke forgæves på standeren.

ERFARINGER

Nordsjællands Hospital:

På Nordsjællands Hospital anvendes standarderne i hhv. akutafdelingen og på billeddiagnostisk afdeling, hvor der i begge tilfælde spørges til 'Din oplevelse hos os i dag?' På billeddiagnostisk afdelingen indgår svarene som en del af driftsmålsstyringen, således at data drøftes med medarbejderne hver 14. dag. Det er i den forbindelse blevet tydeligt, at i weekender, hvor der er lav bemanning og småt med mennesker generelt, er feedback fra patienter og pårørende mere negativ. Dette skyldes sandsynligvis at patienterne oplever at være mere overladt til sig selv og ikke har nogen at spørge. Derfor afprøves nu om bedre skriftlig information kan øge patienternes tilfredshed. I akutafdelingen er der stor forskel på feedback på standarden, der står i afsnittet med skadespatienter og 1813-patienter sammenlignet standarden, der modtager svar i afsnit med indlagte. Skadespatienter er generelt mere utilfredse, hvilket sandsynligvis skyldes ventetid. Dette svarer også godt overens med resultaterne fra billeddiagnostisk, hvor tilfredsheden på Klinisk Fysiologisk Afdeling, der havde kortere ventetid, var i top og omvendt for røntgenundersøgelser. Der arbejdes videre med at forbedre patienternes oplevelser af ventetiden.

Køge Sygehus:

Køge Sygehus har haft smilestandere i 2½ år med samme spørgsmål målrettet brugere af skadestue og akutmodtagelse: 'Din tilfredshed med besøget hos os i dag?'. Standerne supplerer andre kilder som LUP og telefoninterviews ved at give et tidstro billede, der hver morgen sendes direkte til ledere og udvalgte personalemedlemmer i akutmodtagelsen. Det kontinuerlige fokus giver et godt grundlag for at afklare om et givent resultat af en given dag er et udtryk for tilfældig eller ikke tilfældig variation afhængig af ugedag, årstid etc. Ledelsen anvender desuden data til dagligt at undersøge om svarene kan indikere, at der har været særlige forhold gældende fx særlig lang ventetid, og hvordan det påvirker brugernes oplevelser. På den måde giver det en mulighed for at tale med personalet om den seneste periode med udgangspunkt i konkrete data.

Konkret har afdækning af patientperspektivet i forhold til ventetid medvirket til at venteværelset blev forbedret med lettere adgang til sundhedsfagligt personale samt forplejning, underholdning og rengøring.

Hospitalsenheden Horsens:

På Hospitalsenheden Horsens har standerne været brugt til temperaturmålinger i sengeafsnit, hvor man i en kortere periode efterspurgte feedback fra patienter på de samme spørgsmål på forskellige afsnit. Herefter arbejdede afsnittene med at indføre forbedringer. Efter en tid fik afsnittene standerne retur mhp. opfølgende undersøgelser på de samme spørgsmål.

Regionshospitalet Randers:

Her har både patient- og medarbejdertilfredshed været afdækket vha. standerne. Det gav mulighed for at studere sammenhæng mellem medarbejder og patienttilfredshed. Hvor medarbejdertilfredshed viste en sammenhæng med travlhed og overbelægning, viste patienttilfredshed ikke denne sammenhæng. Resultaterne fra standerne blev derfor suppleret af metoden og I Patientens Fodspor (for en nærmere beskrivelse se: <http://sikkertpatientflow.dk/media/1554/skyggeforloeb-paa-regionshospitalet-randers-2015.pdf>) Her viste det sig, at patienternes tilfredshed bl.a. afhang af, om de blev informeret om, hvorfor de ventede. Derfor iværksættes der nu initiativer til at sikre information af patienter om ventetiden.

Slagelse Sygehus:

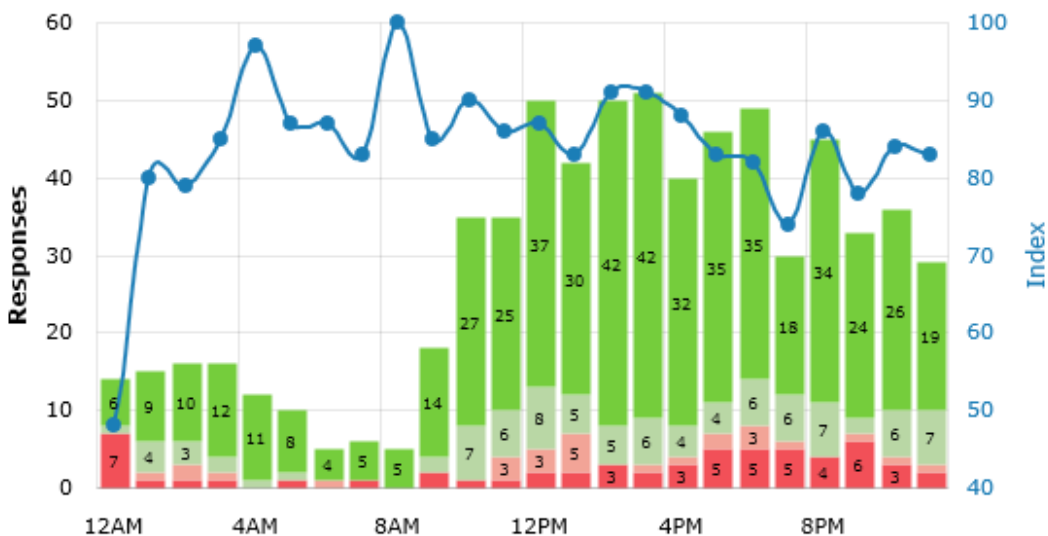
På Slagelse Sygehus har smilestanderne været brugt som supplement til telefoninterviews for at afdække tilfredsheden med en afprøvning af udskrivningslounge, der skulle sikre bedre forløb omkring patienter, der var klar til at gå hjem.

Hospitalsenhed Vest

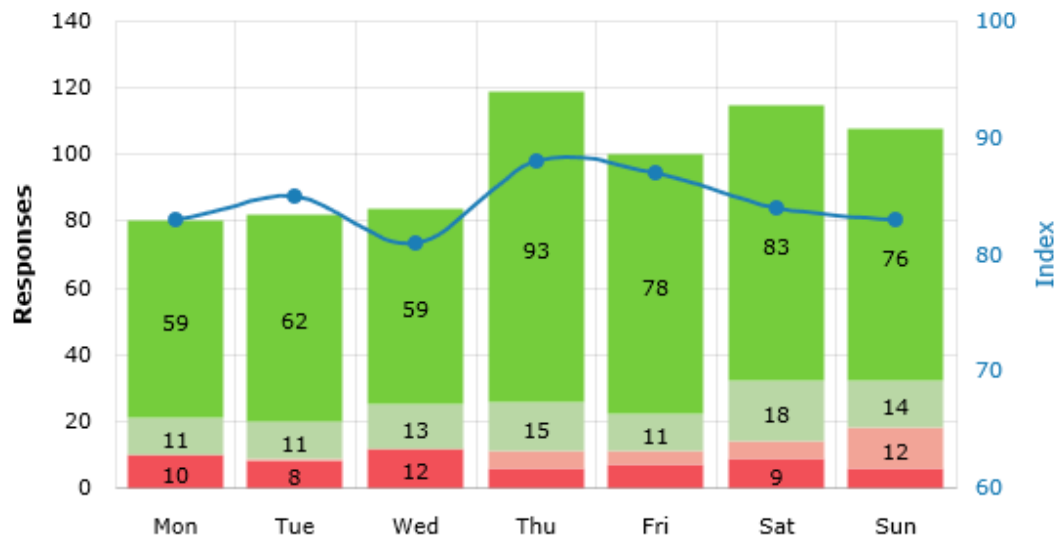
Her står standerne ved udgangen fra skadestuen. Der har på Hospitalsenhed Vest været en særlig indsats for at øge tilfredsheden blandt patienter og pårørende i skadestuen. Data fra standerne deles med personalet ugentligt på info-skærmene og på tavlemøder. Det har ført til stor fokus på at informere patienterne om den forventede ventetid, den fremadrettede plan samt omgangsformen.

Der er desuden oprettet et tværfagligt 'fast track-team' bestående af læger, sygeplejersker og fysioterapeut, (der sammen tilser patienterne og derved forsøger at holde ventetiden lav (se figurerne herunder).

Figur 11: Illustrationen viser et eksempel på data time for time (gennemsnit for november 2015) fra Hospitalsenhed Vest på spørgsmålet 'Din tilfredshed med besøget hos os i dag'. Standeren står i skadestuen.



Figur 12: Illustrationen viser et eksempel på data fra hver ugedag (gennemsnit for november 2015) fra Hospitalsenhed Vest på spørgsmålet 'Din tilfredshed med besøget hos os i dag'. Standeren står i skadestuen.



KONKLUSION

Erfaringen med brug af smileystanderne i Sikket Patientflow viser, at standarderne i praksis har fungeret godt: Det har været let for sygehusene at indsamle data og få adgang til data på hjemmesiden samt overskuelige visualiseringer af data.

Erfaringerne viser også, at metoden – som forventet – ikke kan stå alene. Som minimum kræves en kombination af kvalitative og kvantitative data. Smileystanderne har suppleret de øvrige kilder som LUP, utilsigtede hændelser og breve fra patienterne ved at give

sygehusene tidstro feedback fra patienterne om hvor og hvornår patienterne er tilfredse og utilfredse. Det har gjort det muligt at se mønstre over tid og har givet et udgangspunkt for at arbejde med forbedring. Men erfaringer fra Sikket Patientflow viser, at patienttilfredshed er komplekst og kræver andre indsats end koordination på tværs for at forbedres.

At reagere på data og forbedre patientoplevelserne kræver et særligt og vedholdende fokus. Erfaringerne fra Sikket Patientflow kan bidrage til det videre arbejde med at forbedre patienternes oplevelser på akutsygehusene.

BILAG 2:

Måling af sikkert patientflow herunder overbelægning

I projektet Sikkert Patientflow har 12 sygehuse arbejdet på at implementere flowpakken med det formål at sikre at den rigtige patient er i den rigtige seng på det rigtige tidspunkt.

Formålet med dette notat er kort og i oversigtsform at beskrive erfaringerne fra projektet vedr. måling af match mellem udbud og efterspørgsel i behandlingskapacitet på akutsygehuse - herunder overbelægning.

Når man måler på et patientflow er det vigtigt at afklare, hvilket spørgsmål det er, man gerne vil have svar på: Er det om ressourcerne udnyttes optimalt? Eller er det om patientforløbene giver gode patientoplevelser? Svaret herpå er afgørende for, hvad og hvordan man måler.

Her beskrives først kort de internationale erfaringer på området, dernæst kort erfaringerne fra Sikkert Patientflow, og til sidst gives i konklusionen en anbefaling af, hvordan man kan tegne et billede af en belægningsituation

med patientforløb af høj kvalitet på akutsygehuse samt hvilke data, der kræves for at kunne måle på det.

I både et patientperspektiv, et patientsikkerhedsperspektiv og i et ressourceperspektiv er ventetid ofte lig med et ringe patientforløb. Sikkert Patientflow baserer sig bl.a. på køteori, der er en statistisk teori for systemer, hvor kunder ankommer og betjenes efter et tilfældigt mønster og evt. må vente. Det, der studeres, er patientens typiske ventetid og den typiske kølængde. Når disse data kendes findes forskellige metoder (bl.a. arbejde med matching af udbud og efterspørgsel, udglatning af flow og fjernelse af spild), der kan medvirke til at skabe et mere sikkert patientflow.

INTERNATIONALE MÅLINGER AF PATIENTFLOW

Amerikanske sygehuse, der arbejder med patientflow, danner sig typisk et samlet billede af deres flowsituation vha. følgende resultatindikatorer³:

3) For referencer henvises til <http://sikkertpatientflow.dk/media/1217/sikkert-patientflow-baggrund-2014310.pdf>

Indikator	Amerikansk begreb	Bemærkning i forhold til danske forhold (PAS = Patientadministrative systemer ⁴ ; DK = Danmark, KK = kapacitetskonference ⁵)
Tid til behandlingsplan i akutmodtagelsen	<i>Emergency Department Length of Stay (ED LOS)</i>	Der er evidens for at patienter, der oplever lang ventetid i akutmodtagelsen, har højere mortalitet. Flere regioner anbefaler under fire timers ventetid til en behandlingsplan og indsamler data på andel patienter, der ses inden for den angivne tid. Udfordringen er at sikre at klinikerne 'tidsstempler' i PAS.
Samlet indlæggelsestid	<i>Length of Stay (LOS)</i>	Registreres i PAS. LOS er dog allerede lav i Danmark. LOS udtrykker ikke entydigt noget om patientforløbet eller patientoplevelsen under indlæggelsen, men er vigtig at holde øje med, når man arbejder med at fjerne flaskehalse i et system.
Andel patienter, der forlader akutmodtagelsen før afsluttet behandling	<i>Left Without Being Seen (LWOBS)</i>	Mindre relevant i DK, hvor der er en velfungerende primærsektor til at behandle patienten, hvis patienten vælger at forlade akutmodtagelsen uden behandling. Dog udtrykker indikatoren, at der er et flowproblem, der er en udfordring for den patientoplevede kvalitet.
Lukket for indtag	<i>Diversion</i>	Angiver den tid et sygehus må lukke for indtag pga. køer i akutmodtagelsen. Mindre relevant i DK idet vi har et integreret præhospital, der samarbejder med flere sygehuse. Dog udtrykker indikatoren, at der er et flowproblem.
Ventetid på overflytning (typisk fra akutmodtagelse eller fra opvågningen til sengeafdeling)	<i>Boarding time</i>	Udtrykker køen til en ledig seng i et sengeafsnit, og er dermed et billede af sengeafdelingernes kapacitetsproblemer.
Forudsigelighedsprocent	<i>Reliability of unit-based discharge predictions</i>	Udtrykker den andel af de navngivne patienter, der forventes udskrevet inden kl. fx 14, der reelt blev udskrevet. Udtrykker indirekte også om de data afsnittene medbringer til KK er valide. Måler man kun antal udskrevne – i stedet for på om den forudsagte patient kunne udskrives – risikerer man at overse 'hovsa-udskrivelser' og derfor mister man mulighed for 'organizational learning'. NB! Det er erfaringen fra USA at hvis man på tavlemødet kl 9 kan forudse udbud og efterspørgsel, kan lægge en plan frem til kl. 14 og derefter opnå 75 pct. forudsigelighed (på individniveau) i om patienter kom hjem som aftalt, så kan man forebygge køer i akutmodtagelsen.

4) PAS bruges her bredt om alle brugergrænseflader fx overblikstavler (fx Cetrea, Klinisk Logistik eller Imatis) og databaser (fx EPI eller Grønt System m.fl.).

5) For detaljeret beskrivelse af flowpakke inkl. tavlemøder og kapacitetskonferencer henvises til flowpakken på <http://sikkertpatientflow.dk/indsatsomraader/flowpakken/>

Desuden måles I USA på de strukturelle indikatorer som 'Samlet antal indlæggelser' (i fx ED eller på hele hospitalet) og 'Andel patienter, der genindlægges'. Disse er relevante i Danmark og data registreres. Begrebet 'crowding', der bedst svarer til det danske begreb 'overbelægning' opgøres for det meste i ventetid

(eller andel patienter, der ses inden en given tidsgrænse fx 4 timer) – og ikke som en procentvis belægning af kapaciteten. Det hænger sammen med køteorien, hvor ventetid på en ledig 'server' (fx læge eller seng) er et mere præcist udtryk for misforholdet mellem udbud og efterspørgsel.

ERFARING FRA SIKKERT PATIENTFLOW

Resultat-indikatorer⁶ (* er defineret i tabellen ovenfor)	Erfaring fra Sikker Patientflow (SPF) (LIS = ledelsesinformationssystem; PAS = patientadministrative systemer; UTH = utilsigtet hændelse)
Overbelægning	<p>Data indsamles på alle sygehuse som en procentvis belægning af sengekapaciteten. Har vist sig vanskelig at anvende både til forbedring og benchmarking, da en procentvis belægning af sengene kun viser en meget lille del af belægningsituationen for et afsnit idet:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afdelingens kø (fx patienter i akutafdelingen, der venter på en seng, i låsesenge, på ITA, OP og udskrivningslounge) er usynlig - Der er i et patientoplevelses- og patientsikkerhedsperspektiv forskel på om patienterne ligger i 'buffersenge'⁷ (m. adgang til ilt og sug) eller på gangen - Der er forskel på om der er følger personaleressourcer med eller om de ekstra patienter reelt skal håndteres inden for den eksisterende normering - Der kan være stor forskel på hvor meget pleje og behandling patienter har brug for - både fra dag til dag og fra afsnit til afsnit - Der er stor forskel på om belægningen måles kl. 8, 15 eller 22 <p>Derfor har man i SPF afprøvet at opgøre 'overbelægning' vha. farvekoder som udtryk for kapaciteten i afsnittet (fx grøn, gul og rød), som afsnittene melder ind på kapacitetskonferencen. Det er dog et meget subjektivt mål.</p>
Ventetid på overflytning (boarding time)	<p>Afprøvet i SPF og giver relevant grundlag for at arbejde med køer til sengepladser. Der mangler dog i høj grad tidsstempler i PAS (enten kan det ikke registreres eller også glemmer klinikerne at tidsstemple). Håndholdt dataindsamling kan bruges til at synliggøre et problem, men er ikke præcis nok til at vise forbedring.</p>

6) Desuden er der i SPF målt på procesindikatorer, der viser implementering af flowpakken samt strukturindikatorerne 'Samlet antal indlæggelser'. Projektet har ligeledes arbejdet med måling af hhv. patient- og medarbejderoplevelser.

7) Bufferseng: De fysiske rammer er der, men pga. afsnittets normering defineres patienter i disse senge som overbelægning. Det varierer meget fra sygehus til sygehus om man har mulighed for at lægge patienter i buffersenge

<p>Patienter i lånesenge⁸</p>	<p>Erfaringerne samt UTH'er viser, at det at ligge i låneseng, kan være en stor udfordring for både patientoplevelsen og patientsikkerheden. Lånesenge repræsenterer derfor en særligt problematisk kø.</p> <p>I SPF har arbejdet med patientflow synliggjort denne patientgruppe således at flere af sygehusene nu arbejder på helt at undgå patienter i lånesenge eller at blive mere bevidste om at afgøre, hvilke patienter, der kan tåle det.</p> <p>Data om lånesenge kan udtrækkes fra PAS (låneseng = manglende overensstemmelse mellem pleje- og behandlingsansvar), men tallet skal renses for de hensigtsmæssige og aftalte lånesenge fx børnekirurgiske patienter i kirurgiske senge.</p> <p>Håndholdte data, der indsamles på kapacitetskonferencen har vist sig anvendelige til at synliggøre og om muligt undgå brug af lånesenge.</p>
<p>Andel patienter, hvor der er taget stilling til en udskrivnings-aktivitet</p>	<p>Mængden af evidens om værdien af systematisk udskrivningsplanlægning for patientoplevelser og -sikkerhed er stigende⁹. Afsnit, der har opnået en høj andel patienter med stillingtagen til udskrivning (og dermed hvad de skal nå i dag for at nå det mål), har tilmed vist øget produktivitet, da fokus på spildtid øges.</p>
<p>Forudsigeligheds-procenten*</p>	<p>På trods af, at det i SPF har været en udfordring at indsamle data på individniveau, fordi det har skullet foregå 'håndholdt', skønnes det at denne indikator også er relevant i Danmark, hvis man ikke kun måler, om de patienter man forudsagde kunne udskrives, rent faktisk blev det, men også arbejder på at øge forudsigeligheden i arbejdsgangene.</p> <p>PAS kan sikkert tilpasses til at levere data automatisk.</p>
<p>Antal patienter på gangene om natten¹⁰</p>	<p>Patienter på gangene om natten er en særlig problematisk kø pga. udfordringen for patientoplevelser og patientsikkerheden. I et patientforløbs-, patientflow- og patientsikkerhedsperspektiv er det derfor en relevant indikator.</p> <p>Data har i projektet været indsamlet håndholdt vha. optælling på kapacitetskonferencen.</p>
<p>Genindlæggelser</p>	<p>Denne indikator er central for at sikre, at indsatsen for patientflow ikke mister fokus på patientoplevelser og patientsikkerhed til fordel for korte indlæggelser.</p> <p>Der findes flere definitioner og tidsvinduer¹¹. De tal, der har været brugt i projektet har været de tal, der genereres til ledelsesinformationssystemerne fra Landspatientregisteret (LPR) (hhv. genindlæggelser og forebyggelige genindlæggelser.</p> <p>Flere af sygehusene har haft en oplevelse af, at de tal ikke er optimale i forhold til at sikre viden om patienten blev udskrevet for hurtigt. Det vil derfor være relevant at gennemgå opbygningen af indikatoren for at sikre, at den understøtter arbejdet mod et sikkert patientflow.</p>

8) Typisk medicinsk patient, der plejes i kirurgisk sengeafsnit pga. manglende ledig sengekapacitet i medicinsk afsnit

9) Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM et al. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database of Systematic Reviews 2013

10) Kun afprøvet på Slagelse Sygehus

11) Jf. bl.a. http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedskvalitet/2009/Januar/-/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2009/bilag5-videreudvikling.ashx

KONKLUSION

Der findes hverken internationalt eller i Danmark én indikator, der kan give et samlet billede af et sikkert patientflow på akutsygehusene. Men i køteoretisk sammenhæng er ventetid (på fx en ledig seng eller en ledig behandler) et mere præcist udtryk for flowproblemer i systemet end fx. overbelægnings-data.

En udfordring i Danmark er, at de tidsstempler i PAS, der skal vise ventetid internt på akutsygehuset (fx på overflytning) ikke findes. Der, hvor muligheden er der i PAS, ses det meget ofte, at klinikerne ikke ved, at de skal tidsstemple eller hvorfor.

Den hidtil ofte anvendte resultatindikator 'overbelægning' skønnes ikke som enkeltstående indikator at give noget retvisende billede af patientflow på de enkelte afsnit på akutsygehusene, da mange andre faktorer end bare hvor mange patienter, der på et givent tidspunkt var registreret i afdelingen i forhold til

det normerede antal senge, har betydning for kapaciteten til at pleje og behandle patienterne.

Når man ønsker et alternativ til 'overbelægning', skal man afklare, hvad man vil bruge data til: I et økonomisk perspektiv er LOS og graden af tilpasning af personaleressourcer til patientindtag vigtige parametre. I et patientoplevelses- og patientsikkerhedsperspektiv kan det være vigtigere at vide om der ligger patienter på gangene om natten eller i lånesenge. Desuden er det vigtigt at huske, at data, der egner sig til forbedring, ofte ikke egner sig til benchmarking.

Med ovenstående in mente kommer her alligevel et bud på en række indikatorer, der tilsammen kan give et billede af patientflowet på akutsygehusene med overvejende vægt på data til overvågning af sikkerhed, patientoplevelser og til forbedring:

Indikator	Nuværende datakilde	Evt. behov for registrering i PAS
Samlet antal indlæggelser	PAS	(data findes)
Samlet gennemsnitlig indlæggelsestid	PAS	(data findes)
Ventetid (fx på overflytning)	Håndholdt stikprøve	Man bør i vid udstrækning sikre, at PAS indeholder de nødvendige tidsstempler og at klinikerne får en forståelse for, hvorfor registrering er vigtig.
Andel patienter i et sengeafsnit med udskrivningsaktivitet angivet	Håndholdt stikprøve	Data bør fremover kunne udtrækkes fra PAS
Forudsigelighedsprocenten	Håndholdt stikprøve	Data bør fremover kunne udtrækkes fra PAS
Antal patienter i lånesenge	Håndholdt optælling via kapacitetskonference	Ideelt skal disse patienter registreres som en kø dvs. hvor længe de venter på en seng i det rigtige afsnit.
Antal patienter på gangen om natten	Håndholdt optælling via kapacitetskonference	Ideelt skal disse patienter registreres som en kø dvs. hvor længe de venter på en seng på en stue
Genindlæggelser	PAS	(data findes)

BILAG 3:

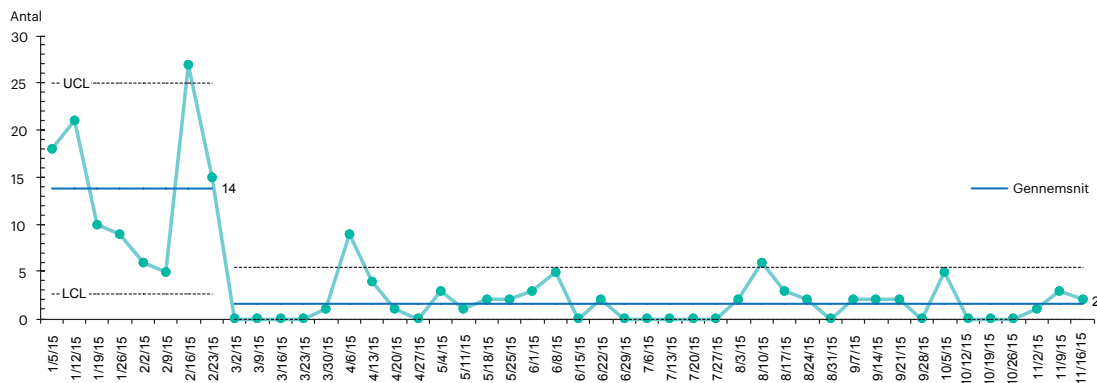
Resultater; Slagelse-casen

Gennem en systematisk forbedringsproces har Slagelse Sygehus etableret en velfungerende kapacitetskonference, der bygger på systematisk indsamlede data fra sengeafsniternes tavlemøder.

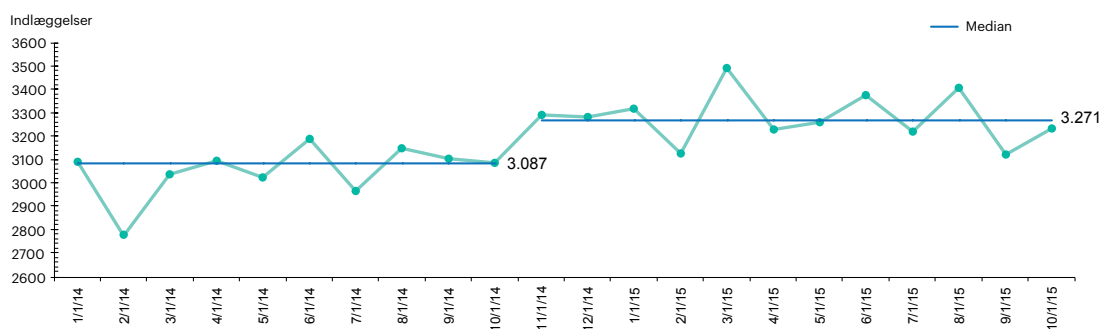
Resultaterne viser, at man på Slagelse Sygehus, vha. fokus på koordination og forudsigelighed i arbejdsgange omkring udskrivelse og overflytninger, har været i stand til at udnytte kapaciteten langt bedre end tidligere.

Resultatet er, at man markant har reduceret antallet af patienter på gangene om natten (figur a) på trods af et signifikant stigende antal indlagte patienter (figur b). Desuden har man i samme periode reduceret den gennemsnitlige indlæggelsestid (figur c) og brugen af lånesenge¹² (figur d) (se også tekst til figur 8 på side 37) uden at det har medført flere genindlæggelser (figur e).

Figur a: Antal overnattende patienter på gangen, Slagelse Sygehus

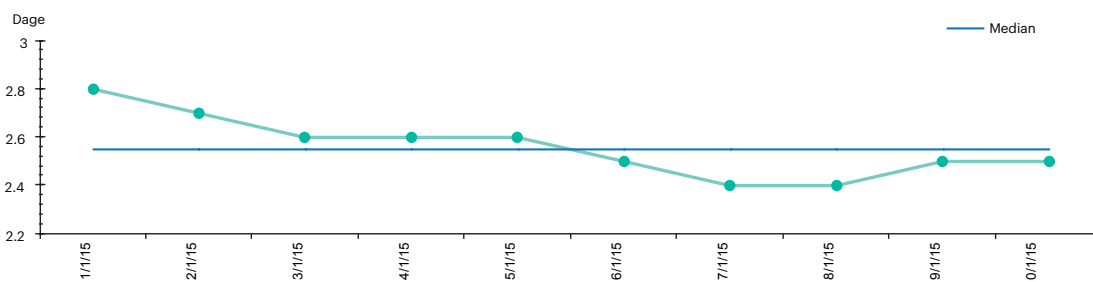


Figur b: Antal månedlige akutte og elektive indlæggelser på Slagelse Sygehus

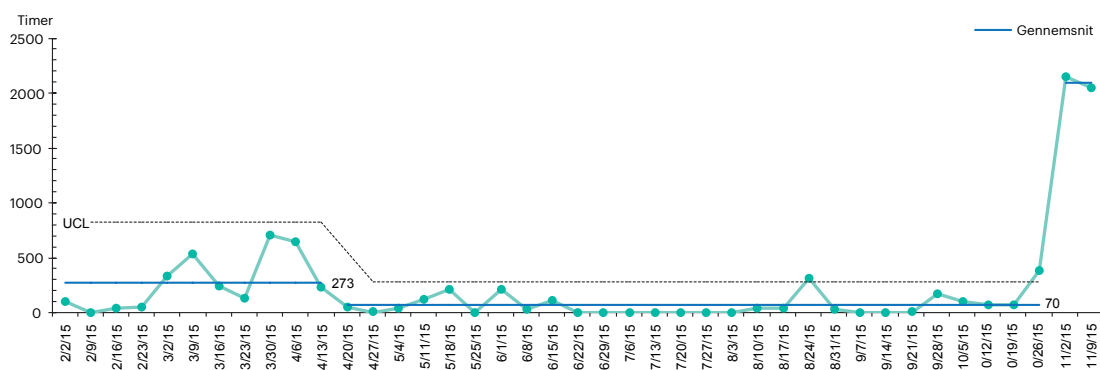


12) Fx medicinske patienter i kirurgiske senge (dvs. patient i den forkerte seng)

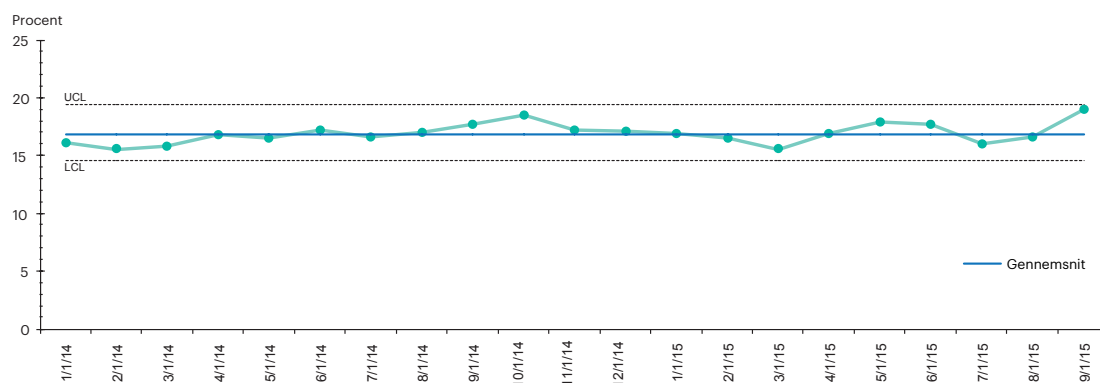
Figur c: Gennemsnitlig indlæggelsestid, Slagelse Sygehus



Figur d: Antal timer med patienter i låneseng



Figur e: Procent af patienter der genindlægges indenfor 30 dage



Resultaterne fra Slagelse Sygehus er et resultat af et systematisk data-drevet forbedringsarbejde, hvor deltagelse i læringsnetværket mellem alle 12 sygehuse, har understøttet kulturændringen til at kunne fungere som et sammenhængende akutsygehus gennem systematisk idé-udveksling, fastholdelse af

patientperspektivet og regelmæssig feedback på afprøvninger og data. Til at følge op på kapacitetskonferencen har man ansat flowkoordinatorer, der har til ansvar at følge op på beslutningerne fra kapacitetskonferencen og understøtte et sikkert patientflow resten af dagen.

**Vi stræber efter at
forbedre patient-
sikkerheden
og skabe et
sundhedsvæsen,
hvor patienterne
i højere grad ser
og mærker, at det
er til for dem**

Dansk Selskab for Patientsikkerhed
Danish Society for Patient Safety

T 36 32 21 71
E info@patientsikkerhed.dk

www.patientsikkerhed.dk