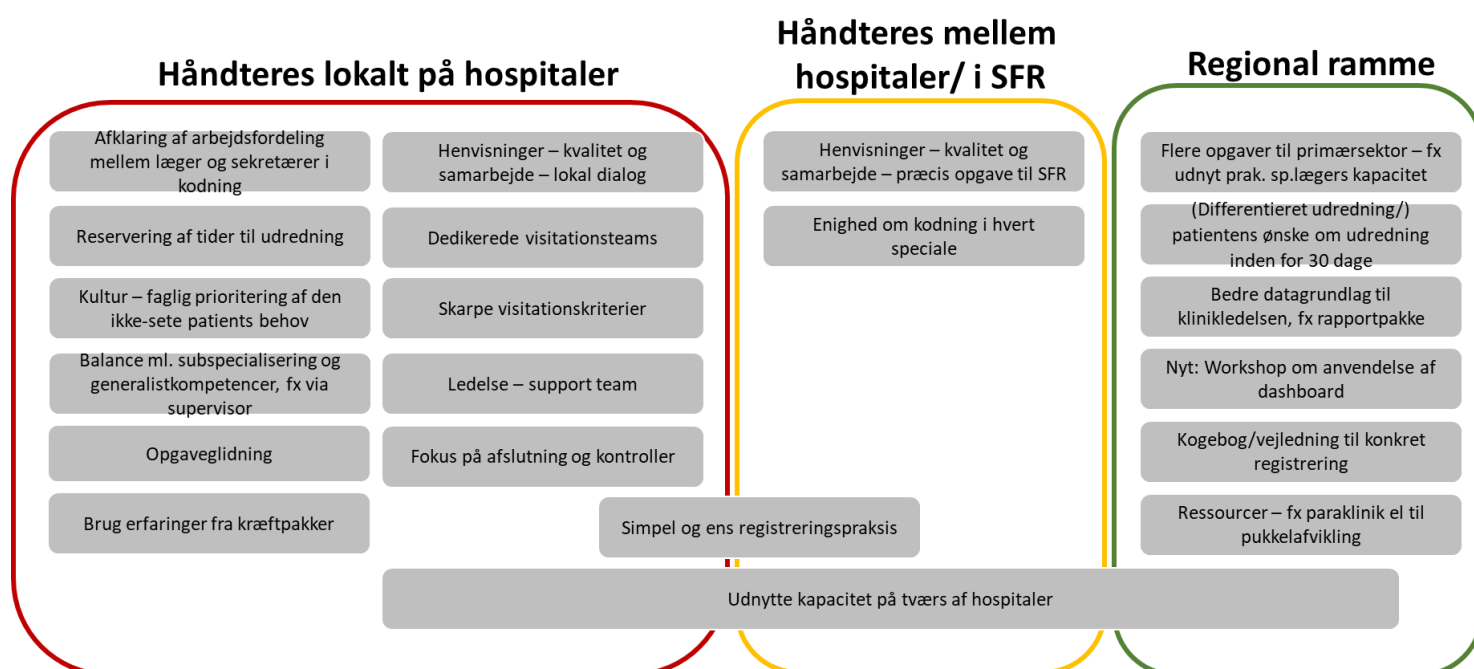


Opfølgning på forslag fra workshop om udredningsret

FST drøftede forslag til forbedringer fra workshop om udredningsret på deres møde d. 30. januar 2019. Ansvaret for opfølgning på hovedtemaer inden for forslagene er vist i denne figur:



Mange af forslagene fra workshoppen var klinisknære idéer til organisering og arbejdstilrettelæggelse, som det hører under hospitalerne at følge op på.

For de forslag, der skal arbejdes videre med i en regional ramme eller mellem hospitalerne, er det beskrevet, hvordan der følges op, nedenfor.

Den fulde beskrivelse af forslagene fra workshoppen fremgår sidst i dokumentet.

Forslag der følges op på i en regional ramme/ mellem hospitaler

Administrationen følger op på nedenstående forslag, der går på tværs af hospitaler:

- Enighed om kodning i hvert speciale og simpel og ens registreringspraksis: Udvalgte SFR har fået til opgave at definere, hvem der er udredningspatienter og hvornår de er færdigudredt. Dette koordineres med arbejdet i Danske Regioner.
- Henvisninger – kvalitet og samarbejde: Administrationen undersøger behovet for bedre henvisninger.
- Flere opgaver til primærsektoren, fx udnytte praktiserende speciallægers kapacitet: CSU kommer med en vurdering af, inden for hvilke specialer der eventuelt er ledig kapacitet og opgaver, som vil kunne flyttes.
- Differentieret udredning/ patientens ønske om udredning inden for 30 dage: Indførsel af differentieret udredningsret kræver en ændring af lov om ret til hurtig udredning. Administrationen anbefaler ikke at der arbejdes videre med dette. I stedet arbejdes der for at sikre, at patienten allerede ved henvisningen bliver tilstrækkelig informeret om, hvad en henvisning til udredning på et hospital indebærer, og at dette kan betyde, at patienten skal gennemgå flere undersøgelser inden for kort tid.
- Bedre datagrundlag til klinikledelsen, fx rapportpakke: Der arrangeres workshops på hospitalerne for at få udbredt anvendelse af de eksisterende rapporter og dashboard om udredningsret i SP.
- Kogebog/vejledning til konkret registrering: Det eksisterende vejledningsmateriale opdateres i henhold til ændringer som følge af LPR3 og udfaldet af Danske Regioners arbejde med ensretning af tolkning og registrering. I denne forbindelse gennemgås vejledningsmaterialet med henblik på at sikre brugervenligheden.
- Ressourcer – fx paraklinik eller til pukkelafrvikling: Der følges op ifm. de kvartalsvise økonomirapporter samt i budgetforhandlingerne.
- Udnytte kapacitet på tværs af hospitaler: Der er opstartet flere tiltag for at kunne forbedre visitationen og udnytte kapacitet på tværs af hospitaler. Administrationen følger løbende behovet for at gennemføre flere tiltag.

Forslag fra workshop: Henvisning, visitation og booking

Henvisning og samarbejde med primær sektor

Kort sigt:

- Der skal indgå telefonnummer på henvisningen, og det skal kunne overføres direkte til et specifikt felt i Sundhedsplatformen.
- Psykiatri (børne- og unge). Bedre henvisninger fra almen praksis med mulighed for afvisning, hvis de ikke lever op til standarderne.
- Flere strukturerede patientforløb med involvering af primærsektor, så færre patienter kommer igennem til hospitalet. Praksiskonsulenter og koordinator er vigtige.

Lang sigt:

- Bedre henvisninger: Specialerne skal sørge for at give de praktiserende læger ens henvisningskriterier, så det fx fremgår hvilke patienter, der først skal ses an eller trænes inden henvisning til operation.
- Udbrede kendskabet blandt PLO-læger til deres mulighed for røntgen, scanninger mm. af patienter.
- Styrke primærsektoren – større ansvar både før/efter forløb. Patienten henvises på den rigtige måde og flere patienter kan blive i praksissektoren.
- Fokus på sektorskifte. Silodannelse skal nedbrydes, så der opleves integrerede forløb mellem primær- og sekundærsektoren.

Patientens perspektiv

- Kan man lave udredningsretten mere differentieret/tilpasset?
- Rette henvendelse til alment praktiserende læger og praktiserende speciallæger med opfordring til tydeligt i henvisningen at skrive, hvis patienten ikke ønsker at gøre brug af sin 30 dages udredningsret. Vi skal ikke haste patienter igennem, der ikke ønsker det. Patienten skal naturligvis kende sine rettigheder, men nogle ønsker at vente.
- Vi ønske, at der laves en strategi for at nedbringe antallet af udeblivelser. Strategien skal indeholde konkrete tiltag, men også fokusere på moralen – en udeblivelse er ikke gratis og går ud over medborgere.
- Gennemgang af patientforløb

Visitation og definition af udredningspatienter

Kort sigt:

- Indføre dedikerede visitationsteam (ligesom på gastroenheden på Amager-Hvidovre Hospital)
- Sørge for at klinikerne er skarpere på udredningskriterierne.
- Sundhedsfagligt råd skal definere, hvad en udredningspatient er inden for deres speciale.
- Klinisk oversættelse af udredningsrettens begreber og sikring af korrekt visitation
- Skemalægge visitationsopgaven i hverdagen
- Kodeansvarlige - få sekretærer ansvarlige for kodningen af forløbene (kort og lang sigt)

- Få styr på at sende nogle af patienterne (hvis relevant) til andre steder, fx speciallægepraksis.

Forslag fra workshop: Ledelse, organisering og kapacitetsudnyttelse

Ledelse

Kort sigt:

- Vigtigt med god og klinisk nær ledelse. Det er svært, da området og kravene udvikler sig hurtigt.
- Der er brug for et support-team for ledelser, der har problemer. Og der er brug for et rejsehold, der kan hjælpe med at sprede gode idéer.

Lang sigt:

- Stærk ledelsesindsats i afdelingsledelsen, måske regionen skal gøre en indsats for at klæde afdelingsledelserne bedre på til denne specifikke opgave – og huske af få personalet mentalt med på forandringerne

Prioritering af patientgrupper

Kort sigt:

- Frigive mere tid til "N" og dermed have færre faste kontroller.
- Afslutte flere patienter som "hvilende " kontroller.
- Ledelsesfokus på at få strukturerede arbejdsgange for læger, sygeplejersker og lægesekretærers arbejde samt at skabe plads i ambulatoriet til de nyhenviste.
- Beskyt forundersøgelsestider fra at blive brugt indefra, så de kun kan bruges til reelle udredningspatienter.
- Kontrolpatienter nedprioriteres/udskydes til fordel for nye patienter/udredningspatienter, som skal prioriteres. Samtidig skal det diskuteres, om fx kontroller kan klares i almen praksis/speciallægepraksis frem for på hospitalet. Lad os også på den måde sikre nærhed og udnyttelse af ressourcerne.
- Vi skal også huske at behandle de sygeste først

Lang sigt:

- Rydde op i faste kontroller

Reservering af tider til udredningspatienter

Kort sigt

- Kontrol over volumen af udredningspatienter på afdelingsniveau.
- Forhåndsreservering af tilstrækkeligt antal spor til volumen af udredningspatienter (på bekostning af kontrolpatienter).
- Der er behov for bedre kapacitetsplanlægning i ferieperioder, hvor alle kontroller fx må droppes for at give mere stabil kapacitet til udredning. Større fokus på ferier, ved fx at skubbe kontroller mv.

Lang sigt

- Audit på ikke overholdte forløb for afklaring af hhv. registrerings- og kapacitetsudfordringer og efterfølgende klar udmelding fra afdelingsledelsen om at de påtager sig at finde tider til resterende "ikke-overholdte".
- Kapaciteten indrettes til opgaven, inkl. rekruttering og fastholdelse af medarbejdere med de rette kompetencer

Kultur – ikke sete patienter

Lang sigt

- Vigtigt at arbejdet med udredningsretten giver mening. Derfor skal der både være tid til de alvorligt syge patienter og udredningspatienter. Kapaciteten skal sikres ved datadrevet organisering af arbejdet – fx med data for, hvad personalet bruger tiden på (som B&U psykiatrien).
- Tydelig faglig prioritering og italesættelse af den ikke-sete patients behov, samtidig med at sikre plads til de alvorligt syge.
- Der skal ses på en kulturændring, således at de "ventende" patienter opnår lægernes fokus/sympati. Sætte mere fokus på de patienter, der venter fx ved at gøre klart for medarbejderne, hvor mange der venter og hvem de er. Det er ikke kun de, som der er kommet ombord på toget, der er passagerer, det er også de, som står på perronen.

Subspecialisering og supervision

Lang sigt

- Der er behov for kulturforandring, så klinikerne tager større ansvar for patientens forløb (også selvom uden for eget subspecialt).
- Tilbyde kirurgier uddannelse i flere subspecialer, så kirurgerne har bredere kompetencer og ikke er for subspecialiserede. Man skal have begge dele også i en højt specialiseret afdeling.
- Mindre subspecialisering – der skal være balance, så der også er generalister. Særligt vigtigt ifm. visitation og udredning.
- Styrke generalistkompetencerne i balance med subspecialisering (kultur).
- Modvirke subspecialisering og sikre at lægerne husker deres generalistkompetencer.
- Hav en tilgængelig, flydende supervisor, som har ledig tid. Kan det meste inden for de tre subspecialer. Han kan ringes til, når man har brug for ham.
- Omlægge ambulatoriedrift, således at flere yngre læger ser patienter ved første besøg, men hvor speciallæger superviserer dem.

Opgaveglidning og uddannelse

Lang sigt

- Opgaveglidning/flytning
- Bedre udnyttelse af ressourcer. Begavet opgaveflytning og maksimal anvendelse af medarbejdernes kompetencer og ressourcer (uden rigid opfattelse af faggrupper).
- Svært at rekruttere op-sygeplejersker, og når de er uddannet, søger de ud privat til højere løn. SOSU'er kan oplæres til at nogle af opgaverne. Optikere kan også oplæres til noget.

- Faguddannelser opprioriteres – omskoling af sosuer. Giver fleksibilitet.
- Maksimal udnyttelse af medarbejdernes kompetencer

Kapacitetsudnyttelse og ressourcer

Lang sigt

- Brug gerne erfaringerne fra arbejdet med kræftpakkerne!
- Kapacitetsudnyttelse – kan vi bruge hinanden mere og/eller private hospitaler?
Fx garantiklinikker, fælles ambulatorier, samme-dags-undersøgelser
- Anvend "frontloading": basispakker indenfor udredning, der altid udføres.
- Svært for de ældre læger at bruge SP, og det betyder, at de har svært ved at tage en ekstra patient ind. Talegenkendelse vil være en fordel for nogle.
- Genoprette central bufferpulje til pukkelafrvikling
- Flere ressourcer
- Kapacitet på afdelingerne og paraklinikkerne (serviceafdelingerne)

Registrering

Kort sigt

- Simpel og ens registreringspraksis.
- Enighed om kodning i hvert speciale
- Behov for tydelige/entydige definitioner.
- Optimeret kodning af få dedikerede sekretærer

Lang sigt:

- Sikre at SP er kodet korrekt ift. LPR3 overgang og registrering
- Udarbejde kort, fælles "kogebog"/ vejledning til, hvordan personalet skal forholde sig konkret ved registrering, så tvivlstilfælde afklares

Data og SP

Kort sigt

- Hver afdeling skal have deres egne tal, så de kan indrette deres kapacitet efter det (fra uge til uge)
- Få det nødvendige datagrundlag til at afdække mængden af udredningspatienter.
- Somatik: identifikation af hindringer for overholdelse af udredningsretten.
- Bistå med korrekte, opdaterede og valide data til brug for klinikledelsen

Lang sigt

- Pakke med SP-redskaber til at monitorere udredningsretten, dvs. en pakke med rapporter, som bliver leveret til afdelingen.
- Rapport for hvert ambulatoriespor med, hvor mange patienter de ser. Det er gode data, og de findes, men ikke alle ved, hvordan man gør. Problematisk at gå til det ledelsesmæssigt sådan, at man har data for, hvor mange patienter den enkelte læge ser – det vil ikke motivere.