

Analyserapport



Kapacitet på sygehusene

Nationalt belægningsoverblik og lokalt arbejde

Rehfeld – Part of QuintilesIMS



Copyright © Rehfeld – Part of QuintilesIMS A/S, All rights reserved.

Denne rapport's anvendelse

Denne rapport er alene udarbejdet til Rehfelds opdragsgiver ud fra det givne opdrag. Rehfeld påtager sig intet ansvar for andres anvendelse af rapporten.

Kopiering af rapporten, helt eller delvis, må i hvert enkelt tilfælde kun ske med tydelig kildeangivelse.

Kontakt

Spørgsmål til denne rapport's indhold kan stilles til:

Jesper Iwersen, Chefkonsulent, Rehfeld – Part of QuintilesIMS, e-post jei@rehfeld.dk
Martin Hornstrup, Konsulent, ejer af Forbindelsen, e-post forbindelsen@hornstrup.org
Stefan Bay-Hahn, Projektleder, Rehfeld – Part of QuintilesIMS, e-post sbh@rehfeld.dk

Om Rehfeld

Rehfeld fokuserer på at gøre Danmark til et mere effektivt samfund, hvor man får mere sundhed for pengene. Den vision kræver kendskab til- og engagement i sundhedssektoren, intelligente løsninger og dygtige medarbejdere.

Siden 1998 har Rehfeld arbejdet tæt sammen med regioner, hospitaler og offentlige myndigheder. Derfor har vi i dag dybdegående viden om sundhedssektoren, som sætter os i stand til at hjælpe med aktuelle udfordringer – for eksempel bedre udnyttelse af kapacitet og højere effektivitet alt imens kvaliteten i behandlingen holdes i fokus. Målet er altid at skabe værdi for vores kunder. Det gør vi ved bl.a. ved at levere BI-løsninger, der strukturerer og præsenterer data, så beslutninger bliver baseret på den rigtige information.

Rehfeld er en del af den internationale virksomhed QuintilesIMS, der udover at have mange års erfaring inden for sundhedssektoren i hele verden er verdens største udbyder af klinisk forskning og rådgivning. Det sikrer adgang til internationale ressourcer og eksperter, der er de dygtigste inden for deres felt, samtidig med at lokal tilstedeværelse og branchekendskab bevares.

Rehfeld - Part of QuintilesIMS
Blegdamsvej 104C
DK-2100 København Ø
Tlf. +45 7027 7001
e-post kontakt@rehfeld.dk
www.rehfeld.dk

INDHOLDSFORTEGNELSE

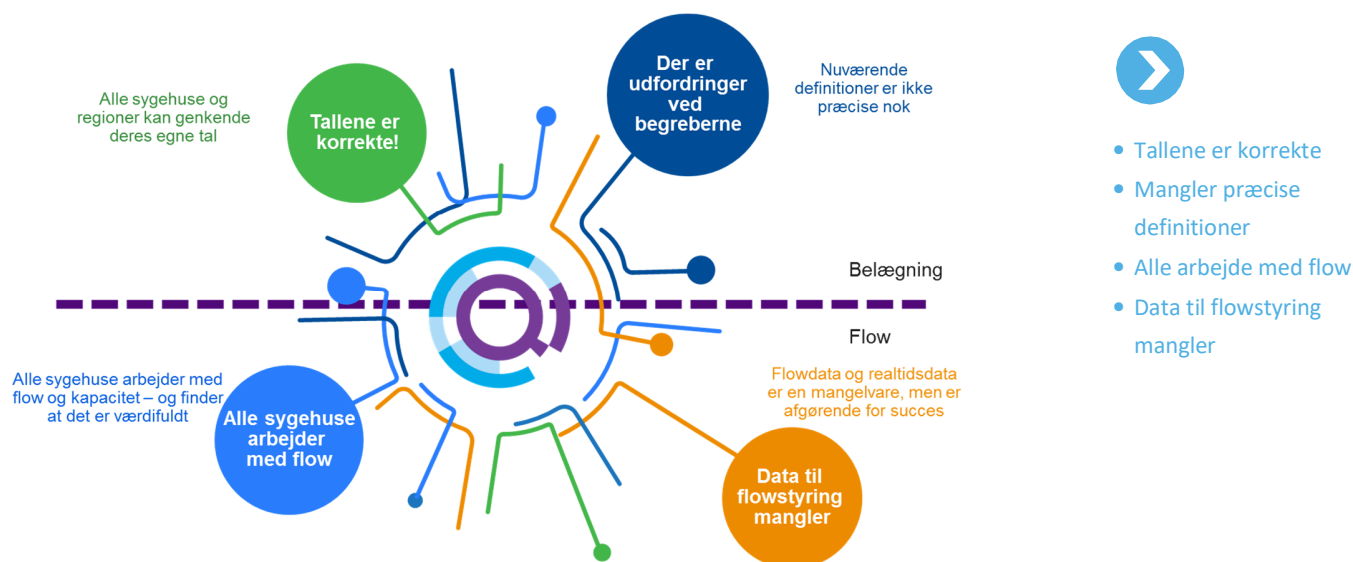
1	Sammenfatning	3
2	Introduktion	10
3	Fremgangsmåde og rammesætning	13
3.1	Besøg i regioner og på sygehuse	13
3.2	Hvilke data kan understøtte det nationale behov for overblik og det lokale behov for flow- og kapacitetsstyring?	14
4	Lokal definition og anvendelse af belægningsdata	19
4.1	Belægningsdata til den daglige kapacitetsstyring	19
4.2	Belægningsdata til langsigtet planlægning og styring	20
4.3	Belægningsdata til monitorering	22
5	National statistik over belægning	23
5.1	Interview - resultater	24
5.2	Fortolkningsudfordringer	28
5.3	Anbefalinger – kort sigt	33
5.4	Anbefalinger – på længere sigt	35
6	Patienter på gangen	37
6.1	Erfaringer	37
6.2	Håndtering af og udfordringer ved en eventuel national indberetning af patienter på gangen	40
7	Sygehusenes arbejde med flow	43
7.1	Erfaring med kapacitetskonferencer	44
7.2	Erfaringer med dataunderstøttelse af kapacitetskonferencer	47
7.3	Erfaringer med anvendelse af flowdata	53
8	Bilag	63
8.1	Spørgeguide	63
8.2	Udvælgelse af sygehuse	71
8.3	Interview regioner – indberetning af belægningsdata	73
8.4	Interview sygehuse – belægningsopgørelser	74
8.5	Overblik over den aktuelle belægningssituation	77
8.6	Kapacitetskonferencer	78
8.7	Kilder	79

1 Sammenfatning

De nationale belægningstal er i udgangspunktet det bedste eksisterende bud på en samlet statistik over de offentlige sygehuses kapacitet. Tallene bliver valideret og kan genkendes af alle regioner. Grundet forskellig anvendelse af begreberne kan tallene imidlertid vanskeligt anvendes til at sammenligne niveauer mellem sygehuse og mellem regioner.

Sygehusene arbejder målrettet med flow, men der er behov for bedre dataunderstøttelse af kapacitetsoverblikket, således at sygehusene kan anvende data til målrettet udvikling og forbedringsarbejde lokalt.

Figur 1. Overordnede konklusioner.



Det er umiddelbart muligt at forbedre den nationale belægningsopgørelse

Der er en række forbedringer af den nationale belægningsopgørelse, som umiddelbart kan implementeres på kort sigt. Gennemgangen af indholdet i indberetningerne peger på, at der er brug for ensretning for så vidt angår bl.a. en fælles månedlig indberetning, et fælles format for indberetning, tilpasning af sengetal i forbindelse med 5-døgnsenge og orlovspatienter.

Der er imidlertid en række udfordringer relateret til begreberne

De nuværende definitioner er ikke præcise nok. Det betyder fx, at der er stor forskel på, hvordan sygehuse håndterer og definerer normerede og disponible senge.

Særlig det forhold, at forventningen til belægningsgraden kan variere betydeligt mellem sygehusene, hvorfor en belægningsgrad på 95 pct. kan have vidt forskellige implikationer på to forskellige sygehuse. Ligeledes er manglende entydighed om håndtering af registrering i akutmodtagelser med til at sløre de egentlige forskelle i belægningsopgørelsen mellem de forskellige sygehuse og regioner.

Fokus på udvikling i stedet for niveau

Ovenstående betyder, at den nationale belægningsopgørelse ikke kan anvendes til at sammenligne belægningsniveauet mellem sygehusene og mellem regionerne. Af denne årsag anbefales det, at der fokuseres på at se på udviklingen i belægningen for derigennem understøtte sygehusenes arbejde med kapacitetsstyring.

Udvikling på langt sigt

På længere sigt er det vigtigt at få klarlagt, hvilke behov den nationale belægningsopgørelse skal dække, og hvorvidt der er andre fokusområder, herunder fx patienter på gangen – eller måske mere præcist formuleret – patienter som overnatter på gangen. Det er herudover væsentligt at afklare mulighederne for, hvorvidt data kan indhentes gennem Landspatientregistret, hvortil sygehusene allerede indberetter.

Patienter på gangen

Den nuværende nationale belægningsopgørelse kan ikke anvendes som indikator for omfanget af patienter på gangen. Hvis man ønsker at monitorere og følge omfanget af patienter på gangen, så anbefales det, at der spørges konkret hertil. En manuel indhentning af data vurderes at medføre en ikke ubetydelig administrativ byrde på kort sigt, men på længere sigt vil informationerne kunne indhentes automatisk fra regionernes kliniske logistiksystemer.

Som al anden målstyring vil monitorering kunne skabe u hensigtsmæssig adfærd. De fleste sygehuse kan imidlertid se en værdi i monitoreringen, såfremt der fra nationalt hold fokuseres på 1) at finde løsninger på flow, 2) at monitorering understøtter forbedringsarbejdet og 3) at der skabes viden og værktøjer, der kan hjælpe lokalt.

Alternativet til en national monitorering af patienter på gangen kunne også være, at patienter på gangen indberettes som en utilsigtet hændelse på lige fod med de utilsigtede hændelser, der skal indberettes til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Flow- og kapacitetsstyring

Interviewrunden til sygehuse og regioner som dannede grundlag for denne rapport tydeliggjorde, at alle sygehuse og regioner arbejder systematisk og målrettet med flow og kapacitetsstyring. Gennemgangen har imidlertid også afdækket en række generelle behov:

- Der mangler udbredelse af effektive løsninger til at sikre aktuelt overblik over belægningssituationen døgnet rundt.
- Der er endnu ingen effektive løsninger på dataopsamling til brug for analyser og erfaring med flowstyring. Alt for mange sygehuse skal samle informationer fra 3-4 systemer for at kunne stykke patientforløbene sammen.
- Der er brug for metodeudvikling og erfaringsopsamling på områder, hvor bedre viden om flow kan skabe afgørende forbedringer i forhold til kapacitetsstyring og behandlingen og i sidste ende patientoplevelsen.

Daglig kapacitetsstyring

Alle sygehuse har taget erfaringer til sig fra projektet Sikkert Patientflow som blev gennemført i alle 5 regioner, og alle arbejder målrettet med at skabe de nødvendige kulturforandringer. Succes med denne opgave forudsætter organisering, implementering og ledelsesopbakning.

Effektiv anvendelse af belægningsdata i den daglige kapacitetsstyring forudsætter:

- Der skal være adgang til overblik over belægningssituationen på hele sygehuset i realtid baseret på data fra de kliniske logistiksystemer.
- Der skal være adgang til tidstro data til brug for læring og erfaringsopsamling på fx tavlemøder. Disse opgørelser bør kunne baseres på sidste uges observationer, således at dialogen om, hvordan sengeafsnittet eller sygehuset håndterede belægning/overbelægning sker på baggrund af aktuelle tal, som alle kan huske, og som derfor også kan drages læring af.

Flowstyring kan ikke løses med en kapacitetskonference alene – der skal være fokus på kapacitetsstyring hele døgnet rundt alle ugens 7 dage.

Belægningsoverblik

Belægningsoverblik er afgørende for at skabe den nødvendige fælles forståelse for de daglige udfordringer der forårsages af eventuel høj belægning. Indtil alle regioner har udviklet og implementeret et belægningsoverblik i realtid med udgangspunkt i kliniske logistikdata, så anbefales det at alle sygehuse implementerer en "second best" løsning. Det kan være et timeoverblik med PAS data, fx som løsningen i Region Hovedstaden, eller en opsamling af klinisk logistik data, fx som løsningen på Holbæk Sygehus. Det er afgørende, at viden om belægningsituationen er tilgængelig, så alle medarbejdere kan tilgå oversigter, der viser den aktuelle belægningsituation.

Arbejde med flow sikrer fokus på løsninger i stedet for på problemer

Erfaringer fra sygehusene, der deltog i Sikkert Patientflow, samt internationale erfaringer peger på en række mål, der kan understøtte en proces hen imod et bedre flow og dermed i sidste ende den bedst mulige patientbehandling.

På baggrund af de input der kom i interviewrunden, anbefales det, at der arbejdes med følgende:

Fastlæggelse af udskrivningsdato ved indlæggelsen

Udvikling af viden og værktøjer om forudsigelse af udskrivningsdato bør være et prioriteret indsatsområde. Der er behov for systemunderstøttelse til at samle op på data vedrørende udskrivning, således at erfaringer opsamles og præcision i forudsigelsen kan øges. Der er også behov for udvikling af arbejdsgange og processer, der sikrer rettidig udskrivning (fx patientforløbsbeskrivelser, "udskrivningspakker" osv.).

Forudsigelse af inflow

Udvikling af viden og værktøjer om inflow bør være et prioriteret indsatsområde. Bedre forudsigelse af inflow kan nedsætte uvished og dermed hjælpe til en bedre planlægning af fremmøde og ressourcer og dermed på samme tid sikre både en mere hensigtsmæssig diagnosticering, behandling og pleje, samt en mere optimal ressourceudnyttelse. Der er store synergieffekter i at arbejde på tværs af sygehuse og regioner for at opbygge den nødvendige viden og knowhow.

Behandlingsplan

Det anbefales, at alle sygehusene arbejder med frister for at der foreligger en behandlingsplan. Dette forudsætter imidlertid, at der skabes en fælles lokal forståelse for, hvad en behandlingsplan indeholder, herunder hvordan behandlingsplanen kan bidrage til at forbedre patientforløbet samtidig med at den høje behandlingskvalitet opretholdes/øges. Der skal ske en udvikling af de kliniske logistiksystemer, således at opfølgning kan monitoreres.

Ventetider internt på sygehusene

Der er brug for at udvikle redskaber til at samkøre data fra de forskellige kildesystemer til brug for bedre statistik og analysemuligheder. Det skal bl.a. anvendes til, at få bedre overblik over hvilke typer af ventetid, der har konsekvenser for hvilke typer af patientforløb.

Baseret på den nærværende analyse, kan Rehfeld konstatere, at belægning og flow er i fokus på sygehusene såvel som i regionerne. Der er dog stadig plads til forbedring og nytænkning, når man ser på formål og mulighederne for at indhente erfaringer fra andre sygehuse. I Boks 1 og Boks 2 nedenunder opsummeres anbefalingerne fra rapporten omkring belægning og patienter på gangen samt flow- og kapacitetsstyring.

Boks 1. Belægning og patienter på gangen.

- Sundhedsdatastyrelsen og regionerne bør sikre fælles format for indberetning, månedsvis indberetning samt en løsning for så vidt angår 5 døgnssenge.
- Sundhedsdatastyrelsen bør ændre datapræsentationen, således at den fokuserer på udvikling over tid i forhold til om de enkelte hospitaler lykkes med at reducere omfanget af overbelægning.
- Sundhedsministeriet bør fremadrettet afklare, hvilke spørgsmål den nationale statistik skal kunne besvare.
- Sundhedsdatastyrelsen bør undersøge mulighederne for, at den nationale statistik fremadrettet kan indhentes gennem Landspatientregistret, hvor sygehusene allerede indberetter.
- Det anbefales, at opgørelser af belægningsgrad ikke anvendes til en vurdering af omfanget af patienter på gangen.
- Såfremt det ønskes at monitorere og følge omfanget af patienter på gangene om natten, så anbefales det, at Sundhedsdatastyrelsen spørger konkret hertil.
- For at undgå de uheldige incitament, som kan opstå ifm. målstyring, anbefales det, at en eventuel monitorering fra Sundhedsdatastyrelsen fokuserer på 1) at finde løsninger på flow, 2) at monitoreringen understøtter forbedringsarbejdet lokalt og 3) at der skabes viden og værktøjer, der kan hjælpe lokalt.
- Det anbefales, at Sundhedsministeriet og Styrelsen for Patientsikkerhed, som alternativ til en national monitorering af patienter på gangen, undersøger mulighederne for at indberette patienter, der overnatter på gangen, som en utilsigtet hændelse på lige fod med den række af uheldige hændelser, der indrapporteres, jf. Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

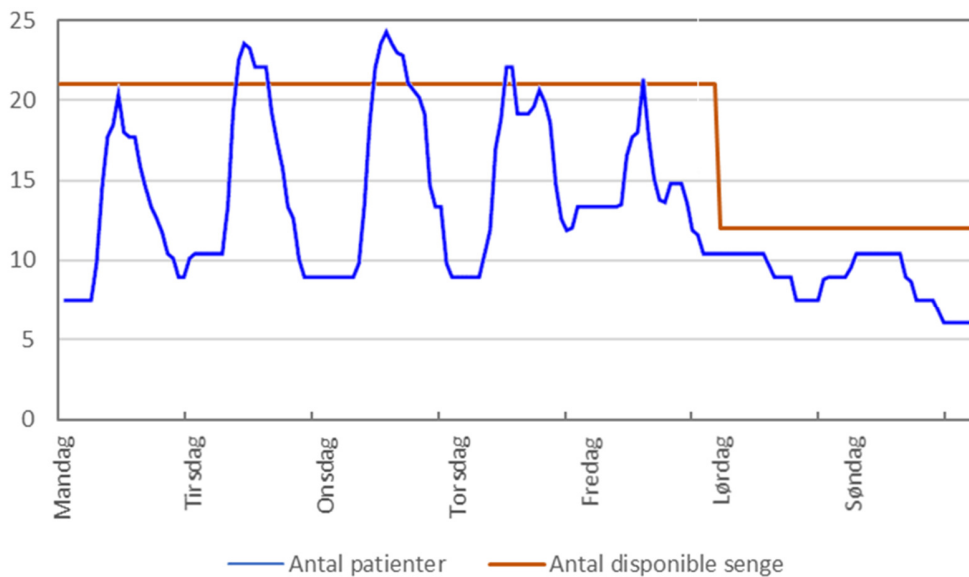
Boks 2. Flow og kapacitetsstyring.

- Det anbefales, at regionerne og sygehusene systematisk arbejder med metodeudvikling og erfaringsopsamling vedrørende flow og kapacitetsstyring. F.eks. med de metoder, der er anvendt i Patient Sikkert Sygehus, herunder læringsseminarer og læringsnetværk.
- Det anbefales, at alle sygehuse implementerer erfaringerne fra Sikkert Patientflow, herunder igangsætter tavlemøder og kapacitetsmøder mv. Sygehusene skal i den forbindelse være særligt opmærksomme på tilstrækkeligt med ledelsesopbakning ift. organisering og implementeringskraft for at opnå den nødvendige kulturforandring.
- Det anbefales, at sygehusene fastlægger entydige retningslinjer for processerne i flowarbejdet, herunder særligt, 1) hvordan man vælger at håndtere situationer med overbelægning og 2) hvordan man sikrer fokus på kapacitetsstyring hele døgnet rundt alle ugens 7 dage.
- Sygehusene skal sikre, at der er adgang til overblik over belægningssituationen på hele sygehuset i realtid baseret på data fra de kliniske logistiksystemer/tavler lokalt på de enkelte sengeafsnit.
- Sygehusene skal sikre adgang til tidstro data vedr. belægningssituationen til brug for læring og erfaringsopsamling på fx tavlemøder.
- Indtil alle regioner har udviklet og implementeret belægningsoverblik i realtid med udgangspunkt i kliniske logistikdata, så anbefales det, at alle sygehuse på kort sigt implementerer en "second-best" løsning. Det kan være et timeoverblik med PAS data, fx som løsningen i Region Hovedstaden, eller en opsamling af klinisk logistik data, fx som løsningen på Holbæk Sygehus.
- Det anbefales, at regionerne og sygehusene sikrer den nødvendige systemunderstøttelse til dataopsamling og dataudtræk, således at arbejdet med at forudsige udskrivninger kan forbedres og udvikles på baggrund af data.
- Det anbefales at alle regioner og sygehuse arbejder med behandlingsplaner, herunder fastlægger frister for, hvornår der skal foreligge en behandlingsplan for indlagte patienter.
- Det anbefales at regioner og sygehuse udvikler redskaber til at samkøre data fra de forskellige kildesystemer til brug for bedre statistik og analysemuligheder, med det formål at få bedre overblik over hvilke typer af ventetid, der har konsekvenser for hvilke typer af patientforløb, herunder læring og erfaringsopsamling.
- Det anbefales, at Sundhedsministeriet og Danske Regioner igangsætter et udviklingsarbejde sammen med udvalgte sygehuse, som kan skabe viden og knowhow om inflow af patienter på sygehusene samt flow gennem sygehusene.

2 Introduktion

Sundhedsdatastyrelsen indsamler oplysninger om sengepladser for sygehusene i Danmark, og formidler belægningstal på den offentlige del af eSundhed. Belægning skal forstås som udnyttelsen af sengepladserne, og beregnes som aktiviteten (antal senge i brug) over antal disponible senge. Data bygger på en ny indsamlingsmodel og ny registreringspraksis i regionerne, som fortsat er under indfasning.

Figur 2. Fiktivt eksempel på aktivitet og sengekapaцитet.



Tilpasning af kapaciteten på en sygehusafdeling

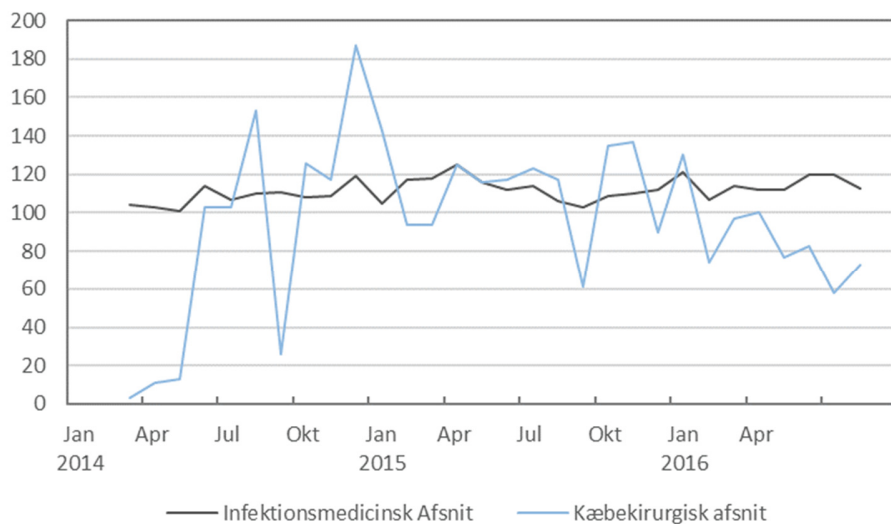
Aktiviteten på mange danske sygehuse med akutte patienter er vanskelig at forudsige, og vil derfor kunne overstige antallet af disponible senge. I praksis vil udviklingen i liggetider med kortere forløb betyde mere udskiftning, hvilket i sagens natur vil kunne give tidspunkter i løbet af dagen, hvor patienter der skal udskrives, ikke er gået hjem, mens patienter der skal indskrives allerede er kommet. Der kan også forekomme længere perioder, hvor en afdeling er belastet med mange indlæggelser – fx under perioder med influenzaepidemi.

Afdelinger, som permanent har overbelægning, vil for udenforstående forekomme som et udslag af mindre hensigtsmæssig planlægning. Der kan imidlertid være en række faktorer, som påvirker afdelingernes muligheder for at udvide kapaciteten selv over en længere periode:

- Tilgængelighed af personaleresourcer (specialister).
- Begrænsninger i bygningsmassen.

I Figur 3 ses to eksempler på afdelinger som på eSundhed har længerevarende overbelægning.

Figur 3. Belægningsgraden på to afdelinger med længerevarende overbelægning.



Kilde: eSundhed, 2016.

Lokale forhold i registreringen kan være afgørende for mulighederne for at fortolke resultaterne i statistikken. Sygehusenes implementering og operationalisering af patientflowet er derfor en væsentlig faktor at medtage i analysen. Sygehusenes erfaringer med at anvende belægningsoverblik lokalt er medtaget for, at kunne foretage en vurdering af om der er lokale værktøjer eller metoder, som med fordel kunne løftes til at blive nationale tilgange.

Jf. side 2 i Aftale om Akutpakke mod overbelægning, d. 2. februar 2016 er der konkret aftalt, at der skal udvikles og udbrede lokale værktøjer, der kan styrke sygehusenes overblik over belægningssituationen, og understøtte en bedre udnyttelse af senge og personale.

Rehfeld har analyseret det eksisterende belægningsoverblik, idet der fra de centrale sundhedsmyndigheder er et ønske om at belægningstillene afspejler de faktiske forhold. Analysen skal derfor afdække registreringspraksis og beregningsmetoder, samt beskrive muligheder for at tilpasse og udvikle den eksisterende løsning.

Baseret på dette behov er denne rapport delt i tre overordnede dele:

Del 1: Fremgangsmåde og rammesætning

Kapitel 3 sætter rammen for den videre analyse og anbefalinger. Der introduceres kort de metodemæssige overvejelser, der ligger til grund for analysen i relation til databehov på nationalt niveau, samt i forhold til de behov der ligger for sygehusafdelinger og -afsnit.

Del 2: Belægningsopgørelser

Kapitel 4-6 gennemgår regionernes og sygehusenes anvendelse af belægningsdata og præsenterer løsninger på forbedring af den nationale belægningsopgørelse. Derudover redegøres for sammenhæng - eller mangel på samme - mellem belægning og patienter på gangen.

Kapitel 4 gennemgår de forskellige anvendelser af belægningsdata, som er blevet præsenteret under besøgene hos regionerne og sygehusene.

Kapitel 5 præsenterer resultatet af analysen af belægningsopgørelserne med fokus på forskelle i opgørelsesmetoder, samt kommer med anbefalinger til, hvordan der kan skabes en mere retvisende national belægningsopgørelse på kort og længere sigt.

Kapitel 6 gennemgår begrebet "patienter på gangen". Der redegøres for hvem og hvordan, der arbejdes med at monitorere patienter på gangen. Endvidere kortlægges forholdet mellem overbelægning og patienter på gangen, og der argumenteres for, hvorfor der ikke er nogen direkte sammenhæng mellem overbelægning og patienter på gangen.

Del 3: Flow

Kapitel 7 præsenterer sygehusenes erfaringer med flow og kapacitetsstyring. Her refereres til erfaringer med kapacitetsmøder, samt erfaringer med konkrete mål og indikatorer i forhold hertil. Endvidere præsenteres anbefalinger til værktøjer og dataunderstøttelse, som med fordel kan udvikles for at hjælpe sygehusene med at forbedre og udvikle flow- og kapacitetsstyring.

3 Fremgangsmåde og rammesætning

I nærværende kapitel beskrives de metodemæssige overvejelser, som ligger til grund for analysen i relation til 1) udvælgelse af sygehuse til interviews, 2) forskellen i databehov mellem et nationalt sundhedspolitisk perspektiv og driften af en sygehusafdeling, samt 3) hvordan fokus på belægning og kapacitetsstyring med fordel kan udvikles til også at fokusere på flow, herunder erfaringer fra projekt Sikkert Patientflow¹.

3.1 Besøg i regioner og på sygehuse

For at sikre en dybdegående kvalitativ vurdering og beskrivelse af grundlaget for den nationale statistik og erfaringerne med sygehusenes arbejde med kapacitet og belægning blev der fortaget interviews på 10 sygehuse samt alle landets 5 regioner.

I udvælgelsen af sygehusene ville Reffeld indhente erfaringer fra sygehusene, som arbejder/har arbejdet med flow gennem bl.a. projekt Sikkert Patientflow, da disse sygehuse har gjort sig nogle klare tanker omkring deres arbejdsgange i forbindelse med projektet. Herudover var udgangspunktet at besøge såvel akutsygehuse og universitetshospitaler i hver region. På baggrund heraf og i dialog med de 5 regioner blev følgende 10 sygehuse udvalgt:

Sikkert Patient Flow

Tabel 1. Deltagende sygehuse i interviewrunde.

Region Hovedstaden	<ul style="list-style-type: none">• Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (Akutsygehus)• Nordsjællands Hospital (Akutsygehus, Sikkert Patientflow)
Region Sjælland	<ul style="list-style-type: none">• Holbæk Sygehus (Akutsygehus, Sikkert Patientflow)• Næstved, Slagelse, Ringsted Sygehus (Akutsygehus, Sikkert Patientflow)
Region Syddanmark	<ul style="list-style-type: none">• Odense Universitetshospital• Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus (Akutsygehus, Sikkert Patientflow)
Region Midtjylland	<ul style="list-style-type: none">• Århus Universitetshospital, Skejby• Hospitalsenheden Horsens (Akutsygehus, Sikkert Patientflow)
Region Nordjylland	<ul style="list-style-type: none">• Aalborg Universitetshospital, Aalborg• Regionshospital Nordjylland (Akutsygehus, Sikkert Patientflow)

¹ Projektet Sikkert Patientflow er et samarbejde mellem TrygFonden, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Projektet løb i perioden januar 2014 - december 2015, hvori der deltog 12 sygehuse.

Forud for de enkelte møder med sygehusene og regionerne blev der udarbejdet en detaljeret spørgeguide, som udsendtes til deltagerne inden mødet. Hovedfokus på møderne var:

Hvordan registreres, defineres og anvendes belægningsdata?
Hvilke redskaber anvendes i regionen/på sygehuset for at understøtte og forbedre patientflow (og dermed forsøge at undgå konsekvenser af overbelægning/patienter på gangene)?

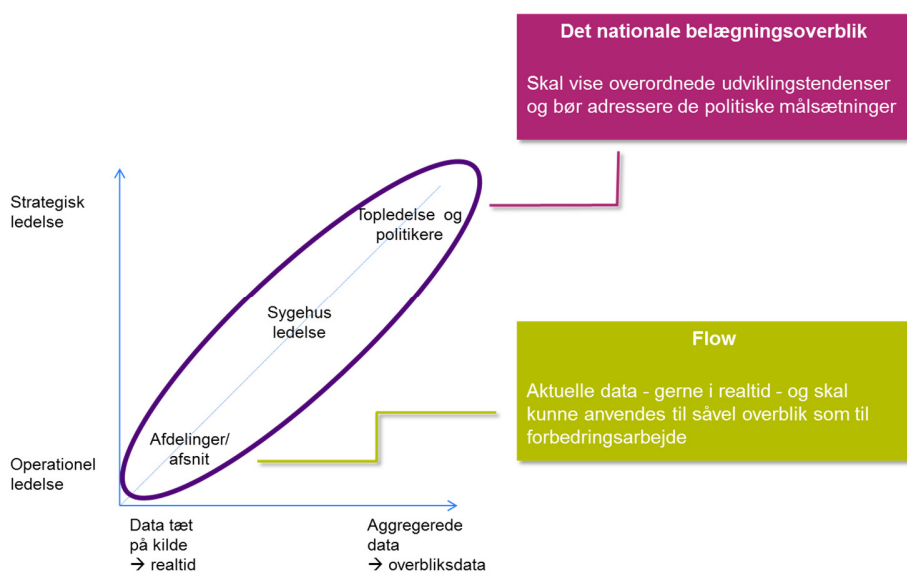
Spørgguiden er vedlagt i Bilag 8.1.

3.2 Hvilke data kan understøtte det nationale behov for overblik og det lokale behov for flow- og kapacitetsstyring?

Behovet for data og informationer vedrørende belægning er forskelligt for et sygehus og sygehusafdelinger i forhold til regionale og nationale databehov.

Hvor det strategiske ledelsesniveau – på nationalt og regionalt niveau – har brug for aggregerede data til at skabe et overblik over udviklingen, og hvor kvartalsdata eller månedsdata kan være tilstrækkeligt, så har det operationelle niveau – på afsnits- eller afdelingsniveau – i langt højere grad brug for helt aktuelle data, der kan fortælle noget om situationen lige nu eller inden for den sidste uge/sidste måned. Det er dog vigtigt at pointere, at datagrundlaget skal være ens, således at der ikke stilles spørgsmålstejn ved datavaliditeten.

Figur 4. Behov for data på forskellige niveauer.



Når behovet for belægnings- og flowdata vurderes, er det afgørende at forholde sig til denne forskel. Der er således i analysen taget udgangspunkt i, at de nationale belægningsdata skal forholde sig til de overordnede udviklingstendenser og kunne adressere de politiske målsætninger, mens data om belægning og flow på sygehuse omvendt skal være aktuelle – gerne i realtid – og kunne anvendes til såvel overblik som til forbedringsarbejde.

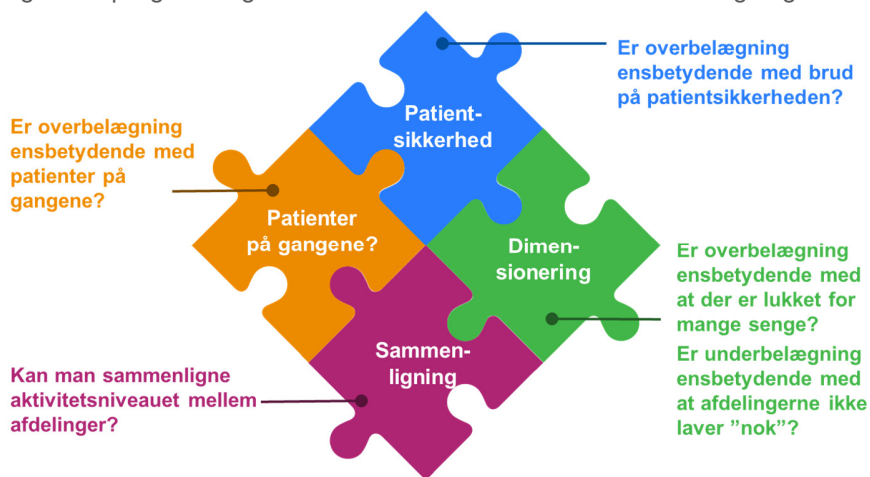
3.2.1 Det nationale databehov

I dag leveres der belægningsdata fra alle regioner til Sundhedsdatastyrelsen med henblik på at monitorere belægningsgraden på landets sygehuse.

Den eksisterende statistik beskriver forholdet mellem antallet af patienter kl. 23 og antallet af senge på det respektive afsnit. Det er derfor i teorien et rimeligt udtryk for, hvor høj belægning det enkelte afsnit har.

Det er imidlertid ikke sikkert, at statistikken kan bruges til det formål eller til at drage konklusioner som forventet. For at kunne være sikker på hvordan statistikken skal fortolkes, er det afgørende at kende til og forstå statistikkens begreber og baggrundsplysninger omkring beregningsmetode, periode og præsentation. Det vil der blive redegjort for i nærværende rapport.

Figur 5. Spørgsmål og behov ved en national statistik over belægning.



Ligeså vigtigt er det at overveje, hvilke behov der ønskes at håndtere nationalt.

Hvilke af følgende spørgsmål ønskes belyst med en national statistik:

1. Har der været risiko for patientsikkerheden?
2. Har der været overbelægning?
3. Har der været patienter på gangene?
4. Er sygehusenes afdelinger dimensioneret rigtigt?
5. Laver sygehusene/afdelingerne nok?
6. Kan man sammenligne to sygehusafdelingers aktivitetsniveau?

Vi vil igennem rapporten forholde os til, om det er muligt at besvare disse spørgsmål med den nationale statistik, og om der er nogle af ovenstående spørgsmål, som vil kunne besvares gennem denne eller andre dataindsamlinger.

3.2.2 Databehov på lokalt niveau

Kapacitetsstyring på sygehuse har traditionelt fokuseret på belægning og sengekapacitet, og løsninger har primært kredset om, hvorvidt der var nok senge. Men i de senere år, blandt andet som følge af fokus på patientforløb og i forbindelse med at emnet blev taget op i projekt Sikkert Patientflow, er der kommet sundhedsfagligt fokus på patientflow.

Det betyder også, at databehovet på lokalt niveau ændrer sig. Dette udspringer af erkendelsen af, at kapacitetsstyring forudsætter en kontinuert indsats og samarbejde, samt at der kan arbejdes med mål og indikatorer, som bidrager til at øge flow og derigennem reducere risiko for overbelægning.

Erfaringer fra Sikkert Patientflow

I forberedelsen inden besøgene på sygehusene har vi inddraget erfaringer fra projekt Sikkert Patientflow. Særligt to pointer ønskede vi at undersøge nærmere i besøgene på sygehusene og i regionerne.

Den ene pointe er, at problemer med patientflow slår ud på tre områder, der alle kan have konsekvenser for patientsikkerhed, kvalitet i behandlingen og patientoplevelsen denne betegnes patientsikkerhedstrekanten i nærværende rapport (se Figur 6). Det gælder:

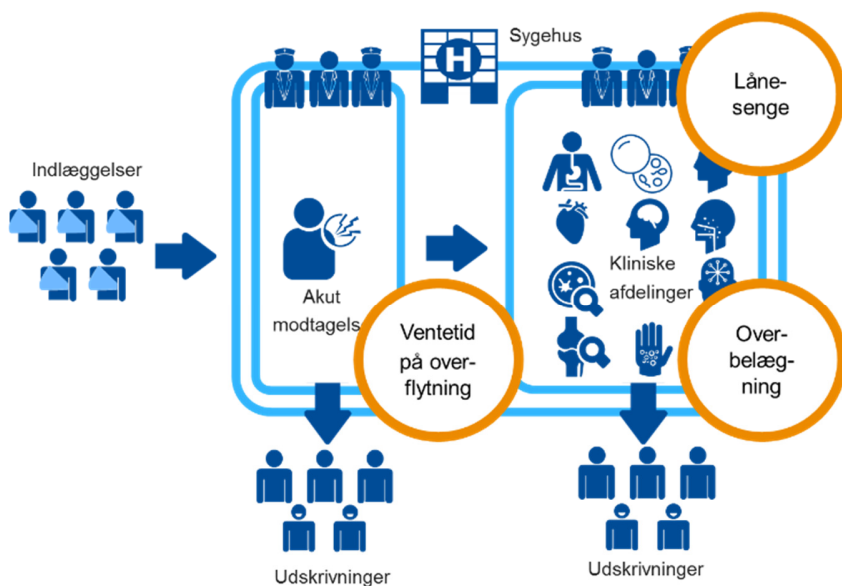
1. Overbelægning i stamafdelingerne. For mange indlagte i forhold til udskrevne i stamafdelingerne.

Problemstillinger

1. Overbelægning
2. Lånesenge
3. Ventetid på overflytning

2. Brug af lånesenge. Hvor patienten ikke ligger på det rigtige sengeafsnit, men i en låneseng på et andet afsnit/anden afdeling - fx medicinske patienter i kirurgiske sengeafsnit.
3. Ventetid og overbelægning i akutmodtagelsen. Når patienter ikke kan komme videre til stamafdelingerne.

Figur 6. Flow gennem sygehuset og områder der påvirker patientsikkerhed.



Budskabet fra projekt Sikkert Patientflow er, at der skal fokuseres på alle tre problemstillinger på samme tid.

Det er således ikke tilstrækkeligt at fokusere på overbelægning, idet en håndtering af overbelægning kan have negative konsekvenser for de to andre problemstillinger (lånesenge og ventetid i akutmodtagelsen). Det betyder, at selvom et sygehus har fået styr på overbelægning i stamafdelingerne, så kan der stadig være problemer som følge af for mange patienter/for lidt flow og dermed risici i forhold til patientsikkerhed og kvalitet.

En måde at fokusere på alle tre problemstillinger er således, at understøtte arbejdet med relevante målinger af belægning, antal patienter i lånesenge samt ventetid og overbelægning i akutmodtagelsen.

Den anden pointe fra Sikkert Patientflow er, at der er brug for at fokusere på indsatser, der har til formål at forbedre flow. Det kan f.eks. ske igennem arbejde med følgende mål:

- Systematisk arbejde med at forudsige udskrivningsdato.
- Nedsætte ventetid til behandlingsplan.
- Nedsætte ventetid til overførsel fra akutmodtagelsen til stamafdeling.
- Indarbejde værktøjer til at forudsige inflow.

Forbedringsarbejde

Metoder og kendskab til forbedringsarbejde er udviklet betydeligt i sundhedsvæsnet i Danmark de sidste 5-7 år. Her er hentet inspiration fra blandt andet Institute for Healthcare Improvement (IHI) og Virginia Mason². Forbedringsarbejdet er yderligere igangsat igennem sundhedsvæsnets arbejde med driftsmålstyring, kvalitetsudvikling og igennem projekter som fx Sikkert Patientflow.

Metoderne relateret til forbedringsarbejde er særdeles nyttige, når der skal arbejdes med kapacitetsstyring. Det sætter imidlertid også krav til, at der kan leveres hyppige og tidstro data, som kan understøtte forbedringsarbejdet lokalt.

I anbefalingerne til at arbejde med belægningsdata i kapitel 4 og 5 inddrager vi ovenstående pointer, og i kapitel 7 præsenterer vi en gennemgang af sygehusenes arbejde med flow med udgangspunkt i ovenstående erfaringer.

For yderligere information henvises til spørgeguiden i Bilag 8.1³.

² Virginia Mason Medical Center har gennem flere år været anerkendt af Healthgrades i USA som et af de bedste sygehuse i USA. Virginia Mason har arbejdet intensivt med patientsikkerhed og kvalitet efter bl.a. Toyota metoden (TPS – Toyota Production System).

³Der er også nyttig information at hente i Dansk Selskab for Patientsikkerheds erfaringsopsamling fra projekt Sikkert Patientflow: http://www.sikkertpatientflow.dk/media/1562/sikkert-patientflow_erfaringsopsamling.pdf

4 Lokal definition og anvendelse af belægningsdata

Alle sygehuse anvender belægningstal i deres lokale arbejde med styring og udvikling. Besøgene på sygehusene afdækkede principielt to overordnede anvendelsesområder:

- Belægningsdata til den daglige kapacitetsstyring
- Belægningsdata som grundlag for mere langsigtede planlægningsopgaver, budgettilpasninger og udviklingsopgaver

4.1 Belægningsdata til den daglige kapacitetsstyring

Den daglige kapacitetsstyring skal understøttes med data, som fortæller noget om den aktuelle status på belægningen nu og her, samt giver mulighed for tidstro data til læring og erfaringsopsamling.

Alle sygehuse har forskellige dataløsninger, som giver et overblik over den aktuelle belægningssituation. Der er imidlertid forskel i udbredelse, kvalitet og tilgængelighed, jf. gennemgang af løsningerne i Bilag 8.5⁴.

Adgangen til tidstro data over de seneste dages/ugers belægning til brug for læring og erfaringsopsamling varierer mellem sygehusene. Alle sygehuse har adgang til at lave ad hoc analyser, men i nedenstående skal adgang til statistik forstås som adgang til en løsning, der leverer statistikken.

Nogle sygehuse har adgang til belægningsstatistik allerede dagen efter. Det gælder bl.a. i Region Midtjylland og i Region Syddanmark samt Næstved, Slagelse, Ringsted Sygehus.

På andre sygehuse er der adgang til nye tal en gang om ugen. Det gælder bl.a. Nordsjællands Hospital. Atter andre sygehuse har kun opdatering af belægningsdata en gang om måneden. Det gælder bl.a. Holbæk Sygehus.

⁴ I kapitel 7 er der en uddybende gennemgang af de løsninger, som de 10 hospitaler anvender til overvågning af den aktuelle belægning til brug for kapacitetskonferencerne, samt vores anbefalinger til fremtidige løsninger.

I forhold til at kunne anvende belægningsdata til læring og erfaringsopsamling i klinikken på tavlemøder og til forbedringsarbejde, er det afgørende, at der kan leveres data hyppigt – mindst på ugebasis – således at data kan indgå i det løbende daglige kliniske arbejde. Fordelen ved nye og aktuelle data er, at personalet kan huske informationen og relatere sig til de faktiske begivenheder.

Det er i den sammenhæng ikke nyttigt at anvende data, der er mere end 1 måned gamle, idet det er vanskeligt for nogen at huske den konkrete årsag til at belægning fx var ekstraordinær høj i et par dage, herunder hvad der i givet fald kunne læres af den pågældende situation.

For at kunne anvende belægningsdata til daglig kapacitetsstyring er det nødvendigt, at data, som minimum kan nedbrydes på timebasis, således at variationer hen over dagen kan analyseres.

Alle sygehuse har teknisk mulighed for at levere data på timebasis, imidlertid er det ikke alle, der stiller denne type data til rådighed. Nogle sygehuse har omvendt løsninger, der stiller belægningsopgørelser til rådighed, der er brudt ned på minuttal. Det gælder bl.a. Region Midtjyllands og Region Syddanmarks respektive BI løsninger.

4.2 Belægningsdata til langsigtet planlægning og styring

På samtlige sygehuse vi besøgte blev belægningsdata anvendt til langsigtede planlægningsopgaver og til at skabe overblik over eventuelle behov for strukturelle justeringer i kapaciteten.

Det gælder fx:

- Kortlægning af hvor mange senge/sengestuer, der skal flyttes fra et sygehus til et andet ved ændringer i optageområdet for et givent speciale.
- Planlægning af dimensionering af nybyggeri.
- Budgettilpasninger baseret på om den faktiske belægning svarer til den forventede belægning i den årlige budgetproces.
- Ressourceallokering mellem sengeafsnit i forhold til normering pr. belagt seng.
- Risikostyring i forhold til om der er tilstrækkelig kapacitet til at håndtere udsving i sengebehov for kritiske senge (fx intensivsenge, intermediære senge, neonatalafsnit o.l.).

Data til disse formål er tilgængelige via sygehusenes ledelsesinformation eller BI løsninger, på intranet og/eller i datavarehuse, som kan tilgås af relevante medarbejdere.

Alle sygehuse og regioner leverer data til analyseformål i en eller anden grad, således at det er muligt at analysere belægning hen over døgnet, ugen, måneden eller året på de afdelinger og afsnit, der er behov for. En ekstra værdi for sygehusene findes, når der findes mulighed for at analysere på belægningsdata, der kobles sammen med andre relevante informationer fx aktivitet eller personaleudgifter.

Tabel 2 opsummerer de belægningsdata, sygehusene mener, der bør stilles til rådighed for at arbejde med enten den daglige kapacitetsstyring eller mere langsigtede planlægningsopgaver.

Tabel 2. Databehov til belægningsstyring på kort og lang sigt.

	Aktuelle belægningstal	"Historiske" belægningstal
Belægningsdata til daglige kapacitetsstyring	Adgang til data i realtid baseret på informationer fra kliniske logistiksystemer*	Adgang til tidstro data på – som minimum time og dagsbasis. Data bør opdateres dagligt eller mindst på ugentlig basis.
Belægningsdata til langsigtede planlægningsopgaver og budgettilpasning		Adgang til historiske data fra PAS systemet på time/dag/uge/månedsbasis. Gerne løbende opdatering med aktuelle data og som minimum data, der opdateres pr måned.

*Kliniske logistiksystemer er fællesbetegnelsen for systemer, der hjælper med bl.a. overblik, koordinering og kommunikation i forhold til at styre patientforløbet på sygehusene i dagligdagen.

Tidstro er fællesbetegnelse for data, der er tilstrækkeligt nye til "at man kan huske dem". For at være tidstro, skal data kunne leveres relativt hurtigt efter registreringstidspunktet. De kan være på dag-, uge- eller månedsdata. Månedssdata er tidstro, hvis man får de nye tal umiddelbart efter månedsskiftet. Det er ikke det samme som data i realtid, som er data der vises på samme tid som de registreres.

Boks 3. Anbefalinger til belægningsdata til den daglige kapacitetsstyring.

For at sikre en effektiv anvendelse af belægningsdata til den daglige kapacitetsstyring er der brug for:

- Sygehusene skal sikre, at der er adgang til overblik over belægningsituationen på hele sygehuset i realtid baseret på data fra de kliniske logistiksystemer / tavler lokalt på de enkelte sengeafsnit.
- Sygehusene skal sikre adgang til tidstro data til brug for læring og erfaringsopsamling på fx tavlemøder. Disse opgørelser bør kunne baseres minimum på sidste uges observationer, således at dialogen om, hvordan sengeafsnittet eller sygehuset håndterede belægning/overbelægning sker på baggrund af aktuelle tal, som alle kan huske og derfor også kan drages læring af.

Der er stordriftsfordele ved såvel udvikling af fælles regionale belægningsoverblik samt ved at levere ledelsesinformation på belægningsdata. Regionerne skal derfor understøtte udviklingsarbejdet for sygehusene.

4.3 Belægningsdata til monitorering

Det er vurderingen på baggrund af interview med sygehusene, at sygehusene i større eller mindre grad anvender belægningsdata til at monitorere og vurdere belægningsniveauet i de enkelte sengeafsnit med to henseende - at identificere kapacitetsbegrænsninger, men også at observere indikationer for underudnyttelse.

Dette er muligt, fordi sygehusene kan tolke egne belægningstal i forhold til den måde data er defineret, herunder særligt lokalt kendskab til forventningerne til belægningsgrad for de enkelte sengeafsnit osv.

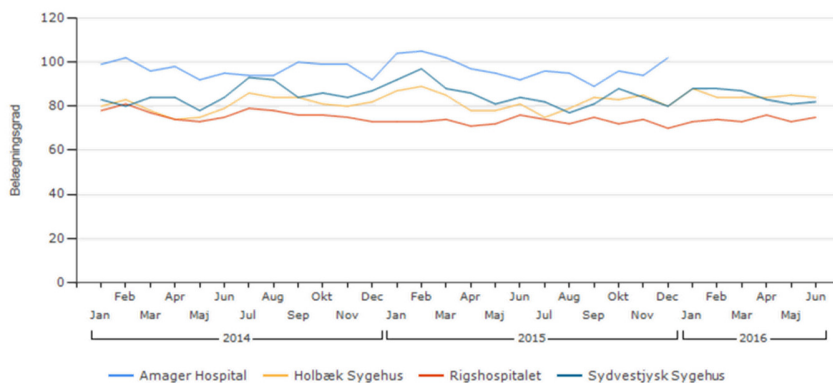
Det er dog kun i mindre omfang, at belægningsdata bliver anvendt af regionerne til at monitorere omfanget af overbelægning på sygehusene. Det er kun i Region Hovedstaden, at der løbende udarbejdes en redegørelse til Regionsrådet om belægningsituationen på sygehusene. I Region Sjælland udarbejdes der hver måned en status over niveauet for patienter, der har overnattet på gangen på sygehusene i regionen. De øvrige tre regioner anvender ikke belægningsdata til monitorering af overbelægning. I disse tre regioner udarbejdes der er redegørelse til direktionen og politikere i forbindelse med offentliggørelse af de nationale belægningsopgørelser.

5 National statistik over belægning

Den nationale statistik udarbejdes efter et fælles sæt retningslinjer. På Sundhedsdatastyrelsens hjemmeside kan man hente "Fællesindhold for indberetning af sengepladser for offentlige sygehuse" og på eSundhed findes dokumentet "Dokumentation af data for belægning". Data indberettes til Sundhedsdatastyrelsen af regionerne. Sundhedsdatastyrelsen beregner statistik på baggrund af indberetningen, som publiceres på den offentlige del af eSundhed, efter at regionerne har valideret beregningerne. Alle elementer i beregningen indberettes. Sundhedsdatastyrelsen foretager kun tilpasninger i organisationsstrukturen for at opnå et sammenligneligt sygehusniveau.

Et eksempel på eSundheds præsentation af data for belægning kan ses i Figur 7, hvor belægningsgraden for udvalgte sygehuse vises for perioden fra 2014-2016.

Figur 7. Belægningsgrad for udvalgte sygehuse.



Kilde: eSundhed, november 2016.

Nogle af de nuværende problemstillinger med den nationale belægningsstatistik:

1. Det er vanskeligt at tolke tallene grundet megen og/eller uforklarlig variation.
2. Sundhedsdatastyrelsen bruger mange ressourcer på en indberetning med svingende frekvens og formater, der skifter over tid.
3. Det er tvivlsomt om statistikken besvarer de spørgsmål, som ønskes besvaret gennem en national statistik.

Ad 1. Som det ses i Figur 7, så er der tydelige niveauforskelle i resultaterne for forskellige sygehuse. Det kan have flere begrundelser. Enten at der er sygehuse, som permanent har højere aktivitetsniveau, at sygehusene anvender disponible og normerede senge forskelligt, eller at sygehusene har forskellige muligheder for at tilpasse kapaciteten grundet fysiske begrænsninger.

Ad 2. Sundhedsdatastyrelsen bruger unødvendige ressourcer på manglende indberetninger og indberetning i forskellige formater, som skifter over tid.

Dette vanskeliggør en periodisk opdatering af data på eSundhed.

Ad 3. Anvendelsen af begreberne begrænser mulighederne for at tolke tallene ensartet.

Disse problemstillinger blev der spurgt ind til under interviewrunden, og resultaterne ses i det kommende afsnit.

5.1 Interview - resultater

Alle regioner blev besøgt med henblik på at afdække forhold omkring baggrund, indsamling og anvendelse af belægningstal.

Det er oplevelsen, at alle regioner arbejder målrettet med kapacitetsstyring, herunder hvordan belægningsopgørelser kan blive mere synlige i dagligdagen. Region Hovedstaden og Region Sjælland er midt i implementeringen af Sundhedsplatformen, som forventes på sigt at kunne håndtere funktionerne fra de nuværende kliniske logistik systemer.

Region Midtjylland og Region Syddanmark er i gang med at implementere et fælles klinisk logistik system på alle kliniske afdelinger. I Region Nordjylland er nogle sygehuse i gang med at implementere et klinisk logistik system, og der findes en regional beslutning om, at alle sygehuse i regionen skal implementere dette. Fælles for al implementering af klinisk logistik i de forskellige sygehuse er, at det giver afdelingerne adgang til realtids data om belægning og flow og denne dataunderstøttelse gør de næste skridt i arbejdet på sygehusene lettere.

Opsummering af interview er angivet i Bilag 8.3.

Overordnet set følges retningslinjerne for indberetning af belægningstal. Fællesindholdet, så tallene er i princippet korrekte. Der er nogle enkelte afvigelser til dette, som gennemgås i det følgende afsnit.

Derudover er de vigtigste resultater:

1. Tallene valideres af regionerne. Regionerne kan genkende deres egne tal.
2. Der er en umiddelbar forståelse af hvad normerede og disponible senge er.

Ad 1. Alle regioner giver udtryk for, at de kan genkende tallene, som de modtager efter Sundhedsdatastyrelsens beregninger, og at de deltager aktivt i valideringen af tallene.

Ad 2. Under interviewet blev der spurgt direkte ind til de forskellige elementer i opgørelsen af patienter og senge. Kun i få tilfælde blev der fundet afvigelser fra retningslinjerne.

Rehfeld havde på forhånd en formodning om, at der kan opstå en u hensigtsmæssighed, når man skal opgøre patienter på opholdsniveau, men dette viste sig ikke at være tilfældet. Alle regioner giver udtryk for, at de udtrækker korrekt på opholdsniveau.

Fortolkningsmæssigt er alle interviewede enige om, at der er tale om overbelægning, når belægningsgraden er over 100 pct. Det er umiddelbart en vigtig del af fortolkningen af belægningsstatistikken. Det betyder dog ikke, at en eventuel overbelægning kan fortolkes ens relateret til patientoplevelset kvalitet, patientsikkerhed eller patienter på gangene – blot at der er tale om overbelægning.

I Tabel 3 nedenfor ses første del af opsummeringen af resultaterne fra interview i de fem regioner. Tabellen viser information relateret til selve indberetningen af tal til den nationale belægningsstatistik fordelt på de fem regioner.

Tabel 3. Indberetning af tal til Sundhedsdatastyrelsen.

Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
På forespørgsel !	Indberetter månedligt ✓	På forespørgsel !	Indberetter månedligt ✓	Indberetter månedligt ✓
SAS	SEI ✓	CSV ✓	Excel	Excel

Kilde: Bilag 8.3.

Note: I det omfang der er givet dispensation til andre formater, kan Excel og SAS selvfølgelig anvendes. Ressourcemæssigt er det dog mere hensigtsmæssigt at arbejde med færre formater.

Som det ses heraf indberetter tre af regionerne månedligt, mens to regioner indberetter på forespørgsel. Dette har betydning for både anvendelse af Sundhedsdatastyrelsens ressourcer og har indtil videre også haft betydning for en manglende fast periodevis publicering af belægningstal på eSundhed. Det er Rehfelds vurdering, at de regioner, som indberetter mindre periodisk, ville kunne indberette månedligt.

I Tabel 3 kan man endvidere se, at indberetningsformatet fra regionerne er varierende. Det er værd at bemærke, at skiftende formater øger muligheden for fejl samt at Sundhedsdatastyrelsens ressourcer, som anvendes til at håndtere skiftende formater mellem indberetningerne, ville kunne anvendes mere hensigtsmæssigt, hvis formaterne blev ensartede.

Det er Rehfelds anbefaling, at minimere antallet af formater. Rehfeld foreslår, at der vedtages ét format udover SEI, og at dette format er en semikolon-separeret fil, se Afsnit 5.3.

I Tabel 4 nedenfor ses resultater fra interview omkring forståelsen og anvendelsen af begreberne fra den nationale belægningsstatistik. Region Syddanmark anvender ikke direkte normerede og disponible senge i deres styring af sygehusene, og derfor har regionen ikke disse tal svarende til de øvrige regioner. Regionen indberetter tal for normerede senge, som sættes lig med de disponible senge. Den praktiske konsekvens er, at Region Syddanmarks belægningsgrad alt andet lige vil være lavere sammenlignet med de øvrige regioner og sygehuse, hvor der anvendes et disponibelt sengebegreb.

I forbindelse med nærværende analyse er Region Syddanmark blevet opmærksom på, at der var forskel på håndtering af orlovspatienter og har besluttet fremadrettet også at indberette antal indlagte eksklusiv orlovspatienter, så det svarer til Fællesindholdet.

Tabel 4. Regionernes data.

Region Hovedstaden	Region Sjælland	Region Syddanmark	Region Midtjylland	Region Nordjylland
Eksklusiv orlovspatienter ✓	Eksklusiv orlovspatienter ✓	Eksklusiv orlovspatienter !	Eksklusiv orlovspatienter ✓	Eksklusiv orlovspatienter ✓
Faktisk daglige normerede senge ✓	Faktisk daglige normerede senge ✓	Faktisk daglige normerede senge ✓	Faktisk daglige normerede senge ✓	Faktisk daglige normerede senge ✓
Faktisk daglige disponible senge ✓	Faktisk daglige disponible senge ✓	Faktisk daglige normerede senge** !	Faktisk daglige disponible senge ✓	Faktisk daglige disponible senge ✓
Indberetter dagens senge ✓	Indberetter dagens senge ✓	Indberetter dagens senge ✓	Indberetter dagens senge ✓	Tilretter 5/7 døgn's senge !

Kilde: Bilag 8.3.

Note: Region Syddanmark har i forbindelse med rapportens tilblivelse valgt at ændre indberetningen, således at de fremadrettet indberetter eksklusiv orlovspatienter. Se endvidere forklaring i bilag 8.4.

** Region Syddanmark opererer som udgangspunkt ikke med disponible senge. I praksis er disponible senge sat lig med de normerede senge.

Region Nordjylland har valgt at tilrette data omkring 5/7 døgn's senge, idet den nuværende statistik ikke håndterer den omstændighed, at når en seng lukker dagen efter, så er patienten gået hjem kl. 23, men sengen er åben, hvis man kun ser på et dagstal. Indberetningen til den nationale statistik sker på dagsniveau. Som eksempel er de fleste 5 døgn's senge åbne mandag til fredag. Fredag aften kl. 23 vil patienten være gået hjem, men da det stadig er fredag, så er sengen teknisk set åben. Region Nordjylland tilretter data, således at sengen ikke teknisk set fremstår som åben.

Rehfeld vurderer fremgangsmåden som værende korrekt i forhold til statistikken, idet det ikke er intentionen, at senge skal fremstå som åbne, når de ikke kan benyttes. Det er således også Rehfelds anbefaling, at de øvrige regioner tilretter på samme måde, se Afsnit 5.3.

5.2 Fortolkningsudfordringer

Ud over de ovenstående faktorer, som vedrører regionernes behandling og indberetning af sygehusenes data omkring belægning, så tydeliggjorde interviewene, at selvom alle sygehuse følger Fællesindholdet som udgangspunkt i deres definitioner af belægningsdata, så er der meget forskellige udmøntninger af de rammer, som Fællesindholdet sætter for definitioner af indlagte og senge.

I dette afsnit gennemgås de forskelle der er mellem sygehusene, når det gælder deres lokale udmøntning af rammerne sat op af den nationale statistik, og som har konsekvens for belægningsopgørelserne. Bilag 8.4 viser en detaljeret gennemgang af de væsentligste begreber og hvordan disse håndteres lokalt på sygehusene.

Der er tre væsentlige forskelle, som har afgørende betydning for, hvorfor det er vanskeligt at sammenligne niveauet for belægningsgraden mellem sygehuse og mellem regioner:

- Disponible senge – forskel i hvordan sygehusene anvender disponible senge
- Forventning til belægningsgrad på et sengeafsnit – forskel i den forventede belægningsgrad
- Fælles akutmodtagelse – forskel i registrering af, hvornår en patient er indlagt

5.2.1 Disponible senge – forskel i hvordan sygehuse anvender disponible senge

Der er afgørende forskel i den måde, man anvender disponible senge. På nogle sygehuse anvendes begrebet disponible senge ikke. Det betyder, at det disponible sengeantal er lig med det normerede sengeantal. På andre sygehuse korrigeres de disponible senge for en række faktorer – fx 5 døgnsejge, ved ombygninger, ved ferielukninger, ved længerevarende sygdom eller vakanser eller hvis isolationspatienter eller terminale patienter optager en hel sengestue.

Boks 4 nedenfor viser et fiktivt eksempel på, hvordan forskellige håndteringer af begrebet disponible senge kan medføre forskelle i antallet af disponible senge, og dermed få betydning for niveauet for belægningsgraden.

Boks 4. Eksempel på forskellige håndteringer af disponible senge og konsekvenser.

Figur 8 viser et fiktivt sengeafsnit med 28 normerede senge angivet for en måned. Der er tale om et sengeafsnit med følgende situation:

- Der er 6 5-døgnsenge, der er lukkede lørdage og søndage.
- Der er ferielukket med 8 senge i den fjerde uge af måneden ifm. fx Påske.
- Der har været vakante stillinger i en længere periode, og derfor er der lukket 4 senge i de første 14 dage af måneden, indtil stillingerne er besatte pr. den 15. i måneden, hvor sengene åbnes igen.

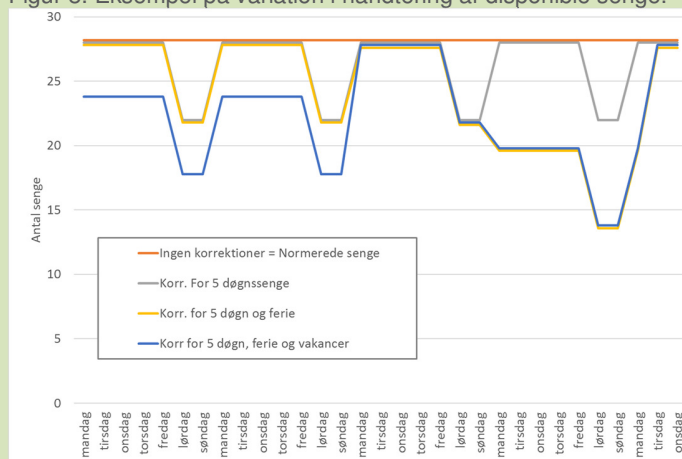
De 4 kurver i figuren angiver, hvordan 4 forskellige sygehuse ville opgøre de disponible senge i forhold til den praktiske håndtering af ovenstående situation.

- Sygehus 1 vælger ikke at korrigerer for noget, hvorfor disponible senge er lig med normerede senge og vises i den røde kurve.
- Sygehus 2 vælger at korrigerer for 5 døgnsenge, således at de disponible senge følger den grå kurve.

Sygehus 3 vælger at korrigerer for både 5-døgnsenge og ferielukningen, således at de disponible senge følger den gule kurve.

Sygehus 4 vælger at korrigerer for både 5-døgnsenge, ferielukning og for vakante stillinger, hvorved det disponible sengeantal følger den blå kurve.

Figur 8. Eksempel på variation i håndtering af disponible senge.



Ovenstående eksempel betyder, at det gennemsnitlige antal disponible senge i eksemplet varierer fra 28 for Sygehus 1 til 22,6 for Sygehus 4. Det medfører, at den gennemsnitlige belægningsgrad varierer fra 78 pct. for Sygehus 1 til 96 pct. for Sygehus 4, til trods for at der er det samme antal indlagte i alle 4 tilfælde*.

Tabel 5. Gennemsnitligt antal disponible senge og gennemsnitlig belægningsgrad.

Sygehus	Gennemsnitlig disponible senge	Gennemsnitlig belægningsgrad
Sygehus 1	28,0	78 %
Sygehus 2	26,5	82 %
Sygehus 3	24,4	89 %
Sygehus 4	22,6	96 %

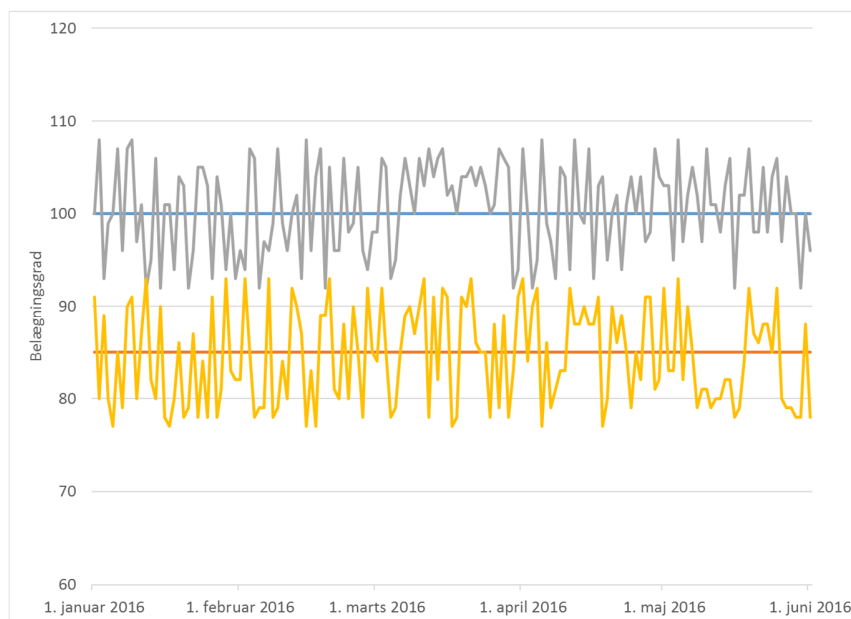
* Eksemplet er ikke udtryk for, at vi forventer forskelle i belægningsgrader mellem sygehusene på dette niveau relateret til forskellige i håndtering af disponible senge, men er alene lavet for at anskueliggøre virkningen af at anvende begreberne forskelligt.

Denne analyse har ikke undersøgt nærmere, hvor store udsving der er i praksis mellem sygehuse som følge af den forskellige håndtering af disponible senge. Det vurderes, at den største effekt på forskelle i belægningsgrader formentlig skyldes korrektion for 5-døgssenge, korrektion for sygdom/vakancer samt korrektion for isolationspatienter og terminale patienter. Forskelle, som følge af ferielukninger, er primært relateret til juli måned (eventuelt august) samt Jul og Påske. Forskelle, som følge af ombygninger, har måske mindre betydning, idet de ikke sker ofte.

5.2.2 Forventning til belægningsgrad på et sengeafsnit – forskel i den forventede belægningsgrad

En afgørende faktor for at forstå forskelle i niveauet for belægningsgrad mellem sygehuse er det niveau, som de enkelte sygehuse forventer den gennemsnitlige belægningsgrad ligger på.

Figur 9. Fiktivt eksempel på forskellige niveauer for forventet gennemsnitlig belægningsgrad og de daglige belægningsgrader.



Undervejs i interviewrunden blev vi præsenteret for en række forskellige måder at fastlægge den forventede belægningsgrad. På nogle sygehuse er det forventningen, at den gennemsnitlige belægningsgrad vil ligge på 85 pct. På andre sygehuse er det forventningen, at den gennemsnitlige belægningsgrad er på 100 pct. Imellem disse to yderpunkter ligger alle resterende sygehuse – uden dog at niveauet nødvendigvis er eksplicit fastlagt.

Figur 9 viser et fiktivt eksempel på belægningsgraden for et sengeafsnit, hvor den gennemsnitlige belægningsgrad ligger på 100 pct. samt et eksempel for et andet sengeafsnit, hvor den gennemsnitlige belægningsgrad ligger på 85 pct.

Det betyder helt konkret, at belægningsgrader kan variere med 10 - 15 procentpoint mellem sygehuse i en situation, hvor belægningen alene rammer det forventede niveau, og dermed at aktiviteten – må det forventes – modsvarer de ressourcer, der er stillet til rådighed til at håndtere det forventede antal patienter.

Det betyder således også, at det ikke er muligt at vurdere om en belægningsgrad på 100 pct. på et sygehus er en mere travl situation end en belægningsgrad på 90 pct. på et andet sygehus. Det afhænger primært af, hvad forventningen og dermed også, hvad der blev forventet i forhold til ressourcefordelingen. Se Boks 5 for en uddybning heraf.

Boks 5. Forskelle i den forventede gennemsnitlige belægningsgrad og konsekvens for patientbehandling og patientsikkerhed.

Som det fremgår af Bilag 8.4, så er der stor forskel på forventningen til den gennemsnitlige belægningsgrad. Samtidig er der mellem hospitaler og regioner ikke nogen entydig metode til at fastsætte personalenormeringen på et sengeafsnit.

Det har som konsekvens, at den faktiske belægningsgrad ikke kan sige noget entydigt om, hvorvidt det ene sengeafsnit er bedre stillet i forhold til ressourcer og/eller bedre styret. En vurdering heraf forudsætter lokal viden om bl.a., hvordan sengeafsnittet er bemandet, og hvad forventningen til belægningsgraden har været.

I forhold til at kunne sige noget om patientbehandlingen og patientsikkerhed er der herudover spørgsmålet om personalets kompetence, vakante stillinger og ikke mindst patienternes behandlings- og plejebehov. Forhold som ikke kan opfanges i et belægningsbegreb og som i øvrigt er vanskelige at opgøre.

Det er ligeledes vanskeligt at sige noget om konsekvensen ved overbelægning, hvis ikke der er overblik over omfanget af bufferkapacitet. Sygehuse, der har buffersenge – ud over de normerede senge – vil ved overbelægning alt andet lige være bedre stillet end et sygehus uden bufferkapacitet. Buffersenge er det antal sengepladser, udover de normerede sengepladser som er til rådighed på et sengeafsnit. Omfanget og anvendelsen af buffersenge varierer mellem afsnittene/sygehusene.

5.2.3 Fælles akutmodtagelse – forskel i registrering af, hvornår er patienten indlagt

Et tredje eksempel på, hvordan forskelle i registrering har betydning for belægningsgraden vedrører fælles akutmodtagelser. Det handler om, hvorvidt patienterne registreres som indlagte eller som akut ambulante. Hvis patienterne registreres som indlagte, så vil de indgå i det samlede antal indlagte og dermed – alt andet lige – øge belægningsgraden. Hvis patienterne omvendt registreres som akut ambulante, så vil de ikke indgå i det samlede antal indlagte og dermed – alt andet lige – reducere belægningsgraden.

Som det fremgår af oversigten i Bilag 8.4, er der stor forskel på, hvordan patienter registreres i de fælles akutmodtagelser. Hertil kommer en tilknyttet udfordring i, hvordan senge opgøres i en akutmodtagelse. Dette emne er ikke belyst, da det ikke var en del af analysen, men det kom tydeligt frem i interviewene, at dette håndteres meget forskelligt mellem sygehusene.

Opsamling på fortolkningsudfordringer

Generelt for alle tre ovenstående eksempler er, at metodevalget er principielt underordnet for den lokale styring på sygehuset, så længe der lokalt er enighed om, hvordan man tolker begreber og tal. Imidlertid får det afgørende betydning for sammenligninger på tværs af sygehuse og på tværs af regioner.

Rehfeld identificerer to mulige løsninger i relation til den nationale belægningsopgørelse:

1. Man kan vælge at præcisere og ensrette begreberne samt – ikke mindst – anvendelsen af begreberne. Det vil for belægningsdata betyde, at alle sygehuse skal anvende begreberne på præcis samme måde. Med andre ord, må alle sygehuse fx håndtere disponible senge ved at korrigere på en ensartet måde. Derudover må alle sygehuse beslutte sig for den samme gennemsnitlige langsigtede belægningsgrad for de samme typer af sengeafsnit, således at data kan vurderes ens. Dette vurderes at være vanskeligt også i lyset af, at det forudsætter, at hele konceptet om buffersenge skal håndteres ensartet, ligesom det også rejser en diskussion om, hvorvidt ressourcer også forudsættes tildelt på en ensartet måde mellem afdelingerne.

2. Man kan vælge at fastholde de nuværende - ikke præcise - begreber og acceptere at anvendelsen er forskellig fra sygehus til sygehus. Det har som konsekvens, at niveauet for belægningsdata ikke kan sammenlignes mellem henholdsvis sygehusene og regionerne. Alternativt kan der fra nationalt hold fokuseres på udvikling og på processer for at reducere udsving og overbelægning.

5.3 anbefalinger – kort sigt

Rehfeld vurderer, at der på baggrund af de fundne problemstillinger og regionernes/sygehusenes svar i forbindelse med interview er nogle anbefalinger, som kan sættes i værk på kort sigt. Disse anbefalinger vil hjælpe på mulighederne for sammenligning, men der gøres opmærksom på at fortolkningsmulighederne stadig er påvirket af de faktorer, som allerede er nævnt.

Boks 6. Anbefalinger på kort sigt.

- Sundhedsdatastyrelsen bør sørge for, at opdateringen på eSundhed følger indberetningen bedre(månedsvist/kvartalsvist).
- Sundhedsdatastyrelsen bør indskærpe, at det korrekte antal senge kl. 23 før en lukkedag lig med nul.
- Sundhedsdatastyrelsen bør forestå, at der findes et fælles format til indberetning.
- Sundhedsdatastyrelsen bør indskærpe regionerne, at Fællesindholdet bør følges med hensyn til orlovspatienter.
- Regionerne/sygehusene kan med fordel benytte andre sengebegreber, hvor man justerer i kapaciteten, hvis de ikke benytter normerede eller disponible senge lokalt.
- Sundhedsdatastyrelsen bør ændre datapræsentationen, således at den fokuserer på udvikling over tid i forhold til om de enkelte sygehuse lykkes med at reducere omfanget af overbelægning.

I det følgende gennemgås de enkelte anbefalinger enkeltvist.

Sundhedsdatastyrelsen bør sørge for, at opdateringen på eSundhed følger indberetningen bedre(månedsvist/kvartalsvist).

Regioner, som fast indberetter til Sundhedsdatastyrelsen månedligt, må vente på at få resultater af indberetningen. Dette giver meget lidt incitament til at indberette fast. Det er derfor Rehfelds anbefaling, at opdateringen af belægningstallene følger indberetningen med en månedsvis publicering på eSundhed.

Sundhedsdatastyrelsen bør indskærpe, at det korrekte antal senge kl. 23 før en lukkedag lig med nul.

En seng, der er lukket dagen efter, er også lukket kl. 23 dagen før. Patienten er gået hjem. Det skaber slør i statistikken, hvis dette læses som ledig kapacitet. Rehfeld anbefaler, at regionerne tilpasser antallet af senge, hvor det er nødvendigt. Dette kan eventuelt gøres ved at lave en algoritme, som finder afsnit, hvor den følgende dag er nul.

Sundhedsdatastyrelsen bør forestå, at der findes et fælles format til indberetning.

Rehfeld anbefaler, at der vedtages et fælles format udover SEI, således at de nuværende formatproblemer i fx Excel undgås. Dette kan gøres ved at Sundhedsdatastyrelsen beskriver ét fælles format – fx semikolon separeret tekstfil.

Sundhedsdatastyrelsen bør indskærpe regionerne, at Fællesindholdet bør følges med hensyn til orlovspatienter.

Rehfeld anbefaler, at Fællesindholdet følges med hensyn til indberetning af orlovspatienter. Generelt bør uenighed i hensigtsmæssigheden i opgørelsesmetoden diskuteres i regi af Danske Regioner og Sundhedsdatastyrelsen. Region Syddanmark har i forbindelse med godkendelsen af interviewresultaterne valgt fremadrettet at ændre opgørelsesmetoden, således at antal patienter udtrækkes eksklusiv orlovspatienter.

Regionerne/sygehusene kan med fordel benytte andre sengebegreber, hvor man justerer i kapaciteten, hvis de ikke benytter normerede eller disponible senge lokalt.

Ovenstående anbefalinger på kort sigt vil betyde, at belægningsstatistikken vil indeholde:

- Mere tidstro data
- Mere sammenlignelige data
- Mindre uforklarlig variation

Det kan imidlertid ikke løse den omstændighed, at der er niveauforskelle, og at der er mange forskellige fortolkninger af, hvad overbelægning betyder for patienten.

Det anbefales endvidere at anvende de eksisterende belægningstal til mere konsekvent at se på udviklingen i belægningsgraden. I takt med at mange sygehuse arbejder med flow på sygehuset, vil det give mening at udvikle en statistik, som tager udgangspunkt i forbedringsmodellen, fx med statistisk proces kontrol (SPC).

5.4 Anbefalinger – på længere sigt

På længere sigt vil Rehfeld anbefale, at der arbejdes med at definere det eller de spørgsmål, som man fra centralt hold ønsker besvaret ved en national statistik. Belægningsgraden er en relativ upræcis statistik i forhold til at kunne tolke patientsikkerhed og patientoplevels kvalitet.

Boks 7. Anbefalinger på langt sigt.

- Sundhedsministeriet bør fremadrettet afklare hvilket spørgsmål den nationale statistik skal kunne besvare.
- Sundhedsdatastyrelsen bør undersøge mulighederne for, at den nationale statistik fremadrettet kan indhentes gennem Landspatientregisteret, hvor sygehuse allerede indberetter.

I det følgende gennemgås de enkelte anbefalinger enkeltvist.

Definér det eller de spørgsmål som den nationale statistik skal besvare

Det er vigtigt at definere og klargøre den problemstilling man ønsker at håndtere ved hjælp af data vedr. belægningen. Hvis man fx ønsker at vide, om der er patienter, der overnatter på gangen på et sygehus, så er den nuværende belægningsgrad et meget upræcist svar på dette spørgsmål. Mulighederne for at indhente en ændret national statistik omkring kapacitet/belægning bør drøftes med regionerne og sygehuse.

Undersøg mulighederne for at den nationale statistik kan indhentes gennem LPR, hvor sygehuse allerede indberetter

Rehfeld anbefaler, at det overvejes, om der kan ske en indberetning gennem Landspatientregisteret (LPR), da dette vil sikre højere kvalitet, frekvens og i øvrigt spare regioner og sygehuse for manuel indberetning.

Rehfeld finder endvidere at spørgsmålet omkring patienter, som overnatter på gangene, er et relativt mere præcist spørgsmål, som ovenikøbet indberetningsmæssigt har to fordele:

- Det ville kunne lade sig gøre at komme hurtigt i gang med at indhente oplysningerne, hvis dette gøres manuelt. Region Sjælland har allerede erfaringer med at indhente disse oplysninger manuelt via kapacitetskonferencerne. En manuel indhentning vil således betyde, at relativt mange mennesker på sygehusene skal organiseres omkring det, så det er bestemt ikke uden anvendelse af ressourcer.
- Der er tale om registreringer, som umiddelbart ville kunne være en del af indberetningen til LPR, som dermed vil forenkle processen for indsamling af data.

Spørgsmålet om patienter på gangene gennemgås i kapitel 6 umiddelbart herefter.

Hvis det ønskes at bevare den nuværende statistik, anbefaler Rehfeld, at der arbejdes på at gøre alle begreber mere operationaliserbare end de er i dag.

- Sammenlignelige fælles akutmodtagelser kan man kun opnå, hvis der fastlægges regler for, hvordan patienter skal registreres. Det vurderes, at der i dag registreres meget forskelligt mellem regioner og sygehuse. Der kan være et økonomisk incitament til at indlægge patienterne, idet DRG-taksten for indlagte patienter alt andet lige vil være højere end for ambulante patienter. Modsat er der lang færre arbejdsgange ved akutambulante patienter, hvilket for andre sygehuse vejer tungere.
- Sammenlignelige kliniske afdelinger kan man kun opnå, hvis man opstiller regler for hvad der kan registreres som normerede og disponible senge, og i øvrigt hvordan disse skal registreres lokalt. Det skal således defineres hvilke forhold, der kan betyde tilretninger i antallet af disponible senge. I dette tilfælde skal man dog være opmærksom på at flere sygehuse ikke benytter senge i styringsøjemed.

6 Patienter på gangen

Det har været et ønske at kortlægningen af belægningsopgørelser også indeholdt en gennemgang af, hvordan sygehusene håndterer og overvåger patienter på gangen. I det følgende gennemgås de erfaringer, som sygehusene har gjort sig, og der gives en vurdering af muligheden for en national overvågning af omfanget af patienter på gangen.

6.1 Erfaringer

Patienter på gangene er et problem, hvis de opholder sig på gangene om natten. Alle sygehuse i interviewrunden er enige om, at patienter på gangene i dagtimerne og/eller ”i transit” ikke skal adresseres som et patientsikkerhedsproblem på samme måde som patienter, der overnatter på gangen. Det gælder fx i forbindelse med modtagelse af patienter, hvis patienterne venter på transport og/eller undersøgelser, eller hvis patienterne venter på at udskrevne patienter tager hjem ol.

Derimod er der generel enighed om, at patienter der overnatter på gangene om natten – eller mere præcist i et rum, der ikke er indrettet til sengestue med ilt, sug og kald – udgør en risiko for patientsikkerheden.

Konkrete erfaringer med opgørelse af patienter på gangen

Få af de sygehuse og regioner, vi besøgte, følger systematisk op på omfanget af patienter på gangene. Det var oplevelsen, at der generelt er meget stor forskel på omfanget af patienter på gangene mellem regioner og sygehuse.

Nogle regioner og sygehuse oplever ikke, at der er patienter på gangene, fordi de arbejder systematisk med flow og belægning, og/eller fordi der er tilstrækkelig med bufferkapacitet til at håndtere eventuelle ubalancer, uden at skulle have patienter på gangen.

De sygehuse og regioner, der pt. ikke følger systematisk op på omfanget af patienter på gangene siger samstemmende, at de pt. ikke oplever politisk bevågenhed på omfanget.

Region Sjælland har som den eneste region en aftale om løbende indberetning fra sygehusene af omfanget af patienter på gangene, se Boks 8.

Ud over erfaringerne fra Region Sjælland, har Regionshospital Nordjylland, nærmere betegnet Sygehus Thy-Mors også arbejdet med at indsamle informationer om antallet af patienter, der overnatter på gangene.

Boks 8. Region Sjællands erfaringer med at indsamle data om patienter på gangene.

Siden 2015 er det i Region Sjællands driftsaftaler med sygehusene aftalt, at der følges op på ”overnattende patienter på gangene på alle afdelinger, som har døgnåbne senge”, dog eksklusiv akutmodtagelserne.

I praksis skal sygehusene indberette patienter, der ligger på en gang eller et rum, som ikke er indrettet til sengestue kl. 23 og som fortsat ligger samme sted næste morgen.

Sygehusene sender en gang om måneden oplysningerne til regionen, som udarbejder et notat til Regionsrådet med oplysninger om niveau og udvikling i omfanget af patienter, der overnatter på gangen.

På de to sygehuse vi besøgte i Region Sjælland blev oplysningerne fra starten af indsamlet via de daglige kapacitetskonferencer. Imidlertid har Holbæk Sygehus udviklet en automatisering til deres kliniske logistiksystem, Imatis, der sikrer en automatisk indsamling af oplysningerne om overnattende patienter på gangene.

Belægningsgrad over 100 pct. er ikke ensbetydende med patienter på gangen

Alle sygehuse, der deltog i interviewrunden, siger samstemmende, at en belægningsgrad over 100 ikke kan sige noget entydigt om, hvorvidt der har været patienter på gangene.

Dette udsagn understøttes af gennemgangen af interviewet omkring begreber og metode, jf. Bilag 8.4. For det første gælder det, at på hovedparten af sygehusene er der flere fysiske sengepladser (med ilt, sug og kald) end der er normerede senge. For det andet bliver belægningsgrad udregnet på baggrund af disponible senge, som i mange tilfælde vil være lavere end det normerede sengetal.

Derfor vil der i hovedparten af tilfældene være fysisk bufferkapacitet til at håndtere de situationer, hvor der er flere patienter indlagt, end der er disponible senge.

Omvendt er der sygehuse, med sengeafdelinger og -afsnit, hvor en belægningsgrad over 100 vil være ensbetydende med patienter på gangene. Det forudsætter 1) at der ikke er buffersenge og 2) at de disponible senge er lig med de normerede senge.

Det er Rehfelds vurdering, at problemstillingen med manglende bufferkapacitet primært kan henføres til:

Konsekvenserne af hospitalsplanændringer, hvor den faktiske konsekvens af flytning af optageområde og/eller flytning af specialer viser sig at være markant anderledes end forudsat i planlægningen.

Konsekvenserne af at de fysiske rammer – i bogstavelig forstand – står i vejen for den nødvendige fleksibilitet. Det kan være ældre byggeri, der ikke giver mulighed for fleksibilitet i kapacitetsudnyttelsen mellem sengeafsnit, eller det kan være nybyggeri, hvor dimensionering (endnu) ikke passer med demografi og behov.

”Vi har ikke patienter på gangen”

Nogle sygehuse oplever, at diskussionen om senge på gangen ender med at fokusere på det forkerte. Sygehusene oplever, at de arbejder målrettet med flow og kapacitetsstyring, hvorfor patienter på gangene ikke er relevant at overvåge, da det ikke finder sted.

Sygehusenes argument er for det første, at de har tilstrækkeligt fokus på flow og kapacitet, således at overbelægning kun finder sted i sjældne tilfælde. For det andet prioriterer sygehusene at omfordele patienterne mellem sengeafsnit i tilfælde af overbelægning, således at hændelsen med en patient på en gang om natten ikke opstår.

På regionalt niveau er det ligeledes vurderingen, at der er andre udfordringer for sundhedsvæsenet, som har større konsekvens for kvaliteten i behandlingen, som bør prioriteres højere end en monitorering af patienter på gangen.

Registrering og opsamling af data om patienter på gangene

Generelt er sygehusene mere positive over for en registrering af patienter på gangen end regionerne er. Det skyldes formentlig, at sygehusene oplever en værdi i at kunne inkludere informationen på kapacitetsmøderne, samt at det kan sikre lokal bevågenhed på at undgå patienter på gangen.

Data om patienter på gangen vil umiddelbart skulle indberettes manuelt. Det vil derfor være tungt og tidskrævende med en landsdækkende monitorering.

Holbæk Sygehus har imidlertid udviklet en automatisering til deres kliniske logistiksystem, Imatis, der sikrer en automatisk indsamling af oplysningerne om overnattende patienter på gangen.

Fremadrettet vil Region Hovedstaden og Region Sjælland med Sundhedsplatformen samt Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland med deres klinisk logistik løsninger automatisk kunne opsamle informationer om patienter på gangen. Det forudsætter imidlertid:

1. at systemerne konfigureres til systematisk at håndtere en "gangplads", og
2. at data kan gemmes og trækkes ud af systemet.

6.2 Håndtering af og udfordringer ved en eventuel national indberetning af patienter på gangen

Hvis det ønskes at monitorere og følge omfanget af patienter på gangen med henblik på at reducere problemet, så anbefales det, at der spørges konkret hertil.

Der skal bl.a. aftales en meget præcis definition af en "patient på gangen", fx:

- Patienter, der opholder sig på gangen kl. 23, og fortsat opholder sig på gangene kl. 6 den efterfølgende morgen.
- Patienter på gangen er patienter, der opholder sig på gangarealer, skyllerum, opholdsrum, spisestuer mv. (altså på opholdssteder, der ikke er indrettet til og anvendes til sengeplads).

Alle sygehuse adspurgt i analysen har igangsat kapacitetsmøder, og det er flere steder en integreret del af kapacitetsmødet, at der spørges til patienter, som har overnattet på gangen. Kapacitetsmøder afholdes imidlertid de fleste steder umiddelbart kun på hverdage. Der skal derfor findes en håndtering i weekender og på helligdage også.

Der er en række problemstillinger ved at indsamle data over patienter, der overnatter på gangen:

- Alle sygehuse har udtrykt bekymring om den øgede registreringsbyrde, der fører med forslaget.
- "Man får hvad man måler". Der er en risiko for, at patienter placeres andre steder, som er mindst lige så u hensigtsmæssige ift. patientsikkerhed – jf. patientsikkerhedstrekanten i Figur 6.
- Mange sygehuse oplever, at der fx placeres 3 senge på en 2-sengs stue, hvilket patientsikkerhedsmæssigt, hygiejnemæssigt og patientoplevelsesmæssigt kan være lige så u hensigtsmæssigt som at ligge på gangen.
- Fokus på patienter på gangene skaber en negativ dialog og fjerner fokus fra at skabe løsninger, herunder særligt ift. mediedækning.

Nogle af problemstillingerne kan imidlertid håndteres ved følgende indsatser:

- Præsentation af data for patienter på gangen skal fokusere på forbedringsarbejde og udvikling, fx som SPC (statistisk proces kontrol).
- Opfølgning på patienter på gangen skal også inkludere særlig bevågenhed på de sygehuse, der lykkes. Hvorfor lykkes de? Og hvordan kan man synliggøre og udbrede succesfulde løsninger?
- Opfølgning skal suppleres med data, der fokuserer på løsninger og patientflow.

Boks 9. Anbefalinger vedrørende patienter på gangen.

- Det anbefales, at opgørelser af belægningsgrad ikke anvendes til en vurdering af omfanget af patienter på gangen.

Såfremt det ønskes at monitorere og følge omfanget af patienter på gangene om natten, så anbefales det, at Sundhedsdatastyrelsen spørger konkret hertil. Det anbefales, at Sundhedsdatastyrelsen aftaler en meget præcis og entydig definition med regionerne af "patienter der overnatter på gangen om natten". For at undgå de uheldige incitament, som kan opstå af målstyring, anbefales det, at en eventuel monitorering fra Sundhedsdatastyrelsen fokuserer på 1) at finde løsninger på flow, 2) at monitorering understøtter forbedringsarbejdet og 3) at der skabes viden og værktøjer, der kan hjælpe lokalt.

- Det anbefales at Sundhedsministeriet og Styrelsen for Patientsikkerhed, som alternativ til en national monitorering, undersøger mulighederne for at indberette patienter, der overnatter på gangen, som en utilsigtet hændelse på lige fod med den række af uheldsmæssige forhold, der kan være i patientbehandling og pleje i øvrigt, jf. Dansk Patientsikkerhedsdatabase.
- Det anbefales, at Sundhedsdatastyrelsen undersøger, hvorvidt indberetningen af patienter, der overnatter på gangen om natten, fremadrettet kan foretages via Landspatientregistret.

7 Sygehusenes arbejde med flow

I den politiske aftale om akutpakke mod overbelægning er det aftalt, at der skal udvikles og udbredes lokale værktøjer, der kan styrke sygehusenes overblik over belægningssituationen, og understøtte en bedre udnyttelse af senge og personale⁵.

Rehfeld har på den baggrund undersøgt, hvilke redskaber sygehusene anvender for at understøtte og forbedre patientflow, for derigennem at forsøge at undgå konsekvenser af overbelægning og patienter på gangene.

I interviewene med de 10 sygehuse er der spurgt ind til deres erfaringer med mål og indikatorer, som kan bidrage til at skabe overblik over og forbedre flow på sygehuset.

I det følgende afsnit gennemgås sygehusenes erfaringer med kapacitetskonferencer. I afsnit 7.2 gennemgås mulighederne for at dataunderstøtte kapacitetsarbejdet, og endelig i afsnit 7.3 præsenteres erfaringer med flowdata.

Gennemgangen med de 10 hospitaler har afdækket en række generelle behov. Der mangler effektive løsninger til at sikre aktuelt overblik over belægningssituationen døgnet rundt. Der er samtidig endnu ingen effektive løsninger på dataopsamling til brug for analyser og erfaring med flowstyring. Alt for mange hospitaler skal samle informationer fra 3-4 systemer for at kunne stykke patientforløbene sammen.

Boks 10. Anbefaling vedrørende flow- og kapacitetsstyring.

- Rehfeld anbefaler at regionerne og sygehusene systematisk arbejder med metodeudvikling og erfaringsopsamling vedrørende flow og kapacitetsstyring. F.eks. med de metoder, der er anvendt i Patient Sikkert Sygehus, herunder læringsseminarer og læringsnetværk.

⁵jf. side 2 i Aftale om Akutpakke mod Overbelægning.

7.1 Erfaring med kapacitetskonferencer

Alle sygehuse – både dem, der har været med i Sikkert Patientflow projektet og dem, der ikke har været med i projektet – har igangsat tavlemøder og kapacitetskonferencer. Se Boks 11 nedenfor for nærmere introduktion hertil. I Bilag 8.6 findes et overblik over, hvordan de 10 sygehuse arbejder med kapacitetskonferencer, herunder bl.a. om de har ansat flowkoordinatorer, samt hvordan overbelægning håndteres.

Kapacitetskonferencen opleves som et særdeles nyttigt og effektivt mødefora til at fremme en forståelse af, at man er et fælles sygehus, og at patienterne er en fælles opgave. Et "vi" frem for "dem og os". Mange sygehuse fremhævede ligeledes effekten af relationel koordinering⁶. Med andre ord forudsætter en løsning på kapacitetsproblemerne i høj grad også at der arbejdes med kulturen på sygehusene. Forudsætningen for succes er således også ledelsesopbakning, organisering og implementering.

Et effektivt set-up vedrørende kapacitetskonferencen er karakteriseret ved at:

- Alle afdelinger – også diagnostik og støttefunktioner – er repræsenteret.
- Der er klarhed over, hvad der kan drøftes på mødet, og hvad der skal håndteres efterfølgende.
- Der er klarhed over, hvordan man vælger at håndtere eventuel overbelægning.
- Tydeligt overblik over data (fx et regneark, der passer med skærmen, så der ikke skal "scrolles op og ned").

Men succes forudsætter også:

- At der er fokus på kapacitetsstyring hele døgnet rundt og ikke bare på selve konferencen.
- At der er helt entydig ledelsesopbakning.
- At flowkoordinatorer opleves som en god investering på de sygehuse, der har ansat koordinatorer.

⁶ "Relationel koordinering er (med afsæt i egen faglige funktion) at kommunikere og handle med henblik på at integrere egen opgaveløsning ind i den store opgaveløsning. Det handler altså om at se sine opgavers betydning i forhold til den samlede ydelse til borgeren". (jf. Væksthus For Ledelse "Få mere for mindre med relationel koordinering" af Bo Vestergaard).

Boks 11. Sikkert Patientflow, tavlemøder og kapacitetskonferencer.

Redskaberne i projekt Sikkert Patientflow baserer sig på metoden Real Time Demand Capacity Management (RTDC). Den er udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI) i samarbejde med amerikanske hospitaler. RTDC gør personalet i stand til at bruge den eksisterende viden om indlæggelser og udskrivninger mere systematisk. Ved at udnytte den viden forudsiger de sundhedsprofessionelle antallet af indlæggelser og udskrivninger mere præcist. Med det resultat, at sygehuset udnytter sin kapacitet optimalt. Det øger patientsikkerheden, reducerer antallet af patienter på gangene og mindsker brugen af lånesenge. Samtidig gavner det personalets arbejdsmiljø.

Tavlemøder

De centrale redskaber i RTDC er korte (10-15 minutter) daglige tavlemøder på afdelingsniveau og kapacitetskonferencer på sygehusniveau, hvor personalet koordinerer patientforløbene.

På tavlemøderne, som foregår om morgenen, får personalet et klart overblik over, hvilke patienter, der skal hjem i løbet af dagen. Målet er at undgå indlæggelser, der ikke var planlagt, og udskrivninger, som ikke bliver til noget. Tavlemøderne giver desuden de sundhedsprofessionelle mulighed for at diskutere den enkelte patients behov i forbindelse med udskrivningen.

Kapacitetskonferencer

Når afdelingerne har holdt tavlemøder, samles repræsentanter fra afdelingerne og sygehusets ledelse til kapacitetskonference. Her gennemgår hver afdeling typisk via et skema på en storskærm sin kapacitet (forventede indlæggelser og udskrivninger), og på den måde får de sundhedsprofessionelle og ledelsen et overblik over sygehusets samlede kapacitet.

Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed, www.sikkertpatientflow.dk, Flowpakken.

Under besøgene til sygehuse og regioner har Rehfeld oplevet to overordnede måder at håndtere kapacitetsubalancer på:

- Nogle sygehuse vælger bevidst at omfordele patienter mellem sengeafsnit og -afdelinger for at sikre en udjævning af eventuel overbelægning.

- Andre sygehuse vælger ikke at omfordele, men anvender i højere grad kapacitetsmøderne til at skabe en fælles forståelse for, hvor der er ubalancer. Alternativet til omfordeling af patienter er at omfordele personalet og/eller tilføre ressourcer til de afdelinger, der har overbelægning.

De to måder afspejler det overordnede dilemma, der er i håndtering af overbelægning i relation til kapacitetskonferencer.

På den ene side et ønske om, at undgå overbelægning og behov for udjævning af belastningen på tværs af sygehuset. På den anden side et ønske om at fastholde patienterne på det fagligt rigtige sengeafsnit. Hertil kommer eventuelt oplevelsen af, at "byrden" flytter fra en afdeling til en anden. Samt de dilemmaer der opstår, hvis der mellem sygehusets afdelinger er forskellige opfattelser af, hvem der "altid skal hjælpe og aldrig selv får hjælp".

Udgangspunktet for de fleste sygehuse er, at specialespecifikke patienter så vidt muligt forbliver på de respektive specialeafsnit.

Rehfelds anbefalinger i forbindelse med kapacitetskonferencer fremgår af Boks 12.

Boks 12. Anbefalinger vedrørende kapacitetskonferencer.

- Det anbefales, at alle sygehuse implementerer erfaringerne fra Sikkert Patientflow, herunder igangsætter tavlemøder og kapacitetsmøder mv. Sygehusene skal i den forbindelse være særlig opmærksomme på tilstrækkelig med ledelsesopbakning ift. organisering og implementeringskraft for at opnå den nødvendige kulturforandring.
- Det anbefales, at sygehusene fastlægger entydige retningslinjer for processerne i flowarbejdet, herunder særligt, 1) hvordan man vælger at håndtere situationer med overbelægning og 2) hvordan man sikrer fokus på kapacitetsstyring hele døgnet rundt alle ugens 7 dage.

I Boks 13 er et eksempel fra Holland på kapacitetsstyring, hvor de prioriterer at flytte personale rundt alt efter behov – og ikke flytte patienter.

Boks 13. Flytning af personale i forhold til flytning af patienter.

Udgangspunktet for kapacitetsstyring på mange sygehuse er, at flytte patienterne hen, hvor der er plads.

Andre sygehuse vælger imidlertid at flytte personalet rundt for at sikre at patienter forbliver på det fagligt rigtige sengeafsnit, givet patienternes behandlingsbehov.

I Holland har de erfaringer med at have et helt team af sygeplejersker (en flexpool), hvis opgave er at hjælpe, hvor behovet er størst, og som kan flyttes rundt på hospitalet til de områder, hvor det vurderes at være mest nyttigt af hensyn til kapacitet og patienternes behov. Løsningen er et alternativ til den traditionelle løsning med vikarkorps, som kan rekvireres efter behov.

Den hollandske model omfatter uddannelse af sygeplejersker inden for forskellige specialer, egentlig certificering af sygeplejerskerne og indretning af afdelinger og bygninger, således at nye sygeplejersker lettere kan indgå i det daglige arbejde.

7.2 Erfaringer med dataunderstøttelse af kapacitetskonferencer

Det er Rehfelds vurdering, at der særligt er to områder, hvor data om belægning og flow har afgørende betydning for bedre kapacitetsstyring, herunder i forhold til kapacitetskonferencerne. Det gælder:

1. Overblik over kapaciteten – behov for hurtigt og retvisende overblik over kapaciteten.
2. Bedre præcision i forudsigelser om dagens udskrivninger – behov for systematisk evaluering og læring af, hvor præcist man forudsiger dagens udskrivninger.

7.2.1 Overblik over kapacitet

En væsentlig forudsætning for at kunne arbejde med kapacitet er at have et troværdigt og tidstro overblik over antallet af patienter. Særligt, hvis der arbejdes med at omfordele patienterne ved overbelægning.

Der er imidlertid meget stor forskel på, hvor godt overblik der er på sygehusene. Tabel 7 viser forskellen mellem sygehusene for hvordan de skaber overblik over belægningssituationen. Og i bilag 8.5 er der en detaljeret gennemgang af dataløsning for hvert enkelt sygehus.

Tabellen viser i den ene ende sygehuse, som kun kan skaffe overblik på kapacitetsmøderne en gang i døgnet, og som på øvrige tidspunkter må ringe rundt for at skabe overblikket.

I den anden ende er der sygehuse, som har mulighed for at tilgå et online belægningsoverblik i realtid. Det vil sige, at principielt alle medarbejdere på ethvert tidspunkt af døgnet kan få et overblik over den aktuelle belægningssituation.

Flere sygehuse anvender patientadministrative data (PAS) til at skabe overblik i noget, der er tæt på realtid. Men der er en afgørende forskel på at anvende data fra kliniske logistiksystemer og PAS data. Med mindre der er en automatisk kobling mellem de to systemer, må informationer fra kliniske logistiksystemer opfattes som mest troværdige. Det skyldes, at kliniske logistik data anvendes i dagligdagen til hele tiden at sikre det bedst mulige overblik over patienterne, hvorfor disse data også bliver opdateret løbende. Hvorimod PAS systemerne ikke nødvendigvis bliver opdateret lige så hurtigt, primært fordi det ikke har nogen praktisk konsekvens, hvis ikke opdateringen finder sted med det samme.

Tabel 7. Hvordan skabes der overblik over den aktuelle belægningsituation på hele sygehuset?

Hvilke systemer understøtter <u>overblik</u> over den aktuelle belægningsituation på <u>hele sygehuset</u> ?	Hvor findes overblik?	Hvilke sygehuse har hvilke muligheder?
P.t. ingen systemunderstøttelse til sygehusoverblik	Overblik skabes på de daglige kapacitetskonferencer – på hverdage	Odense Universitetshospital Sygehus Lillebælt Århus Universitetshospital Regionshospital Nordjylland**
Online tilgængelig 1 gang i timen – info fra PAS system*	Tilgængeligt online	Bispebjerg Hospital Nordsjællands Hospital Næstved, Slagelse, Ringsted Sygehus
Online tilgængeligt i realtid – info fra kliniske logistik systemer	Tilgængeligt online	Hospitalsenheden Horsens Holbæk Sygehus+ Aalborg Universitetshospital++

* Forudsætter at PAS systemet er opdateret.

** I Regionshospital Nordjylland findes der også en automatisk mailudsendelse 3 gange om dagen med info fra PAS systemet. Sygehuset har også mulighed for at trække en belægningsopgørelse fra PAS systemet. Det forudsætter, at medarbejdere med adgang til systemet trækker en rapport.

+ Belægningsoverblikket er pt kun tilgængeligt for direktionen på Holbæk Sygehus.

++ Belægningsoverblikket er tilgængeligt for medarbejdere, der direkte er involveret i arbejde med flow og kapacitet i akutmodtagelse og sengeafsnit.

Kilde: Informationerne er indsamlet på interviewrunden til de 10 sygehuse. Se detaljeret oversigt over de enkelte sygehuses løsninger i Bilag 8.5.

Hospitalsenheden Horsens har i mange år arbejdet målrettet for at forbedre informationer og viden på tværs af sygehuset. Det har udmøntet sig i udviklingen af klinisk logistik, der er implementeret på alle sengeafsnit på hele sygehuset – se Boks 14.

Alle regioner arbejder pt. med løsninger, der fremadrettet sikrer, at alle sygehuse i regionerne har adgang til belægningsoverblik i realtid med data fra de kliniske logistiksystemer. Det fremgår af gennemgangen præsenteret i Tabel 8.

Boks 14. Kort introduktion til formålet med klinisk logistik.

På Hospitalsenheden Horsens og i Region Midtjylland præsenteres formålet med klinisk logistik med følgende sætning: "Det lange og gennemsigtige hospital - klar videndeling gennem hele forløbet".

Klinisk logistik fokuserer på flow gennem sundhedssystemet. Det er et system, der skaber overblik over patienter, personale og ressourcer på sygehuset, samt giver mulighed for kommunikation og koordination mellem sygehusets forskellige enheder.

Det er en IT-løsning, der giver realtidsopdateret her-og-nu overblik over patienter, ressourcer, behandlingsplaner og opgaver. Systemet kan tilgås fra interaktive tavler, pc, smartphones, tablets mv. og skaber dermed mulighed for overblik uafhængigt af tid og sted.

Klinisk logistik forventes at understøtte forbedringer i kvalitet og effektivitet.

- Systemet understøtter sikre overgange mellem afdelinger gennem digital overflytning og advisering.
- Det bidrager til at reducere indlæggelsestid ved større fokus på udskrivelse og sengeudnyttelse.
- Der forventes færre fejl ved digitalisering af patientflowet på tværs af afdelinger.
- Bedre ressourceudnyttelse gennem bedre overblik og transparens i akutsygehuset.

Kilde: Hospitalsenheden Horsens og Region Midtjylland.

Region Hovedstaden og Region Sjælland er i gang med implementering af Sundhedsplatformen. Med Sundhedsplatformen sker der bl.a. en integration af klinisk logistik data og PAS data. Sundhedsplatformen vil på sigt kunne sikre et realtidsoverblik over belægningsituationen, men det forudsætter, at der sker et aktivt tilvalg, herunder udvikling af præsentationsformat i Sundhedsplatformen, således at alle kan tilgå et belægningsoverblik i realtid. Dette er formentlig tilgængeligt på alle hospitaler fra 2018.

Region Midtjylland og Region Syddanmark er i gang med at implementere klinisk logistik i hele regionen, og Region Nordjylland har besluttet at implementere klinisk logistik. Dette vil sikre en belægningsoverblik i realtid, analogt til det overblik, der i dag er tilgængeligt på Hospitalsenheden Horsens. Arbejdet med implementering er i fuld gang og forventes færdiggjort i løbet af de næste par år. Der er imidlertid endnu ikke en tidsplan for, hvornår informationer fra klinisk logistik kan overføres automatisk til PAS systemet, således at dobbeltregistrering undgås.

Tabel 8. Udvikling af løsninger, der sikrer belægningsoverblik i realtid.

	Hvad	Datakobling	Hypighed	Hvornår træder systemet i kraft?
Region Hovedstaden	Er i gang med at implementere Sundhedsplatformen	Sundhedsplatform indeholder funktioner fra både klinisk logistik og PAS system.	Realtid	Formentlig fra 2018
Region Sjælland				
Region Syddanmark	Klinisk logistik er fuldt implementeret på tre af regionens sygehuse og delvist implementeret på de sidste to sygehuse. Systemet udbygges løbende.	Kun delvis datakobling mellem PAS-system og klinisk logistik	Realtid	Løbende implementering. Belægningsoverblik er implementeret i løbet af 2017.
Region Midtjylland	Er i gang med at implementere klinisk logistik i alle kliniske afdelinger i regionen*	Forventes fremadrettet at koble informationer fra klinisk logistik med PAS systemet**	Realtid	Løbende implementering, der forventes tilendebragt i regionen med udflytning til det nye Universitetshospital i Aarhus i 2019.
Region Nordjylland	Har besluttet at indføre klinisk logistik i alle kliniske afdelinger i regionen.	Forventes fremadrettet at koble informationer fra klinisk logistik med PAS systemet**	Realtid	Implementering starter i kliniske afdelinger fra foråret 2017 og forventes tilendebragt 2018/19

* Udrullet på alle akutafdelinger og hovedparten af alle afsnit med stationære patienter. Ambulatorier og afsnit, der skal flyttes ud til det nye Universitetshospital i Aarhus, udestår.

** Kobling af klinisk logistik og PAS system, således at dobbeltregistrering undgås, er der ikke en fast tidsplan for.

Kilde: Informationerne er indsamlet på interviewrunden til de 5 regioner og 10 sygehuse.

Boks 15. anbefalinger vedr. belægningsoverblik.

- Indtil alle regioner har udviklet og implementeret belægningsoverblik i realtid med udgangspunkt i kliniske logistikdata, så anbefales det, at alle sygehuse på kort sigt implementerer en "second-best" løsning. Det kan være et timeoverblik med PAS data, fx som løsningen i Region Hovedstaden, eller en opsamling af klinisk logistik data, fx som løsningen på Holbæk Sygehus.
- Det anbefales, at sygehusene gør overblikket over den aktuelle belægningssituationen tilgængeligt for alle medarbejdere.

7.2.2 Bedre præcision i forudsigelser vedr. afdelingernes udskrivninger

Det centrale omdrejningspunkt for kapacitetsmødet er opgørelsen af den aktuelle belægningssituation og de planlagte/forventede indlæggelser, samt planlagte/forventede udskrivninger for hver afdeling/afsnit.

Med disse oplysninger kan den forventede belægning/overbelægning kortlægges, og der kan på baggrund heraf tages beslutning om eventuel omfordeling af patienter.

Oplysningerne om forventede indlæggelser og udskrivninger har dermed afgørende betydning for vurderingen af, hvordan en høj belægning kan eller skal håndteres. En fejlvurdering af omfanget af udskrivninger kan således betyde, at man igangsætter flytning af patienter til en anden sengeafdeling i en situation, hvor det viser sig, at flytningen ikke var nødvendig – eller omvendt. Ud over risikoen for at skabe unødigt "støj" i organisationen, er der en risiko for, at troværdigheden i forhold til værdien af kapacitetsmødet reduceres.

På en del af de besøgte sygehuse bliver data til kapacitetskonferencerne indsamlet manuelt i regneark, og der er ikke umiddelbart nogen automatisk dataopsamling eller nogen automatisk opfølgning i forhold til fx de faktisk realiserede udskrivninger.

Der kan med fordel udvikles løsninger, som opsamler information om fx forventede ind- og udskrivninger, og kobler disse informationer med de faktisk realiserede ind- og udskrivninger. Og herigennem få data til at understøtte en evaluering og en udvikling i retning af mere præcise forudsigelser.

Mange sygehuse har ansat flowkoordinatorer eller bedmanagers, som – henover dagen eller døgnnet – har ansvaret for at sikre den mest hensigtsmæssige fordeling af patienterne og undgå u hensigtsmæssige kapacitetsubalancer.

Hvorvidt flowkoordinatorer kan erstatte behovet for bedre dataunderstøtte er uklart. På den ene side reducerer tilstedeværelsen af flowkoordinatoren behovet for at tage eksplicit stilling til eventuelle flytninger af patienter baseret på morgenens kapacitetskonference. Netop fordi flowkoordinatoren kan følge udviklingen i løbet af dagen og tage beslutning såfremt behovet faktisk opstår.

På den anden side vil mere præcise forudsigelser kunne bidrage til at understøtte flowkoordinatorens rolle og hjælpe med at prioritere indsatsen.

7.3 Erfaringer med anvendelse af flowdata

I projekt Sikkert Patientflow har man afdækket tre typer af problemer relateret til manglende flow, og som kan have konsekvenser for patientsikkerhed og kvalitet i behandlingen:

- Overbelægning og/eller patienter på gangene i stamafdelingerne
- Brug af lånesenge
- Ventetid og overbelægning i akutmodtagelsen

Jf. Afsnit 3.2.2 ovenfor.

Budskabet fra projekt Sikkert Patientflow er, at der skal arbejdes med alle tre problemstillinger på samme tid. Idet fx håndtering af overbelægning i stamafdelingen ikke nødvendigvis løser det samlede problem med manglende flow.

Herudover er det også projektets anbefaling, at man skal have fokus på de uheldige virkninger af manglende flow. Det gælder bl.a. genindlæggelser.

Endelig er der en række fokusområder, der kan bidrage til at skærpe flow. Det gælder bl.a. stillingtagen til udskrivninger og tid til behandlingsplan⁸.

⁸ Kilde: "Sikkert Patientflow – Erfaringer fra et forbedringsprojekt", Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

På interviewrunden blev sygehusene spurgt ind til erfaringer med anvendelse af data relateret til patientflow med særlig fokus på, hvad der virker, og hvor der mangler viden og værktøjer. Resultaterne gennemgås nedenfor. For så vidt angår overbelægning og patienter på gangene er disse mål beskrevet i hhv. kapitel 5 og 6.

7.3.1 Andel af patienter hvor der ved indlæggelsen er taget stilling til udskrivningsdato samt forudsigelighedsprocent - antal forudsatte udskrivinger i pct. af samtlige udskrivinger

”Alle patienter, der indlægges på et sygehus, skal udskrives igen”. Det er et banalt udsagn, men spørgsmålet er, om processen for at sikre en god udskrivning på det rigtige tidspunkt, er tilstrækkeligt i fokus. Særligt i lyset af at omfanget af udskrivinger er stort, da der udskrives op til 25-35 procent af de indlagte hver dag.

Manglende systematik og manglende fokus på udskrivinger kan hurtigt bidrage til at reducere frihedsgraderne på sygehuset, fordi senge er fyldt op med patienter, der ikke er udskrevet, men hvor udskrivning potentielt kunne være håndteret⁹.

Flere sygehuse har erfaring med at fastsætte udskrivningstidspunkt. Erfaringerne er primært relateret til enkelte afdelinger eller afsnit, men er ikke systematisk anvendt på sygehusniveau. Blandt andet Hospitalsenheden Horsens har arbejdet med forudsigelser på enkelte afdelinger.

Oplevelsen er generelt, at en fastsættelse af udskrivningstidspunktet sikrer helt nødvendigt fokus på patientens forløb, og på at håndtere de opgaver, der ligger til grund for at kunne udskrive en patient.

Udfordringen med systematisk arbejde med udskrivningstidspunkt er, at de kliniske logistiksystemer ikke er gearret til indberetning og til at trække data/statistik ud.

Blandt de sygehuse, der har erfaring med målet vurderer alle, at det er et nyttigt mål, der kan fastholde fokus på udskrivningen, men at der var brug for IT understøttelse.

⁹ Vel at mærke ud over de patienter, der er færdigbehandlet, men som venter på at kunne komme hjem/til en plads i kommunen.

Boks 16. anbefalinger vedrørende stillingtagen til udskrivningsdato.

- Det anbefales, at regionerne og sygehusene sikrer den nødvendige systemunderstøttelse til dataopsamling og dataudtræk, således at arbejdet med at forudsige udskrivinger kan forbedres og udvikles på baggrund af data.
- Det anbefales, at sygehusene arbejder målrettet med at fremme arbejdsgange og processer, der sikrer rettidig udskrivning (fx patientforløbsbeskrivelser, udskrivningspakker osv.).

7.3.2 Gennemsnitlig indlæggelsestid

De fleste sygehuse anvender gennemsnitlig indlæggelsestid som en kontrolindikator til fx at sikre, at en stigning i belægningsgraden ikke kan henføres til længere liggetid, samt i forhold til en vurdering af den langsigtede udvikling.

Der var imidlertid ikke nogle sygehuse, som havde erfaring med målet relateret til den daglige kapacitetsstyring af stamafdelingerne.

I forhold til indlagte på akutmodtagelserne og akutafdelingerne er der imidlertid fokus på indlæggelsestid i relation til, hvor længe patienter bør eller kan opholde sig i akutmodtagelsen, inden de bør overflyttes til en stamafdeling eller udskrives.

7.3.3 Tid til der ligger en behandlingsplan

Flere sygehuse har erfaring med et mål for tidspunkt til der ligger den behandlingsplan. Formålet er, at den indlagte patient hurtigt bliver tilset af en seniorlæge, der sammen med det øvrige personale kan tage beslutning om den videre plan for patienten. Herunder særligt, at der hurtigt igangsættes den nødvendige diagnosticering, og at patienten overflyttes til det rigtige specialeafsnit for den videre behandling og pleje. Typisk er målet fastsat til, at der 4 timer efter indlæggelsen skal foreligge en behandlingsplan.

Udover at hurtig igangsætning af behandlingen ofte har stor betydning for behandlingens kvalitet, samt kan reducere risici i behandlingen, så er det også intentionen med målet, at reducere den ikke-sundhedsfagligt begrundede ventetid samt sikre, at patienten oplever en hurtig og kompetent beslutningsgang.

Opfølgning på om behandlingsplan igangsættes inden for tidsfristen monitoreres primært ved audits på de sygehuse, som følger op på målet. Det gør blandt andre Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler samt Holbæk Sygehus.

Der er flere udfordringer med at arbejde med en målsætning om behandlingsplan:

- Der er ikke nødvendigvis en fælles forståelse eller fælles beskrivelse af, hvad en behandlingsplan er. På nogle sygehuse er det tilstrækkeligt at patienten er set af en speciallæge, for andre sygehuse er der klare retningslinjer for behandlingsplan.
- De kliniske logistiksystemer giver ikke nødvendigvis mulighed for at registrere målet. Herunder de generelle problemer med at opsamle data fra de kliniske logistiksystemer til statistikbrug.

Boks 18. anbefalinger vedrørende behandlingsplan.

- Det anbefales at alle regioner og sygehuse arbejder med behandlingsplaner, herunder fastlægger frister for, hvornår der skal foreligge en behandlingsplan for indlagte patienter.
- Det anbefales, at alle regioner og sygehuse udvikler de kliniske logistiksystemer, således at opfølgning på fx behandlingsplan kan monitoreres. Herunder særligt at data kan samles op og trækkes ud til statistikbrug o.l.

7.3.4 Ventetid på overflytning til stamafdeling

Ventetid er relevant på stort set alle sygehuse – om end det ikke nødvendigvis behøver at være ventetid på overflytning til stamafdeling – men i lige så høj grad kan handle om ventetid på:

- at blive set af en seniorlæge
- at få blodprøvesvar
- at få taget billeddiagnostiske prøver
- at få gået tilsyn
- at få gået stuegang
- osv.

Der er blandede oplevelser af værdien af målet *ventetid på overflytning til stamafdeling*. Enkelte sygehuse oplevede ikke, at der er problemer med ventetid, idet stamafdelingerne altid er parate til at tage imod patienterne. Andre mente, at målet var mindre relevant i forhold til mål som *ventetid til diagnostik/blodprøvesvar/scanning*.

Endvidere har flere sygehuse ikke mulighed for at trække data fra klinisk logistik tavler i akutmodtagelsen, således at de kan vurdere såvel datakvalitet som monitorering af ventetider.

Enkelte sygehuse har mulighed for at trække data og har prioriteret at følge målet. Fx måler Regionshospitalet Nordjylland dagligt kl. 14, hvor mange der venter i akutmodtagelsen på at blive flyttet til en stamafdeling.

Generelt er det oplevelsen, at samkøring af data fra akutmodtagelserne, fra PAS systemer, fra laboratoriesystemer og fra billeddiagnostiske systemer er en meget vanskelig opgave. Til trods for at der er megen nyttig viden i at kunne samle op på data for patientforløbet, så er det ikke tilstrækkelig IT-understøttelse. Der er altid muligheden for journalaudits, men det er vanskeligt at opnå et dækkende billede af udfordringerne alene baseret på audits.

- Det anbefales at regioner og sygehuse udvikler redskaber til at samkøre data fra de forskellige kildesystemer til brug for bedre statistik og analysemuligheder, med det formål at få bedre overblik over hvilke typer af ventetid, der har konsekvenser for hvilke typer af patientforløb, herunder læring og erfaringsopsamling.

7.3.5 Antal/andel af patienter i lånesenge

Alle sygehusene oplever, at de af og til er nødt til at placere en patient på et andet sengeafsnit end på det sengeafsnit, som patienten umiddelbart tilhører. Ifølge Dansk Selskab for Patientsikkerhed, så udgør det at ligge i en låneseng en patientsikkerhedsmæssig risiko, man skal være opmærksom på.

Denne problemstilling skal imidlertid opvejes imod alternativet, som ofte kan være, at patienten skulle have ligget i en seng på gangen og/eller i et sengeafsnit med overbelægning¹⁰.

Opgørelsen af patienter i lånesenge er imidlertid ikke mulig for en række sygehuse, idet det her er besluttet, at såfremt en patient flyttes fra en stamafdeling til en anden stamafdeling, så flytter det lægelige ansvar til den modtagne stamafdeling¹¹. Det betyder, at patienter i lånesenge registreringsmæssigt ikke findes, men der vil med stor sandsynlighed stadig være patienter, der ligger på et andet sengeafsnit end på det specialeafsnit, som patienten umiddelbart tilhører.

Der er principielt ingen forskel mellem på den ene side sygehuse, hvor det lægelige ansvar flytter til den nye afdeling og på den anden side sygehuse, hvor det lægelige ansvar forbliver på den oprindelige afdeling. Begge steder forudsætter en flytning af en patient, og at en speciallæge fra både den afgivne og den modtagne afdeling godkender flytningen¹².

¹⁰ Herudover vanskeliggøres dette af en sundhedsfaglig diskussion der vedrører, hvorvidt det er muligt entydigt at fastlægge specialetilhør for alle patienter.

¹¹ Det gælder for alle sygehuse i Region Hovedstaden og således Nordsjællands Hospital og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, som vi besøgte.

¹² Vi har ikke mulighed for at vurdere, hvorvidt omfanget af patienter der flytter afdeling, er på det samme niveau på sygehuse, hvor behandlingsansvar forbliver på stamafdeling (hvor der registreres lånesenge) sammenlignet med sygehuse, hvor behandlingsansvaret flytter med patienten (hvor der ikke registreres lånesenge).

Det har dog konsekvens, at det ikke er muligt at overvåge antallet af patienter i lånesenge på de sygehuse, hvor behandlingsansvaret flyttes med patienten.

De sygehuse, der kan monitorere antallet af patienter i lånesenge følger omfanget, herunder både på kapacitetsmøderne og med statistiske opgørelser.

Generelt er sygehuse, der prioriterer omflytning af patienter for at undgå overbelægning mindre bekymrede for patienter i lånesenge end sygehuse, hvor der ikke i lige så høj grad fokuseres på omflytning af patienter.

7.3.6 Genindlæggelser

Alle sygehuse arbejder med monitorering af genindlæggelser på den ene eller anden måde. Alle sygehuse var imidlertid enige om, at den nationale definition var vanskelig at arbejde med, primært af to årsager: 1) fordi genindlæggelser varierer meget mellem specialer, og 2) fordi den nationale definition ikke sonder tilstrækkeligt præcist mellem forebyggelige og ikke-forebyggelige genindlæggelser. Der er en række lokale forhold, der gør sig gældende, og som vanskeliggør anvendelsen på baggrund af de generelle definitioner.

Generelt vurderer sygehusene, at det er nyttigt at analysere helt specifikke patientgrupper via fx særudtræk fra PAS systemerne for at forstå årsagssammenhænge, og derigennem skabe viden og læring mhp. forbedringsarbejde, for herigennem at undgå genindlæggelser fremadrettet.

7.3.7 Forudsigelse af inflow på sygehuset

Et emne, som vi ikke eksplicit havde beskrevet i spørgeguiden, men som flere sygehuse selv tog op, er forudsigelse af inflow på sygehuset.

Antallet af akutte patienter, der modtages på sygehuset hver dag, har af gode grunde stor betydning for, hvorvidt der bliver travlt, og hvorvidt der vil blive overbelægning eller ej. Bedre forudsigelse af inflow kan således hjælpe til en bedre planlægning af fremmøde og ressourcer, og kan dermed på samme tid sikre både en mere hensigtsmæssig diagnosticering, behandling og pleje samt en mere optimal ressourceudnyttelse.

Inflow består principielt af en række forudsigelige elementer (systematisk variation) samt af nogle tilfældige udsving. Forudsigelige elementer i en akutafdeling kan fx være:

- Der kommer flere patienter i hverdage end i weekenden.
- Der er mange patienter mandag, fordi de praktiserende læger åbner efter weekenden.
- Hverdage efter helligdage har større inflow end andre hverdage.
- Der er flere skadepatienter om foråret/sommeren, og (måske) flere ældre medicinske patienter indlagte om vinteren.
- Epidemier, vejr o.l. kan også bidrage til forudsigelighed.
- Søgning på google på ord som "influenza" kan også bidrage til at forudsige patientflow.

Givet værdien i at forudsige inflow bedre, og med mere og mere tilgængelig information samt erfaringer med Big Data, vil det være oplagt, at der arbejdes med at forstå og forudsige inflow på sygehuse bedre.

Det bør blandt andet overvejes om fælles visitation mellem sygehuse kan bidrage til at udjævne variationen i indlæggelser og derigennem sikre et mere jævnt inflow på sygehusene.

I Boks 20 nedenfor kan der læses om erfaringer fra Aalborg Universitetshospital/Region Nordjylland ifm. igangsættelse af indledende drøftelser internt og med eksterne leverandører, med henblik på at undersøge mulighederne for et konkret projekt om at forudsige patientflow.

Boks 20. Erfaringer fra Aalborg Universitetshospital.

Aalborg Universitetshospital har igangsat indledende drøftelser om at udnytte Big Data teknologier til at give troværdige prognoser af patientflowet, herunder prognoser for omfang af inflow af akutpatienter, fordeling af akutpatienter, indlæggelsestider for patienter mv.

Ligeledes er formålet at synliggøre patientflow-problemer på tværs af sygehusets afdelinger og servicefunktioner, og herigennem forbedre kapacitetsudnyttelsen. Endvidere at forbedre kapacitetsudnyttelsen gennem synliggørelse af patientflow-problemer på tværs af regionen og kommunerne (aflastningspladser, hospice-pladser o.l.).

Projektet forudsætter en effektiv IT-understøttelse af den nødvendige dataindsamling, databehandling og datapræsentation.

Generelt er det imidlertid meget få sygehuse, der har den nødvendige tid, kompetencer og økonomi til at udvikle gode løsninger på dette område. Der er endvidere store synergieffekter i at arbejde på tværs af sygehuse og regioner for at opbygge den nødvendige viden og know-how.

Bedre forudsigelse af inflow kan hjælpe til en bedre planlægning af fremmøde og ressourcer og dermed, på samme tid, sikre både en mere hensigtsmæssig diagnosticering, behandling og pleje samt en mere optimal ressourceudnyttelse.

Det anbefales, at sygehusene understøttes med viden og værktøjer på dette område.

Boks 21. Anbefalinger vedrørende forudsigelse af inflow.

- Det anbefales at Sundhedsministeriet og Danske Regioner igangsætter et udviklingsarbejde sammen med udvalgte sygehuse, som kan skabe viden og knowhow om inflow af patienter ind på sygehusene samt flow gennem sygehusene.

Rehfeld har på en studietur til Holland oplevet forskellige tilgange til kapacitetsstyring. Disse hollandske sygehuse har igennem længere tid arbejdet med kapacitet – dog overvejende ud fra økonomiske årsager – og har søgt at optimere på driften og udnyttelsen af ressourcerne gennem tilpasning af organisation og ved kapacitetsstyring. De hollandske erfaringer trækker dog i høj grad på de samme elementer som de danske.

Boks 22. Erfaringer fra Holland.

Rehfeld har arrangeret en studietur til tre hollandske sygehuse i efteråret 2016. De hollandske sygehuse er presset på økonomi og budget til at foretage optimeringer af driften gennem strukturændringer, og er umiddelbart længere end de danske sygehuse med systemunderstøttelse, oprettelse af egentlige kapacitetsplanlægningsenheder og arbejdet med specialistkulturen blandt læger og sygeplejersker.

Bl.a. ved besøgene på Bernhoven Ziekenhuis og St. Antonius Ziekenhuis var der interessant input omkring at fastslå afdelingernes kapacitetsbehov, taktisk kapacitetsplanlægning, forecast af inflow og det daglige arbejde med at tilpasse belægning og ressourcer.

Baseret på den nærværende analyse, kan Rehfeld konstatere at belægning og flow er i fokus på sygehusene såvel som i regionerne. Der er stadig plads til forbedring og nytænkning, når formålet med anvendelse af belægningen og flow fastsættes.

8 Bilag

8.1 Spørgeguide

Baggrund:

Baggrunden for vores møde er to ting:

- For det første er der fra Sundhedsministeriet et ønske om at vurdere den nuværende centrale opgørelse af belægningen på sygehusene med henblik på at sikre, at belægningstallene afspejler de faktiske forhold. Analysen skal afdække registreringspraksis og beregningsmetoder, samt beskrive muligheder for at tilpasse og udvikle den eksisterende løsning.
- For det andet er der i "Aftale om Akutpakke mod overbelægning" konkret aftalt, at der skal udvikles og udbredes lokale værktøjer, der kan styrke sygehusenes overblik over belægningssituationen, og understøtte en bedre udnyttelse af senge og personale, jf. side 2 i Aftale om Akutpakke mod overbelægning.

Formål med mødet

På mødet ønsker vi at afdække to forhold:

- 1) Hvordan registreres, defineres og anvendes belægningsdata?
- 2) Hvilke redskaber anvender I i regionen/på sygehuset for at understøtte og forbedre patientflow (og dermed forsøge at undgå konsekvenser af overbelægning/patienter på gangene)?

Ad 1. Hvordan registreres, defineres og anvendes belægningsdata?

Vi vil gerne høre om, hvilke typer af belægningsopgørelser, som I anvender i regionen/på sygehuset. Herunder særligt jeres vurdering af formål og værdi for organisationen. Vi har som før nævnt særlig fokus på den opgørelse, som sendes til Sundhedsdatastyrelsen.

Vi ønsker også at opnå indblik i de tekniske aspekter af jeres belægningsopgørelser (definitioner, hvor data kommer fra osv.). Derudover vil vi høre jeres vurdering af, hvad der er et acceptabelt udsving i belægningsprocenten.

Og vi ønsker at afdække, om I opgør "senge på gangen" og/eller, hvordan I i givet fald ville kunne opgøre dette begreb.

Endelig vil vi meget gerne runde spørgsmålet relateret til variation i kompetenceniveauer og patientsammensætning, som er mindst lige så afgørende for kvaliteten af behandling og pleje, som belægningsprocenten er.

Vi tager udgangspunkt i følgende spørgsmål:

1.1 Hvilke opgørelser anvender I på regionsniveau og på hospitalsniveau?

Emner
Til hvilket formål anvendes opgørelserne? (fx planlægning, overvågning, styring, klinisk behov)
Hvordan vurderer I kvaliteten af opgørelsen ift. anvendelsen? ("lav", "mellem" eller "høj" kvalitet)
Hvad er værdien af opgørelsen for organisationen?
Hvordan anvendes opgørelsen i det daglige kliniske arbejde?
Hvad vurderes udgifter til udvikling, implementering og drift at have været? (Udvikling: Er det under eller over 100.000 kr.? Implementering: Har det kræver over/under 200 timer at ibrugtage? Drift: Er de udgifter ud over timeforbrug?) (Er der eventuelt særlige forhold, som gør sig gældende?).
Vil opgørelsen/metoden kunne overføres til andre hospitaler/regioner?

1.2 Hvordan er data til sundhedsdatastyrelsen defineret og hvordan er øvrige belægningsopgørelser, der anvendes i region/på hospital, defineret?

Emner	Bemærkninger/spørgsmål/udddybning
Hvad er indeholdt i tælleren - antal indlagte ?	Er definition på indlagt entydig? Er afgrænsning mellem skadepatienter, indlagte patienter og ambulante patienter entydig i PAS systemet?
<i>Definition fra Sundhedsdatastyrelsen: Antallet af indlagte patienter på opholdsafdelingen opgøres dagligt kl. 23.00. Det bemærkes at indlagte patienter på orlov ikke tælles med i antal ydede sengedage. (orlov er en periode under en sygehusindlæggelse, hvor patienten kan forlade sygehuset, men hvor der ikke foretages en udskrivning). Da orlovspatienter ikke er fysisk tilstede på afdelingen, indgår de ikke i opgørelsen af belægningsgraden.</i>	Tæller orlovspatienter med i indlagte? Tæller indlagte i akutmodtagelsen med? Tæller patienter i patienthotellet med? Tæller intensiv/intermediære patienter med? Andre?
Hvad er indeholdt i nævneren - normerede og disponible senge ?	Er sengebegrebet "normerede senge" entydigt defineret på hospitalet/i regionen: Fx "Antal tilgængelige sengepladser med ilt og sug (og kald), hvor der er budget til plejepersonale". (problemstilling vedr. sengepladser der anvendes til kontor o.l.)
<i>Definition fra Sundhedsdatastyrelsen af normeret seng: Seng i et sengeafsnit til anvendelse for indlagt patient. Antallet af normerede sengepladser opgøres</i>	Er sengebegrebet "disponible senge" entydigt defineret på hospitalet /i regionen: Fx "Antal faktiske sengepladser med ilt og sug, hvor der også er budget til plejepersonale og som ikke er midlertidigt lukket".

Emner	Bemærkninger/spørgsmål/udddybning
<p>dagligt kl. 23.00. I normeringen indgår personale til overvågning og pleje. Normerede sengepladser inkluderer senge på akut modtageafsnit, senge til intensiv behandling, hotelsenge (til indlagte patienter), kuvøser samt senge på neonatalafsnit. Vugger til nyfødte på fødeafsnit og senge på opvågningsafsnit medregnes ikke til de normerede sengepladser.</p> <p>Definition fra Sundhedsdatastyrelsen af disponibel seng: En disponibel sengeplads er defineret som en seng i et sengeafsnit, som reelt er til rådighed til anvendelse for indlagte patienter kl. 23.00. (Der kan være normerede senge som ikke reelt er til rådighed i en given periode på grund af ferielukning, ombygning og lign. og disse skal derfor ikke indgå i opgørelsen af de disponible sengepladser. (Teknisk: Alle kontakter med manglende oplysninger om disponible senge (blank værdi) får variabelen sat til normerede senge.)</p>	<p>Er senge i akutmodtagelsen indregnet i antal senge? Er patienthotelsenge indregnet i antal senge? Er senge til intensiv / intermedieære patienter indregnet?</p> <p>Er der en entydig afgrænsning af begrebet "senge" i forhold til andet inventar, der anvendes i behandling og pleje: fx kuvøser, vugger, lejer, flystole, tandlægestole mv.?</p> <p>Hvornår er det nuværende normerede sengetal defineret? Og blev der samtidig taget stilling til plejenormeringen?</p> <p>Hvor ofte opdateres tallet for normerede senge? Sker det årligt i forbindelse med budgetaftaler? Bliver sengetallet justeret ved strukturelle ændringer (hospitalsplansændringer, specialeplansændringer mv.)?</p> <p>Hvor ofte opdateres tallet for disponible senge? Sker det kvartalsvis eller månedligt således at ferie og midlertidige nedlukninger kan håndteres? Eller sker det ugentlig ift. at håndtere løbende ændringer? Er der forskel på måden man opdaterer mellem afsnit/afdelinger?</p> <p>Er antallet af tilgængelige sengepladser med ilt og sug og kald større end det normerede antal senge? Med andre ord kan de fysiske rammer håndtere variation i antal indlagte patienter, når antallet af patienter overstiger antallet af normerede senge.</p>
<p>Hvad er forventningen til niveau for belægning i et afsnit/en afdelings normerede/disponible senge?</p>	<p>Hvilket gennemsnitligt belægningsniveau er forventet/forudsat i sengeafsnittene: 100% belægning 90% belægning 85% belægning andet? (Er der forskel mellem specialer?)</p>
<p>Stamafdeling og opholdsafdeling</p>	<p>Benyttes stamafdeling (lægeligt ansvar) eller opholdsafdeling (hvis patienten ligger i en seng i en anden afdeling end det lægelige ansvar)?</p> <p>Hvordan opgøres patienter i lånesenge?</p>
<p>Hvor detaljeret på afdelings/afsnits niveau kan belægningsopgørelserne vises?</p>	<p>Benyttes SHAK eller SOR eller noget helt tredje? Hvor detaljeret kan data vises på sygehus/afdelingsklassifikationsniveau?</p>

Emner	Bemærkninger/spørgsmål/udddybning
Hvor kommer data fra?	Hvor er data registreret? Regionale eller lokale PAS systemer. Andre regionale eller lokale databaser. Lokale regneark. Håndholdte opgørelser.
Hvordan beregnes en sengedag. Døgnbegreb eller bestemt tidspunkt?	Hvilken opgørelsesmetode anvendes til at definere sengedag? - Antal sengedage fra indlæggelsestidspunkt til udskrivningstidspunkt. Dog mindst en dag, hvis indlæggelse og udskrivelse er på samme dag. - Antal patienter indlagt på et bestemt tidspunkt – fx kl. 8, 12, 16 eller 23.
Beregning af belægningsprocenten	Beregnes belægningsprocenten som: "antal sengedage"/"antal senge" *100? (Hvis nej, hvad er så regnemethoden?) Tages der i beregningen højde for særlige patientgrupper som tæller med større eller mindre vægt (fx isolationspatienter el.lign.)
Hvordan vises belægningsopgørelserne - pr time, dag, uge, måned, år?	Mulige opgørelser kan fx være: Belægning i real tid eller pr time Belægning pr dag (bestemt tidspunkt eller over døgnnet) Gennemsnitlig overbelægning pr uge Gennemsnitlig overbelægning pr måned/år Antal dage med overbelægning (og underbelægning) pr uge, pr måned Andet?

1.3 Hvordan leveres data for belægning til sundhedsdatastyrelsen?

Spørgsmål	Uddybning og problematikker:
Hvordan leveres data?	Excel eller SEI Hvis Excel: Har I overvejet at anvende SEI? Er der barrierer for anvendelsen af SEI?
Med hvilken hyppighed indsendes data?	Ugentligt/månedligt/kvartalsvis?
Vil indberetningen kunne forbedres fx ved hjælp af et fordefineret excelark?	

1.4 Spørgsmål til dilemma mellem at registrere løbende tilpasning af sengetallet i forhold til at acceptere variation i belægningen.

Spørgsmål	Uddybning og problematikker:
Hvor dynamisk kan man gøre sengebegrebet (kapacitetsbegrebet) i forhold til variation i antal indlagte?	Er det meningsfuldt løbende at tilpasse normerede/disponible sengetal for at kunne tilpasse til antal indlagte? Eller skal man hellere bruge et gennemsnitligt sengetal og acceptere at belægningen vil variere i forhold til dette sengetal? Hvor stor variation kan man acceptere/forvente? +/- 5%, 10%, 15%?

1.5 Senge på gangen.

Spørgsmål	Uddybning og problematikker:
Opgør region/hospital senge på gangen?	

Spørgsmål	Uddybning og problematikker:
Hvis ja: Hvordan er begrebet defineret og hvordan er opgøres det.	Hvad er definitionen af "en seng på en gang"? Hvordan anvendes begrebet i organisationen? Hvordan opgøres senge på gangen?
Vil det være muligt at indarbejde registrering af senge på gangen i eksisterende PAS system?	Er det muligt i jeres nuværende PAS system at registrere lokale/senge på gangen? Forudsætter en registrering, at PAS systemet skal tilpasses? (pris?) Hvad skal der til for at kunne registrere informationen om senge på gangen det i nuværende eller i eventuelle planlagte fremtidige PAS systemer?

1.6 Der er mange andre forhold, der har betydning for kvaliteten af behandlingen end belægningsprocenten. Hvordan håndterer I på hospitalet / i regionen problematik omkring kompetenceniveau og "patienttyngde"?

Spørgsmål	Uddybning og problematikker:
Det er mindst lige så afgørende for kvaliteten i behandling og pleje, at kompetenceniveauet er tilstede. En lav belægningsprocent sikrer ikke nødvendigvis pr. automatik en bedre pleje og behandling i forhold til en høj belægningsprocent. Det afhænger også af kompetenceniveau blandt personalet (mange syge, mange vakante stillinger, mange vikarer, mange nyuddannede) osv. Patienternes situation og sammensætning har ligeledes stor betydning for mulighederne for at sikre god kvalitet i behandling og pleje.	Registrerer og måler I kompetenceniveau blandt medarbejdere på afsnits/afdelingsniveau på linje med belægning? Registrerer og måler I "patienttyngde" på afsnits/afdelingsniveau? Har disse forhold betydning for jeres anvendelse af belægningsopgørelserne?

Ad 2. Hvilke redskaber anvender I i regionen/på hospitalet for at understøtte og forbedre patientflow (og dermed undgå konsekvenser af overbelægning/patienter på gangene)?

Der arbejdes mange steder målrettet med patientflow, herunder særligt i forbindelse med projektet Sikkert Patientflow. Vi er interesseret i at vide mere om, hvordan I arbejder med patientflow og hvilke erfaringer I har med dette arbejde.

Erfaringer fra projekt Sikkert Patientflow

I projekt Sikkert Patientflow har man afdækket tre typer af problemer relateret til manglende flow og som kan have konsekvenser for patientsikkerhed og kvalitet i behandlingen:

- 1) Overbelægning og/eller patienter på gangene i stamafdelingerne (for mange indlagte i forhold til udskrevne i stamafdelingen)
- 2) Brug af lånesenge (hvor patienten ikke ligger på det – ift. diagnosen – rigtige sengeafsnit, men i en låneseng i en andet afsnit/anden afdeling - fx medicinske patienter i kirurgiske sengeafsnit).
- 3) Ventetid og overbelægning i akutmodtagelsen (fordi patienter ikke kan komme videre til den rigtige stamafdeling)

Budskabet fra projekt Sikkert Patientflow er, at der skal arbejdes med alle tre problemstillinger på samme tid. Idet fx håndtering af overbelægning i stamafdelingen ikke nødvendigvis løser det samlede problem med manglende flow. Herudover er det også projektets anbefaling, at man skal have fokus på de uheldige virkninger af manglende flow (fx genindlæggelser). Endelig er der en række fokusområder, der kan bidrage til at skærpe flow. Det gælder bl.a. planlægning af udskrivninger. Se Bilag 1 nedenfor for en uddybning.

I forlængelse af disse erfaringer ønsker vi derfor at høre, hvorvidt I har erfaringer med følgende mål og ikke mindst hvordan I skaffer data og hvordan I arbejder med målene?

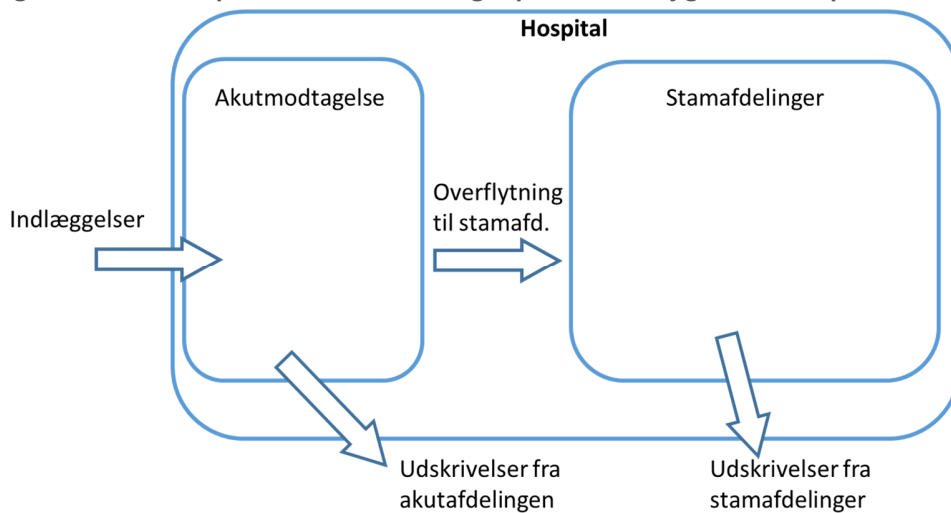
2. Mål relateret til flow

	Har I erfaring med målet?	Hvilke data anvendes og hvordan indsamles data (håndoptalt/ tilgængelig i systemer PAS, Cetrea eller lign)?	Hvordan har I anvendt det pågældende mål? (Forbedringsarbejde, ledelse/styring, patientsikkerhed, planlægning osv.)
2.1 Mål relateret til hospitalsflow			
• Andel af pt. hvor der er taget stilling til udskrivelse/planlægning heraf.			
• Forudsigelighedsprocent (antal forudsatte udskrivninger i pct. af samtlige udskrivninger)			
• Gennemsnitlig indlæggelsestid			
• Andre?			
2.2 Mål relateret til overbelægning			
• Overbelægning (fx kl. 23, i døgnet eller pr måned)			
• Patienter på gangene			
• Andre?			
2.3 Mål relateret til ventetid og overbelægning akutafdelingen:			
• Tid til der ligger en behandlingsplan			
• Ventetid på overflytning til stamafd.			
• Andre?			
2.4 Mål relateret til låsesenge:			
• Antal/andel af patienter i låsesenge			
• Andre?			
2.5 Mål relateret til konsekvens af for hurtige udskrivninger			
• Genindlæggelser			
• Andre?			

Bilag 1 til spørgeguide. Erfaringer fra projekt Sikkert Patientflow

En simpel beskrivelse af flowet for indlagte patienter på et hospital fremgår af Figur 1. Patienterne modtages i Akutmodtagelsen og bliver triageret og diagnosticeret. Dernæst beslutes det, om de skal overflyttes til en stamafdeling eller de kan behandles færdigt og udskrives direkte fra Akutmodtagelsen. Overflyttes de til stamafdelingen, vil de modtage den nødvendige behandling og pleje og dernæst blive udskrevet fra stamafdelingen.

Figur 1. Skematisk præsentation af indlagte patienters vej gennem hospitalet *



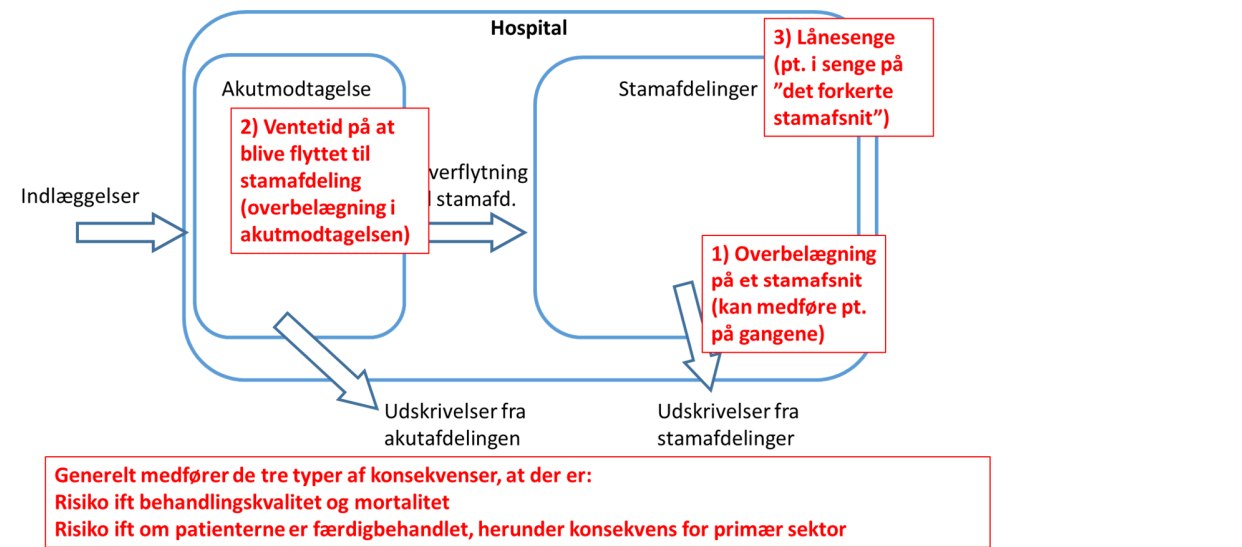
*) Der ses umiddelbart bort fra de parakliniske aktiviteter.

I projektet Sikkert Patientflow viser erfaringer fra de deltagende hospitaler, at manglende patientflow slår ud på tre områder, som kan have konsekvenser for patientsikkerhed og kvalitet i behandlingen. Det gælder:

- 1) Overbelægning i stamafdelingerne (for mange indlagte i forhold til udskrevne i stamafdelingen)
- 2) Brug af lånesenge (hvor patienten ikke ligger på det rigtige sengeafsnit, men i en låneseng på et andet afsnit/anden afdeling - fx medicinske patienter i kirurgiske sengeafsnit).
- 3) Ventetid og overbelægning i akutmodtagelsen (fordi patienter ikke kan komme videre til stamafdelinger)

(Se Figur 2).

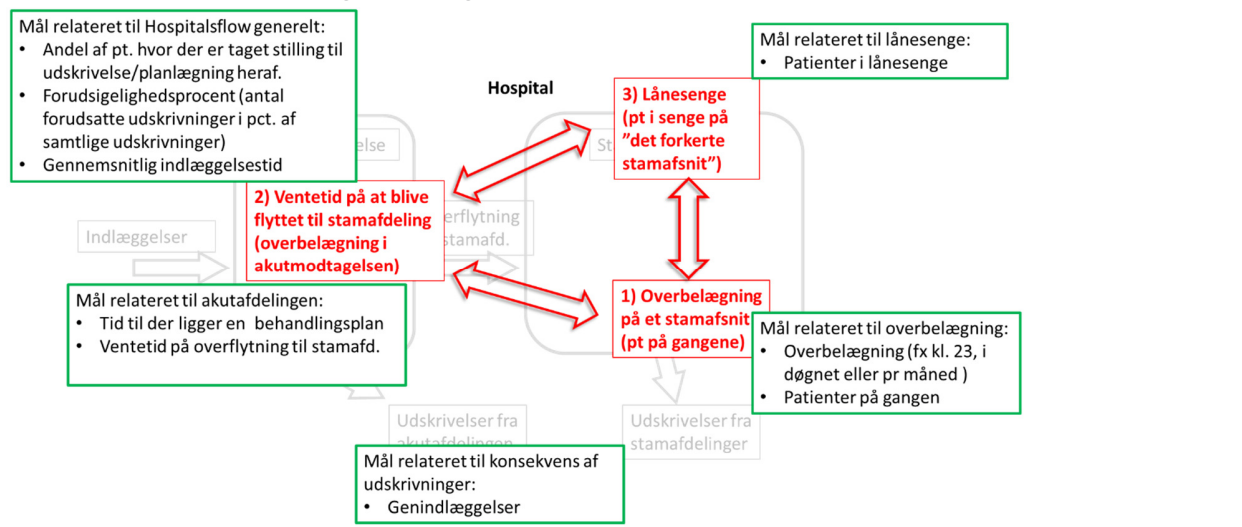
Figur 2. Hovedproblemstillinger ved manglende flow.



Budskabet fra projekt Sikkert Patientflow er, at der skal fokuseres på alle tre problemstillinger på samme tid. Det er således ikke tilstrækkeligt at fokusere på overbelægning, idet en håndtering af overbelægning kan have negative konsekvenser for de to andre problemstillinger (lånesenge og ventetid i akutmodtagelsen). Det betyder, at selvom et hospital har fået styr på overbelægning i stamafdelingerne, så kan der stadig være problemer som følge af for mange patienter/for lidt flow og dermed risici i forhold til patientsikkerhed og kvalitet.

På baggrund af erfaringer fra hospitalerne, der deltog i Sikkert Patientflow og på baggrund af internationale erfaringer har Dansk Selskab for Patientsikkerhed udvalgt en række mål, der alle er nødvendige at forholde sig til for at understøtte en proces hen imod et bedre flow og dermed i sidste ende den bedst mulig patientbehandling. Se figur 3.

Figur 3. Mål, der er relevante at forfølge med henblik på at forbedre flow samt reducere konsekvenserne af uhensigtsmæssigt flow.



8.2 Udvalgelse af sygehuse

For at sikre en dybdegående kvalitativ vurdering og beskrivelse af grundlaget for den nationale statistik samt erfaringerne med sygehusenes arbejde med kapacitet og belægning blev der fortaget interviews på ti sygehuse samt alle landets fem regioner.

I udvælgelsen af sygehusene var der primært et ønske at indhente erfaringer fra sygehuse, som arbejder/har arbejdet med flow gennem bl.a. projektet Sikkert Patientflow. Sikkert Patientflow er et samarbejde mellem TrykFonden, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Projektet løb i perioden januar 2014 - december 2015. Kriterierne for udvælgelsen var:

- Geografi

Der skal være repræsentation af to sygehuse fra hver region med henblik på at kunne vise de forskelle, som skyldes regional organisering.

- Størrelse og funktion

Der udvælges sygehuse som i udgangspunktet har forskellige funktioner – fx ét akutsygehus og ét universitetssygehus i hver region.

- Sikkert Patientflow

Så vidt muligt skal de deltagende sygehuse have deltaget i projekt Sikkert Patientflow.

På baggrund heraf blev der med alle fem regioner aftalt, hvilke sygehuse, der blev besøgt. Nedenfor er de 10 sygehuse oplyst, og deres karakteristika i forhold til kriterierne ovenfor er angivet.

Region Hovedstaden:

- Bispebjerg (Akutsygehus)
- Nordsjællands Hospital (Akutsygehus, deltog i projekt Sikkert Patientflow)

Region Sjælland:

- Holbæk Sygehus (Akutsygehus, deltog i projekt Sikkert Patientflow)
- Næstved, Slagelse, Ringsted Sygehus (Akutsygehus, deltager i projekt Sikkert Patientflow)

Region Syddanmark:

- Odense Universitetshospital
- Sygehus Lillebælt, Kolding Sygehus (Akutsygehus, deltog i projekt Sikkert Patientflow)

Region Midtjylland

- Århus Universitetshospital, Skejby
- Hospitalsenheden Horsens (Akutsygehus, deltog i projekt Sikkert Patientflow)

Region Nordjylland

- Aalborg Universitetshospital, Aalborg
- Regionshospital Nordjylland (Akutsygehus, deltog i projekt Sikkert Patientflow)

Forud for de enkelte møder blev der udarbejdet en detaljeret spørgeguide som udsendtes til deltagerne inden mødet. Hovedfokus på møderne var:

- Hvordan registreres, defineres og anvendes belægningsdata?
- Hvilke redskaber anvendes i regionen/på hospitalet for at understøtte og forbedre patientflow (og dermed forsøge at undgå konsekvenser af overbelægning/patienter på gangene)?

Besøgene fandt sted i løbet af september og oktober måned 2016:

26. september 2016: Region Hovedstaden, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Nordsjællands Hospital.

27. september 2016: Region Midtjylland, Hospitalsenheden Horsens og Århus Universitetshospital.

28. september 2016: Region Syddanmark, Odense Universitetshospital og Sygehus Lillebælt.

12.-13. oktober 2016 Region Nordjylland, Regionshospitalet Nordjylland og Aalborg Universitetshospital.

24.-26. oktober 2016 Region Sjælland, Næstved, Slagelse og Ringsted Sygehus og Holbæk Sygehus.

Deltagerne på møderne var udvalgt af de respektive regioner og hospitaler. Vi mødte således mange forskellige faggrupper med forskellige funktioner i organisationen. Med henblik på at sikre en ligeværdig sammenligning på tværs af hospitalerne vurderede vi derfor også udsagnene i forhold til deltagernes funktion og organisationstilknytning.

8.3 Interview regioner – indberetning af belægningsdata

	Hvordan indberettes	Hvornår indberettes	Følges fælles-indholdets beskrivelser	Tidspunkt for registrering af indlagte	Opholdsafdeling eller stamafdeling	Er indlagte inklusive eller eksklusive orlovs-patienter	Normerede senge	Disponible senge	Er der et problem ift. 4- eller 5-døgns senge? *	Hvordan sikres at organisation og data kan genkendes i regioner og på hospitaler
Region Hovedstaden	SAS format	På forespørgsel	Ja	Kl. 23	Opholdsafdeling	Eksklusiv	Indberetter det faktiske daglige normerede sengetal.	Indberetter det faktiske daglige disponible sengetal.	Ja	Organisation er tilpasset inden at data fremsendes.
Region Sjælland	SEI	Pr. måned	Ja	Kl. 23	Opholdsafdeling	Eksklusiv	Indberetter det faktiske daglige normerede sengetal.	Indberetter det faktiske daglige disponible sengetal.	Ja	Organisation tilpasses af Sundhedsdat a-styrelsen efter aftale med Region Sjælland.
Region Syddanmark	CSV format på baggrund af SAS output. Data samles fra forskellige kilder.	På forespørgsel	Ja	Kl. 23	Opholdsafdeling	Eksklusiv**	Indberetter det faktiske daglige normerede sengetal.	Anvender ikke et disponibelt sengebegreb. Disponible senge er sat lig de normerede senge.	Ja	Organisation er tilpasset inden at data fremsendes.
Region Midtjylland	Excel regneark	Pr måned	Ja	Kl. 23	Opholdsafdeling	Eksklusiv	Indberetter det faktiske daglige normerede sengetal.	Indberetter det faktiske daglige disponible sengetal.	Ja	Der er ikke behov for tilpasning af organisationen inden data fremsendes.
Region Nordjylland	Excel regneark	Pr. måned	Ja	Kl. 23	Opholdsafdeling	Eksklusiv	Indberetter det faktiske daglige normerede sengetal.	Indberetter det faktiske daglige disponible sengetal.	ja, men korrigerer sengeantallet herfor inden data fremsendes.	Organisation er tilpasset inden at data fremsendes.

* Belægningsopgørelser er udfordret på den måde, at senge tælles pr dag, men patienter kan tælles pr time eller pr minut. Det har betydning for 4- eller 5-døgnsenge den ugedag disse senge lukkes, fordi sengen er tom fra fx kl. 16 eller kl. 18 og resten af dagen, mens sengen er "til rådighed" i systemet indtil kl. 23:59. Det betyder, at belægningsopgørelsen kl. 23:00 en fredag aften vil være inklusive hospitalets 5-døgnsenge (nævneren), mens antallet af patienter (tælleren) ikke inkluderer de patienter, der tidligere på dagen lå i disse 5-døgnsenge. Det undervurderer alt andet lige belægningsgraden.

** Region Syddanmark opgør orlovspatienter pr døgn i PAS systemet. Det betyder, at når antal patienter opgøres eksklusive orlovspatienter, så vil der blive ekskluderet orlovspatienter, der på et tidspunkt af døgnnet ville været indlagt. Alt andet lige så reducerer det omfanget af indlagte (altså tælleren i belægningsopgørelsen) og dermed reducerer belægningsgraden i forhold til de øvrige regioners opgørelse. Tidligere har Region Syddanmark opgjort antal patienter inklusive orlovspatienter. Denne metode har omvendt øget belægningsgraden i forhold til de øvrige regioners opgørelse. (Denne problemstilling er analog til problemstilling vedr. 4- og 5-døgnsenge).

8.4 Interview sygehuse – belægningsopgørelser

		Region Hovedstaden		Region Sjælland		Region Syddanmark		Region Midtjylland		Region Nordjylland	
	Hvem	Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Nordsjællands Hospital	Næstved, Slagelse, Ringsted Sygehus	Holbæk Sygehus	Odense Universitets-hospital	Sygehus Lillebælt	Hospitals-enheden Horsens	Århus Universitets-hospital	Aalborg Universitets-hospital	Regions-hospital Nordjylland
Til hvad anvendes belægnings-data	Til daglig kapacitetsstyring?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Til fx planlægnings-opgaver?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
Normerede senge	Anvendes begrebet "normerede senge"?	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
	Tages der højde for fx 5 døgssenge eller tilsvarende i opgørelse af normerede senge?	Ja	Ja	Nej, men justeres i disponible senge	Nej, men justeres i disponible senge	Ja det sker i begrebet "Planlagt normerede senge"	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja
Disponible senge	Anvendes begrebet "disponible senge"?	Ja	Ja	Ja	Ja	Bruges ifm daglig drift for afdelingerne. Ifm afrapportering anvendes bl.a begrebet "planlagt normerede senge"*	Nej - disponible = normerede	Ja	Ja	Ja	Ja
	Hvad er proceduren for ændringer i det disponible sengetal?	Hospitals-ledelsen er inde over beslutning	Hospitals-ledelsen er inde over beslutning	Administrativt på baggrund af hospitals-ledelsens retningslinjer. Der tages stilling om hospitalsledelsen evt. skal involveres.	Hospitals-ledelsen er inde over beslutning	Hospitals-ledelsen er inde over beslutning om ændring i "planlagt normerede senge"	-	Hospitals-ledelsen er inde over beslutning	Hospitals-ledelsen er inde over beslutning	Administrativt på baggrund af hospitals-ledelsens retningslinjer.	Hospitals-ledelsen er inde over beslutning
Hvilke faktorer kan ændre det disponible sengetal?	Ombygninger og flytninger	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja - se note*	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja

		Region Hovedstaden		Region Sjælland		Region Syddanmark		Region Midtjylland		Region Nordjylland	
	Hvem	Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Nordsjællands Hospital	Næstved, Slagelse, Ringsted Sygehus	Holbæk Sygehus	Odense Universitets-hospital	Sygehus Lillebælt	Hospitals-enheden Horsens	Århus Universitets-hospital	Aalborg Universitets-hospital	Regions-hospital Nordjylland
	Ferielukninger	Ja (Der kan også forekomme vinteråbning af senge)	Ja	Ja	Ja	Ja - se note*	Nej	ja, men kun skærende specialer	Ja	Ja	Ja
	Vakante stillinger	Ja i særlige tilfælde	Ja i særlige tilfælde	Ja i særlige tilfælde	Ja i særlige tilfælde	Som udgangspunkt nej. Ved omfattende vakancer: ja.	Nej	Ja i særlige tilfælde	Ja i særlige tilfælde	Ja i særlige tilfælde	Ja i særlige tilfælde
	Isolationspatienter og terminale patienter o.l.	Nej	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej	Nej	Nej	Ja	Nej
Hvordan håndteres akut-afdelinger	Er akutafdelingen stamafdeling eller opholdsafdeling?	Opholdsafdeling	Opholdsafdeling	Stamafdeling	Stamafdeling	Stamafdeling*	Fra 1. jan. 2017 bliver Akutafdelingen til stamafdeling med egne SKS-koder. *	Stamafdeling	Fra 1. jan. 2017 bliver Akutafdelingen til stamafdeling med egne SKS-koder	Stamafdeling	Stamafdeling
	Er patienter indlagt eller akut ambulante i Akutafdelingen?	Indlagt	Indlagt	Akut ambulante de første to timer, dernæst kan pt. registreres som indlagte.	Akut ambulante de første to timer, dernæst kan pt. registreres som indlagte.	Alle registreres som akut ambulante. Men så snart der er taget stilling til eventuel indlæggelse kan de indlægges.	Alle registreres som akut ambulante. Men så snart der er taget stilling til eventuel indlæggelse kan de indlægges.	Udgangspunkt et er, at patienterne registreres som indlagte. **	Udgangspunkt et er, at patienterne registreres som indlagte. **	Anvender både indlagte og akut ambulante.	Akut ambulante** Ved behov for indlæggelse kan patienten blive indlagt i akutmodtagelsen efter den akutambulante kontakt.
Forventet belægning og over-belægning	Hvornår er der overbelægning? (målt på disp. eller norm. senge)	Når belægningsgrad er over 100	Når belægningsgrad er over 100	Når belægningsgrad er over 100	Når belægningsgrad er over 100	Når belægningsgrad er over 100 har man "høj belægning". Når man rammer den fysiske kapacitet har man "over-belægning".	Når belægningsgrad er over 100	Når belægningsgrad er over 100	Når belægningsgrad er over 100	Når belægningsgrad er over 100	Når belægningsgrad er over 100

		Region Hovedstaden		Region Sjælland		Region Syddanmark		Region Midtjylland		Region Nordjylland	
	Hvem	Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Nordsjællands Hospital	Næstved, Slagelse, Ringsted Sygehus	Holbæk Sygehus	Odense Universitets-hospital	Sygehus Lillebælt	Hospitals-enheden Horsens	Århus Universitets-hospital	Aalborg Universitets-hospital	Regions-hospital Nordjylland
	Hvad er forventningen til den gennemsnitlige belægningsgrad for et sengeafsnit?	Der planlægges ikke med et bestemt niveau. Det varierer mellem afdelinger, men ligger under 100 pct.	100 pct.	Udgangspunkt et er 85 pct.	På lang sigt en forventning om belægning på 85-95 pct. afhængig af afsnit.	Der planlægges ikke med et bestemt niveau. Det varierer mellem afdelinger, men ligger under 100 pct.	Udgangspunktet er en belægning på 85 pct. afhængig af afsnit.	Der planlægges fremadrettet med: 100 pct. i akutafd., 90 pct. i de andre afdelinger, 75-80 pct. i intensiv.	Der planlægges ikke med et bestemt niveau. Det varierer mellem afdelinger, men ligger under 100 pct.	Der planlægges ikke med et bestemt niveau. I 2016 har den gennemsnitlige belægningsgrad været under 100, men tæt på 100.	Der planlægges ikke med et bestemt niveau. Det varierer mellem afdelinger, men ligger under 100 pct.
Bufferkapacitet og senge på gangen	Er der bufferkapacitet i form af ekstra sengepladser ud over de normerede senge?	Der er generelt bufferkapacitet på sengeafsnittene. Varierer mellem afdelinger.	Der er generelt bufferkapacitet på sengeafsnittene. Varierer mellem afdelinger.	Der er enkelte afsnit med fast aftalt bufferkapacitet.	Der er generelt ikke bufferkapacitet på sengeafsnittene.	Der er generelt bufferkapacitet på sengeafsnittene. Varierer mellem afdelinger.	Der er generelt bufferkapacitet på sengeafsnittene. Varierer mellem afdelinger.	Der er generelt bufferkapacitet på sengeafsnittene. Varierer mellem afdelinger.	Der er generelt bufferkapacitet på sengeafsnittene. Varierer mellem afdelinger.	Der er generelt ikke bufferkapacitet på sengeafsnittene.	Der er generelt bufferkapacitet på sengeafsnittene. Varierer mellem afdelinger.
	Er der sådan, at belægning over 100 pct. betyder patienter på gangene?	Nej	Nej ikke nødvendigvis – afhænger af hvor og hvor meget.	Nej	Nej ikke generelt, men det kan være tilfældet i enkelte sengeafsnit.***	Nej	Nej	Nej	Nej	Nej ikke generelt, men det kan være tilfældet i enkelte sengeafsnit.	Nej

* Odense Universitetshospital har et sengebegreb "planlagt normerede senge", der viser det faktiske antal senge pr time pr. dag og hvor der er taget højde for 5 døgnsejere, dagsenge og eventuelt ferie. Dette begreb minder om disponible senge i de andre hospitaler. Planlagte normerede senge anvendes ifm. kapacitetskonferencer mv. Dette tal justeres efter aftale med hospitalsledelsen.

** Der er lidt forskel på de enkelte matrikler, men der arbejdes på at sikre ensartet registrering.

*** Belægning på over 100 pct. kan meget vel betyde patienter på gangene, men det søges løst ved overførsel af patienter til andre afsnit eller afdelinger.

+ I Region Syddanmark har et arbejde i gang med at synkronisere, så alle sygehusenheder kommer til at anvende samme registreringspraksis.

++ Region Midtjylland har valgt at registrere patienter som indlagte, fordi en registrering som akut ambulante skaber udfordringer på andre områder, særligt i relation til epikrise, kontakt med kommunerne via med-com mv.

8.5 Overblik over den aktuelle belægningsituation

	Datakilde	Hvor er overblik tilgængelige?	Hvem er overblikket tilgængeligt for?	Frekvens for opdatering
Region Hovedstaden				
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	PAS data	Online via intranet	Alle medarbejdere	Pr halve time*
Nordsjællands Hospital	PAS data	Online via intranet	Alle medarbejdere	Pr time*
Region Sjælland				
Næstved, Slagelse, Ringsted Sygehus	PAS data Samt klinisk logistik data fra Imatis tavler	Online via ledelsesinformationssystem et samt via Imatis	Alle medarbejdere	Pr time*/ **
Holbæk Sygehus	Klinisk logistik data fra Imatis tavler	Online via Imatis	Direktionen	Realtid
Region Syddanmark				
Odense Universitetshospital	Klinikkens egne oplysninger	Kapacitetsmødet	Deltagere på kapacitetsmødet	En gang om dagen
Sygehus Lillebælt	Klinikkens egne oplysninger	Kapacitetsmødet	Deltagere på kapacitetsmødet	En gang om dagen
Region Midtjylland				
Hospitalsenheden Horsens	Klinisk Logistik tavler	Online via Klinisk Logistik	Alle medarbejdere	Realtid
Århus Universitetshospital***	Skejby: Klinisk Logistik tavler Øvrige: klinikkens egne oplysninger	For hele hospitalet skabes et overblik på kapacitetsmødet	Skejby: Alle medarbejdere Øvrige: Deltagere på kapacitetsmødet	Skejby: Realtid Øvrige: En gang om dagen
Region Nordjylland				
Aalborg Universitetshospital	Data fra "cybertavler" samles til belægningsoverblik	Tilgængelige online	Alle personaler der har funktioner relateret til patientbehandling og kapacitet.	Realtid
Regionshospital Nordjylland	Klinikkens egne oplysninger	Kapacitetsmødet	Deltagere på kapacitetsmødet	En gang om dagen+

* Anvendelse af aktuelle udtræk fra PAS systemet forudsætter, at PAS systemet løbende opdateres i samme takt som de ændringer, der foretages i de kliniske logistiksystemer. Det er de kliniske logistiksystemer og ikke PAS systemerne, som er den primære kilde til registrering af patientens aktuelle opholdssted.

** Imatis tavlerne giver adgang til belægningsoverblik i realtid, men er på Næstved, Slagelse, Ringsted Sygehus pt kun tilgængeligt for egen afdeling/afsnit. Overblik over hele hospitalet kan findes i ledelsesinformationssystemet.

*** Århus Universitetshospital består af fem matrikler: Nørrebrogade (NBG - Kommunehospital), Skejby Sygehus, Tage-Hansens Gade (THG - Amtssygehuset), Marselisborg Hospital og Samsø Sygehus. På Skejby er klinisk logistik implementeret på alle afsnit. På de øvrige matrikler er klinisk logistik ikke tilgængeligt på sengeafsnittene endnu. Når Århus Universitetshospital samles på én matrikel vil der være klinisk logistik på samtlige afsnit.

+ Men der er også en automatisk belægningsrapport, der kan udsendes tre gange om dagen fra PAS systemet samt mulighed for ad hoc udtræk direkte fra PAS systemet (forudsætter adgang).

8.6 Kapacitetskonferencer

Hvem	Holdes der daglige kapacitetsmøder?	Hvornår startede hospitalet med kapacitetskonferencer?	Har hospitalet ansat flowkoordinatorer/bedmanagers?	Spørges der hver dag til antal patienter, der har overnattet på gangen?	Håndteres ubalancer i overbelægning mellem afdelinger?
Region Hovedstaden					
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler	Ja, på hverdage	November 2015	Ja, ansættelsesproces er igangsat.	Ja	Fokus på at udjævne forskelle i belægning
Nordsjællands Hospital	Ja, på hverdage	September 2014	Ja	Nej	Fokus på ubalancer men ikke nødvendigvis udjævning
Region Sjælland					
Næstved, Slagelse, Ringsted Sygehus	Ja, på hverdage (Flowkoordinatorer opdaterer dataoversigten i weekenden)	December 2014	Ja	Ja	Fokus på at udjævne forskelle i belægning
Holbæk Sygehus	Ja, på hverdage	Efterår 2014*	Ja	Ja (Det sker automatisk via klinisk logistik system, Imatis)	Fokus på at udjævne forskelle i belægning
Region Syddanmark					
Odense Universitetshospital	Ja, på hverdage	November 2015	Nej (ansættelsesproces i gang)	Nej (fordi der som udgangspunkt ikke er patienter på gangene)	Fokus på ubalancer men ikke nødvendigvis udjævning
Sygehus Lillebælt	Ja, på hverdage	April 2014**	Nej	Nej	Fokus på ubalancer men ikke udjævning
Region Midtjylland					
Hospitalsenheden Horsens	Ja, på hverdage	Januar 2014	Ja	Nej (fordi der ikke er patienter på gangene)	Fokus på at udjævne forskelle i belægning+++
Århus Universitetshospital	Ja, dagligt+	Januar 2015	Ja++	Nej (fordi der ikke er patienter på gangene)	Fokus på ubalancer men ikke udjævning
Region Nordjylland					
Aalborg Universitetshospital	Ja, på hverdage	Oktober 2016	Ja++	Ja	Fokus på ubalancer men ikke nødvendigvis udjævning
Regionshospital Nordjylland	Ja, på hverdage	September 2014	Nej	Ja	Fokus på at udjævne forskelle i belægning

* Kapacitetskonferencerne blev fra januar 2016 udvidet til at dække alle afdelinger på Holbæk Sygehus.

** Der har været kapacitetskonference i Kolding (Akutsygehus) siden april 2014. I Vejle (primært elektive funktioner) er det aftalt at teste konceptet.

+ Kapacitetsmødet finder sted i Akutafdelingen med deltagelse af koordinatore samt telefonisk kontakt til stamafdelinger.

++ Har kapacitetskoordinatorer ansat. På Aalborg Universitetshospital tiltræder de 1. december 2016.

+++ Håndtering af ubalancer i overbelægning mellem afdelinger har primært fokus på at beholde specialepatienter i deres respektive specialafsnit, ellers udjævning med almen medicinske eller kirurgiske patienter.

8.7 Kilder

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, "Sikkert Patientflow - Erfaringer fra et forbedringsprojekt", november 2015. (<http://patientsikkerhed.dk/materialer/erfaringer-fra-et-forbedringsprojekt/>)

Region Sjælland, Koncern Økonomi "Patienter på gangene 2016-09", notat af 18. oktober 2016.

Væksthus for Ledelse, "Få mere for mindre med relationel koordinering", 2013.

(<http://www.lederweb.dk/strategi/organisationsudvikling/artikel/107342/fa-mere-for-mindre-med-relationel-koordinering>)

Sundhedsdatastyrelsen, "Fællesindhold for indberetning af sengepladser for offentlige sygehuse", 2015.

Sundhedsdatastyrelsen, "Dokumentation af data for belægning", 2016.

