

Dato 05.09.2014

Morten Engsig

Tel. +45 7841 2342

morten.engsig@stab.rm.dk

Side 1

Status vedr. data om udredningsretten

Udredningsretten blev indført med virkning fra 1. september 2013, og det er derfor nu tid til at gøre status over mulighederne for at få data vedr. udredningsretten.

Status lige nu

Vi har data på hvor mange patienter der bliver udredt, og hvor mange udredningsplaner hospitalerne laver. Herudover har vi oplysninger fra de almindelige registreringer af ventestatus, henvisninger osv. Vi har ikke endnu en registrering af, hvor mange patienter der er henvist til udredning eller behandling.

Fremadrettet

Siden opgaven blev lagt nogenlunde fast i maj 2014, er der sket en stadig fremgang i datakvaliteten. Data bliver aldrig 100 % retvisende, bl.a. på grund af kompleksiteten og omfanget af registreringen, men det må forventes, at vi med udgangen af 2014 står med et meget bedre billede af udredningsretten end vi har i dag.

For at fastholde fokus på registrering og datakvaliteten, vil Sundhedsplanlægning i samarbejde med Kvalitet og Data lave løbende udtræk af de registreringer der laves, og drøfte dem med hospitalerne. Først på efteråret laver Sundhedsplanlægning også i samarbejde med hospitalerne en stikprøve af, hvor mange patienter der vælger ikke at benytte muligheden for et alternativt udrednings-tilbud. Registrering af udredningsplanerne er også foreslået som emne til dialogmøderne i efteråret.

Med næste opdatering af MidtEPJ vil der bliver en mulighed for, at registrere om en henvist patient er en udredningspatient eller en behandlingspatient. Hermed får vi for første gang et klart billede af, hvor mange patienter vi bør udrede, og kan dermed lave et system til at advare, hvis der er patienter, der er ved at overskride udredningsfristen. Dette vil dog også være afhængigt af registreringskvaliteten.

Årsager til problemer med datakvaliteten

Der er mange grunde til, at denne registrering er blandt de mest udfordrende, som man endnu har bedt hospitalerne om at foretage.

- Det er en registrering som påvirker samtlige afdelinger. Det kan ikke, som med kræft- og hjertepakker, betragtes som en specialiseret opgave for en begrænset patient-gruppe.
- Det er en stadig udfordring at skelne mellem udredning og behandling. Der bliver efterhånden udarbejdet specialespecifikke guidelines, men det dækker langt fra alle specialer endnu.
- Det er i udpræget grad en lægeopgave at lave registreringen (eller i det mindste at diktere det præcist).
- Registreringen giver i mange tilfælde ikke klinisk mening, særligt er begrebet "udredningsplan" defineret meget forskelligt i denne sammenhæng, hvor en indkaldelse kan betragtes som en udredningsplan.
- Målet for registreringen har løbende flyttet sig – fra ingen registrering til nationalt udmeldte registreringskoder (der kom i flere omgange). Igen med næste MidtEPJ opdatering vil der komme nye registreringer til, og det er også sandsynligt, at der kommer nye nationale krav.
- De nationale vejledninger kan fortolkes forskelligt, så der vil formodentligt være regionale forskelle i registreringen også.

Historien

Indledningsvis var forventningen, at man kunne nøjes med stikprøver og/eller audits, for at følge op på udredningsretten. Det var bl.a. denne løsning Danske Regioner selv pegede på.

Her i regionen var der dog en voksende erkendelse af, at det ikke ville være nok med stikprøver, men der kom ikke en national udmelding om nye registreringskrav. Derfor blev der i efteråret 2013 i samarbejde med hospitalerne udviklet mulighed for at kunne registrere data om udredningsretten. Denne løsning blev tilgængelig fra primo oktober i MidtEPJ, og der blev sendt en vejledning ud. På grund af kompleksiteten af den nye registrering blev det besluttet at holde et regionalt intromøde den 8. november, hvor registreringerne blev drøftet med alle hospitalerne.

Der kom så en melding om, at man ville indføre en obligatorisk registrering ift. udredningsretten fra nationalt hold, og der blev nedsat en national arbejdsgruppe herom med møder i december og januar.

Den nationale vejledning blev endeligt drøftet på den nationale "koordinationsgruppe for individbaseret patientregistrering" den 29. januar. Den blev lagt på Statens Serum Instituts hjemmeside ca. 1. april 2014, og er siden da blevet rettet på enkelte punkter – sidst den 26. juli 2014.

Den regionale vejledning er også blevet revideret og sendt ud løbende, og har ligget på e-DOK siden starten af maj måned. Den regionale vejledning er i overensstemmelse med den

nationale, men er mere konkret ift. hvordan der skal registreres. Den har været i høring blandt hospitalsledelserne i januar.

De første nationale koder til udredningsretten kom ved årsskiftet, og gav bl.a. mulighed for at registrere hvornår en udredning var slut, hvornår man evt. har lavet en udredningsplan og hvor længe patienten kan vente på behandling.

De (hidtil) sidste koder kom i april 2014. Disse indeholdt muligheden for at skelne mellem udredningsplaner lavet af faglige årsager, på grund af et afslået hurtigere behandlingstilbud, eller af andre årsager.

Der er ved flere lejligheder gjort opmærksom på overfor hospitalerne, at det er vigtigt, at denne registrering bliver retvisende. Senest blev der sendt en mail den 23. juni 2014 til alle hospitalsledelserne på vegne af Hans Peder Graversen, hvor det blev konstateret, at på daværende tidspunkt var det kun Hospitalsenhed Vest, der brugte de udspecificerede koder for udredningsret. Siden da kan der dog ses tegn på, at de fleste hospitaler er begyndt at bruge koderne, og der vil løbende blive fulgt op på det.