

Notat om fælles initiativer ifbm udredningsretten



Den 20. oktober holdt Region Midtjylland konference om udredningsretten.

På konferencen blev der præsenteret mange gode tiltag fra regionens hospitaler, og det var tydeligt, at der på hospitalerne på forskellig vis arbejdes med kapacitetsoptimering og systematisering af arbejdet med udredningsretten. Konferencen viste dermed, at det er vigtigt at sikre vidensdeling mellem hospitalerne om de løsninger, der findes lokalt, for at de gode effekter kan udbredes.

Dato 24-11-2014

Mette Brænder Nørgaard

Tel. +4578412022

Mettebraender.Noergaard@stab.rm.dk

1-30-72-130-12

Side 1

Konferencen viste også, at der er udfordringer i arbejdet med udredningsretten. To udfordringer, der gik igen i flere oplæg, var registreringer og afgrænsning af udredningsretten, altså hvornår en patienten skal udredes, og hvornår udredningen kan siges at være afsluttet.

Som opfølgning på de gode tiltag fra konferencen og for at tage fat i problemområderne er administrationen og hospitalerne blevet enige om nedenstående fælles initiativer:

- 1) Forbedring af registreringer ifbm. udredningsretten
- 2) Afgrænsning af udredningsretten
- 3) Udbredelse af uddannelseslæger i front
- 4) Styrkelse af samspillet med praksis
- 5) Inventering mhbp. udredningsretten

Forbedringer af registreringer ifbm udredningsretten

Implementering af nye registreringer tager altid lang tid. Det er også tidligere set med hjerte- og kræftpakkerne.

Registreringerne ifbm. udredningsretten har dog vist sig at være en meget stor udfordring. Dette skyldes blandt andet, at der er tale om mange nye registreringer, som omfatter stort set alle afdelinger og patienter, og som kræver oplysninger fra lægerne til sekretærene.

For at fremme datakomplethed og ensartet registreringspraksis er der stor opmærksomhed på registreringerne i dialogen mellem hospitalerne og administrationen.

Der er i november udarbejdet en ny registreringsvejledning, som dels beskriver den nye mulighed for registrering af, om en patient visiteres til udredning eller behandling, dels uddyber forklaringerne af de øvrige registreringer.

Der er på hospitalerne blandt de registreringsansvarlige solid viden om indholdet af vejledningen. Udfordringen er at få denne viden ud til alle sekretærer, som skal foretage registreringerne. Alle hospitaler er derfor i gang med møderunder om registreringen, for at sikre udbredelse af viden om registreringerne, give mulighed for at sekretærer og læger kan få afklaret spørgsmål og derved få forbedret registreringerne og øget registreringskompletheden. Administrationen indgår i arbejdet med registreringsforbedringer, i det omfang hospitalerne har behov for det.

Det er administrationens opfattelse, at der er et godt grundlag for, at man på alle afdelinger kan komme meget langt med registreringen. Det er derfor administrationen og hospitalernes mål, at Region Midtjylland har en databasekomplethed på mindst 70% ved årets udgang.

Der arbejdes samtidig med en ny regional opfølgning på udredningsretten, der bl.a. vil omfatte det samlede antal udredningspatienter, så fx antallet af færdigudredt patienter kan sætte i forhold til, hvor mange der er visiteret til udredning. Opgørelsen kan dog først tages i brug, når registreringen af, hvad patienten er henvist til, er implementeret i et omfang, så data kan antages at være retvisende.

Afgrænsning af udredningsretten

Skellet mellem udredning og behandling er centralt ift. udredningsretten. Dels fordi det markerer afslutningen på udredningen og overgang til behandling. Dels fordi der i lovgivningen om udredningsretten åbnes op for den mulighed, at en henvisning kan være så klar, at der ikke er behov for en egentlig udredning, og den visiterende læge kan visitere direkte til behandling.

Vurderingen af, om en patient er udredt eller ej, bliver således afgørende for patientens rettigheder.

Hvis en patient visiteres til udredning, har hospitalet 1 måned til at udrede og derefter 2 måneder til at behandle (dog 1 ved alvorlig sygdom). Patienten har ikke ret til udvidet frit valg, men skal gives et andet udredningstilbud, hvis hospitalet ikke kan afslutte udredningen inden for en måned.

Hvis patienten visiteres til behandling, har hospitalet 2 måneder til at behandle (dog 1 ved alvorlig sygdom). Patienten har ret til udvidet frit valg, hvis hospitalet ikke kan behandle inden for fristen.

Da udredningsretten blev indført, udarbejde regionerne i fællesskab en definition af, hvornår udredning er afsluttet. Begrebet udredning slut er dog tilsyneladende vanskeligt at operationalisere i hvert fald inden for nogle specialer. Dette skyldes, at det fagligt set ikke altid er meningsfyldt at tale om, at udredningen er afsluttet. Det er ofte den faglige opfattelse, at udredningen fortsætter hele vejen igennem et patientforløb, hvilket også betyder, at behandlingen løbende tilpasses.

Afgrænsningen af udredning drøftes derfor mellem fagfolk og ledelser på hospitalerne, og der er på denne baggrund ved at blive skabt en fælles forståelse af udredningsretten. Forståelsen er, at udredning er afsluttet i lovens betydning, når patienten er så godt udredt, at der kan

gives et behandlingstilbud eller sygdom kan afvises. Herefter opstartes behandling. Videre udredning og herunder løbende tilpasningen af behandlingen fortsætter i praksis, men udredningen er afsluttet i lovens forstand.

Der er på Aarhus Universitetshospital opstillet tre enkle principper for, hvornår udredning er afsluttet. De andre hospitalerne arbejder på tilsvarende vis med klare retningslinjer, og hospitalerne lader sig inspirere af hinandens løsninger, for at sikre fælles forståelse på tværs af regionen.

Der er på hospitalerne både hos fagfolk og ledelse opmærksomhed på, at der, når udredningen er afsluttet, skal sikres en god overgang til behandlingsforløbet, så patienten får et samlet set hurtigt og sammenhængende forløb.

Udbredelse af uddannelseslæger i front

Uddannelseslæger i front er et af de initiativer, der blev fortalt om på konferencen om udredningsret. Modellen bruges på enkelte afdelinger bl.a. pædiatrisk afdeling på Regionshospitalet Viborg, og indebærer, at uddannelseslæger selv varetager ambulatoriespor med supervision fra en speciallæge.

Uddannelseslægerne starter med sammen med speciallægen at gennemgå dagens patienter. Derefter foretager uddannelseslægerne selv undersøgelse af patienten og forelægger behandlingsplan for den supervisor speciallæge.

Modellen betyder, at kapaciteten på afdelingen øges og medvirker til gode og lærerige uddannelsesforløb.

Modellen ønskes benyttet på flere afdelinger, og der vil derfor blive igangsat et arbejde i klinikforum med systematisk at afklare, på hvilke områder det kan være relevant. Herefter vil Regionshospitalet Viborg blive inddraget som ressource ift. opstart af modellen på de udvalgte områder.

Styrkelse af samspillet med praksis

Almen praksis kan som indgangen til sundhedsvæsenet påvirke udredningsopgaven på hospitalerne både positivt og negativt. Et godt samspil med almen praksis er en forudsætning for, at hospitalerne fortsat kan leve op til bestemmelserne i udrednings- og behandlingsgarantien.

I mange tilfælde vurderer specialerådene, at gode henvisninger fra praksis, hvor relevant diagnostik er udført og angivet, kan betyde, at patienten kan visiteres direkte til behandling eller udredes med et enkelt besøg.

Almen praksis tilkendegiver på den anden side et ønske om lettere at kunne få diagnostisk understøttelse, klinisk vejledning og afklaring af potentielle diagnoser, så udredning kan foretages i almen praksis.

Administrationen vil gå i dialog med Lægelig koordinator for PKO, praksiskoordinatorer og PLO Midtjylland med henblik på styrkelse af samspillet mellem sektorer omkring udredningen af patienterne i Region Midtjylland.

Mulige løsninger til understøttelse af praksis er evaluering og evt. udvidelse af ordningen med, at praksis har kontaktnumre til alle hospitalsafdelinger, forbedring af epikriser, forbedring af brugen af FMK, oprettelse af flere ja/nej klinikker og udvidelse af andre diagnostiske initiativer. Et eksempel på en eksisterende "ja/nej klinik" er inden for leddegigt på Regionshospitalet i Silkeborg. Hertil kan praksislæger henvise patienter med ledsmerter og inden for 1 uge få svar på, om der er leddegigt eller ej.

Mulige løsninger til hjælp fra praksis med udredningsopgaven på hospitalerne er dialog mellem hospitalerne og praksis om de gode henvisninger og tydeliggørelse af hvilke oplysninger, der kan hjælpe hospitalerne til hurtig udredning og behandling af patienten. Fx kunne det tidligere projekt om dynamiske henvisninger genoptages. Projektet drejer sig om at lave henvisninger hvor visse oplysninger skal udfyldes, for på den måde at sikre at nødvendige oplysninger angives på henvisningerne.

Dialog omkring henvisningerne er også relevant, idet den seneste vejledning om udredningsretten åbner op for at hospitalerne kan afvise henvisninger, der ikke giver tilstrækkeligt grundlag for afklaring af udrednings- og behandlingsbehov.

Inventering mhbp udredningsretten

Inventeringer på hospitalerne handler om at vurdere, om man har de rette patienter på det rette sted, på det rette tidspunkt.

Formålet er at finde ud af, om der er forhindringer, som sætter begrænsninger for at udvikle effektive og veltilrettelagte patientforløb, og om der er faktorer, der begrænser effektiv ressourceudnyttelse. I inventeringsrunderne er der også et fokus på at identificere tværgående forhindringer for hensigtsmæssige forløb, som kan forsøges håndteret af hospitalsledelser eller på tværs af hospitalerne.

Regionens hospitaler har i forskellige modeller og omfang arbejdet med patientinventering i ambulatorier og sengeafdelinger for at optimere kapacitetsudnyttelsen og har afholdt flere inventeringsrunder.

Inventeringerne har haft forskellige fokus. Ét fokus har været på kontroller, her blev det ud fra journalgennemgange vurderet, om der blev foretaget irrelevante kontroller, og om kontrollerne kunne foretages af andre faggrupper eller ved anden kontakt til patienten end fremmøde i ambulatoriet.

Ét andet fokus har været, om der kan identificeres områder, hvor det vil være hensigtsmæssigt at begynde at arbejde med samme-dags-pakker på stamafdelingerne og på tværs af afdelinger.

Oplevelsen på hospitalerne er, at inventeringerne fortsat, selvom der har været flere runder tidligere, giver gode resultater. Runderne giver gode drøftelser om arbejdsgang, samarbejdsflader og patientgrupperne, og der findes kontinuerligt muligheder for kapacitetsoptimering.

Administrationen vil med inddragelse af Klinikforum og Strategisk Sundhedsledelsesforum arbejde på beskrivelser af hospitalernes modeller for inventering og dagsordenssætte fælles drøftelser af metoder og erfaringer. Målet er at sikre vidensdeling og inspiration til kommende inventeringer mellem hospitalerne.