

## Begrebsliste, Sikkert Patientflow

vs. marts 2014

<b>Begreb</b>	<b>Definition</b>
<b>Afdeling</b>	Administrativt niveau under sygehusniveau
<b>Afdelingskapacitet</b>	Det antal indlagte patienter i en afdeling relateret til antallet af tilgængelige senge
<b>Afgivende afdeling</b>	Afdeling, der overflytter patienter til andre afdelinger
<b>Afprøvning (eller: prøvehandling)</b>	En afprøvning af en afgrænset forandring vha. en eller flere PDSA-cirkler*, der efter hypoteseformulering, afprøvning, evaluering og justering kan implementeres i andre dele af organisationen
<b>Afsnit</b>	Enhed under afdelingsniveau
<b>Akutsygehus</b>	En sygehusenhed med egen akutmodtagelse
<b>Døgn-flow</b>	Hele det daglige forløb i Sikkert Patientflow med gennemgang af potentielle udskrivelser, tavlemøde, gennemgang af indlæggelser, kapacitetskonference og implementering af plan. Tilsammen kan flowforløbet forhindre unødigt ventetid og overbelægning.
<b>Eskalering</b>	Den proces, der iværksættes, hvis en plan for flow eller udskrivelse ikke kan gennemføres (fx fordi en aftale ikke kan overholdes), og ledelseslaget (fx sygehusets flow-styregruppe) derfor må overvejes inddraget for at finde en alternativ løsning
<b>Flow</b>	Bevægelsen af en patient gennem et indlæggelsesforløb
<b>Flow-feedback</b>	Daglig tilbagemelding på kapacitetskonferencen fra afdelingerne om, hvordan det gik med gårsdagens udskrivelser og indlæggelser.
<b>Flowkoordinator (flowansvarlig)</b>	Den eller de klinikere der er ansvarlige for at holde overblik over indlæggelser og overflytninger på sygehus, afdelings- eller afsnitsniveau
<b>Flowperiode</b>	Den valgte tidsperiode, som et sygehus vælger at fokusere Sikkert Patientflow fx kl. 8-14 eller 00-24
<b>Flow-styregruppe (hospital flow committee)</b>	Den gruppe af ledere på sygehusniveau, der beslutter handlinger, når der – fx på kapacitetskonferencer, afsløres vedvarende flaskehalse for patientflow.
<b>Forandring</b>	En specifik ændring af en proces. I forhold til 'forbedringsprojekt' er en forandring mere afgrænset fx: 'Indfør en klinisk retningslinje om behandling af patienter med lette til moderate postoperative smerter'. Der skal relevante målinger (resultatindikatorer) til at afgøre om en forandring er en forbedring.

<b>Forbedring</b>	En forandring af et system, der medfører en ændring af specifikke resultatindikatorer i den ønskede retning
<b>Forbedringsmodellen</b>	Veldefineret metode til at accelerere forandrings- og forbedringsprocesser, der inkluderer fastlæggelse af mål, målinger og forandringer samt brug af PDSA-cirklen
<b>Forudsigelighedsprocent</b>	På baggrund af feedback* udregnes en forudsigelighedsprocent på sygehusniveau. Målet er en forudsigelighedsprocent på 80 pct.
<b>Gennembrudsmetoden (eng.: Breakthrough Series)</b>	Gennembrudsmetoden er en velafprøvet kvalitetsudviklingsmetode udviklet af <i>Institute for Healthcare Improvement</i> (IHI) i Boston, USA) til at få den nyeste forskningsbaserede viden og <i>best practice</i> omsat i praksis til gavn for brugerne af systemet. Metoden skaber rammerne for at skabe markante forbedringer på relativt kort tid, og at fastholde dem. Samtidig er ambitionen, at de gode erfaringer skal spredes mest muligt, så der kan opnås markante forbedringer i større skala.
<b>'Gennemløb' (eng.: throughput)</b>	Antal patienter indlagt og udskrevet fra et sygehus. Måles almindeligvis som antallet af indlagte patienter over tid
<b>'I patientens fodspor'</b>	En metode til at sætte fokus på indlagte patienters oplevelser ved at en leder følger en patient på vedkommendes eget sygehus og observerer, hvordan personalet møder patienten og udnytter vedkommendes ressourcer
<b>Implementering</b>	At afprøve en forandring og gøre den til en permanent del af organisationen
<b>Indlæggelse</b>	Patienten er fysisk lagt i sengen
<b>Indikator</b>	En kvantitativ måleenhed som indikerer, hvorvidt de forventede resultater er opnået ( <i>resultatindikator</i> ), hvorvidt de beskrevne processer er gennemført ( <i>procesindikator</i> ), eller hvorvidt der har været uønskede effekter ( <i>ulempeindikator</i> ). En indikator skal – i modsætning til et mål – være operationelt defineret.
<b>Kapacitetskonference (hospital bed meeting)</b>	Et konsistent ledet, kort (10-15 min.), dagligt, tværfagligt, struktureret, fokuseret, obligatorisk planlægningsmøde på en fast lokalitet for repræsentanter fra alle relevante afdelinger på et sygehus, hvor man rapporterer, gennemgår og reagerer på indlæggelser, udskrivninger og overflytninger i tidsrummet 8-14 (eller andet valgt tidsrum) for at give overblik over udbud og efterspørgsel og fastlægge en kapacitetsplan* på

	tværs af hospitalet med det formål at forbedre flow.
<b>Kapacitetsplan</b>	En plan, der sikrer, at afdelingen eller sygehus kan matche udbud og efterspørgsel.
<b>Kapacitetstavlen</b>	<i>White board</i> eller PC+projector+lærred der tjener det formål at give alle deltagere til kapacitetskonferencen indsigt i den aktuelle sengekapaцитet på hele sygehuset
<b>Låneseng</b>	Når patienter venter på en seng i en afdeling eller sygehus med overbelægning, og i ventetiden indlægges i en afdeling med et andet speciale eller på et andet sygehus
<b>Modtagende afdeling</b>	Afdeling, der modtager patienter fra andre afdelinger
<b>Mål</b>	En skriftlig, målbar, tidssensitiv beskrivelse af de forventede resultater af forbedringsprocessen.
<b>Målestrategi</b>	En detaljeret beskrivelse af de data, der skal indsamles for at vise effekten af et forbedringsprojekt, hyppigheden af dataindsamlingen samt de ansvarlige for indsamlingen. Målingerne i målestrategien præsenteres jævnlige for ledelsen for at opretholde fokus på projektet og sikre, at ledelsen nedbryder barrierer, hvis de ønskede forbedringer ikke opnås.
<b>Måling</b>	En central indikator for forandring, der kan følges over tid, reflekterer målet med projektet og som samtidig er specifik og kommunikerbar
<b>Observationsplads</b>	En sengeplads (fx i akutafdelingens observationsafsnit), der anvendes til at afgøre om en patient, der ikke er indlagt, har brug for indlæggelse
<b>Omdirigering (diversion)</b>	Den tidsperiode (timer) på en afdeling eller et sygehus, hvor afdelingen eller sygehuset ikke kan modtage flere patienter pga. overbelægning.
<b>Overbelægning</b>	Når antallet af indlagte patienter i en afdeling overstiger antallet af tilgængelige senge*. Kan medføre omdirigering* og øget mortalitet blandt patienterne.
<b>Overblikstavle ('Tavlen')</b>	Et øjebliksbillede af afdelingskapaciteten*, der danner grundlag for tavlemødet*
<b>Overflytning (eng.: 'boarder')</b>	Når en patient i akutmodtagelsen er klar til indlæggelse i sengeafdeling, men pga. kapacitetsproblemer ikke fysisk kan overflyttes
<b>Patientflow</b>	Bevægelse af en patient gennem et indlæggelsesforløb, der resulterer i at patienten modtager de(n) nødvendige diagnostik, behandling og pleje.
<b>PDSA-cirkel</b>	En struktureret afprøvning i lille skala af et forbedringstiltag på baggrund af en hypotese om

	effekten. Vha. en række hyppige tests justeres en proces, hvorved der dannes grundlag for udbredelse af tiltaget til en større og større del af organisationen
<b>Pilotafsnit</b>	De afdelinger, der er udpeget til at være de første afsnit på sygehuset, som arbejder med et projekt
<b>Projektleder; sygehus-</b>	Den daglige leder af Sikkert Patientflow på et sygehus, der anvender minimum 50 pct. af sin tid i 6 mdr. på projektet.
<b>Projektteam</b>	En gruppe personer med varierende kompetencer, der driver og medvirker til en forbedringsproces. I projekt-teamet i Sikkert Patientflow indgår både en repræsentant fra sygehusledelsen, en lokal projektleder, en lokal dataansvarlig, en lokal kommunikationsansvarlig samt ledere og medarbejdere fra de involverede kliniske afdelinger.
<b><i>Real Time Demand Capacity Management</i></b>	Engelsk begreb for en metode, der involverer <i>unit huddles</i> (tavlemøder) og <i>hospital bed meetings</i> (kapacitetskonferencer) samt evaluering af grad af forudsigelighed med det formål at forbedre patientflow på et sygehus.
<b>Serie- eller kontroldiagram</b>	Visuel opgørelse af en indikator over tid med det formål at synliggøre forbedringer af processer
<b>Sikkert Patientflow-faser</b>	Forberedelsesfasen samt de fire efterfølgende faser i Sikkert Patientflow (forudsig kapacitet, forudsig efterspørgsel, udarbejd plan, evaluer planen), der tilsammen medvirker til implementering af metoden
<b>Spredning</b>	Den bevidste udvidelse af antallet af personer, afdelinger, organisationer og sektorer, der anvender en metode
<b>Tavlemøde (<i>Unit huddle</i>)</b>	En proces på afsnitsniveau, hvor et tværfagligt team af sundhedsprofessionelle gennemgår alle patienter for at afklare den kliniske tilstand og fastlægge daglige mål
<b>Tilgængelig seng</b>	En bemandet og rengjort seng, der er klar til at modtage en patient
<b>Udbredt flow</b>	Når et sygehus, der arbejder med flow, udbreder samarbejdet til også at inkludere aktører i det omgivende samfund fx kommuner eller det præhospitale beredskab
<b>Udskrivelse</b>	Patient har fysisk forladt sengen og vil ikke vende tilbage
<b>Udskrivningsaftale</b>	En aftale om et udskrivningstidspunkt (fx kl. 10, kl 12 eller kl 14) for en patient baseret på den forudsete kliniske tilstand, udskrivningsprocessen og transportmulighed

<b>Udskrivningsliste ("R-list")</b>	Den detaljerede liste over alle potentielle udskrivninger i afdelingen samt, hvem der er ansvarlig for at en planlagt udskrivelse kan gennemføres. Udskrivningslisten påbegyndes af den flowansvarlige inden dagvagtens afslutning, justeres i aften- og nattevagten og overgives til dagvagtens flowansvarlige i afdelingen, der færdiggør den ved tavlemødet, for derefter at medbringe den i sin endelige version på sygehusets kapacitetskonference. Her danner udskrivningslisten grundlag for planlægning for de patienter, der ikke kan udskrives vha. afdelingens interne ressourcer, men kun kan udskrives vha. andre afdelinger på sygehuset.
<b>Udskrivningstidspunkt</b>	Den dag og det tidspunkt (fx mandag kl. 11), hvor en patient forventes udskrevet.
<b><i>Waste identification Tool</i></b>	Effektiv metode til at screene sengeafsnit og ambulatorier for spild og indkredse fokus for indsatser. Spild betyder i denne sammenhæng fx unødvendig ventetid på undersøgelser, unødvendige indlæggelser eller ventetid på overflytning. Metoden er oprindeligt udviklet af det amerikanske <i>Institute for Healthcare Improvement</i> (IHI) og det britiske <i>Health Foundation</i> .