

## **Resumé: Forslag fra hospitalerne til at forbedre overholdelse af udrednings- og behandlingsretten**

Hospitalerne har op til workshoppen om udrednings- og behandlingsret d. 9. januar 2019 drøftet, hvordan overholdelsen af rettighederne kan forbedres.

Forslagene er samlet omkring to temaer:

- "Henvi sning, visitation og booking" møn ter sig på processen før patientens første fremmøde, hvor samarbejdet med almen praksis om henvisninger og visitation til den rigtige udredning/behandling og kommunikation med patienten er temaerne.
- "Ledelse, organisering og kapacitetsudnyttelse" møn ter sig på organisering af forløbet på hospitalet, ledelsesmæssig opfølgning og registrering.

Nedenfor er hovedtræk i de to temaer opidset. I dokumentet "Forbedringsforslag (samlet oversigt)" fremgår alle forslagene indsat tematisk under fælles overskrifter.

### **Henvi sning, visitation og booking**

Praktiserende lægers henvisninger er grundlaget for, at hospitalsafdelingen kan vurdere, om en patient skal udredes/behandles på hospitalet, og hvilken udredning/behandling patienten skal tilbydes. En række forslag går på at øge kvaliteten af de praktiserende lægers henvisninger. Det kan fx være gennem et øget samarbejde med praksiskonsulenterne, som er bindeled til de praktiserende læger, eller ved i højere grad at sende ufuldstændige henvisninger retur til almen praksis. Det vil sikre at patienterne fra start kan visiteres til den rigtige udredning/behandling og give et bedre brug af ressourcerne på hospitalerne.

I hospitalsafdelingernes visitation af patienterne er præcise visitationskriterier nødvendige, så det visiterende personale ved, hvilke patienter der er udredningspatienter, behandlingspatienter, kontrolpatienter mm., og kan visitere til de korrekte udredninger/behandlinger. Hospitalerne efterspørger klare retningslinjer for visitation til udredning indenfor specialerne og nationalt. Region Hovedstadens psykiatri har gode erfaring med én central visitation, mens andre forslag går på, at visitationsteam skal være forankret i afdelingsledelsen eller at det skal være et lille team, der har visitation som deres dedikerede opgave.

I planlægningen og booking af patienternes tider fremhæver flere, at det er nødvendigt først at danne sig et overblik over, hvor mange udredningspatienter afdelingen har, så der kan afsættes tilstrækkeligt med ledige tider til at imødekomme behovet. Andre forslag til styring af kapaciteten går på at have som mål, at første tid fx er inden for en uge, at forbedre aftaler og information om private hospitaler (bufferkapacitet) samt at udredningspatienterne opprioriteres i ferieperioder, så der ikke kommer et efterslæb efter ferien.

Et sidste tema er indkaldelser, udeblivelser og sikring af patientens fremmøde. Her er forslag som SMS-påmindelser og telefonisk opringning inden konsultation. Postfremsendelse til de patienter, der ikke er tilmeldt e-boks, er en selvstændig udfordring, da langsom levering forsinker udredning og behandling. Mere bredt er der forslag om at undersøge patienternes oplevelse af deres forløb, og hvad der gør, at de eventuelt udebliver.

### **Ledelse, organisering og kapacitetsudnyttelse**

Under temaet kapacitetsudnyttelse er der en række forslag til ændret organisering, som vil frigive tid til flere udredninger og give bedre patientforløb. Som eksempel kan nævnes oprettelse af fælles ambulatorier for flere specialer, så patienten kan færdigudredes samme dag, samt pakkeforløb for udredningspatienter, hvor der er beskrevet et fast workflow for de største patientgrupper. Andre forslag går på opgaveglidning, hvor sygeplejersker varetager flere opgaver, og øget brug af telemedicin/ MinSP, så patientkontakterne bliver mindre ressourcekrævende.

Antallet af kontroller og prioritering af kapaciteten mellem patientgrupper er et tema i mange forslag. Færre standardiserede kontrolbesøg og længere tid mellem kontroller indenfor de sundhedsfaglige anbefalinger vil frigive tid til de nye patienter på afdelingerne. Mange afdelinger har arbejdet med at reducere antallet af kontrolbesøg. Øget samarbejde med almen praksis er et forslag til, hvordan det kan blive muligt at reducere yderligere. Systematisk fokus på at afslutte patienter gennem superviserende speciallæger kan være en anden vej til færre kontroller. Hurtigere afslutning af patientforløb kan eventuelt følges op med en mulighed for, patienten kan kontakte hospitalet i en periode efter afslutningen ved behov.

Et sidste tema drejer sig om ledelse, opfølgning og registrering af udredningsretten. Læger og sekretærer har en væsentlig opgave med at registrere udredningsforløbene korrekt, så de bliver indberettet til landspatientregisteret. Hospitalerne har forskellige forslag for at sikre en smidig registreringsproces. Herunder overblik over, hvem der har ansvaret for registrering og hvor man kan få hjælp, "Lommekort" med overblik over udredningskoderne og undervisning i korrekt registrering.

Flere hospitaler har gode erfaringer med at følge data på et detaljeret niveau i ledelsen. I den løbende ledelsesmæssige opfølgning på afdelingernes overholdelse af udredningsretten efterspørges yderligere muligheder i sundhedsplatformen og der anbefales bedre brug af de eksisterende muligheder.

# Forslag fra hospitalerne til at forbedre overholdelse af udrednings- og behandlingsretten

Dato: 4. januar 2019

Hospitalerne har op til workshoppem om udrednings- og behandlingsret d. 9. januar 2019 drøftet, hvordan overholdelsen af rettighederne kan forbedres. Hospitalernes forbedringsforslag er samlet i dette dokument.

Forslagene er samlet omkring to temaer:

- "Henvisning, visitation og booking" mønter sig på processen før patientens første fremmøde, hvor samarbejdet med almen praksis om henvisninger og visitation til den rigtige udredning/behandling og kommunikation med patienten er temaerne.
- "Ledelse, organisering og kapacitetsudnyttelse" mønter sig på organisering af forløbet på hospitalet, ledelsesmæssig opfølgning og registrering.

Nedenfor fremgår alle forslagene indsat tematisk under fælles overskrifter. I dokumentet "Resumé af forbedringsforslag" er hovedtræk i de to temaer opridset.

## Indhold

<b>1. Henvisning, visitation og booking</b> .....	<b>2</b>
Visitation – vurdering af om patienten skal udredes og hvilken udredning patienten skal tilbydes .....	2
Henvisninger fra praksissektoren .....	3
Planlægning og booking af patientforløb .....	4
Årstidsvariation i antal udredningspatienter og brug af privathospitaler .....	5
Compliance og kommunikation med patienten: Indkaldelse, fremmøde og udeblivelser .....	5
<b>2. Ledelse, organisering og kapacitetsudnyttelse</b> .....	<b>7</b>
Kapacitetsudnyttelse og organisering .....	7
Prioritering: Ser vi de rigtige patienter? .....	8
Registrering af udredningspatienter .....	9
Datadrevet opfølgning .....	10
Driftsmålsstyring og ledelsesfokus .....	10

# 1. Henvisning, visitation og booking

## Visitation – vurdering af om patienten skal udredes og hvilken udredning patienten skal tilbydes

- Præcise visitationskriterier: Ens fortolkning af hvem der er udredningspatienter og hvornår man er færdigudredning
  - Klinikkerne skal have en klar instruks om, hvilke patienter der opfylder kravene til udrednings-, behandlings-, kontrol- eller pakkeforløbspatienter. Det kræver oplæring af de visiterende læger og de sekretærer der håndterer visitationerne. Det visiterende personale skal også være klar til at afvise henvisninger, der er mangelfulde.
  - Enighed på nationalt plan om tolkning og kodning af udredningsretten
  - Krav om udarbejdelse af retningslinjer i SFR, fx ift. skelnen mellem udrednings- og behandlingspatienter:
    - Når nogle hospitaler overholder udredningsretten og andre ikke inden for samme specialer, må der være forskel på tolkning eller praksis – det er ikke sandsynligt at det kun drejer sig om casemix og højt specialiserede funktioner. Derfor må der også være viden, der kan deles og erfaringer, der kan videregives.
    - I lyset af rigsrevisionens rapport, skal vi være skarpe på, at specialerne fx afgrænser ensartet i forhold til udrednings- og behandlingspatienter samt ift. tolkningen af, hvornår en patient er 'færdigudredt'. Dette vil være hensigtsmæssigt at gøre i regi af SFR, eller på landsplan i regi af de medicinske selskaber.
  - Ledelsesprioritering, hvor der tages generelle beslutninger på kliniskniveau om diagnoser og forløbsperioder, samt hvilke patienter skal være hvor.
- Hvem skal visitere?
  - Der er en naturlig tendens til, at udrednings- og behandlingsbehovet "søger" mod hospitalerne, hvor de skarpeste kliniske kompetencer findes. For at undgå et indikationsskred, der vanskeliggør opfyldelsen af udrednings- og behandlingsretten fordi antallet af patienter vokser, er det vigtigt, at kriterierne for at blive visiteret til hospitalet er meget præcise, og at der er en organisering – fx en central visitation - der er trænet i at håndhæve visitationskriterierne. Region Hovedstadens Psykiatri har en central visitation, hvilket har været muligt fordi alle psykiatriske afdelinger/centre inden for specialet er samlet i ét hospital. Fra 2019 vil den centrale visitation desuden overtage en lang række udredningsopgaver. For andre hospitaler vil det være en større organisatorisk ændring at indføre en central visitation for et speciale, da dette typisk er tilstede på flere hospitaler samtidig.
  - Arbejde på hurtigere håndtering af henvisninger, f.eks. ved at omlægge visitationsproceduren, så denne i mere udpræget grad varetages af sekretærer (om muligt) – det kræver klare retningslinjer, evt. med involvering af sygeplejersker og læge hvis henvisningen er kompleks.
  - Lille visitations- og planlægningsgruppe med få hænder, der kender forløb og diagnoser indgående
  - Visitationsteam skal være forankret i afdelingsledelsen

- Kvalitet i visitation
  - Sundhedsfaglig sortering/visitation/booking og indkaldelse af patienter på et højt (læge-) fagligt niveau
  - Forløbsperioden dækker over både meget komplekse medicinske patienter, og mere simple udredninger. Allerede i visitationen, er det vigtigt, at tage højde for patientens situation, herunder vurdering af behov for brug af faglige årsager, og hvor hurtigt den enkelte patient kan udredes.
  - Det er essentielt, at patienterne allerede fra, at henvisningen modtages, sættes i den relevante og korrekte forløbsperiode, eller at man overtager det relevante forløb. Dette kan være et problem, hvis man har landsdelsfunktion og henvisende afdeling ikke anvender Sundhedsplatformen.

## Henvisninger fra praksissektoren

- Ser vi de rigtige patienter?
- Kvalitet i henvisninger og samarbejde med praktiserende læge ift. at få henvist de rigtige patienter.
  - Visiterende læge kan – efter dialog med praksiskoordinator/region – afvise henvisninger, der ikke indeholder information om, hvorvidt en patient har fået foretaget en specifik undersøgelse (i de tilfælde, hvor netop denne undersøgelse er 'adgangskravet' til hospitalssektoren).
    - Hospitalet skal ikke varetage opgaver, som skal løses i almen praksis eller hos privatpraktiserende speciallæger. Dette tager tid fra vores speciallæger og fra udredningspatienter, der er korrekt henvist til hospitalsspecialiseret udredning.
    - Henvisningskvaliteten er ikke altid god nok, og der bør – speciale for speciale, og på tværs af regionen – arbejdes på at forbedre denne. Eksempelvis fremgår det ofte ikke om en specifik undersøgelse er foretaget, og her kan afvisning af henvisning bruges som pædagogisk værktøj – egen læge erfarer hvilke undersøgelser, der er krav om, eller alternativt husker egen læge at notere dette på henvisningen fremover.
    - Dette kan både have positiv indvirkning på korrekt brug af ressourcer fra start, idet man sikrer, at det er den rette læge/rigtige afsnit fra første besøg, ligesom patienter henvist til undersøgelse som led i udredning hos egen læge kan sorteres i egen bunke. Et eksempel er Børneafdelingen, hvor der laves særlige (nemme/hurtige) diagnostiske undersøgelser for egen læge, men hvor patienten ofte henvises (forkert) til udredningsforløb på hospitalet.
  - Regionen skal i samarbejde med praksiskoordinatorer og udvalgte afdelinger, gå i dialog med praksislægerne ift., hvordan henvisningskvaliteten kan forbedres – med fokus på de 'hårdest' ramte specialer (specialer med mange nyhenviste, dårlig målopfyldelse og kendskab til problematikken).
  - Skærpet visitation – henvis til praktiserende speciallæger, hvis muligt, eller tilbage til egen læge, hvis henvisningen ikke er tilstrækkelig eller hvis det vurderes at egen læge kan foretage udredning/behandling – evt. under supervision fra hospital.
  - Det kan opfattes negativt, hvis en afdeling begynder at afvise (flere) henvisninger – det er derfor vigtigt, at der opstartes en dialog med (special)praksislægerne om, hvilke kriterier, der kan være relevante at bruge.

- Ofte er det specialespecifikke krav, der ikke er opfyldt – er dette mon beskrevet et relevant sted for egen læge? Fx væske-vandladningsskema inden for gynækologien eller en særlig test eller billeddiagnostisk undersøgelse.
- Samarbejde med praktiserende læger om den gode henvisning. Aftal klare retningslinjer med praktiserende læger om hvad en henvisning skal indeholde, inkl. hvornår hospitalet kan afvise en mangelfuld henvisning. Bornholms Hospital har aftalt med praksiskonsulenten hvornår praksis kan forvente at vi sender en henvisning retur. Det er desuden aftalt, at hospitalet udarbejder en-sides vejledninger til de enkelte specialer, hvor der tydeligt fremgår, hvad den gode henvisning skal indeholde. Praksiskonsulenten sørger for distribution af vejledningerne til de praktiserende læger.

## Planlægning og booking af patientforløb

- Hurtig første tid for at det er muligt at færdigudrede inden for 30 dage
  - Mål: Første besøg inden for 1 uge
  - Særlig opmærksomhed på at udredningspatienter skal tilbydes en hurtig tid i ambulatoriet, og hvis dette ikke kan lade sig gøre, så skal patienten om muligt tilbydes udredning via regional garantiklinik eller privat aktør.
- Overblik over afdelingens udredningspatienter og prioritering af kapacitet til dem
  - Udarbejde kapacitetsanalyser: Alle ambulatorier er komplekse organisationer, hvor personalet skal arbejde sammen på kryds og tværs. Samtidig har patienterne forskellige behov afhængig af sygdom, fase i sygdommen, mv. For at sikre, at der er overensstemmelse mellem kapaciteten (i form af medarbejdernes kompetencer og tid) og behovet (i form af det sædvanlige antal henvisninger af patienter) er det vigtigt, at ledelse og medarbejdere får overblik over "produktionen" og "produktionsfaktorerne" gennem udarbejdelse af kapacitetsanalyser. Analyserne skal vise, hvilket kapacitetsbehov, der følger af det sædvanlige antal henvisninger, samt vise om personalet har den fornødne tid til at honorere behovet. Hvis det ikke er tilfældet vil kapacitetsanalysen kunne fortælle, om der kan frigøres yderligere tid til patientkontakt, eller om der skal justeres på andre parametre. Nogle data vil kunne findes i sundhedsplatformen. Andre må skaffes manuelt. Jo flere data, der er adgang til i sundhedsplatformen, jo bedre.
  - Danne overblik over afdelingens patienter og situation. Fx hvor mange udredningspatienter der er, og sikre at afdelingen uge for uge har ledige (hurtige) ambulatorietider svarende til patientvolumen.
  - Tidsplanerne skal matche antallet af henviste patienter og være rullet ud i så god tid, at klinikken er i stand til at sende patienterne et brev med en tid inden de lovmæssige 8 dage – dermed kan man også, hvis man ikke er i stand til at udrede/behandle inden tidsrammen, gøre patienterne opmærksomme på deres rettigheder og eventuelle alternative muligheder.
- Booking
  - Tænke nyt ift. organisering af udredningstider.
  - Afdelinger med patienter på venteliste bruger meget tid på at indkalde patienter til aflyste tider. Her er brug for ideer til, hvordan man smartest kommer dette i møde – fx om man skal give tiden til de nyeste eller dem, der har ventet længst.

- For afdelinger, hvor der er mulighed for at tilbyde patienter udredning andetsteds (Danske Regioners udredningsaftaler) kan der afprøves forskellige arbejdsgange i forbindelse med booking af tider for at se, om det kan være relevant at indkalde patienter 'i klumper', så hospitalet får udnyttet eventuelle aftaler mest muligt

## Årstidsvariation i antal udredningspatienter og brug af privathospitaler

- Ferieplanlægning og prioritering af udredningspatienter i lavaktivitetsperioder
  - Planlægge medarbejdernes ferie i forhold til aktivitet
  - Hæve barren for overholdelse af udredningsretten (flere dage til færdigudredning) med henblik på at udligne årsvariationer i udredningsaktiviteten.
  - Afsætte ekstra ressourcer eller omfordele i ferier og lavaktivitetsperioder – herunder prioritere tider til udredning i lavaktivitetsperioder og placere kontrolbesøg i højaktivitetsperioder.
- Bufferkapacitet på andre regionale hospitaler og privathospitaler
  - Bufferkapacitet via andre hospitaler (fx til udjævning af pludselige pukler)
  - Brug af privathospitaler
  - Forbedring af eksisterende aftaler for privat udredning. Det foreslås, at der indenfor udvalgte specialer nedsættes en regional arbejdsgruppe med klinikere, der gennemgår det nuværende aftalegrundlag, med henblik på at forbedre/præcisere patienttyper, som kan udredes i privat regi. Regionen varetager opgaven med at tilbyde den enkelte patient et andet tilbud ved kapacitetsproblemer på det enkelte hospital.
  - Dataopfølgning: Følge med i udviklingen med hvor mange patienter der vælger at benytte sig af muligheden for at vælge et andet hospital.
- En PIXI (oversigt over private og regionale udrednings-/behandlingstilbud på andre hospitaler) med reelle tilbud, man kan klikke på og få en kort indholdsbeskrivelse af.
  - Flere afdelinger har vanskeligt ved at benytte de nuværende aftaler med private aktører, da der er faglig usikkerhed om hvad tilbuddet indebærer og manglende indblik i patientkriterierne.
  - Det er en uoverskuelig opgave for den enkelte læge eller sekretær at have opdateret viden om, hvor patienten kan sendes hen – fx ved at skulle ringe rundt til andre afdelinger og tjekke op på private aktørers tilbud.
  - Den nuværende PIXI rummer ofte uddaterede og uspecifikke aftaler, og klinikerne har ikke reel mulighed for at vurdere om det er et reelt og relevant tilbud. Hvis det er hospitalets opgave at finde et andet tilbud (og ikke regionens), skal det være nemmere.

## Compliance og kommunikation med patienten: Indkaldelse, fremmøde og udeblivelser

- Udeblivelser og sikring af fremmøde
  - Vær skarp om tilbuddet – "dine tider er booket til dig".
  - Fokus på patienter, der har problemstillinger (fysisk, psykiske, sociale) der gør, at de kan have svært ved indkaldelse/ fremmøde på vanlig vis.
  - Reminder per telefon virker godt, men er tidskrævende.

- Aftalepåmindelse på NemSMS med specifik angivelse af tid og ambulatorium (OBS! Jf. Datatilsynets retningslinjer må NemSMS kun anvendes, hvis der er indhentet samtykke fra borgeren, da servicemeddelelsen indeholder fortrolige og følsomme oplysninger)
- Klinikkerne skal have en klar politik for udeblivelser. Patienter, der udebliver og bliver genindkaldt gang på gang, fylder i tidsplanerne og spilder ressourcer.
- Afslutte patienter, der udebliver fra besøg (hvis det kan forsvares).
- Hvilke krav kan/skal vi stille til patienten ift. accept af den foreslåede udredningsplan, inklusiv dato for første besøg?
  - Undersøge og interessere os for, hvordan patienten opfatter den kommunikation (breve, møder og andet materiale) og den behandling, de får fra hospitalet – anvende dette understøttende ift. at undgå passive ambulatorietider.
  - Antropologisk undersøgelse af patienternes oplevelse af deres forløb.
  - Samarbejde med patienten ift. at skabe et forpligtende samarbejde.
  - Databaseret tilgang:
    - Er der forskelle på tværs af afsnit/specialer/hospitaler?
    - Data der kan vise mønstre i udeblivelser
    - Data der viser, hvor mange patienter (andel) der ikke er tilknyttet e-boks – er det et stort eller lille problem?
- Venteliste til hurtigere tider ved afbud
  - På afdelinger med meget lang ventetid har mange aflysninger (og udeblivelser), når en del patienter muligvis at blive raske/sygdomsfri/behandlet af egen læge, og patienter får derfor tilbud om at komme på venteliste, hvor de kan blive ringet op med kort varsel. Dette er tidskrævende – kvalificering af idé til at komme dette i møde ønskes.
- Breve til patienter uden e-boks
  - Differentieret kontakt til patienter afhængig af om patienten har e-boks eller ej. Problem at man giver en hurtig tid til en patient, der så viser sig ikke at have e-boks og dermed ikke kan kontaktes i tide → ulige behandling?
  - Etablere en ny brevservice, der hurtigt kan levere indkaldelsesbreve ud fysisk (evt. bestilling hos Center for Ejendomme)
  - Indkaldelsesbrev: Der er et regionalt arbejde i gang – evt. fremskynde denne dagsorden



## 2. Ledelse, organisering og kapacitetsudnyttelse

### Kapacitetsudnyttelse og organisering

- Frigøre ressourcer hos behandlere til at kunne udrede flere patienter
  - Flere forundersøgelsestider per ambulatoriespor.
  - Kan der (fast) bookes en ekstra patient i nogle ambulatorier ved omlægning af arbejds gange?
  - Fokus på at frigøre primært lægeressourcer til at håndtere flere udredningspatienter. Indsatsen kan samtænkes med hospitalets håndtering ift. nærhedsfinansiering som ny styringsramme, hvor kommuner og almen praksis skal varetage flere opgaver.
  - Analyser af data ift. om der er ambulatorier, hvor antallet af patienter per dag kan øges – eksempelvis ved at sammenligne med lignende specialer på eget hospitaler eller inden for specialet på tværs af hospitalerne.
  - Hvor lang tid er der afsat til den enkelte patient? Databaseret tilgang.
- Pukkelafvikling via engangsbevilling.
- Adgang til diagnostik
  - Paraklinikken (CT, KMB) har lange svartider, og udredningsret har ikke samme prioritet som fx kræftpakker. Samarbejdsaftaler ift. parakliniske undersøgelser er ønskelig.
  - Diagnostisk "Front loading"
- Organisering af udredningsforløb: Pakkeforløb, fællesambulatorier og sammedagsudredning
  - Etablering af et fællesambulatorie, hvor hensigten er at patienter kan udredes hurtigere ved at kunne tilses af flere relevante specialer på samme besøg. Initiativet forventes at kunne påvirke udredningsretten i positiv retning.
  - I projekt med værdibaseret styring på lunge- og infektionsmedicinsk ambulatorium (Nordsjælland) arbejdes der med sammedagsudredning som mål. Hensigten er, at udredningsforløbene tilrettelægges sådan, at alle forudsætninger (henvisningsgrundlag, prøvesvar etc.) for udredning er til stede ved første udredningsbesøg, så patienten optimalt set kan udredes ved første besøg.
  - Pakkeforløb: Beskrive og implementere fast workflow for de fire største/hyppigste patientgrupper. Erfaringen er, at man har øget andelen af patienter, der bliver udredt hurtigt, men det kræver, at der er et forpligtende samarbejde mellem de diagnostiske afdelinger og de kliniske afdelinger og at der er compliance fra patienterne.
  - Fasttrack forløb, der medfører at evt. ventetid på lægeressourcer bortfalder.
- Superviserende speciallæger
  - Indførsel af superviserende læge i ambulatoriet med henblik på at øge kvaliteten i behandling, da alle yngre læger superviseres. Desuden øge fokus på uddannelse af yngre læger, samt fokus på at afslutte patienter mere systematisk.
  - Primær udredning med en speciallæge der superviserer 2-3 yngre læger, evt. faste medicinstuderende på sidste del af studiet.

- Opgaveglidning:
  - Gennemgang af de enkelte specialer ift. om der kan ske opgaveglidning, f.eks. læge til sygeplejerske, om der kan findes flere tider osv. Ved kapacitetsgennemgangen overvejer man samtidig, hvad de enkelte tiltag vil betyde for kvaliteten.
  - Sygeplejersker varetager flere typer kontrolbesøg.
  - Opgaveflytning fra læge til sygeplejerske eller læge til sekretær. Flere spor med rene sygeplejeambulatorier.
  - Overveje hvorvidt det første besøg kan varetages af en sygeplejerske frem for en læge.
  
- Telemedicin og MinSP: Mindre ressourcekrævende kontakt
  - Ændre kommunikation med patienter efter behandling: Sundhedsplatformen, telefonisk opfølgning ved sygeplejersker til patienten.
  - Øget brug af telefonkonsultationer.
  - Benytte telemedicin (herunder MinSP) til at frigøre plads hele året.
  - Gennemgang af ambulante besøgskalendere. Kontroltider kan udskydes i samarbejde med lægerne eller erstattet af telefonkonsultation eller brev.
  
- Audit af patientforløb, hvor udredningsretten ikke overholdes
  - Undersøgelser af årsagerne til manglende overholdelse af udredningsretten (ikke aggregeret data men på CPR-niveau), f.eks. via en audit af et antal patientforløb – afdelingerne kan hver især gå nogle patientforløb igennem.

## Prioritering: Ser vi de rigtige patienter?

- Prioritering af kapacitet mellem patientgrupper: akutte/subakutte/elektive, udredning/behandling/kontrol
  - Slankning af de nyhenviste patienters forløb.
  - Fokus på at øge den ambulante aktivitet ift. udredningspatienter
  - Ambulatorier med kroniske patienter skal friholde et passende antal tider til hurtig udredning af udredningspatienter. Det betyder ofte, at de kroniske patienter kommer til at vente lidt længere end planlagt.
  - Lave planer for at se de akutte patienter
  - Introduktion af subakutte tider (udfordring, patienter får ikke noget materiale (hverken sms, brev, e-boks), der skal tænkes patientinformation ind)
  - Videndeling i regi af de medicinske selskaber (på tværs af landet). Håbet er, at hospitaler og regioner med bedre målopfyldelse kan hjælpe med at vise vejen frem. Ikke mindst ift. hvordan det lykkedes – fx mht. at ændre på fortællingen om, hvilke patienter, der skal prioriteres og hvordan prioriteringen er blevet gjort meningsfuldt.
  
- Færre kontroller
  - Indgå aftaler om omlægning af ambulante kontroller til udredning, så der opnås flere ambulante tider til udredningspatienter.
  - Gennemgang af de enkelte specialeambulatorier for vurdering af om kontroltider kan flyttes.
  - Nedsætte antallet af kontroller pr. cpr. nummer/ophøre med kontroller indenfor relevante patientgrupper.
  - Reducere i antallet af standardiserede kontrolbesøg for kroniske patienter (hvor det er muligt) og i stedet gøre disse behovsorienterede.

- Længere intervaller mellem kontrolbesøg (indenfor rammerne af de sundhedsfaglige retningslinjer).
  - Foretage faglige vurderinger af ændringer i praksis omkring kontrolbesøg med henblik på at nedbringe antallet af kontrolbesøg
  - Mange afdelinger har allerede skåret meget ned ift. kontrolbesøg. Der ligger en begrænsning i de nationale kvalitetsprogrammer. Det skal undersøges, hvilke programmer, der er nationale og om der er nogle kvalitetskrav, der 'blot' er fra DDKM og måske kan opblødes – det vil være en regional opgave at evaluere på evidens mv. for disse programmer. Og det skal give fagligt mening at ændre på kadencen.
  - Hvis der skal fjernes flere kontroller, vil det være hensigtsmæssigt at oparbejde et tættere samarbejde for nogle patienter med egen læge, som kan overtage forløb, hvor klinikerer ellers for nemt bliver i tvivl om, hvorvidt yderligere opfølgning er nødvendig. Dette vil desuden kræve dialog mellem region og praksislæger samt i nogle tilfælde forhandling med PLO.
  - Opfordre almen praksis til at give feedback i konkrete sager, hvis de oplever bekymring for patientsikkerheden, hvor hospitalet har skåret ned på antallet af kontrolbesøg. Det giver ro i processen – især for lægerne, også at task tænker i konsekvenser af færre kontroller.
  - Opfyldelse af udredningsretten øger presset på kontroltiderne og gør det sværere at sikre at de nødvendige tider er til rådighed.
- Afslutning af patientforløb
    - Fokus på at afslutte patienter i kontrolforløb.
    - Fokus på at afslutte patienter.
    - Etablering af hotline, hvor patienter (i en periode) har mulighed for dialog med sundhedspersonale som led i behandlingsopfølgningen.
    - Fokus på afslutning allerede ved forløbets opstart.
    - Audit af patientforløb for at blive enige om hvornår en patient er færdigudredt

## Registrering af udredningspatienter

- Arbejdsgange for registrering af udredningspatienter
  - Lommekort til lægerne med udredningskoderne og hvornår de skal bruges (hurtigt overblik). Et af fokuspunkterne har været "Ingen udredningsplan udleveret".
  - Udarbejde et skema over hvem, der har hvilket registreringsansvar, som omdeles til alle relevante medarbejdere og gøres synligt ved de enkelte arbejdspladser, f.eks. i ambulatorierum.
  - Det er læger, der koder tidstro, når de tager klinisk beslutning. Det er tidsbesparende og meget nemmere for en læge at gøre det i samme arbejdsgang frem for at en sekretær skal ind over.
  - Skabe overblik over hvad skal der gøres/skrives/registreres i de enkelte afdelinger, og om der er der noget, der kan gøres anderledes. Herunder omlægning og optimering af arbejdsgange ift. registrering.
  - Undervisning i korrekt kodning for alle er vigtig og man skal vide, hvor man kan hente hjælp, herunder fx undervisning af sygeplejerskerne så de kan at bistå lægerne i korrekt registrering.
  - Læger og sekretærer ved præcis hvor de skal henvende sig med registreringsspørgsmål og undren.

- Kontakt til andre hospitaler, sundhedsfaglige råd, Enhed for Patientvejledning og Sygehusvalg m.m. for videndeling om god praksis. Mødedeltagerne deler viden med deres kollegaer.

## Datadrevet opfølgning

- Løbende monitorering af enkelte patientforløb
  - Monitorere udredningsretten med de relevante SP rapporter, så man kan nå at samle op på forløb der er ved at overskride tidsfristen.
  - Løbende monitorering af forløb og perioder (her anvendes SMAK – et monitoreringsredskab udviklet på RH)
  - Den nye persondataforordning vanskeliggør overvågning af patientforløb og dermed identificering af flaskehalse og rettidig kodning, hvis man ikke har et system, der kan håndtere dette. SP kan ikke i tilstrækkelig grad.
  - Udbrede brugen af SP-funktionen ”Forløbsmonitorering – Datakomplethed og opfølgning” med henblik på at understøtte at der mindes om tidsfrister ifm. overholdelse af udredningsretten.
  - Fremadrettet ønske til dataadgang. Før SP blev indført fulgte Region Hovedstadens Psykiatri løbende hvor mange patienter, der havde fået tider til første besøg, der lå mere end 30 dage efter henvisningens modtagelse. Disse patienter kunne med sikkerhed ikke få en udredning eller behandling, der levede op til udrednings- og behandlingsretten. Disse data muliggjorde: at nogle patienter kunne nå at få en anden tid, der lå inden for tidsfristen, at ledelsen var på forkant med, hvor der var kapacitetsproblemer, som ville vise sig i en mangelfuld efterlevelse af udrednings- og behandlingsretten måneden efter. Disse data er nu blevet genetableret i SP (dashboard). Men det er stadig ikke muligt at se, hvilke patienter, det konkret drejer sig om, hvorfor man ikke umiddelbart kan arbejde på at tilbyde dem en alternativ tid til første besøg. Det vil være en stor forbedring, hvis data kan tilvejebringes i en operationel rapport, hvor der er adgang til patienternes cpr.numre.
- Datakomplethed og korrekt registrering
  - Korrekt registrering er nødvendig for at kunne vurdere omfanget af og årsagen til en evt. lav overholdelse. Det kan fx være nødvendigt at analysere forholdet mellem til- og afgang til afdelingen for at vurdere om lav overholdelse skyldes en oparbejdet pukkel eller en reel ubalance. Et bedre datagrundlag kan medvirke til mere hensigtsmæssig planlægning af ambulatorietider.
  - Når der opdages fejl eller mangler i data, er det vigtigt, at der rettes op hurtigt, således at data er så korrekte og troværdige, som muligt.

## Driftsmålsstyring og ledelsesfokus

- Ledelsesmæssigt fokus gennem driftsmålsstyring
  - Ledelsesmæssigt fokus på udredningsretten gennem driftsmålsstyring og dialog med afdelingerne. Møder hver 14. dag.
- Lokale ledelsesmæssige tiltag for at forbedre overholdelse
- Ledelsesmæssig opfølgning på tværs af forløb

- Ledelsen på alle niveauer er nødt til at sætte sig ind i materien. Det er vigtigt for fremdriften, at hospitalernes ledelser – lige fra afdelingsledelser til hospitalsdirektion – kender data om aktivitet og kapacitet. Det indebærer, at man bl.a. skal efterspørge viden om, hvordan der arbejdes med kapacitetsanalyser, hvordan henvisningerne varierer i antal over tid, hvor meget tid der bruges på udredninger, hvilke typer patienter der venter, hvor de venter, hvor flaskehalsene er, hvad der gøres for at eliminere flaskehalse, hvordan der bookes mv. Nogle data findes i SP. Andre må skaffes manuelt. Jo flere SP-data, der er adgang til, jo bedre.
  - Ugentlig opfølgning. Arbejdet med at nedbringe ventetiderne kræver en tæt opfølgning og kontinuerlig drøftelse af udviklingen og mulige forbedringsforslag. Hvis man ikke ser sine data ugentlig vil det være svært at forstå dem og at forstå variationerne. Det vil ligeledes være svært at rette op på en negativ udvikling, hvis man ikke følger data meget tæt. Nogle data findes i SP (dashboards) på uge- (og dags-) basis. Men der er stadig mangel på gode data vedrørende ambulante besøg mv. Jo flere SP-data, der er adgang til, jo bedre.
  - Oprettelse af en tværfaglig task force gruppe med ugentlige møder giver fokus på opgaven og sikrer, at der hurtigt kan sætte ind hvor det er nødvendigt. Logbog føres ved hvert møde i task force med henblik på at fastholde beslutninger og sikre, at der er en ansvarlig for alle opgaver.
  - Brug ressourcer på at komme helt ned i detaljerne. Bornholms Hospital har fulgt udviklingen af "ingen udredningsplan udleveret" og "udredningsplan udleveret efter 30 " tæt, da det var her, data viste vi havde størst udfordringer. Der er blevet analyseret på CPR-niveau for at se, hvilke afdelinger/specifik læge/sekretær der havde brug for særlig hjælp til registrering.
- Videndeling og samarbejde på tværs af regionens hospitaler - speciale for speciale.