

Afbureaukratisering
Forenklingstiltag i
sygehusvæsnet
Region Sjælland



Indholdsfortegnelse

Forord	4
1. Opsummering	6
2. Forløb og metode	8
2.1. Projektets forløb	8
2.2. Det metodiske afsæt	9
3. De tre afdelinger	10
4. Foreklingsforslag	11
4.1. Forslagenes basisoplysninger	11
4.2. Vurdering af implementerbarhed	11
4.3. Kategorisering af forslag	12
4.4. Arbejdsgange	13
1. Blærescanning i forbindelse med mindre indgreb	14
2. Procedure for klarmelding af blod fra blodbanken	15
3. Tryksårsscreening af patienter	16
4. Adgang til informationer i anæstesiens lokale system, MetaVision	17
5. Brugeroprettelser i it-systemer ved klinikforløb	19
6. Frist for medicinafstemning ved udskrivning	20
7. Efterregistrering af DRG-koder ved fødsler	21
8. Registrering og udskiftning af patienters id-armbånd	22
9. Ventetidsgaranti for udvalgte kræftpakkeforløb	23
4.5. Registreringer	24
11. Registrering af udskrivningskriterier i DAD	26
12. Registrering af ryge- og alkoholvaner for udvalgte patientgrupper	27
13. Registrering af behov for A-kanyle	28
14. Registrering af behov for anvendelse af respirator	29
15. Begrundelse for lokalisation ved anlæggelse af CVK	30
16. Dobbeltregistrering ved anlæggelse af CVK	31
17. Registrering af Braden-score for alle patienter	32
18. Grundlag for hyppighed af registreringer og audit	33
19. Dobbeltregistrering af sikker kirurgi-tjek	35
20. Dobbeltregistrering af anæstesisygeplejerskers "øvrige opgaver"	36
21. KRAM-screening af alle patienter	37
22. Registrering af patientinformation og -samtykke	38

23. Registrering af behandlingsret ved forundersøgelse	40
24. Dobbeltregistrering af medicinering	41
25. Epikrisens funktion og relevans	42
26. Gennemgang og afstemning af medicin ved overflytning af patienter	44
27. All-or-none-monitorering	46
28. Indregning af passiv ventetid i ventetidsstatistikker	47
4.6. It-systemer	49
29. DAD-registreringers aktualitet	50
30. Funktionalitet og manuelle indtastninger i DAD	51
31. Skemaer for venflon, CVK, A-kanyle og respirator i MetaVision	52
32. Funktioner og markeringer i MetaVision	53
33. Ventetid på it-systemer ved log-in	54
34. Dobbeltregistrering i kliniske kvalitetsdatabaser	56
35. Systemfunktionalitet ved medicingennemgang	57
36. ESD's opbygning og funktionalitet	58
37. Systemintegration af IMATIS-tavler	59
38. Intervaller for kodning af polypstørrelse ved screening	60
39. Manuel indtastning af patientoplysninger	61
40. Funktionalitet ved sygeplejedokumentation i ESD	62
41. Manuel registrering af diagnose- og aktionskoder	63
42. Håndtering af tværgående patientforløb	64
43. Dobbeltregistrering ved endoskopi	65
4.7. Organisering	66
44. Kapacitetsudnyttelse på tværs af sygehuse	67

Forord

Dette idékatalog indeholder 44 konkrete forslag til afbureaukratisering og forenkling af arbejdsgange og registreringer på tre udvalgte sygehusafdelinger i Region Sjælland. De 44 forslag er identificeret via en bottom-up-baseret proces, der har inddraget medarbejdere i de udvalgte afdelinger. Formålet med idékataloget er at beskrive de overflødige og uhensigtsmæssige arbejdsgange og registreringer, der opleves i de afdelinger, der har deltaget i projektet. Flere af forslagene er dog af generel karakter og kan være relevante for andre afdelinger.

Idékataloget udgør en del af den samlede afrapportering i projektet *Afbureaukratisering - Forenklingstiltag i sygehusvæsnet i Region Sjælland*. Projektet er gennemført i samarbejde mellem Region Sjælland og Deloitte i perioden august til november 2014.

Projektet er sat i gang på baggrund af Regionrådets fokus på tillid og afbureaukratisering. Et fokus, der blandt andet kommer til udtryk Program for Region Sjælland 2014-2017. Desuden er projektet forankret i økonomiaftalen for regionerne i 2014 og et landsdækkende initiativ fra Danske Regioner, der ønsker iværksættelse af en række projekter med afbureaukratisering på udvalgte sygehusafdelinger. Dette projekt i Region Sjælland har til formål at indsamle konkret viden om tiltag til sikring af bedre ressourceanvendelse i det daglige arbejde.

Projektet skal desuden tilvejebringe viden om, hvilke metoder der kan anvendes, når der arbejdes med afbureaukratisering på sygehusene.

Projektet resulterer i følgende tre skriftlige leverancer:

- **Idékatalog** Kataloget beskriver de 44 konkrete forslag til afbureaukratisering, der er indsamlet på sygehusafdelingerne i løbet af projektet.
- **Erfaringsnotat** Notatet er baseret på de erfaringer, som afdelingerne har oplevet i projektet, og de læringspunkter der er gjort i løbet af processen med identifikation og afprøvning af forslag til forenklingstiltag via en bottom-up-drevet tilgang.
- **Metodenotat** Notatet indeholder et forslag til metode for fremadrettet arbejde med afbureaukratisering i en klinisk hverdag via bottom-up. Metoden er tilpasset de erfaringer, der er gjort i projektet.

Formålet med idékataloget er todelt. Idékataloget har tjent som omdrejningspunkt for det konkrete arbejde med afbureaukratisering i projektet og skal

indgå som inspirationskatalog i den politiske proces omkring det fortløbende arbejde med afbureaukratisering i Region Sjælland.

Indledningsvis indeholder idékataloget en opsummering af de væsentligste læringspunkter fra arbejdet i projektet. I kapitel 2 beskrives forløbet omkring og metoden til udarbejdelse af idékataloget. I kapitel 3 beskrives de tre sygehusafdelinger, der har deltaget i projektet. De 44 forenklingsforslag er beskrevet i kapitel 4. Hvert enkelt forenklingsforslag er struktureret, så der indledningsvis gives en beskrivelse af den problemstilling, som forslaget vedrører, efterfølgende beskrives den foreslåede løsning, og endelig indeholder beskrivelsen en vurdering af forslagens implementeringspotentiale, forslagens effekter og forslagens risici.

1. Opsummering

Idékataloget indeholder 44 forenklingsforslag, der er afdækket på henholdsvis Kirurgisk Afdeling på Roskilde og Køge sygehuse, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling på Nykøbing F. Sygehus og Anæstesiologisk Afdeling på Holbæk Sygehus.

De 44 forslag er inddelt i følgende fire kategorier:

- Arbejdsgange
- Registreringer
- It-systemer
- Organisering.

Såfremt en problemstilling vedrører flere end én af ovenstående kategorier, er det enkelte forslag kategoriseret efter den kategori, der er kendetegnende for den foreslåede løsning.

Tabellen nedenfor indeholder en oversigt over de 44 forslag, herunder hvilken afdeling forslaget vedrører, kategoriseringen af forslaget, om forslaget har været genstand for pilotimplementering i projektet og endelig vurderingen af forslagets implementerbarhed¹.

¹ Metodikken for vurdering af forenklingsforslagenes implementerbarhed er nærmere beskrevet i afsnit 4.2. Implementerbarheden af det konkrete forenklingsforslag er beskrevet under det enkelte forenklingsforslag.

Implementerbarhed	Plottestet	Titel på de identificerede forslag	Holbæk	Nykøbing Falster	Roskilde og Køge	Arbejds gange	Registreringer	IT	Organisering
●	X	1. Blærescanning i forbindelse med mindre indgreb	✓			✓			
●		2. Procedure for klarmelding af blod fra blodbanken	✓			✓			
●	X	3. Tryks årsscreening af patienter	(✓)	✓		(✓)	✓		
●	X	4. Adgang til informationer i anæstesiens lokale system, MetaVision	✓	✓	✓	✓	✓	(✓)	
●		5. Brugeroprettelser i it-systemer ved klinikforløb		✓		✓		(✓)	
●	X	6. Frist for medicinafstemning ved udskrivning		✓		✓			
●		7. Efterregistrering af DRG-koder ved fødsler		✓		✓			
●	X	8. Registrering og udskiftning af patienters id-armbånd		✓	✓	✓	(✓)		
●		9. Ventetidsgaranti for udvalgte kræftpakkeforløb			✓	✓			
●	X	10. Unødig trippelregistrering af BOS-score ved overflytning af patienter	✓				✓		
●		11. Registrering af udskrivningskriterier i DAD	✓				✓		
●		12. Registrering af ryge- og alkoholvaner for udvalgte patientgrupper	✓				✓		
●		13. Registrering af behov for A-kanyle	✓				✓		
●		14. Registrering af behov for anvendelse af respirator	✓				✓		
●	X	15. Begrundelse for lokalisation ved anlæggelse af CVK	✓				✓		
●	X	16. Dobbeltregistrering ved anlæggelse af CVK	✓				✓		
●	X	17. Registrering af Braden-score for alle patienter	✓				✓		
●		18. Grundlag for hyppighed af registreringer og audits	✓				✓		
●		19. Dobbeltregistrering af sikker kirurgi-tjek	✓				✓		
●	X	20. Dobbeltregistrering af anæstesisygeplejerskers "øvrige opgaver"	✓				✓		
●	X	21. KRAM-screening af alle patienter		✓			✓		
●	X	22. Registrering af patientinformation og samtykke		✓			✓		
●		23. Registrering af behandlingsret ved forundersøgelse		✓			✓		
●	X	24. Dobbeltregistrering af medicinering		✓			✓		
●		25. Epikrisens funktion og relevans			✓		✓		
●	X	26. Medicinafstemning ved overflytning af patienter			✓		✓		
●		27. All-or-none monitorering			✓		✓		
●		28. Indregning af passiv ventetid i ventetidssstatistikker			✓		✓		
●		29. DAD-registreringers aktualitet	✓					✓	
●		30. Funktionalitet og manuelle indtastninger i DAD	✓					✓	
●		31. Skemaer for Venflon, CVK, A-kanyle og Respirator i MetaVision	✓					✓	
●		32. Funktioner og markeringer i MetaVision	✓					✓	
●		33. Ventetid på it-systemer ved log-in		✓				✓	
●		34. Dobbeltregistrering i kliniske kvalitetsdatabaser		✓				✓	
●		35. Systemfunktionalitet ved medicingennemgang		✓				✓	
●		36. ESD's opbygning og funktionalitet		✓				✓	
●		37. Systemintegration af IMATIS-tavler		✓				✓	
●		38. Intervaller for kodning af polypstørrelse ved screening			✓			✓	
●		39. Manuel indtastning af patientoplysninger			✓			✓	
●		40. Funktionalitet ved sygeplejedokumentation i ESD			✓			✓	
●		41. Manuel registrering af diagnose- og aktionskoder			✓			✓	
●		42. Håndtering af tværgående patientforløb			✓			✓	
●		43. Dobbeltregistrering ved endoskopi			✓			✓	
●	X	44. Kapacitetsudnyttelse på tværs af sygehuse			✓				✓

2. Forløb og metode

2.1. Projektets forløb

Pilotprojektet er gennemført i samarbejde mellem Kvalitet og Udvikling, personalet på de deltagende sygehusafdelinger og Deloitte i perioden fra august til november 2014.

Projektforløbet har bestået af fire hovedfaser.

- Kortlægning af unødigt bureaukrati og udarbejdelse af forenklingsforslag.
- Udvælgelse af forenklingsforslag til pilotimplementering.
- Pilottest af forenklingsforslag.
- Opsamling af erfaringer, analyse af bottom-up-metodens anvendelighed til afbureaukratisering og afrapportering.

Projektet er gennemført ved fire individuelle workshops med hver af de deltagende afdelinger, hvor repræsentanter fra Kvalitet og Udvikling i Region Sjælland og Deloitte har været på besøg i sygehusafdelingerne. Desuden er der gennemført tre fælles seminarer, hvor repræsentanter fra alle afdelinger har været samlet. De tre seminarer har ligeledes været med deltagelse af repræsentanter fra Kvalitet og Udvikling og Deloitte.

Idékataloget er udarbejdet i projektets indledende fase og er undervejs i projektforløbet valideret to gange af afdelingerne. Én gang i forbindelse med den indledende udarbejdelse af idékataloget og én gang, efter afdelingerne har gennemført pilotimplementeringen af de udvalgte forslag.

Udarbejdelsen af idékataloget begyndte på første møde med afdelingerne, og idékataloget har fungeret som det gennemgående fokuspunkt i løbet af hele projektet. Forslagene i det samlede idékatalog har dannet grundlag for afdelingernes udvælgelse af de forslag, der skulle indgå i pilotimplementeringen, der er gennemført i oktober 2014. Formålet med pilotimplementeringen var at afprøve og undersøge og dermed kvalificere indholdet af de enkelte forenklingsforslag.

Idékataloget har fungeret som en vigtig ramme for projektet, hvor informationer om det enkelte forenklingstiltags problembeskrivelse, forenklingsforslag, implementerbarhed, effekter og risici er beskrevet på en struktureret og lettilgængelig måde.

2.2. Det metodiske afsæt

Projektet er gennemført med afsæt i Deloittes metodiske rammeværk for afbureaukratisering. Deloittes afbureaukratiseringsmetode er en systematisk leanbaseret metode til at identificere muligheder for afbureaukratisering og regelforenklning i det offentlige med udgangspunkt i oplevelser og erfaringer hos de offentlige medarbejdere, der daglig udfører opgaverne på området.

Metoden er udviklet med henblik på at understøtte:

- Reduktion af unødige administrative aktiviteter.
- Bedre muligheder for fokus på udførelsen af kerneopgaver.

Metoden tager udgangspunkt i medarbejdernes dagligdag og anvender en stringent systematik til at identificere barrierer og uhensigtsmæssigheder i opgaveløsningen. Konkret er der i indeværende projekt fokuseret på uhensigtsmæssige registreringer, arbejdsgange mv., der opleves som meningsløse for den enkelte medarbejder, og derfor demotiverer og skaber irritation i hverdagen samt tager tid fra patientnære opgaver.

Metoden omfatter følgende fem faser:

1. Afklaring af projektets omfang og formål.
2. Scanning af barrierer for effektiv opgaveløsning.
3. Udarbejdelse af bruttokatalog over forslag til forenklinger.
4. Kvalificering af forslag til forenkling.
5. Analyse af udvalgte forenklinger.



Afbureaukratiseringsmetoden giver et overblik over barrierer for opgaveløsningen på et givet politikområde, og der udarbejdes et idékatalog til at imødegå disse barrierer, der valideres af de medarbejdere, der sidder med opgaven til daglig.

Endelig implementeres et antal forenklingsforslag på baggrund af en tværfaglig validering og en analyse af implementeringspotentialer.

Gennem opfølgning på de enkelte aktiviteter sikres læring af projektet, og fundamentet for genanvendelse af metoden sikres gennem udarbejdelse af et metodenotat, der beskriver de enkelte trin i projektet.

3. De tre afdelinger

Kvalitet og Udvikling i Region Sjælland tog forud for opstarten af projektet kontakt til sygehusledelserne i regionen, der bistod med udvælgelse af afdelinger til projektet. Det var målet, at der skulle udvælgelse tre afdelinger til projektet på tværs af regionens sygehuse og de enkelte specialer. De tre afdelinger er:

- Kirurgisk Afdeling, Roskilde og Køge sygehuse.
- Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Nykøbing F. Sygehus.
- Anæstesiologisk Afdeling, Holbæk Sygehus.

Det har været op til den enkelte afdeling at beslutte, om man ønskede at deltage i projektet, og hvilke afsnit henholdsvis medarbejdere der skulle involveres i projektet. Nedenstående tabel 1 illustrerer de afsnit i hver af de tre afdelinger, der har været omfattet af projektet. Afdelingerne Jordmodercenter og Fødsels-barsels-afsnit på Nykøbing F. Sygehus har ikke være repræsenteret med personale i projektet, men der er enkelte forslag i idékataloget, der indbefatter disse afdelinger.

Afdelingerne har været repræsenteret på forskellig vis i projektet. I alle afdelinger er afdelingsledelsen indgået i projektet. Forskellene i repræsentation og implikationerne heraf er beskrevet mere indgående i Erfaringsnotatet.

Tabel 1. Oversigt over afdelinger og afsnit repræsenteret i idékataloget

Roskilde og Køge sygehuse Kirurgisk Afdeling	Holbæk Sygehus Anæstesiologisk Afdeling	Nykøbing F. Sygehus Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling
Akut sengeafsnit A2	Anæstesiafsnit	Gynækologisk Ambulatorium
Endoskopiafsnit	Intensivafsnit	Gynækologisk dagafsnit 220
Kirurgisk sengeafsnit A33	Centralt opvågningsafsnit	Inkontinensklínik
		Jordmodercenter
		Fødsels-barsels-afsnit

4. Forenklingsforslag

I dette kapitel præsenteres de 44 forenklingsforslag til afbureaukratisering, der er identificeret via workshops med de tre deltagende afdelinger. Indledningsvis er der givet en introduktion til struktureringen af forslagene, vurderingen af forslagenes implementerbarhed og den overordnede kategorisering af forslagene.

4.1. Forslagenes basisoplysninger

For hvert forenklingsforslag er det angivet, hvilket sygehus, hvilken afdeling og hvilket afsnit forslaget vedrører. Idékataloget er struktureret efter, hvilken type løsning forslaget betinger for at afhjælpe den konkrete udfordring, som en afdeling oplever i hverdagen. Således vil et forenklingsforslag, der indebærer en ændring af måden, arbejdet udføres på, blive kategoriseret under "Arbejdsgange", og tilsvarende vil forenklingsforslag, der indebærer ændring af it-systemer, være kategoriseret under "It-systemer".

4.2. Vurdering af implementerbarhed

Forenklingsforslagene er markeret med en farve, der indikerer forslagets implementerbarhed. Implementerbarheden er vurderet ud fra, hvor kompleks implementeringen af forslaget vurderes at være. Der er tale om en umiddelbar kvalitativ vurdering foretaget på baggrund af informationer fra Kvalitet og Udvikling i Region Sjælland vedrørende kilder til regulering/krav, der er årsag til den enkelte problemstilling og dermed også berøres af det enkelte forslag.

I forbindelse med vurderingen af forslagenes implementerbarhed er der især lagt vægt på, hvor beslutningskompetencen i forhold til gennemførelse af forenklingsforslaget er placeret, og hvor hurtigt en beslutning forventes at kunne træffes.

I forbindelse med vurderingen af de enkelte forenklingsforslags implementerbarhed er der anvendt følgende betegnelser:

- **Grøn: Høj implementerbarhed**, der indikerer, at afdelingen, det enkelte sygehus eller regionen selv kan beslutte at implementere forenklingsforslaget via enkelte beslutningsprocesser indenfor en kortere tidshorisont.
- **Gul: Middel implementerbarhed**, der indikerer, at implementering af forenklingsforslaget forudsætter beslutning på lokalt eller regionalt niveau eventuelt via involvering af et eller flere sundhedsfaglige fora. Dette forventes samtidig at have en lidt længere tidshorisont på grund

af behovet for involvering af flere forskellige aktører. Forslag, der kræver væsentlige investeringer eller ændringer i de nuværende arbejds-gange, vil ligeledes blive karakteriseret som havende en middel implementerbarhed.

- **Rød: Lav implementerbarhed**, der indikerer, at implementeringen af forenklingsforslaget forudsætter beslutning på landsdækkende niveau i regi af eksempelvis Danske Regioner, Den Danske Kvalitetsmodel eller Sundhedsstyrelsen. Ændringer, der kræver beslutninger på disse niveauer, forudsættes at have en længere tidshorisont og samtidig være forbundet med større usikkerhed som følge af involveringen af flere beslutningstagere end udelukkende Region Sjælland eller det enkelte sygehus. Forslag, der kræver meget væsentlige investeringer eller omfattende ændringer i de nuværende arbejds-gange er ligeledes karakteriseret som havende en lav implementerbarhed.
- **Grå: Implementerbarhed uafklaret**. Der mangler information for at kunne vurdere implementerbarheden, for eksempel at det ikke umiddelbart er muligt at vurdere, hvor beslutningskompetencen ligger. Denne klassificering vil desuden blive anvendt, hvis forslaget indgår i en eksisterende beslutningsproces.

4.3. Kategorisering af forslag

I projektet er der arbejdet med fire forskellige typer af forslag til kategorisering af forenklingsforslag: arbejds-gange, registreringer, it-systemer og organisering.

Forenklingsforslagene er kategoriseret efter, hvad der kendetegner den løsning, der vil kunne afhjælpe den problemstilling, som forslaget beskriver. Er løsningen på problemet en ændring af en procedure eller en arbejds-gang, er forslaget kategoriseret som arbejds-gang. Kræver løsningen omvendt en ændring af et it-system, er forslaget kategoriseret herefter.

I det følgende er de 44 forenklingsforslag beskrevet.

Angivelse af et grønt stetoskop i øverste højre hjørne indikerer, at forslaget har været genstand for pilotimplementering på den enkelte afdeling. Farvelægningen af feltet med titlen på forslaget angiver resultatet af den umiddelbare vurdering af forslagens implementerbarhed.

4.4. Arbejdsgange

Forenklingsforslag vedrørende arbejdsgange udgør 9 ud af de 44 forenklingsforslag i idékataloget og er den tredje hyppigst forekommende type af forenklingsforslag.

Forslagene vedrørende arbejdsgange handler typisk om unødige stringente proceskrav, der gælder på tværs af afdelinger uden hensyntagen til de enkelte afdelingers konkrete patientgrupper, arbejdsopgaver eller procedurer.

Som det fremgår af tabel 2 nedenfor har 5 af de 9 forenklingsforslag været afprøvet i projektets pilotfase.

Den hyppigste problemstilling i forhold til arbejdsgange er unødige proceskrav, der opleves som værende uden klinisk relevans for den konkrete behandling af patienter og fratager personalet retten til at foretage et fagligt skøn, hvilket giver en oplevelse af tabt autonomi.

Tabel 2. Oversigt over antal forenklingsforslag i idékatalog og pilotfase

Type	Antal forenklingsforslag i idékatalog	Antal forenklingsforslag implementeret i pilotfase
Arbejdsgange	9	5
Registreringer	19	9
It-systemer	15	0
Organisering	1	(1)
Sum	44	15



1. Blærescanning i forbindelse med mindre indgreb

Beskrivelse af problemstilling

Blærescanning og efterfølgende registrering af patientens vandladning skal udføres på samtlige ikke-ambulante patienter ved modtagelse på opvågningsafsnittet. Blærescanning udføres for at identificere mulige vandladningsproblemer og dermed behov for at anlægge kateter for at forebygge blæreskader. Blærescanning forekommer overflødig i forbindelse med mange mindre indgreb, hvor operationsforløbet er af kortere varighed på op til et par timer.

Blærescanning estimeres årlig udført på 5.700 patienter, der gennemgår en operation på Holbæk Sygehus. Hver scanning estimeres at tage 8 minutter.

Forenklingsforslag: Differentieret anvendelse af blærescanning

Da blærescanning af samtlige patienter opleves som overflødig, foreslås det, at kravet om blærescanning ændres til en risikobaseret tilgang. Det betyder, at kravet udelukkende omfatter patienter, hvor operationsforløbet har en længere varighed, og der dermed eksisterer en reel risiko for komplikationer, hvis blæren ikke tømmes.

I forbindelse med gennemførelse af pilotimplementeringen har afdelingen efter risikovurdering af de forskellige patienttyper på opvågningsafsnittet revideret kravene for blærescanning efter anæstesisforløb. Vurderingen af behovet for blærescanning foretages nu på baggrund af patientens alder, tid under bedøvelse og bedøvelsetype.

Implementeringspotentiale

Kravet om blærescanning stammer fra en national retningslinje, DS2451-6, der beskriver krav til brug af urinvejskatetre og urininkontinenshjælpemidler vedrørende blæren.

Reglen om blærescanning er endvidere beskrevet i en DASAIM (Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin) minimumstandard for overvågning af patienter efter anæstesi, der er udmøntet i en lokal retningslinje med dokument ID 244445.

DASAIM-minimumstandard angiver, at blærescanning i forbindelse med anæstesi ved mindre kirurgiske indgreb skal overvejes. Der er således ikke i DASAIM krav om, at blærescanning udføres for samtlige patienter. Kravet er imidlertid fastsat i en lokal retningslinje. Der er i forbindelse med pilotimplementeringen af forslaget foretaget en revision af den lokale retningslinje, så denne nu afspejler den risikobaserede tilgang. Forslaget er således allerede implementeret.

Mulige effekter

Indførelsen af en risikobaseret tilgang til blærescanning vurderes at have en positiv effekt på patientflowet på opvågningsafsnittet og en positiv effekt blandt personalet, da scanningsaktiviteterne gøres behovsafhængige og dermed mere meningsfulde.

Ved en differentieret tilgang til blærescanning vurderes der på baggrund af det estimerede omfang og varigheden af en scanning at være et betydeligt potentiale for frigørelse af sygeplejersketimer til patientnære aktiviteter. Der er ikke i forbindelse med pilotimplementeringen foretaget en opgørelse over, hvor mange patienter der ikke længere blærescannes.

Mulige risici

Der er ikke i forbindelse med pilotimplementeringen oplevet problemer med den risikobaserede tilgang. Afdelingen vil naturligvis have fokus på, om der opstår problemstillinger, der ikke har været taget højde for ved ændringen af retningslinjen og justere den, hvis det viser sig, at kriterierne i den risikobaserede tilgang ikke er dækkende.

2. Procedure for klarmelding af blod fra blodbanken

Beskrivelse af problemstilling

Ved bestilling af blod i blodbanken skal sygeplejerskerne kontrollere i OPUS, om blodet er klar til afhentning. Efterfølgende skal sygeplejersken selv anmode en portør om at transportere blodet til patienten. Der sker således ikke en automatisk advisering af den modtagende afdeling eller portøren. Det er derfor ofte nødvendigt forgæves at kontrollere, om blodet er klar til afhentning. Problestillingen er særlig aktuell i akutte tilfælde, da der kan være op til to timers ventetid på blod. Det afhentede blod lægges i køleskab af portør, hvorefter denne giver besked til sygeplejerske om, at blodet er klar til brug. Proceduren er særlig uhensigtsmæssig, da der typisk er tale om akutte patienter, hvorfor antallet af tjek i systemet vil tendere til at være større, jo mere kritisk patientens situation er. Dermed bruges meget tid på at tjekke status på blod i et it-system for de patienter, hvor behovet for opmærksomhed fra det sundhedsfaglige personale er mest akut. Akut behov for blod med ventetid på levering estimeres at indtræffe cirka 100 gange årlig.

Forenklingsforslag: Klarmelding af blod skal ske ved sms og kontakt til portør

Det foreslås, at den eksisterende procedure erstattes af en pop-up-besked (advis) i systemet eller en sms til den vagthavende sygeplejerske, så sygeplejerskerne ikke skal bruge unødigt tid på at undersøge, om blod er klar til afhentning.

Optimalt set bør der sendes en sms både til den vagthavende sygeplejerske og til portøren, der skal afhente blodet. Portøren kan herefter per sms bekræfte overfor den vagthavende sygeplejerske, at han er på vej efter blodet, og giver mundtlig besked, når blodet er afhentet og klar til brug.

Implementeringspotentiale

Den eksisterende procedure for bestilling og afhentning af blod er baseret på lokale samarbejdsaftaler med portører og klinisk biokemisk afdeling og bør derfor kunne ændres. Desuden vil en sms-baseret løsning med fordel kunne understøttes af de eksisterende it-systemer, så processen i størst muligt omfang automatiseres. Regionens helpdesk vil skulle facilitere den tekniske ændring af systemet.

Implementeringen af ændringen forudsætter involvering af flere aktører, men kan vedtages regionalt. Derfor vurderes implementerbarheden samlet set at være høj.

Mulige effekter

Effekten ved ændringen er først og fremmest, at patientsikkerheden øges, særligt for kritiske patienter, hvor opmærksomhed fra det sundhedsfaglige personale kan være helt afgørende. Det estimeres, at der samlet set bruges gennemsnitlig 10 minutter til at tjekke status for klargøring af en blodpakke. Det betyder, at en ændret procedure kan frigive cirka 17 sygeplejersketimer årlig til øget fokus på den enkelte patient.

Mulige risici

Klarmelding af blod ved sms og direkte kontakt til portør vurderes at optimere proceduren for bestilling af blod og frigive ressourcer til patientnære aktiviteter på et ofte kritisk tidspunkt i behandlingsforløbet. Derfor er det afdelingens vurdering, at en ændring af proceduren ikke medfører patientrelaterede risici, og at forslaget kun i begrænset omfang er afhængigt af den systemmæssige understøttelse af løsningen.



3. Tryksårsscreening af patienter

Beskrivelse af problemstilling

Der udføres og registreres tryksårsscreening på alle patienter på gynækologisk dagafsnit. Tryksårsscreeningen opleves som en arbejdsproces uden klinisk relevans for patienterne på gynækologisk dagafsnit, da patientgrupperne på afdelingen typisk ikke er i risikogruppen for tryksår. Man ser aldrig tryksår i afdelingen, hverken blandt de sunde og raske fødende eller blandt de syge patienter, der er indlagt i afdelingen. Dette skyldes primært, at cirka 90 procent af afdelingens patienter er indlagt i mindre end et døgn.

Foreklingsforslag: Indfør differentieret anvendelse af tryksårsscreening

Det foreslås, at den eksisterende praksis med obligatorisk udførelse og registrering af tryksårsscreening afskaffes og erstattes med en differentieret og behovsstyret undersøgelsesmodel. Modellen skal således være baseret på en sundhedsfaglig vurdering og være rettet mod de patienter, der er sengeliggende i længere perioder, eller patienter, der har særlige risikofaktorer såsom vægt eller andre livsstilsrelaterede sygdomme.

Implementeringspotentiale

Tryksårsscreening er del af *Tryksårspakken* fra projektet *Patientsikkert Sygehus*. *Patientsikkert Sygehus* er i øjeblikket under udrulning i hele regionen. Tryksårsindsatsen bliver ligeledes afrapporteret til Danske Regioner som del af kravet i økonomiaftalen 2013 mellem regeringen og Danske Regioner om reduktion af tryksårsskader med 20 procent over tre år. Der er udarbejdet en regional retningslinje vedrørende forebyggelse af tryksår (dok. ID 312318).

Fødsels- og barselsafsnittet har opnået dispensation fra kravet om tryksårsscreening, hvilket øger formodningen om, at en dispensation også kan opnås på andre områder, hvor de rette forudsætninger herfor er til stede. Beslutningen skal drøftes i Det Regionale Kvalitetsråd.

Da muligheden for at træffe beslutning om en dispensation fra reglerne er til stede og underlagt regional kompetence under de rette kliniske forudsætninger, vurderes implementerbarheden samlet set at være høj.

Mulige effekter

Afskaffelse af det obligatoriske krav om tryksårsscreening i gynækologisk dagafsnit vil medføre en mere meningsfuld registreringspraksis, hvor tiden hos både patienter og personale anvendes på sundhedsfagligt relevante aktiviteter. Foreklingsforslaget vurderes at kunne betyde en frigørelse af sygeplejerskernes tidsforbrug (estimeret til 15-20 timer årlig) fra kontrol og registrering til patientnære opgaver.

Mulige risici

Da den konsekvente screening af alle patienter ikke opleves som meningsfuld, og da der ikke opleves tilfælde af tryksår eller behov for tryksårsafhængende foranstaltninger i afdelingen, er det oplevelsen, at en udskiftning af den nuværende universelle procedure med en behovsstyret screeningmetode ikke medfører risici af betydning. På den baggrund er det afdelingens vurdering, at forslaget ikke indebærer relevante risici.



4. Adgang til informationer i anæstesiens lokale system, MetaVision

Beskrivelse af problemstilling

Denne problemstilling er rejst af alle de tre involverede afdelinger og illustrerer derfor udfordringerne fra både afsender- og modtagerside ved overflytning af patienter fra opvågning til stamafdeling. Manglende adgang til anæstesiens lokale it-system (MetaVision) betyder, at andre afdelinger ikke har adgang til at se, hvilken medicinering og eventuelt væske en patient er givet under et anæstesiforløb. Det er derfor nødvendigt for anæstesiaafdelingerne manuelt at overføre informationer fra MetaVision til OnBase, der er et add-on til OPUS, og udarbejde udskrivningsrapporter i papirform, der overleveres til stamafdelingen sammen med patienten. Den manglende systemintegration medfører således ekstra arbejde på anæstesiaafdelingerne i forhold til at sikre, at stamafdelingen får den nødvendige information om patienterne. I de tilfælde, hvor overleveringen mislykkes, skaber det omvendt ekstra arbejde for de modtagende afdelinger i forhold til at opsøge informationen fra anæstesiforløbet. Den manuelle sikring af overdragelse af information øger risikoen for fejl- og dobbeltmedicinering, i de tilfælde hvor de modtagende afdelinger ikke har adgang til oplysninger om medicinering. Den manglende adgang til oplysningerne fra anæstesiforløbet medfører følgelig risiko for tab af data ved overflytning af patienten, hvilket i visse afdelinger udgør et kritisk tidspunkt for patienten samt øgede risici for fejlbehandling. Det betyder endvidere, at stamafdelingen i mange tilfælde har begrænset kendskab til den patient, der kommer ind ad døren. Den manuelle overførsel af data og udskrivningsrapporter er relevant for cirka 10.000 patienter årlig i de tre afdelinger.

Forenklingsforslag: Adgang til registreringer i anæstesisystem for sengeafdelinger

Det foreslås, at det sikres, at den automatiske elektroniske overførsel af information fra MetaVision til OnBase reelt kan anvendes, og at stamafdelingerne får tilstrækkeligt kendskab til at anvende informationen i OnBase. På Anæstesiologisk Afdeling på Holbæk Sygehus er man ved at implementere en model tilsvarende den der allerede findes på kirurgisk afdeling på Roskilde Sygehus, hvor stamafdelingerne er tilstrækkelig fortrolige med OnBase, til at informationen kan overleveres her. Det forventes derfor, at der fra årsskiftet ikke længere vil være behov for at overdrage en papirversion af registreringerne til stamafdelingen. Modellen vil også kunne bruges på gynækologisk-obstetrisk afdeling på Nykøbing F. Sygehus.

Implementeringspotentiale

Reguleringen af kravene til information ved overflytning af patienter mellem afdelinger er fastsat i DDKM 2.17.4. Det er et krav, at der skal videregives relevant og dækkende information ved overflytning af patienter mellem afdelinger.

Praksisændringen, der overflødig udlevering af en udskrivningsrapport i papirform, løser en del af problemet på området. Den tekniske løsning, der muliggør automatisk elektronisk overførsel af data mellem MetaVision og OPUS kræver dog prioritering af it-ressourcer.

Det skal fremadrettet undersøges, om der er mulighed for at allokere regionale midler til at løse nogle af de it-relaterede udfordringer, som afdelingerne står overfor i perioden op til implementeringen af Sundhedsplatformen. Det er derfor ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere forslags implementeringspotentiale.

Mulige effekter

Bedre adgang til anæstesiaafdelingens registreringer om medicinering vil reducere risici for fejl- og dobbeltmedicinering og generelt give stamafdelingerne et bedre grundlag for at give patienterne en korrekt behandling. Endelig vil forenklingsforslaget kunne betyde en ikke uvæsentlig reduktion i sygeplejerskernes tidsforbrug på dobbeltregistreringer med overførsel af tid til patientnære opgaver til følge.



4. Adgang til informationer i anæstesiens lokale system, MetaVision

Mulige risici

Hensigten med forenklingforslaget er at eliminere risici ved den eksisterende praksis. Det er afdelingernes vurderinger, at en løsning af behovet for overlevering af information om medicinering gennem elektronisk overførsel af data mellem MetaVision og OPUS ikke indebærer nye risici.

5. Brugeroprettelser i it-systemer ved klinikforløb

Beskrivelse af problemstilling

I forbindelse med eksempelvis måling af blodsukker, der er en af de opgaver, studerende tidligt kan udføre under klinikforløb, kræves der log-in med kode på blodsuktermålingsapparatet. Det kan tage op til tre uger at få oprettet nye brugere i systemerne, og dette gælder også for eksempel studerende, der har behov for koder og adgang til systemerne. Den forsinkede etablering af systemadgang betyder, at de studerende ikke får maksimalt udbytte af deres klinikforløb eller må bruge de fastansattes koder ved log-in. Anvendelse af de fastansattes koder underminerer formålet med at have brugerspecifikke koder.

De manglende koder betyder desuden, at afdelingens sygeplejersker skal bruge mere tid på at hjælpe de studerende, end de konkrete arbejdsopgaver reelt kræver. Endelig er det oplevelsen, at det generelt er unødvendigt at begrænse adgangen til blodsuktermåling med kode, da mulighederne for misbrug reelt ikke eksisterer. Til sammenligning er der for eksempel ikke kode på apparatet til ultralydsscanninger.

Det vurderes, at en studerende er hæmmet i at varetage sine opgaver som følge af manglende adgang til it-systemer 12-14 gange ugentlig.

Forenklingsforslag: Opret brugerprofiler på forhånd

Det foreslås, at der findes en løsning, så der kan foretages systemoprettelse af og dermed genereres koder til de studerende forud for praktikforløbet, så de har adgang til systemerne fra første dag. En alternativ løsning kunne være en fælles kode for studerende eller helt at afskaffe adgangsbe-grænsningen på de forskellige typer apparatur.

Implementeringspotentiale

Det er ikke muligt at oprette fælles brugerkoder indenfor rammerne af dataloven.

Brugeradgang bliver oprettet gennem it-helpdesk. Ekspeditionstiden er maksimum 10 dage. For at it-helpdesk kan oprette de studerende, kræves det, at it-helpdesk får de studerendes cpr-nummer.

University College Sjælland sender en samlet holdliste over alle de sygeplejerskestuderende, der skal i praktik på Nykøbing F. Sygehus til alle de uddannelsesansvarlige sygeplejersker på sygehuset. Her fremgår det, hvilke studerende der skal til hvilke afdelinger. Listen indeholder ikke de studerendes cpr-nummer.

Det undersøges, om der fremadrettet kan indgås en aftale med University College Sjælland, hvor de også sender de studerendes cpr-nummer til de uddannelsesansvarlige sygeplejersker.

Forslagets implementerbarhed vurderes samlet set at være høj, da der er tale om en ikke-kompleks aftale med en lokal samarbejdspartner.

Mulige effekter

En ændring af den eksisterende procedure for oprettelse af brugeradgang vil fjerne et irritationsmoment for sygeplejerskerne og de studerende, der er afskåret fra systemadgang. Desuden vurderes forslaget at bidrage til at øge udbyttet af de studerendes klinikforløb i afdelingen, da de får fuld adgang til de relevante arbejdsredskaber fra første dag i afdelingen.

Mulige risici

På grund af den rent tekniske karakter af forslaget vurderer afdelingen, at en løsning af log-in-problematikken gennem forudgående brugeroprettelse ikke indebærer relevante risici.



6. Frist for medicinafstemning ved udskrivning

Beskrivelse af problemstilling

Det er et krav, at læger udfører medicinafstemning indenfor to timer efter udskrivning eller afslutning af ambulant besøg. Tidsfristen kan ofte ikke overholdes i praksis, da det typisk ikke er lægerne, der tager stilling til, om patienten er klar til at forlade sengeafsnittet. Samtidig synes det ikke rimeligt eller rationelt at tilbageholde patienter længere end nødvendigt på sygehuset. Lægen er følgelig ofte ikke klar over udskrivningstidspunktet og er ofte optaget af operationer i løbet af dagen, hvilket vanskeliggør overholdelse af 2-timersfristen. Manglende overholdelse af 2-timersfristen medfører påtale ved audit. Når det er svært at overholde kravet i praksis, stiger risikoen for omgåelse af procedurerne, så registreringskravene overholdes for systemets skyld, da det opleves som et betydeligt irritationsmoment at modtage negativ feedback fra audit på krav, der ofte ikke kan overholdes i praksis. Det er endvidere oplevelsen i afdelingen, at der ikke er behov for den hurtige medicinafstemning, da patienten typisk får udleveret medicin til resten af udskrivningsdagen af afdelingen og i øvrigt henvender sig til afdelingen, hvis der samme dag opstår problemer eller spørgsmål. Kravet om registrering af medicinafstemning indenfor to timer gælder for 1.200 patienter årlig, herunder for alle operationer og visse fødsler.

Forenklingforslag: Udvidet tidsfrist for medicingennemgang ved udskrivning

Det foreslås, at medicinafstemningen foretages to gange daglig, morgen og aften, hvor det passer ind i de rytmer, der i forvejen er i arbejdet, herunder i forbindelse med vagtskifte. Endvidere kan overholdelse af fristen for medicinafstemning sikres ved at tillade sygeplejersker at godkende medicinafstemninger for indlagte patienter, i tilfælde hvor der under indlæggelsen ikke er ændret i medicineringen af patienten.

Implementeringspotentiale

I regionens ledelsesinformationssystem (LISS) måles afdelingerne på, om de overholder fristen for medicinafstemning ved udskrivning efter følgende: *Afstemning ved udskrivning: Er foretaget, fra dagen før kl. 00 til to timer efter patienten udskrives.* Lægerne har således også mulighed for at foretage og godkende medicinafstemningen, inden patienten udskrives. Idet patientens medicin er lægens ansvar, bør det også være lægen, der godkender medicinafstemningen. Det er af hensyn til patienternes sikkerhed, at grænsen er sat til to timer efter udskrivning.

Det kræver en regional beslutning i Den Regionale Lægemeddelkomité at ændre på tidsgrænsen. Da det samtidig er tilladt at medicinafstemme inden udskrivning, vurderes implementerbarheden i forhold til at undgå overskridelse af 2-timersfristen samlet set at være høj.

Mulige effekter

En ændring af 2-timersfristen til, at medicinafstemning udføres to gange daglig, vil fjerne et betydeligt irritationsmoment for personalet og medføre større arbejdsglæde. En opblødning af fristen vil desuden medføre mere retvisende registreringer, da fristen vil blive opfattet som mere realistisk at overholde, og risikoen for workarounds vil dermed blive reduceret.

Mulige risici

Det er oplevelsen i afdelingen, at der ikke er behov for en 2-timersgrænse for medicinafstemning i forhold til udskrivningstidspunktet. Hvis patienten skal have medicin på apoteket, har vedkommende en recept, og hvis patienten skal have speciel medicin, bliver den udleveret på sygehuset inden udskrivningen. Potentielt kan en patient henvende sig til egen læge på dagen for udskrivningen. Det er dog vurderingen i afdelingen, at dette sjældent sker, og i de fleste tilfælde vil det ske efter aftale med sygehuset, der så vil informere den praktiserende læge. På den baggrund er det afdelingens vurdering, at forslaget ikke indebærer væsentlige patientrelaterede risici.

7. Efterregistrering af DRG-koder ved fødsler

Beskrivelse af problemstilling

I forbindelse med registrering af fødsler skal sekretariatet færdigbehandle epikriser indenfor tre dage efter udskrivning. Denne efterregistrering finder sted på baggrund af jordemoderens registreringer under fødslen. Der er dog indført en supplerende gennemgang af registreringerne af en jordemoder i dagene efter fødslen. Dette er indført for at sikre kvaliteten af registreringerne i forhold til angivelse af de relevante DRG-koder. Hvis den supplerende gennemgang medfører tilføjelser til journalen, skal lægesekretæren åbne systemet igen og efterregistrere det tilføjede. Dette betyder en ekstra arbejdsproces, og der er desuden risiko for, at kravet om færdigbehandling af epikriser indenfor tre dage overskrides. Det tager lægesekretæren 5-6 minutter at efterkode en fødsel som følge af jordemoderens kvalitetssikring af registreringerne.

Forenklingsforslag: Kvalitetssikring af registreringer foretages umiddelbart efter fødslen

Da den eksisterende praksis opleves som uhensigtsmæssig, foreslås det, at den jordemoder, der har forestået fødslen, bør have ansvar for at gennemgå og sikre korrekte registreringer. Hvis en anden skal gøre det, tager det meget længere tid, da kun den tilstedeværende jordemoder har tilstrækkelig viden om det konkrete fødselsforløb. Registreringerne bør foretages, umiddelbart efter fødslen er afsluttet, og senest inden arbejdsdagen afsluttes.

Implementeringspotentiale

Den eksisterende praksis kan ændres lokalt og kræver en beslutning på afdelingsniveau, hvorfor implementerbarheden samlet set vurderes at være høj.

Mulige effekter

En ændring af praksis for registrering vil medføre bedre overholdelse af fristerne for afslutning af epikriser og reduktion af lægesekretærernes tid til efterregistreringer. Endvidere vil den ændrede praksis medføre en mere effektiv anvendelse af jordemødrenes tid, da den jordemoder, der har været ansvarlig for fødslen, som følge af sit kendskab til forløbet skal bruge kortere tid på at tjekke, om registreringerne er korrekte.

Mulige risici

En ændring af den eksisterende praksis, så validering af fødselsregistreringerne fremadrettet bliver foretaget inden arbejdsdagens afslutning, kan medføre behov for større arbejdstidsfleksibilitet hos jordemødrene eller behov for omlægning af vagtskemaerne. Forslaget vurderes ikke at medføre andre relevante risici.



8. Registrering og udskiftning af patienters id-armbånd

Beskrivelse af problemstilling

Når en patient overflyttes fra eksempelvis akutafdelingen til specialafdelingernes sengeafsnit, skal patientens id-armbånd skiftes. Det skyldes, at armbåndet indeholder oplysninger om, hvilken afdeling patienten er indlagt på. Denne information registreres dog i journalen i forbindelse med overflytningen. Det vil derfor i tvivlstilfælde være muligt at slå op i systemet og identificere, hvilken afdeling patienten hører til. Samtidig skal det ved modtagelse af patienten registreres i journalen, at armbåndet er skiftet. Det opleves som en overflødig procedure at udskifte patientens armbånd ved skift mellem afdelinger. Desuden medfører proceduren især i akutte tilfælde en begrænsning i behandlingsforløbet, da udskiftningen og registreringen tager tid. Desuden opleves det som overflødig at foretage en registrering af, at patienten har fået påsat et armbånd, da det er en fast del af det daglige arbejde, der ligger på rygraden. Alle patienter udstyres med et armbånd.

Forenklingsforslag: Id-armbånd gøres generiske på tværs af afdelinger

Da udskiftning af patienternes id-armbånd opleves som en unødigt og risikobehæftet procedure, foreslås det, at det undersøges nærmere, om der kan etableres løsninger, der kan modvirke behovet for udskiftning af armbånd under indlæggelsen. Endvidere vil tilføjelse af muligheden for stregkodeaflysning af armbånd også kunne indeholde oplysninger om den afdeling, hvor patienten er indlagt, sammen med andre informationer som for eksempel medicinering.

Pilotimplementeringen har vist, at det ikke er hensigtsmæssigt, at afdelingsnavnet fjernes fra armbåndet. Det skyldes, at der er en del – særligt ældre – patienter, hvor det er nyttigt med synlige informationer om, hvor patienten er indlagt. Endvidere har pilotimplementeringen vist, at kvaliteten af de eksisterende armbånd ikke egner sig til langvarig brug, da de dels bliver svære at aflæse, dels ikke er behagelige for patienterne at bære, hvis de er sat for stramt på.

Implementeringspotentiale

Patientidentifikation er del af Den Danske Kvalitetsmodel, og som følge heraf skal sygehuse blandt andet beskrive, hvornår identitetsbånd med navn og cpr-nummer skal anvendes. Den regionale retningslinje vedrørende patientidentifikation er tilgængelig i D4 med dokument ID 218056. Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en vejledning om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet. Beslutningen om, hvordan armbånd skal udformes og anvendes, skal træffes på tværs af regionen, så der er fælles procedurer på området. Beslutningen skal godkendes i Det Regionale Kvalitetsråd.

Da de konkrete implikationer for implementering af forenklingsforslaget ikke er fuldt afdækket, er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere forslaget implementerbarhed.

Mulige effekter

En ændring af proceduren for armbånd vil medføre mere meningsfulde arbejdsgange og afskaffe unødige procedurer til glæde for det sundhedsfaglige personale i afdelingerne. Brugen af gennemgående armbånd og afskaffelse af registreringskravet vil samtidig afskaffe en række unødige manuelle registreringer og arbejdsgange, der indebærer risiko for fejl med implikationer for patientsikkerheden i afdelingen. Endelig vil en ændring af proceduren frigøre tid til andre opgaver.

Mulige risici

Udeladelse af afdelingsnavn på patienters armbånd kan potentielt føre til situationer, hvor der opstår forvirring om, hvor en patient hører til. Da patienten stadig er udstyret med navn, cpr-nummer og stregkode, er det imidlertid afdelingernes vurdering, at det fortsat vil være muligt i sådanne situationer hurtigt at afklare, hvor en patient hører til.

9. Ventetidsgaranti for udvalgte kræftpakkeforløb

Beskrivelse af problemstilling

Nationalt er der en mængde differentierede tidskrav til kræftpakkeforløb. Det vurderes, at nogle af disse ud fra et klinisk synspunkt ikke er begrundet i hensynet til behandlingens effektivitet og resultat. For eksempelvis er der for kræftpakke 12 efter afdelingens vurdering ingen klinisk begrundelse for at have en 9-dagesfrist fremfor eksempelvis en 14-dagesfrist for iværksættelse af behandlingsforløbet. Overholdelse af 9-dagesfristen for bestemte kræfttyper er til gengæld meget krævende rent administrativt og betyder, at der af hensyn til overholdelse af garantien flyttes rundt på et stort antal patienter for at give plads til kræftpatienter med en kort behandlingsgaranti. Dette medfører endvidere betydelige gener for de ofte også kritisk syge patienter, der med relativt kort varsel får flyttet deres tid af hensyn til kræftpakkepatienterne. For blandt andet at håndtere de administrative byrder ved flytning af patienter er der ansat en kræftkoordinator i afdelingen, der registrerer årsager til overskridelser af ventetidsgarantien og flytter patienter, så man kan overholde garantien for kræftpakkerne. Det er dog opfattelsen, at disse aktiviteter gennemføres udelukkende af hensyn til overholdelse af fristen. Det vurderes, at der foretages 800 flytninger af patienttider årlig. Hver flytning tager 10-15 minutter at få på plads.

Forenklingforslag: 9-dagesfristen erstattes med en 14-dages frist

Da fristen på 9 dage for kræftpakke 12-forløb ikke vurderes at have en væsentlig klinisk relevans, herunder betydning for behandlingens resultat, foreslås det, at der fremadrettet arbejdes med en frist på 14 dage. Der foreslås desuden iværksat en undersøgelse, der revurderer den lægefaglige relevans af behandlingsfristerne i de forskellige kræftpakker.

Implementeringspotentiale

De 9 dage skal ses i forhold til pakketider, der for de fleste pakker er 6 kalenderdage for henvisningsperioden. Kræftpakke 12 har en frist på 9 dage, fordi patienten skal være på kostrestriktion og udtømmes inden undersøgelse. Pakketider er fagligt begrundede tider og et servicemål. Det er således ikke en "garanti", der udløser en rettighed. De 14 dage er de lovmæssige maksimale ventetider, "behandlingsgarantien". Manglende overholdelse her udløser en ret for patienten og en pligt for regionen til at finde et tilbud indenfor tiden. At erstatte 9-dagesfristen kræver, at der fagligt er enighed om det, og ikke mindst at SST finder det relevant at revidere pakkeforløbet. Da alle kræftpakker for nylig er revideret, anses det ikke for sandsynligt, at fristen kan ændres indenfor den nærmeste fremtid. Regionerne kan tage en beslutning om at prioritere maksimale ventetider fremfor pakketider. Der er imidlertid et klart politisk fokus på overholdelse af de eksisterende servicemål på området for kræftpakkeforløb. Samlet set vurderes implementerbarheden derfor at være lav.

Mulige effekter

En ændring af behandlingsgarantien fra 9 til 14 dage vil betyde mindre frustration for de patienter, der oplever at få flyttet deres planlagte tider. Ændringen vil desuden medføre en betydelig reduktion i den administrative byrde, der er relateret til flytning af patienttider. Det er den umiddelbare vurdering, at cirka 50 procent af de flytninger, der foretages i dag, kan undgås ved en 14-dagesfrist, hvilket vil medføre et reduceret tidsforbrug på administration estimeret til 70-100 timer årlig. Endelig vil en ændring af fristen fjerne et væsentligt stress- og irritationsmoment for det sundhedsfaglige personale med en øget motivation til følge.

Mulige risici

Da fristen på 9 dage for kræftpakke 12-forløb ikke vurderes at have en væsentlig klinisk relevans, herunder betydning for behandlingens resultat, er det afdelingens vurdering, at forslaget ikke indebærer relevante risici.

4.5. Registreringer

Forenklingsforslag vedrørende registreringer udgør 19 ud af de 44 forenklingsforslag i idékataloget og er den hyppigst forekommende forslagstype.

De forslag, der knytter sig til registreringer, er typisk kendetegnet ved, at de vedrører en forholdsvis simpel procedure som afkrydsning af et felt i et it-system eller udfyldelse af et fysisk skema.

Den hyppigste problemstilling i forhold til registreringer er, at de opleves som meningsløse, for eksempel ved dobbeltregistreringer, hvor information, der allerede findes i ét system, skal indtastes i eller overføres manuelt til et andet system. Oftest er registreringerne hver for sig ikke særlig tidskrævende. Væsentlige undtagelser herfra er dog forslag nr. 25 om epikrisens funktion og relevans og nr. 27 vedrørende all-or-none-monitorering.

Meningsløse registreringer udgør i sig selv et irritationsmoment for personalet på sygehusene. Den samlede mængde unødige registreringer betyder endvidere, at de samlet set opleves som en stor byrde.

Table 3. Oversigt over antal forenklingsforslag i idékatalog og pilotfase

Type	Antal forenklingsforslag i idékatalog	Antal forenklingsforslag implementeret i pilotfase
Arbejdsgange	9	5
Registreringer	19	9
It-systemer	15	0
Organisering	1	(1)
Sum	44	15



10. Unødig trippelregistrering af BOS-score ved overflytning af patienter

Beskrivelse af problemstilling

For patienter på opvågnings- og intensivafsnittet bliver alle observationer registreret fortløbende og elektronisk i MetaVision. Ved udskrivning fra opvågningen eller intensiv skal sygeplejersken manuelt indtaste de senest registrerede værdier fra MetaVision i OPUS som BOS-score, da det i øjeblikket er den eneste mulighed for at foretage registreringerne elektronisk i et system, som andre afdelinger kan tilgå. Dette skyldes, at MetaVision er et lokalt system forbeholdt anæstesiaafdelingen. De værdier, der udgør BOS-scoren, kommer fra udskrivningsrapporten fra MetaVision, der vedlægges i papirform. Alle værdierne til BOS har afdelingerne derfor fået i papirform. Derfor synes det unødvendigt for intensiv-/opvågnings-sygeplejerskerne at skulle indtaste nogle værdier, der er mulige at tilvejebringe på anden vis. Overlevering af patienter foretages desuden telefonisk for 7-8 ud af 10 patienter, når der er særlige forhold, som sengeafdelingen skal have viden om eller bør være særlig opmærksom på. I stamafdelingerne er det oplevelsen blandt sygeplejerskerne, at den mundtlige overlevering normalt er så grundig, at der ikke er behov for at se i papirer eller systemer. Endvidere udskrives patienter først fra opvågningen, når de har værdier, der berettiger en normal BOS-score. Dermed synes den egentlige BOS-scoring overflødig. Dette forstærkes af, at det til enhver tid er patientens øjeblikkelige BOS-score, der er relevant. Således er opvågnings BOS-score allerede forældet, når modtagerafdelingen modtager patienten. Registreringen af BOS-scoren ved transport foregår endvidere på et kritisk tidspunkt i forhold til overflytning af patienter og kan have negativ betydning for patientflowet på opvågningen. Trippelregistreringen udføres årlig for 5.700 patienter, der går gennem opvågningen på Holbæk Sygehus. Trippelregistreringen vurderes at have en varighed på cirka 5 minutter.

Forenklingsforslag: Trippelregistrering afskaffes

Det foreslås, at anæstesiaafdelingens registrering af BOS-score i OPUS (OnBase) umiddelbart inden overflytning af en patient udelades. Praksis for overflytning af patienter vil således være, at sengeafdelingen, der modtager patienten, får en opvågningsrapport med oplysninger til brug for BOS-score fra opvågningen på anæstesiologisk afdeling. Sengeafdelingen fortsætter desuden sin nuværende praksis med at BOS-score patienten ved modtagelsen.

Implementeringspotentiale

Kravene til BOS-scoring er fastsat i DDKM 2.10.01. Den nuværende praksis er fastsat i en regional retningslinje vedrørende BOS-score, dokumentnummer 178727, og er underlagt Det Regionale Kvalitetsråd. Trippelregistreringen skyldes manglende integration med MetaVision. Når Sundhedsplatformen lanceres, vil Epics anæstesimodul erstatte MetaVision, og det forventes, at stamafdelingerne får adgang til registreringer foretaget i opvågningen. Da beslutningen om krav til BOS-scoring er underlagt regional kompetence, vurderes implementerbarheden at være høj.

Mulige effekter

Afskaffelse af trippelregistrering vil forbedre patientflowet på opvågningen. Dette betyder et mindre pres omkring forløbet med overflytning og modtagelse af patienter og dermed en reduktion af risikoen for fejl. Desuden vil en afskaffelse af registreringen medføre en mere meningsfuld registreringspraksis for personalet. På baggrund af det estimerede tidsforbrug til trippelregistreringen vurderes det, at forenklingforslaget vil kunne betyde en væsentlig reduktion af sygeplejerskernes tidsforbrug på registrering på cirka 475 timer årlig.

Mulige risici

Da alle informationer i papirskemaet findes i MetaVision, og da patienterne ikke overføres, før de er stabile og har en fin BOS-score, er det afdelingens vurdering, at en afskaffelse af registreringen i OPUS ikke indebærer patientorienterede risici eller overvæltning af opgaver på andre afdelinger.

11. Registrering af udskrivningskriterier i DAD²

Beskrivelse af problemstilling

I forbindelse med registreringer i DAD er der krav om, at der foretages scoring af udskrivningskriterier for patienter ved ankomst til det centrale opvågningsafsnit 10 minutter før afgang fra det centrale opvågningsafsnit og igen ved afgang fra det centrale opvågningsafsnit. Registreringen 10 minutter før afgang forekommer overflødig, da MetaVision i forvejen foretager elektroniske registreringer baseret på overvågningsudstyret på patienten minut for minut til brug for eventuel gennemgang af historik. Det er derfor uklart, hvilket formål registreringen tjener. Registreringen vurderes endvidere at udgøre en potentiel barriere for patientflowet i afdelingen på grund af kravet om 10 minutters interval mellem de to sidste registreringer.

Registreringen foretages én gang per patient for alle 6.500 patienter, der gennemgår en operation på Holbæk Sygehus. Hver registrering estimeres at tage 2 minutter.

Forenklingsforslag: Registrering 10 minutter før afgang afskaffes

Da formålet med scoring af udskrivningskriterier 10 minutter før afgang er uklart, og registreringen ikke anvendes af personalet hverken på det centrale opvågningsafsnit eller i den modtagende afdeling, foreslås det, at registreringen udelades.

Implementeringspotentiale

Det er styregruppen for DAD, der træffer beslutninger om udformningen af DAD-registreringer. Sundhedsloven foreskriver, at de anæstesiologiske afdelinger skal indberette til DAD jævnfør lov om indberetning til de kliniske kvalitetsdatabaser § 196 i sundhedsloven.

DAD er en database under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), der administrerer en række kliniske kvalitetsdatabaser. I den seneste årsrapport fra 2013 fastslår styregruppen for DAD, at der i 2014-2015 bliver gennemført en opgradering af DAD. Sammenligning og vurdering af hvordan den dobbelte registrering, der aktuelt foretages i DAD og MetaVision, kan forenkles, er dog interessant.

Udskrivningskriterier har været behandlet i regi af DASAIM i et nyere dokument, hvorfor det ikke anses for sandsynligt, at emnet tages op til behandling igen indenfor den nærmere fremtid. Samlet set vurderes implementerbarheden at være lav, da beslutningen ikke kan træffes indenfor Region Sjælland og kræver involvering af DASAIM, hvilket vurderes at kræve et længere forløb.

Mulige effekter

Afskaffelse af registreringen vil have en positiv effekt på patientflowet på det centrale opvågningsafsnit og en positiv effekt, når der kun foretages meningsfulde registreringer.

Ved udeladelse af registreringen 10 minutter før afgang kan der på baggrund af den estimerede tid til registreringen overføres cirka 217 sygeplejersketimer årlig til patientnære opgaver i Anæstesiologisk Afdeling på Holbæk Sygehus.

Mulige risici

Alle de oplysninger, der indtastes i DAD, er i forvejen lagret i MetaVision, og registreringen 10 minutter før afgang opleves at være uden klinisk relevans. På den baggrund er det afdelingens vurdering, at forslaget ikke indebærer relevante risici.

² DAD er en forkortelse for Dansk Anæstesi Database.

12. Registrering af ryge- og alkoholvaner for udvalgte patientgrupper

Beskrivelse af problemstilling

Ved præmedicinering skal der foretages registrering af patienters vaner vedrørende ryge- og alkoholvaner. Dette skal gennemføres for alle indlagte og ambulante patienter uanset alder og sundhedstilstand i øvrigt. Registreringerne indgår i kvalitetsarbejdet via DAD. Registreringerne virker overflødige for visse patientgrupper, fx børn og unge, og det er derfor oplevelsen, at der for visse patientgrupper registreres mange unødige oplysninger under præmedicineringen.

Forenklingsforslag: Registrering af ryge- og alkoholvaner afskaffes for visse patientgrupper

Da registrering af ryge- og alkoholvaner ved præmedicinering opleves som unødig for visse patientgrupper, foreslås det, at disse grupper undtages fra kravet om registrering.

Implementeringspotentiale

Registreringen af ryge- og alkoholvaner er del af registreringen af KRAM-faktorer. I rapport fra Sundhedsstyrelsen om KRAM-faktorer bliver det blandt andet bemærket, at 6 ud af 10 begynder at ryge, før de er 18 år. En forenkling kunne derfor tage udgangspunkt i børn under 15 år. Andre regioner giver også mulighed for at undtage udvalgte patientgrupper. For eksempel i Region Syddanmark kan følgende grupper undtages: dagkirurgiske patienter, tandpatienter fra regionsplejen, psykiatriske patienter til ECT-behandling og børn under 15 år.

Samlet set vurderes implementerbarheden at være middel. Selvom forslaget skal implementeres ved en national beslutning, er der implementeret tilsvarende forslag i andre regioner.

Mulige effekter

En differentiering af kravene til registrering af ryge- og alkoholvaner vil medføre mere meningsfuld registrering for det sundhedsfaglige personale og mere meningsfuld samtale med de patienter, der åbenlyst ikke er i risikogruppen for en usund livsstil betinget af disse faktorer.

Mulige risici

Da registreringerne vedrørende ryge- og alkoholvaner opleves som unødige for visse patientgrupper, er det afdelingens vurdering, at en ændring af den eksisterende praksis ikke aftvinger nye risici. Derfor er det afdelingens vurdering, at en revision af DAD med en eventuel afskaffelse af registreringerne til følge ikke indebærer patientrelaterede eller andre relevante risici.

13. Registrering af behov for A-kanyle

Beskrivelse af problemstilling

Det skal i forbindelse med stuegang daglig registreres, om patienten fortsat har behov for en A-kanyle. A-kanyle er en almindelig venflon anlagt i en arterie. Den bruges primært til måling af invasivt blodtryk. Registreringen af behovet for A-kanyle forekommer overflødig på intensivafsnittet, da størstedelen af intensivpatienterne har behov for A-kanyle. Desuden er der et naturligt sundhedsfagligt fokus på fjernelse af A-kanyle, så snart den ikke er relevant længere, da den kræver ekstra pleje og indebærer en forøget infektionsrisiko. Således har personalet en klar arbejdsrelateret interesse i, at patienter ikke ligger med A-kanyle længere, end de kliniske behov tilsiger. Det anses endvidere som en integreret del af den daglige lægelige vurdering ved stuegang at vurdere, om der er behov for A-kanyle.

Registreringen af vurdering af og begrundelse for behov for A-kanyle foretages daglig for alle patienter på intensivafsnittet. Ved ni intensivpladser og en gennemsnitlig belægning på 75 procent estimeres registreringen udført 2.464 gange årlig.

Forenklingforslag: Fjernelse af registrerings- og begrundelseskrav

Da registreringen ikke har klinisk relevans for hovedparten af intensivafsnittets patientgruppe, og vurderingen anses som hørende under den daglige lægefaglige vurdering, forekommer den overflødig, og det foreslås derfor, at registreringen af både vurdering og begrundelse udelades fremadrettet.

Implementeringspotentiale

Da A-kanyle er en undervurderet årsag til kateterrelateret bakteræmi, tilkendes der i DS 2451-3 Styring af infektionshygiejne i sundhedssektoren Del 3: Krav til brug af intravaskulære katetre, der snarest erstattes af Nationale Infektionshygiejniske Retningslinjer for brug af intravaskulære og epidurale katetre, at indstiksstedet skal tilses daglig, at der daglig skal tages stilling til fortsat anvendelse, og at dette skal dokumenteres. Samlet set vurderes implementerbarheden at være lav, da en ændring af reglerne på området vil skulle vedtages på nationalt plan.

Mulige effekter

Afskaffelse af registreringen af behov for A-kanyle for patienter på intensivafsnittet vil medføre mere meningsfyldt registrering for personalet og således fjerne et dagligt irritationsmoment.

Mulige risici

Vurderingen af behovet for A-kanyle ses som en integreret del af den lægefaglige vurdering af patienter ved den daglige stuegang. Desuden understøtter arbejdsgangene i afdelingen, at A-kanyle ikke ligger længere end højst nødvendigt. Derfor er det afdelingens vurdering, at en afskaffelse af registreringen af behov for A-kanyle ikke medfører relevante patientrelaterede eller andre relevante risici.

14. Registrering af behov for anvendelse af respirator

Beskrivelse af problemstilling

Der skal daglig udføres en fempunktsregistrering af, om der ud fra en lægefaglig vurdering er mulighed for at tage patienter ud af respirator eller ændre på respiratorindstillingerne, så patienterne får en mere optimal behandling. Den faste daglige registrering af de fem dikterede punkter uden skelen til diagnose eller patientforløb tjener som en kilde til irritation i dagligdagen for lægerne, da registreringen ses som unødigt omfattende.

Vurderingen af behovet for anvendelse af respirator er en integreret del af en stuegang. Vurderingen af indstillingerne er en fast del af det kliniske arbejde med at forbedre patienternes tilstand for at få dem ud af respiratoren så hurtigt som muligt, da dette har direkte betydning for mortaliteten.

Forenklingsforslag: Revurdering af registreringsbehovet

Den daglige dokumentation af en lægefaglig vurdering af muligheden for ekstubation, herunder udførelse af SBT (spontaneous breathing trial) på fem parametre, bør justeres til kun at omfatte én daglig dokumentation af to mere generelle spørgsmål, der besvares og registreres af den ansvarlige læge: Er sederingen hensigtsmæssig? Er det muligt at justere respiratorindstillingerne?

Dette vurderes at bidrage til øget fokus på den nødvendige lægefaglige vurdering, samtidig med at omfanget af registreringer gøres relevant.

Implementeringspotentiale

Registreringskravet stammer fra respiratorpakken, der blev udviklet i forbindelse med patientsikkerhedskampagnen *Operation Life* i 2007-2009. Respiratorpakken er efterfølgende overført og inkluderet i projektet *Patientsikkert Sygehus*. Patientsikkert Sygehus er under udrulning i hele regionen. Forslaget skal diskuteres i IKU og godkendes i Det Regionale Kvalitetsråd forud for implementeringen.

Samlet set vurderes implementerbarheden at være høj, da en ændring af reglerne på området kan foretages regionalt.

Mulige effekter

Registreringen af, om der er mulighed for at optimere respiratorindstillingerne, forekommer unødigt omfattende og dikterende. Erstatning af den eksisterende registreringspraksis med en mindre omfattende registrering vil medføre en oplevelse af mere meningsfuld registrering, der samtidig anerkender fornuften i at have en daglig påmindelse om at foretage et lægefagligt skøn i forhold til muligheden for justering af respiratorindstillinger.

Mulige risici

Lægens skøn vil være det samme, uanset hvad registreringen er. Derfor er det afdelingens vurdering, at en afskaffelse af registreringen ikke medfører nye risici.



15. Begrundelse for lokalisation ved anlæggelse af CVK

Beskrivelse af problemstilling

Det er i *Operation Life* fastlagt, at der er mindre infektionsrisiko ved anlæggelse af CVK ved vene ved kravebenet end i halsvenen. Anlæggelse af CVK ved kravebenet er imidlertid en mere krævende procedure, og antallet af komplikationer er højere, specielt frekvensen af sammenfald af lunge eller fejlagtig punktur af arterie i stedet for vene. *Operation Life* har fastlagt en retningslinje om, at det skal begrundes, hvis der vælges halsplacering fremfor kravebensplacering ved anlæggelse af CVK. Siden *Operation Lifes* opstart har nyere forskning sandsynliggjort, at der ikke er større infektionsrisiko ved den ene procedure fremfor den anden.

Alle CVK-anlæggelser udføres i dag som udgangspunkt ved anlæggelse i halsvenen, og disse er ultralydsvejledte.

Da den faste procedure for CVK-anlæggelse i afdelingen er anlæggelse i halsvenen grundet en lægefaglig vurdering, opfattes det som unødigt bureaukratisk, at der skal foretages registrering og skriftlig begrundelse for valg af den procedure for anlæggelse af CVK, der samlet set synes mest sikker for patienten. CVK anlægges årlig på 500-600 patienter på intensivafsnittet og på 400 eksterne patienter, i alt 900-1.000 patienter årlig, på Holbæk Sygehus.

Forenklingsforslag: Afskaf begrundelsespligt for placering af CVK

Det foreslås, at man afskaffer kravet om registrering af begrundelse for placering af CVK i halsvene i OPUS, da det opleves som uhensigtsmæssigt og unødigt bureaukratisk, at der skal argumenteres særskilt for at vælge den procedure, der ud fra en lægefaglig vurdering er den mest hensigtsmæssige.

Implementeringspotentiale

Anbefalingen om særskilt begrundelse for anlæggelse af CVK i halsvenen blev udviklet i forbindelse med patientsikkerhedskampagnen *Operation Life* i 2007-2009. Anbefalingen er efterfølgende overført og inkluderet som et krav i CVK-pakken i projektet *Patientsikkert Sygehus*, der er et samarbejde mellem Danske Regioner, TrykFonden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. *Patientsikkert Sygehus* er under udrulning i hele regionen.

Regionalt er det endvidere fastsat i retningslinje med dokumentnummer 178710, punkt 3.2, at kravebensanlæggelse anbefales, og at andre CVK-placeringer skal begrundes i patientens journal.

Beslutning om en ændring af proceduren skal vedtages i Det Regionale Kvalitetsråd. Samlet set vurderes implementerbarheden at være høj, da en ændring af de eksisterende regler således kan besluttes regionalt.

Mulige effekter

Afskaffelse af kravet om særskilt begrundelse for anlæggelse af CVK i halsvenen fremfor ved vene ved kravebenet vil medføre mere meningsfuld registrering for det sundhedsfaglige personale og fjerne et dagligt irritationsmoment.

Mulige risici

Kravet om særskilt begrundelse for anlæggelse af CVK i halsvenen opleves som unødigt bureaukratisk, da det samlet set anses for at være den mest sikre procedure for patienten. Derfor er det afdelingens vurdering, at en afskaffelse af registreringen ikke medfører patientrelaterede eller andre relevante risici.



16. Dobbeltregistrering ved anlæggelse af CVK

Beskrivelse af problemstilling

Anlæggelse af CVK skal registreres både i OPUS og på en tjekliste til registrering af, om proceduren er foretaget efter forskrifterne for en steril procedure. Dobbeltregistreringen opleves som overflødig og utidssvarende, da der i dag findes færdigpakkede sæt til anlæggelse af CVK, der understøtter, at man udfører indgrebet efter de kliniske forskrifter. Dog skal registrering i OPUS af tidspunktet for anlæggelse af CVK bibeholdes, da disse oplysninger anvendes til kontrol af behov for skifte og tilsyn for CVK.

Dobbeltregistreringen foretages på 500-600 patienter årlig. Hver registrering tager cirka 5 minutter for en læge, og en lægesekretær bruger cirka 15 minutter daglig 5 dage om ugen 52 uger årlig på at indtaste oplysningerne i de relevante systemer.

Forenklingsforslag: Dobbeltregistrering af CVK-anlæggelse afskaffes

Da dobbeltregistreringen af anlæggelse af CVK opleves som unødig, er det besluttet lokalt, at skemaet afskaffes, og der fremadrettet udelukkende foretages en registrering i OPUS, hvor det anføres, at CVK er lagt efter forskrifterne med en tilføjelse af indstikssted. Registrering af tidspunktet for anlæggelse foretages i afdelingens vagtbog.

Implementeringspotentiale

Kravet om registrering af anlæggelse af CVK på særskilt skema er lokalt bestemt i anæstesiafdelingen på Holbæk Sygehus og er blevet ændret på baggrund af pilotimplementeringen. Forslaget er således implementeret.

Mulige effekter

Afskaffelse af dobbeltregistrering ved anlæggelse af CVK kan forventes at føre til færre fejl i registreringer, når registreringerne foretages fyldestgørende ét enkelt sted, og vil samtidig lette arbejdsgange for lægesekretærer, der hidtil har brugt tid på at indtaste oplysninger og validere mangelfulde oplysninger.

Afskaffelsen af dobbeltregistreringen vil medføre mere meningsfuld registrering, og samtidig elimineres overflødig dokumentation.

Mulige risici

Da alle remedier til indgrebet er færdigpakket i en operationspakke, og kravene til steril procedure samtidig er en fuldt implementeret praksis, opleves risikoen for fejl at være minimal. Derfor er det afdelingens vurdering, at en afskaffelse af registreringerne ikke medfører patientrelaterede eller andre relevante risici.

17. Registrering af Braden-score for alle patienter

Beskrivelse af problemstilling

Scoring af risiko for tryksår efter Braden-risikoscoresystemet udføres daglig for alle patienter på intensivafsnittet, selvom Braden-scoring ikke er relevant for denne patientgruppe. Patienter på intensiv er per definition i risikogruppen for tryksår, da de er sengeliggende i længere tid. Derfor er der allerede iværksat tiltag til forebyggelse af tryksår som en almindelig del af det daglige arbejde. Alle patienter ligger således på luftmadras, og der er faste procedurer for, at patienter skal vendes flere gange i døgnet.

Registreringen af Braden-score opleves således ikke at have klinisk relevans. Braden-score anvendes endvidere ikke til noget i afdelingen, og registreringen forekommer derfor meningsløs og foretages udelukkende, fordi det er et registreringskrav.

Braden-scoring foretages daglig for alle patienter på intensivafsnittet. Ved ni intensivpladser og en gennemsnitlig belægning på 75 procent estimeres Braden-scoring udført 2.464 gange årlig. Gennemførelse og registrering af hver scoring estimeres at tage 2 minutter.

Forenklingsforslag: Screening af risiko for tryksår udelades

Da Braden-scoring opleves som værende uden klinisk relevans for afsnittets patientgruppe, foreslås det, at screening og registrering i relation hertil udelades. Der bør dog fortsat foretages registrering i de tilfælde, hvor der opstår tryksår.

Implementeringspotentiale

Som del af tryksårspakken fra *Patientsikkert Sygehus* anvendes Braden-scoring i forbindelse med tryksårsscreening, hvor tryksårerisikoen vurderes på alle patienter.

I den regionale retningslinje vedrørende forebyggelse af tryksår (dok. ID 312318) er anvendelse af Braden-scoring beskrevet.

Beslutning om en ændring af proceduren vedtages i Det Regionale Kvalitetsråd.

Samlet set vurderes implementerbarheden at være høj, da en ændring af eller dispensation fra de eksisterende regler kan beslattes regionalt.

Mulige effekter

Afskaffelse af Braden-scoring af patienter på intensivafsnittet vil medføre mere meningsfyldt registrering, da registreringen opleves som unødigt og uden klinisk relevans. Det vurderes desuden, at dette kan frigøre tid til patientnære kerneopgaver svarende til 82 sygeplejersketimer årlig.

Mulige risici

Kravet om Braden-scoring er implementeret universelt uden hensyntagen til, at det ikke nødvendigvis er relevant for alle patientgrupper. Da alle patienter på intensiv i forvejen behandles som potentielle risikopatienter, har Braden-scoring ingen relevans for arbejdsgangene i afdelingen. Det giver ikke mening at screene patienter for noget, de allerede behandles for. Derfor er det afdelingens vurdering, at en afskaffelse af registreringen ikke medfører relevante risici.

18. Grundlag for hyppighed af registreringer og audit

Beskrivelse af problemstilling

Retningslinjer vedrørende hyppighed af audit og krav til registreringer fastsættes regionalt. I DDKM er der formuleret et standardkrav til evaluering af kvalitetsdata, der lyder, at man skal "vurdere mindst to gange i løbet af en treårig periode". Af hensyn til blandt andet akkreditering gennemføres der på en lang række områder langt hyppigere audit og mere krævende registreringer på sygehuse.

Gennemførelse af audit og registreringer er generelt tidskrævende og tager tid fra kerneopgaven i de enkelte afdelinger. Det er samtidig ikke altid klart for det sundhedsfaglige personale, hvorfor bestemte frekvenser er gældende, og i flere tilfælde kan frekvensen forekomme arbitrært fastsat.

Eksempler på audit og registreringer, der gennemføres med højere frekvens end fastsat i de nationale retningslinjer:

- Audit på registreringer i DAD. Foretages fire gange årlig.
- Audit på registreringer i DID. Foretages fire gange årlig.
- Audit på journaler. Foretages to gange årlig.
- Audit på overholdelse af respiratorpakke. Foretages to gange årlig.
- Audit på overholdelse af sepsispakke. Foretages to gange årlig.

Audit på respiratorpakken udføres af afdelingssygeplejersken. Øvrige audit udføres af læger og tager typisk 3-6 timer per gang. Journalaudit tager 4 timer for to læger per gang.

Foreklingsforslag: Revurdering af frekvensen for audit og registreringer

Det foreslås, at der udarbejdes et fuldstændigt katalog over, hvilke audit og registreringer der udføres i afdelingen, med henblik på en revurdering af behovet for den nuværende frekvens.

Det foreslås endvidere, at der udpeges en koordinator i Anæstesiologisk Afdeling, der har ansvaret for at udfærdige en endelig liste over audit til drøftelse, og som har mulighed for at indgå i drøftelserne om begrundelserne for frekvensen af registreringer og audit.

Det er oplevelsen, at der generelt har været en forhøjet frekvens på audit i forbindelse med anden akkrediteringsrunde. Denne er gennemført nu, hvorfor frekvensen på områder, hvor der traditionelt har været en høj målopfyldelse, kan nedsættes.

Implementeringspotentiale

Sundhedsloven og DDKM stiller krav om kvalitetsovervågning. Regionen afholder audit hyppigere end foreskrevet af Den Danske Kvalitetsmodel, da der heri lægges stor vægt på handling på erfarede kvalitetsbrister. På den baggrund anses det i regionen ikke som tilstrækkeligt kun at kvalitetsovervåge to gange i løbet af en treårig periode, som Den Danske Kvalitetsmodel angiver som minimum. Hyppigheden af de forskellige audit er vedtaget og vil skulle ændres forskellige steder. I den nationale RKKP-organisation afholdes der audit på kvalitetsdatabaserne én gang om året på baggrund af årsrapporterne. Audit herudover er lokalt bestemt. Hyppigheden af audit på journaler er regionalt fastlagt i retningslinje 221286. Netværk for akkreditering er på nuværende tidspunkt ved at se på regionens monitoreringsplan, herunder monitoreringsmetoderne. Den reviderede plan forventes forelagt i 2015. Kravene til audit på pakkerne i *Patientsikkert Sygehus* vil skulle tages op i netværket for spredning af *Patientsikkert Sygehus* og vedtages i Det Regionale Kvalitetsråd.

På den baggrund er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere forslaget implementeringspotentiale.

Holbæk Sygehus, Anæstesiologisk Afdeling

Forslaget gælder på tværs af hele Anæstesiologisk Afdeling

18. Grundlag for hyppighed af registreringer og audit**Mulige effekter**

Der kan potentielt være tale om betydelige ressourcemæssige besparelser og en mere meningsfuld praksis for registreringer og audit, hvis hyppigheden af en række registreringer eller audit reduceres eller i højere grad baseres på stikprøvekontrol eller anden risikobaseret kontrol. Dette vurderes at kunne frigive tid til kerneopgaver i en tid præget af mangel på anæstesiologiske lægeressourcer.

Mulige risici

Mulige risici knytter sig til de konkrete audit og registreringer. På visse områder er auditprocessen indrettet således, at frekvensen for audit falder for afdelinger og afsnit med høj målopfyldelse, men stiger ved lav målopfyldelse. Systemet fanger således de brodne kar. Sygehusledelsen får endvidere også de tal, der ligger til grund for audit. Afdelingens vurdering er, at man med fordel kan overveje at sænke hyppigheden af audit yderligere på områder, hvor der over tid er en høj målopfyldelse.

19. Dobbeltregistrering af sikker kirurgi-tjek

Beskrivelse af problemstilling

Ved kirurgiske indgreb udfører og registrerer både operatør og anæstesisygeplejerske overholdelse af proceduren for sikker kirurgi ved afkrydsning af en fempunktsliste. Dette har til formål at forhindre utilsigtede hændelser og forvekslingsindgreb ved gennemgang af en femtrinsprocedure. Til trods for vigtigheden af gennemførelse af proceduren for sikker kirurgi forekommer det unødigt omstændeligt, at registreringen foretages efter fempunktslisten, og at den skal udføres af flere personer parallelt. Dette skyldes, at proceduren for sikker kirurgi er en fast del af den sundhedsfaglige procedure ved opstart af en operation. Det vurderes derfor, at operatørens overordnede registrering af, at proceduren for sikker kirurgi er overholdt, er tilstrækkelig. Dobbeltregistrering af overholdelse af de fem punkter for sikker kirurgi udføres cirka 5.700 gange årlig. Det estimeres, at der samlet set bruges 2-5 minutter på hver registrering.

Forenklingsforslag: Parallelregistrering af patientidentifikation afskaffes

Da det forekommer unødigt omstændeligt, at flere sundhedsfaglige personer foretager den samme registrering, og at registreringerne omfatter alle fem punkter i proceduren for sikker kirurgi, foreslås det, at det udelukkende er operatøren, der foretager en overordnet registrering af, at proceduren for sikker kirurgi er overholdt. Som supplement til dette foreslås det, at der på den enkelte operationsstue opsættes en instruks, der beskriver de fem trin for sikker kirurgi. I MetaVision registreres ved afkrydsning, at sikker kirurgi er udført jævnfør forskrifterne. Ved timeout og før patienten forlader operationsstuen, skal patientidentifikation registreres i journal af operatør. Alle procedurer udføres fortsat som hidtil. Det er alene registreringsprocedurerne, der ændres.

Implementeringspotentiale

Praksis for sikker kirurgi er beskrevet flere steder af sundhedsmyndigheder og interessenter på sundhedsområdet, herunder for eksempel i:

- WHO.
- DDKM (2.11.5 og 1.2.7).
- Vejledning 9420 af 30. juni 2006 fra Sundhedsstyrelsen, "De fem trin".
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
- Regional retningslinje i D4 med dokument ID 267823.

I retningslinjen i D4 er det udførligt beskrevet, hvilke personer i operationsteamet der skal udføre hvilke kontroller. Beslutning om en ændring af proceduren skal formelt set diskuteres i IKU og godkendes i Det Regionale Kvalitetsråd. Samlet set vurderes implementerbarheden at være høj, da en ændring af eller dispensation fra de eksisterende regler kan besluttes regionalt.

Mulige effekter

Ved afskaffelse af dobbeltregistreringen og den detaljerede registrering af proceduren for sikker kirurgi opnås en mere meningsfuld registrering, og samtidig elimineres overflødig dokumentation. Desuden vurderes ændringen af registreringspraksis at frigøre 190-475 sygeplejersketimer årlig til fokus på patienten i forbindelse med opstart af operationen, der er et af de mest kritiske tidspunkter ud fra et anæstesiologisk synspunkt.

Mulige risici

Proceduren for sikker kirurgi er i dag en indlejret del af arbejdet ved opstart af operationer. Afskaffelse af dobbeltregistreringen ændrer ikke på procedurerne, og fortsat overholdelse af disse sikres gennem opsætning på operationsstuen af en tavle med de fem trin for sikker kirurgi. Derfor er det afdelingens vurdering, at en afskaffelse af registreringen ikke medfører relevante risici.



20. Dobbeltregistrering af anæstesisygeplejerskers "øvrige opgaver"

Beskrivelse af problemstilling

Anæstesisygeplejerskernes varetagelse af "øvrige opgaver" omfatter alt, hvad der ikke er operationer, for eksempel anlæggelse af CVK og dialysekateter i og udenfor afdelingen og tilkald til hjertestop, og skal registreres i både afdelingens vagtbog og i et selvstændigt skema til brug for efterfølgende registrering af DRG-koder i OPUS. Det forekommer unødigt at foretage registreringen to steder, og lægesekretærerne, der anvender skemaerne som grundlag for registrering i OPUS, fremhæver, at der ofte er fejl i skemaerne som følge af travlhed, og at der er tale om dobbeltregistrering. Vagtbogen anvendes som styringsredskab for afdelingssygeplejersken, mens skemaerne har til formål at understøtte registreringen i OPUS.

Dobbeltregistrering af "øvrige opgaver" udføres 10-20 gange daglig. Det estimeres, at en sygeplejerske samlet set bruger 1-2 minutter på hver dobbeltregistrering. Hertil kommer 2-3 minutter daglig, som lægesekretærer anvender på at følge op på manglende/fejlagtig udfyldelse af skemaer.

Forenklingsforslag: Fremadrettet foretages registrering udelukkende i vagtbog

Da dobbeltregistreringen af "øvrige opgaver" synes overflødig, er det på baggrund af pilotimplementeringen besluttet at afskaffe registreringsskemaet, så registrering fremadrettet udelukkende foretages i vagtbogen. Vagtbogen indeholder alle informationer, der er relevante for registreringen i OPUS, og understøtter samtidig afdelingssygeplejerskens planlægningsopgaver. Lægesekretærer anvender vagtbogen som grundlag for registrering i OPUS.

Implementeringspotentiale

Kravet om registrering af "øvrige opgaver" i skemaet *Registrering af anæstesydelser* er lokalt bestemt. Kravet om registrering af "øvrige opgaver" i vagtbogen er ligeledes lokalt bestemt. Forslaget er allerede implementeret i afdelingen.

Mulige effekter

Afskaffelse af dobbeltregistrering af "øvrige opgaver" kan forventes at føre til færre fejl i registreringer, når den foretages fyldestgørende ét enkelt sted, og vil samtidig lette arbejdsgangen for lægesekretærerne, der hidtil har brugt tid på at validere mangelfulde/fejlagtige oplysninger.

Afskaffelsen af dobbeltregistreringen vil desuden medføre mere meningsfuld registrering, og samtidig elimineres overflødig dokumentation.

På baggrund af det estimerede tidsforbrug vurderes det, at ændringen årlig kan frigøre tid til kerneopgaver i størrelsesordenen 60-245 sygeplejersketimer og cirka 13 lægesekretærtimer.

Mulige risici

Afskaffelse af dobbeltregistreringen af "øvrige opgaver" foreslås på baggrund af, at alle de oplysninger, der i dag registreres i et skema, i forvejen registreres mere detaljeret i vagtbogen. Dette er udelukkende et administrativt værktøj, og afskaffelse af registreringen vil ikke medføre patientrisici.



21. KRAM-screening af alle patienter

Beskrivelse af problemstilling

De nuværende regler tilsiger, at alle patienter skal screenes for vejledningsbehov i forhold til kost, rygning, alkohol og motion (KRAM-faktorerne) uanset køn, alder, livsstilsindikatorer og årsag til kontakten med sundhedsvæsenet. Der skal derfor udføres KRAM-screening af alle patienter, og det skal registreres, at screeningen er udført. Det vurderes, at denne screening og tilhørende vejledning er overflødig i forhold til en stor del af patientgrupperne i Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling. For eksempel opleves det som overflødig at KRAM-screene en ung og sund kvinde på 25 år, der er til gynækologisk undersøgelse, da den konkrete undersøgelse eller behandling oftest ikke har relation til livsstilssygdomme. Dette vurderes at være tilfældet for hovedparten af de gynækologiske patienter i afdelingen. For fødende er der endvidere krav om, at det i epikrisen og dermed efter fødslen skal registreres, at den fødende er blevet informeret om og vejledt i KRAM-faktorerne. Dette sker dog som led i opstarten af svangerforløbet hos jordemoderen.

KRAM-screening og KRAM-vejledning estimeres gennemført i forbindelse med 5.000 årlige gynækologiske undersøgelser og involverer både læger, sygeplejersker og lægesekretærer. Samlet set vurderes det, at der gennemsnitlig bruges 5 minutter på screening og vejledning vedrørende KRAM-faktorer per patient.

Forenklingsforslag: Registrering afskaffes

Da vejledningen i KRAM-faktorer opleves som overflødig for størstedelen af de gynækologiske undersøgelser, foreslås det, at registreringskravet fjernes, og det i stedet overlades til det sundhedsfaglige personale at træffe beslutning om behovet for samtale om KRAM-faktorer og vejledning om livsstilsrelaterede forhold.

Implementeringspotentiale

Reglerne om KRAM-screening er forankret i DDKM 2.16.2 Forebyggelse og sundhedsfremme og Sundhedsstyrelsens projekt PRIK, 2005-2008. DDKM stiller ikke eksplicit krav om, at KRAM-vejledning udføres på alle patienter. Der står i DDKM, at patienter med livsstilsfaktorer, der har betydning for patientforløbet, tilbydes intervention, og at der ved kvalitetsbrist bliver kvalitetsovervåget og iværksat interventioner. På baggrund af projekt PRIK anbefaler Sundhedsstyrelsen, at der gennemføres systematisk screening af patienter med henblik på at identificere behov for vejledning i KRAM-faktorer. Den nuværende praksis er reguleret af den regionale retningslinje med dokument ID 127231, der udstikker reglerne for KRAM-screening. Der pågår i øjeblikket et regionalt projekt om KRAM-screening. Det er usikkert, om der i projektperioden vil være mulighed for at dispensere fra den regionale retningslinje, hvorfor forslaget implementerbarhed ikke fuldt ud kan afdækkes.

Mulige effekter

Afskaffelse af det obligatorisk krav om KRAM-screening og KRAM-vejledning vil medføre en mere meningsfuld vejledningspraksis til glæde for personalet, da screeningen og vejledningen forekommer unødigt for langt størstedelen af patienternes vedkommende. Derudover er det oplevelsen, at det vil kunne øge lægernes troværdighed, da det kan virke malplaceret at drøfte personlige forhold, der ikke relaterer sig til den konkrete undersøgelse. Endelig vil forenklingsforslaget kunne betyde frigørelse af lægers, sygeplejerskers og lægesekretærers tidsforbrug til andre opgaver i størrelsesordenen samlet set cirka 420 timer årlig.

Mulige risici

En ændring af praksis for KRAM-screening, så vejledning om KRAM-relaterede livsstilsproblemer foretages på baggrund af et lægefagligt skøn, vurderes af afdelingen samlet set ikke at medføre ekstra patientrelaterede risici, da man taler med patienten og kommer omkring de relevante faktorer i forbindelse med den konkrete behandling. Vurderingen er, at man vil vejlede dem, der har behov for vejledning.



22. Registrering af patientinformation og -samtykke

Beskrivelse af problemstilling

Informering af patienter og indhentning af samtykke fra patienter til det forestående forløb sker som en fast del af kontakten med patienterne i alle behandlingsforløb i afdelingen. Derfor forekommer det unødigt bureaukratisk, at det skal registreres gentagne gange, at patienterne er informeret og har givet samtykke til undersøgelses- og behandlingsforløbet. For eksempel opleves det som værende unødigt bureaukratisk, at det skal registreres, at der er givet information om og indhentet samtykke til bedøvelse ved operative indgreb, hvor der allerede er givet samtykke til selve operationen, da der ikke udføres operationer på patienter uden bedøvelse. Endvidere er der i afdelingen aldrig registreret klagesager vedrørende manglende information om bedøvelse.

Desuden registreres det flere gange i en patients journal, at der er informeret og indhentet samtykke. De mange registreringer kommer til at fylde uforholdsmæssig meget i patientens journal og gør den mindre overskuelig. Desuden tager registreringerne tid fra det sundhedsfaglige personale. Registrering af patientinformation og -samtykke estimeres udført over 10.000 gange årlig. Det estimeres, at der samlet set bruges 1-2 minutter på hver registrering.

Forenklingsforslag: Registrering af information og samtykke foretages én gang

Da patientinformation og indhentning af samtykke udføres som en grundlæggende og fast del af arbejdet i afdelingen, foreslås det, at de gentagne registreringer heraf udelades. Proceduren omkring patientinformation og indhentning af samtykke udføres fortsat som en fast del af undersøgelses- og behandlingsforløbet. Det foreslås, at registreringsproceduren ændres, så registrering af patientinformation og samtykke kun udføres én gang i forbindelse med iværksættelse af behandlingsforløbet, for eksempel ved forundersøgelsen.

Implementeringspotentiale

Sundhedslovens kapitel 5 med tilhørende bekendtgørelse og vejledning regulerer spørgsmålet om afgivelse af information til patienten og indhentning af mundtligt eller efter omstændighederne skriftligt samtykke fra patienten. Bekendtgørelse nr. 3 af 02/01/2013 fastslår i § 12, stk.1, at det skal fremgå af patientjournalen, hvilken mundtlig og eventuel skriftlig information patienten har modtaget, og hvad patienten på den baggrund har tilkendegivet. Men det er tilstrækkeligt at dokumentere patientinformation og -samtykke, når behandlingsplanen lægges. Kun hvis der sker ændringer i planen, skal patientens samtykke indhentes på ny og dokumenteres i journalen.

Af en regional retningslinje med dokument ID 217173 fremgår det, at samtykke skal indhentes til en konkret og aktuel ydelse. Det er konkret beskrevet, at samtykke ikke kan indhentes én gang for alle, men samtidig kun skal fornys, hvis der foretages ændring i behandlingsplanen. Der foreligger dog en skærpet informationspligt, når behandlingen/undersøgelsen drejer sig om en højrisikoydelse.

Samlet set vurderes implementerbarheden at være høj, da den eksisterende regionale retningslinje på området giver mulighed for i betydeligt omfang at reducere mængden af standardregistreringer af information og samtykke i patientens journal.

Mulige effekter

Afskaffelse af gentagen registrering af patientinformation og -samtykke i forløbet efter fastlæggelse af behandlingsplanen vil medføre mere meningsfuld registrering og eliminere overflødig dokumentation med en mindre, men positiv effekt på arbejdsglæden for de sundhedsprofessionelle. Endelig vil forenklingsforslaget kunne betyde en væsentlig reduktion af især lægesekretærernes tidsforbrug på registrering estimeret til 170-330 timer årlig.



22. Registrering af patientinformation og -samtykke

Mulige risici

Patienterne vil fortsat modtage den samme information og blive bedt om samtykke som hidtil. Procedurene i forhold til patienterne forbliver de samme, men de gentagne registreringer af, at procedurerne er gennemført, udelades. Heri består en teoretisk risiko for, at sygehuset i en potentiel tvist med en patient ikke har den samme styrke i dokumentationen af, at information og samtykke er gennemført. Spørgsmålet er imidlertid, om dette hensyn bør tilgodeses gennem en forholdsvis omfattende registreringspraksis, når tvister på dette område er meget sjældne. Endvidere vil sygehuset opretholde en registrering af, at patientinformation og -samtykke er gennemført ved iværksættelsen af et behandlingsforløb. På den baggrund er det afdelingens vurdering, at forslaget ikke indebærer øgede relevante risici.

Nykøbing F. Sygehus, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling

Forslaget gælder for Gynækologisk Ambulatorium, Inkontinensklíník og Graviditetsambulatoriet

23. Registrering af behandlingsret ved forundersøgelse

Beskrivelse af problemstilling

Kravene til registrering af behandlingsret i forbindelse med forundersøgelser forekommer unødigt bureaukratiske for det sundhedsfaglige personale. I forbindelse med forundersøgelser skal det registreres, hvilken udredningsret patienten har, for eksempel om der er tale om en garanti på én eller to måneder. Dette registreres ved en ydelseskode i OPUS. Registreringen forekommer overflødig, da registreringen ikke anvendes efterfølgende, og patienten til enhver tid gives den næste ledige tid. Desuden informeres patienten i relevante tilfælde om retten til at vælge et andet sygehus, hvis det ikke er muligt at overholde de gældende frister for udredning i Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling på Nykøbing F. Sygehus.

Registreringen af kode for udredningsret estimeres udført 5.000 gange årlig. Det estimeres, at der bruges cirka 15 sekunder på hver registrering.

Forenklingforslag: Registrering af patienters udredningsret udelades

Da det er oplevelsen, at registreringen af udredningsret i forbindelse med forundersøgelse ikke har nogen konkret anvendelse, foreslås det, at registreringen af kode for udredningsret i forbindelse med forundersøgelser fremadrettet udelades. Kontrol af overholdelse af behandlingsretten foreslås erstattet med risikobaseret stikprøvekontrol af overholdelsen af de fastsatte frister i stedet for den fuldstændige monitorering, der udføres i dag.

Implementeringspotentiale

Udredningsretten og de differentierede ventetider til behandling er fastsat ved lov. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse har desuden fastsat krav til regionernes pligt til at monitorere udredningsretten.

Lovgivningen er kompleks at administrere, fordi der er forskellige ventetidsregler afhængigt af visitationsstatus. Der udestår derfor et stort behov for at få en afklaring af begreberne og tydelig præcisering af de registreringskoder, der skal anvendes undervejs i patientforløbene. Der er aktuelt et stort politisk fokus på området, og en afklaring pågår. Det er på den baggrund ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere implementeringspotentialet.

Mulige effekter

Afskaffelse af registreringen vil medføre en mere meningsfuld registreringspraksis og eliminere overflødig dokumentation til glæde for personalet. Endelig vil forenklingforslaget kunne betyde en mindre reduktion af lægesekretærernes tidsforbrug på registrering estimeret til cirka 20 timer årlig.

Mulige risici

Udeladelse af registreringen vil ikke have betydning for afdelingens fokus på overholdelse af behandlingsretten og dermed heller ikke have betydning for patienten. På den baggrund er det afdelingens vurdering, at forslaget ikke indebærer øgede relevante risici.



24. Dobbeltregistrering af medicinering

Beskrivelse af problemstilling

Opbygningen og indholdet af patientjournalen har ikke ændret sig væsentligt over årene trods store ændringer i de understøttende it-systemer og registreringer. Lægerne dikterer stadig i høj grad den ordinerede medicin i patientjournalen i forbindelse med medicingennemgang ved indlæggelse og medicinafstemning ved udskrivning. Registreringen i journalen foretages, selvom medicineringen også registreres i det fælles medicinkort (FMK). Det vurderes, at registrering i FMK bør være tilstrækkelig, da både den praktiserende læge og patienten efter udskrivningen har adgang til oplysningerne i FMK. Endvidere er registreringen i FMK også mere præcis end i journalen, da der i journalen ikke angives doseringsmængde på medicinen. Dels er dobbeltregistrering således unødigt i sig selv, dels opleves den historiske værdi af registreringen som værende begrænset, da patienten ved enhver henvendelse til sundhedsvæsenet på ny skal adspørges om medicinering.

Unødig dobbeltregistrering af medicinordination estimeres udført for cirka 2.000 patienter årlig. Hver diktering af medicinering tager samlet set 30-60 sekunder for lægen og efterfølgende gennemsnitlig 5 minutter for lægesekretæren at registrere i journalen.

Forenklingsforslag: Fjern dobbeltregistrering af medicin

Da registrering af medicin i flere parallelle systemer opleves som tidskrævende, overflødig og baseret på forældede procedurer, foreslås det generelt, at det overvejes, om indholdet af patientjournalen er tidssvarende og relevant i forhold til de supplerende registreringssystemer, der anvendes i dag. Konkret i forhold til dobbeltregistrering af medicin foreslås det, at den dikterede medicinregistrering i patientens journal i systemet OPUS Journal fjernes, så medicin udelukkende registreres i FMK og OPUS Medicin, der er sygehusets værktøj til registrering af medicin under indlæggelsen.

Implementeringspotentiale

Kravet om registrering af medicinering i patientens journal er fastsat i sundhedsloven, hvor reglerne for udfyldelse af patientens journal er beskrevet.

Ved indlæggelse udformer lægen en medicinanamnese i patientjournalen. Medicinanamnesen beskriver patientens medicin ved indlæggelse. I regionens retningslinje med dokument ID 217257 er medicingennemgangen ved indlæggelse beskrevet. Her fremgår det, at medicinanamnesen skal dokumenteres i journalnotatet. I den regionale retningslinje om lægemiddelordination dokument ID 217198, står der dog, at OPUS Medicin er del af journalen. Det vil skulle afklares i Den Regionale Lægemiddelkomité, om det betyder, at medicinanamnesen kan flyttes til OPUS Medicin. Beslutningen er underlagt regional kompetence, men kræver et mere indgående lægefagligt arbejde, hvorfor implementerbarheden samlet set vurderes at være middel.

Mulige effekter

Afskaffelse af dobbeltregistrering af medicinering vil medføre mere meningsfuld registrering til glæde for det sundhedsfaglige personale. En generel revision af matchningen mellem journalopbygning og it-teknologi rummer endvidere et ukendt potentiale for optimering af arbejdsgange.

Endelig vil forenklingsforslaget kunne betyde frigivelse af lægers og især lægesekretærs tid til andre aktiviteter estimeret til 185-205 timer årlig, heraf 15-35 lægetimer og cirka 170 lægesekretærtimer.

Mulige risici

Risici ved afskaffelse af registrering af medicinering i journalen skal primært ses i forhold til praktiserende læges og speciallægers adgang til information om, hvilken medicin patienten har modtaget. Praktiserende læge og speciallæger kan læse om medicinering i epikrisen og i FMK. Før man fik OPUS Medicin var det relevant at indføre medicinering i journalen, men det er det ikke længere. På den baggrund er det afdelingens vurdering, at forslaget ikke indebærer relevante risici.

25. Epikrisens funktion og relevans

Beskrivelse af problemstilling

Epikrisen er en historisk betinget del af journalføringen i sundhedssystemet. Med de praktiserende lægers adgang til patientens oplysninger på sundhed.dk og i FMK kan udfærdigelse af epikriser imidlertid opleves som overflødig for det sundhedsfaglige personale på sygehuse. Det er oplevelsen, at journalnotater og operationsbeskrivelser er det vigtigste for det videre behandlingsforløb hos den almen praktiserende læge eller speciallæge. På den baggrund kan det med fordel overvejes, om udskrivningsnotatet kan erstatte epikrisen, da epikrisen i væsentligt omfang udgør en registrering af oplysninger, der allerede findes i udskrivningsnotatet, i patientens journal på sundhed.dk og i FMK, der alle er tilgængelige i den primære sektor. Udarbejdelse af epikrise finder sted i forbindelse med omkring 3.500 operationer og 9.000 endoskopier årlig. Derudover udarbejdes der epikriser for et antal ambulante patienter ved behandlingsforløbets afslutning. Samlet set anvendes 20-30 minutter i alt af læge og lægesekretær på at udarbejde en epikrise, heraf udgør lægens tidsforbrug 5-10 minutter og lægesekretærens 15-25 minutter afhængigt af kompleksiteten i patientforløbet.

Forenklingforslag: Det vurderes, om epikrisen kan revideres eller afskaffes

Det afdækkes, hvilke behov der er for at udarbejde epikrise i forbindelse med den videre behandling af patienten i sundhedssystemet, herunder snitflader i forhold til andre aktører. I denne forbindelse undersøges det, om epikrisen kan erstattes af et samlet udskrivningsnotatet, eller om dele af det samlede udskrivningsbrev kan udfyldes via elektronisk overførsel af allerede registrerede oplysninger fra andre systemer, herunder fra epj-systemet (OPUS).

Implementeringspotentiale

I sundhedslovens § 41 er det beskrevet, hvornår der kan udveksles information om patienters behandlingsforløb. Det er Sundhedsstyrelsen, der fastsætter reglerne om journalens indhold og andre pligter vedrørende journalføring. *Vejledning om epikriser ved udskrivning fra sygehuse mv.* beskriver krav om udfærdigelse af udskrivningsbreve ved behandling af patienter på sygehuse. Her fremgår det, at indholdet af udskrivningsbreve (epikriser) skal beskrives i patientens journal. Endvidere er en tilsvarende bestemmelse fastsat i DDKM standard 2.17.2.

DDKM fastslår desuden: "*Det afgørende er ikke, om sygehuset udarbejder et dokument, der betegnes epikrise, men om de relevante oplysninger videregives*". Kan der udvikles en løsning, der automatisk kan generere de krævede informationer til epikrisen, er der altså lovmæssigt intet til hinder for, at en sådan løsning benyttes.

Sundhedsstyrelsens vejledning bestemmer: "*Epikrisen skal sendes hurtigst muligt og indenfor en rimelig tid, efter at behandlingen er afsluttet*". Den regionale retningslinje vedrørende epikriser med dokument ID 217232 foreskriver, at epikrisen skal sendes senest tre hverdage efter udskrivningen. Sundhedsplatformen kommer til automatisk at kunne generere epikriser på baggrund af journalen og sende dem til almen praksis.

Sundhed.dk som erstatning for epikrisen

E-journalen på sundhed.dk viser et udtræk af patientens elektroniske patientjournal fra sygehuse i fem regioner. Der går 14 dage, fra patienten er udskrevet, til data kan ses på sundhed.dk.

Praktiserende læger og speciallæger kan få adgang til patientens e-journal, når patienten er tilknyttet lægens praksis eller er i behandling hos lægen. Lægen har adgang til journalen uden forsinkelse. Den enkelte borger kan dog lukke for adgangen eller indskrænke adgangen til de oplysninger, der står på sundhed.dk.

Der bør foretages en nærmere vurdering af, om data på sundhed.dk lever op til kravene til epikriser.

Der vil skulle udarbejdes en løsning, hvor de praktiserende læger sendes en avis, når en af deres patienter udskrives. Disse løsninger vil skulle udvikles i dialog med PLO, så det sikres, at løsningen

Roskilde og Køge sygehuse, Kirurgisk Afdeling

Forslaget gælder for sengeafsnit A13, sengeafsnit A2 og endoskopiafsnittet

25. Epikrisens funktion og relevans

gerne lever op til de praktiserende lægers behov. Dertil vil man skulle finde en løsning, der sikrer, at den praktiserende læge får den nødvendige information – også når patienten har lukket adgangen for vedkommende.

Det forventes, at disse løsninger udvikles og implementeres som led i Sundhedsplatformen. På grund af den tidsmæssige horisont for implementeringen af Sundhedsplatformen og fordi en umiddelbar implementering forudsætter en kompleks beslutningsproces og udvikling af flere tekniske løsninger, vurderes implementerbarheden på kortere sigt at være lav.

Mulige effekter

Afskaffelse af epikrisen vil dels medføre mere meningsfuld registreringspraksis, da epikrisen opleves som en gentagelse af allerede eksisterende information. Dels vil forenklingforslaget kunne frigøre i størrelsesordenen 4.000-6.000 timer årlig af lægers og lægesekretærs tidsforbrug på registrering i Kirurgisk Afdeling på Roskilde og Køge sygehuse, og heraf vil 1.000-2.000 lægetimer kunne overføres til patientnære opgaver.

Mulige risici

Afskaffelse af epikrisen vil være en markant beslutning i sundhedsvæsnets. En beslutning herom vil derfor også kræve et solidt beslutningsgrundlag. Der foreligger risici i forhold til, at nogle aktører i den primære sektor ikke har den nødvendige digitale adgang til FMK og sundhed.dk, da adgang til disse systemer ikke er obligatorisk. Herudover vil ændringen medføre behov for ændrede arbejdsgange i den primære sektor, hvor læger og behandlere skal hente information om patientens behandling i stedet for at få den tilsendt direkte fra sygehuset. Det er imidlertid afdelingens vurdering, at der samlet vil være en betydelig nettogevinst ved afskaffelse af epikrisen, da oplysningerne i epikrisen allerede er registreret i andre systemer.



26. Gennemgang og afstemning af medicin ved overflytning af patienter

Beskrivelse af problemstilling

Når en patient indlægges, skal der foretages medicingennemgang og efterfølgende medicinafstemning ved overflytning til en anden afdeling. Den modtagende afdeling skal ligeledes foretage medicingennemgang ved modtagelse af patienten. Udførelsen af medicingennemgang/medicinafstemning gentagne gange som følge af overflytning mellem afdelinger opleves som unødigt bureaukratisk og kan have en negativ effekt på patientflowet, da der skal gennemføres en lægelig medicinafstemning, før patienten kan sendes videre i behandling. Registreringen af, at medicingennemgang/medicinafstemning er gennemført, udføres endvidere blot ved en markering i et felt, hvilket øger risikoen for passive godkendelser, der udelukkende har henblik på at tilfredsstille et registreringskrav i systemet. Det er oplevelsen i afdelingen, at medicingennemgang ved modtagelse af patienter fra en anden afdeling (herunder særligt fra akutafdelingen) burde være overflødig, da den afgivende afdeling netop bør have foretaget en medicinafstemning, inden afdelingen afgav patienten. Pilotimplementeringen har imidlertid givet en indikation af, at dette ofte ikke er tilfældet. Det bør optimalt set være den afgivende afdelings medicinafstemning, der gælder, indtil der opstår en ændring i patientens situation. Medicingennemgang foretages for alle patienter, der modtages på sengeafsnittene fra akutafdelingen, alle ugens dage og estimeres udført 3.000-4.000 gange årlig. Hver medicingennemgang tager 5-15 minutter afhængigt af omfang og kompleksitet i patientens medicinering.

Forenklingsforslag: Medicingennemgang overlades til kliniske farmaceuter

Medicingennemgang på de berørte sengeafsnit opleves som unødigt bureaukratisk i forhold til arbejdet med patienterne. Det foreslås, at medicinafstemning fremadrettet alene udføres af den afgivende afdeling i forbindelse med overflytning af patienter mellem afdelinger. Hvis behovet for en dobbelt gennemgang af patienternes medicin skyldes kvalitetskontrol og optimering af patienternes medicinering, kan dette hensyn med fordel tilgodeses ved ansættelse af kliniske farmaceuter, der foretager en gennemgang og vurdering af patienternes medicin. Dette vil endvidere kunne have en positiv effekt på kvaliteten i medicineringen generelt og specifikt for de langtidsindlagte patienter på især de kirurgiske afdelinger. Dette skyldes, at særligt læger med kirurgiske specialer ikke har den fornødne detaljerede indsigt i medicinering af patienterne til at identificere eventuelle behov for optimering af medicineringen. Det foreslås, at de kliniske farmaceuter ansættes på sygehusniveau.

Implementeringspotentiale

Reguleringen af krav om medicinafstemning ved overflytning og medicingennemgang ved modtagelse af patienter er forankret i DDKM, der fastsætter krav om medicingennemgang og medicinafstemning. Jævnfør retningslinje med dokumentnummer 217257 er det dog regionen, der udmønter rammerne for medicingennemgang og medicinafstemning gennem beslutninger i Den Regionale Lægemiddelkomité.

Der udestår en nærmere afklaring af mulighederne for implementering af forslaget, hvorfor det ikke på nuværende tidspunkt er muligt at vurdere forslagets implementerbarhed.

Mulige effekter

Afskaffelse af medicingennemgang ved modtagelse af patienter vil medføre et bedre flow i sygeplejerskernes arbejdsprocesser og frigøre tidsmæssige ressourcer hos lægerne. Ved at overlade medicingennemgang til kliniske farmaceuter kan der desuden forventes en forbedret klinisk kvalitet i medicingennemgang med bedre patientsikkerhed og færre genindlæggelser til følge som en konsekvens af færre fejlmedicineringer. Endelig estimeres en afskaffelse af medicingennemgang ved modtagelse af patienter i afdelingen at overføre 250-1.000 lægetimer årlig til patientnære opgaver.



26. Gennemgang og afstemning af medicin ved overflytning af patienter

Mulige risici

Afskaffelse af medicingennemgang ved modtagelse af patienter vil betyde færre kontroller af patientens medicinering. Det er imidlertid oplevelsen i afdelingen, at medicingennemgang ved modtagelse i Kirurgisk Afdeling generelt ikke giver anledning til at ændre i den medicinering, der er fastsat af andre specialenheder. På den baggrund er det afdelingens vurdering, at forslaget ikke indebærer patientrelaterede øgede risici.

27. All-or-none-monitorering

Beskrivelse af problemstilling

En all-or-none-indikator angiver andelen af patienter, hvor alle kontrollerede procesindikatorer er opfyldt. For eksempel foretages en audit på BOS-score for ti patientforløb. Hvis en af tre daglige BOS-scoringer ikke er registreret korrekt for én af de ti patienter, medfører det et fald i målopfyldelsen på indikatoren, hvilket udløser krav om udarbejdelse af en handleplan for bedre målopfyldelse fremadrettet. Hvis en afdeling har meget få patienter indenfor en gruppe, kan én enkelt fejlregistrering betyde et stort fald i målopfyldelsen og udløse krav om en handleplan. De omfattende registreringer og monitorering af målopfyldelse samt kravene om udarbejdelse af handleplaner ved fald i målopfyldelsen opleves som et registreringstyranni uden effekt for patienterne. Mange forhold, der udføres som en grundlæggende del af de daglige rutiner, skal registreres og monitoreres. Problemet med all-or-none-tilgangen er, at en manglende registrering ikke nødvendigvis er udtryk for, at den faktiske behandling ikke er gennemført korrekt. Ofte er det blot registreringen af behandlingen, der mangler. I andre tilfælde er det særlige forhold hos patienten, der er skyld i, at monitoreringen ikke kan gennemføres – for eksempel at patienten er gået en tur. Det opleves endvidere som demotiverende at skulle udfærdige handleplaner på områder, hvor man har en grundlæggende oplevelse af, at den kliniske kvalitet er i orden. Endelig medfører de omfattende krav til registrering og monitorering en risiko for målforskydning, så hensynet til tilfredsstillelse af monitorerings- og registreringssystemet sker på bekostning af hensynet til den mest effektive behandling af patienten. Audit og handleplaner laves af afdelingsledelsen. Der bruges cirka to dage om måneden i alt for alle involverede, herunder læger, sygeplejersker og kvalitetskoordinator.

Forenklingsforslag: All-or-none-monitorering erstattes af risikobaseret stikprøvekontrol

Da all-or-none-monitoreringen opleves som unødigt bureaukratisk uden at medføre bedre klinisk kvalitet til gode for patienterne, foreslås det, at all-or-none-monitoreringen afskaffes og eventuelt erstattes med en risikobaseret ekstern stikprøvekontrol, der kontrollerer den faktiske kliniske kvalitet i behandlingen fremfor omfanget af korrekte registreringer.

Implementeringspotentiale

Reguleringen af all-or-none-monitorering er forankret i Region Sjælland, der i øjeblikket kører et projekt vedrørende denne type monitorering. Øvrige kilder til regulering på området er det regionale netværk for akkreditering og Det Regionale Kvalitetsråd.

Konkret i forhold til journalaudit er kravene beskrevet i DDKM og en regional retningslinje med dokumentnummer 221286, hvor der er krav om to årlige audit. Netværk for akkreditering er på nuværende tidspunkt ved at se på regionens monitoreringsplan, herunder monitoreringsmetoderne. Den reviderede plan forventes forelagt i 2015. Det er derfor på nuværende tidspunkt ikke muligt at vurdere forslagets implementerbarhed.

Mulige effekter

Afskaffelse af all-or-none-monitoreringen vil fjerne en mængde registreringer, der opleves som overflødige, og flytte fokus fra kvalitet i registreringer til kvalitet i behandling. Endvidere vil afskaffelse af all-or-none-monitoreringen have en tillidsskabende effekt for samarbejdet mellem sundhedspersoner og administrationen i regionerne med øget motivation til følge. Endelig vil afskaffelse af all-or-none-monitoreringen medføre frigivelse af tid til andre opgaver svarende til cirka 180 timer årlig fordelt på læger, sygeplejersker og kvalitetskoordinator.

Mulige risici

Afskaffelse af all-or-none-monitoreringen skal udelukkende foregå ved indførelse af et alternativt og mere effektivt kontrolregime, herunder for eksempel risikobaseret kontrol ved en regional taskforce eller lignende. Under de forudsætninger er det afdelingens vurdering, at forslaget ikke indebærer patientrelaterede risici, overvæltning af opgaver eller tab af relevant viden.

28. Indregning af passiv ventetid i ventetidsstatistikker

Beskrivelse af problemstilling

Patientforløb, der overskrider behandlingsgarantien, som følge af at patienten selv vælger at udskyde en tid til undersøgelse eller operation, indgår i de statistiske opgørelser over overholdelse af behandlingsgaranti, desuagtet at patienten selv har forårsaget overskridelsen af tidsfristen i garantien. Dette opleves som urimeligt og misvisende, da overskridelsen af behandlingsgarantien i sådanne tilfælde ligger udenfor afdelingens indflydelse. Endvidere er der krav om, at der skal udarbejdes handleplaner for disse patientforløb, hvilket opleves som særlig meningsløst. Overskriderne som følge af passiv ventetid er typisk særlig hyppige op mod højtider, som patienterne ønsker at tilbringe med familien forud for en operation. Derfor opleves kravet om udarbejdelse af en handleplan som unødigt bureaukratisk og uden relevans for forbedring af behandlingstilbuddene. Der bør i stedet udelukkende fokuseres på forbedring af de forhold, der reelt ligger indenfor sygehusenes handlemuligheder.

Kvartalsvis udarbejdes der handleplaner for 20-25 patienter, hvilket tager én hel dag for henholdsvis den ledende overlæge og den ledende oversygeplejerske i afdelingen.

Forenklingforslag: Passiv ventetid trækkes ud af opgørelsesmetoden for ventetid

Da indregningen af passiv ventetid opleves som misvisende i forhold til de statistiske opgørelser over overholdelse af krav til behandlingsgaranti, og da kravet om handleplaner for patientforløb, der overskrider behandlingsgarantien som følge af passiv ventetid, opleves som meningsløst, foreslås det, at patientforløb, der overskrider behandlingsgarantien som følge af selvvalgt udskydelse af en behandling eller undersøgelse, fraregnes i opgørelsen af ventetidsstatistikker. Et mål om 95 procent overholdelse af behandlingsgarantien på den rene ventetid vil i så fald for eksempel kunne erstatte det nuværende mål om 85 procent overholdelse, der indregner passiv ventetid.

Implementeringspotentiale

I den regionale retningslinje for pakkeforløb, 217192, henvises der til retningslinjer fra SSI. Reglerne for kræftpakkeforløb er desuden udmøntet i en anden regional retningslinje med dokumentnummer 213989.

Der skal ikke udarbejdes handleplaner for ventetid, der er udløst af patienten, eller som er fagligt begrundet. Det skyldes, at disse forhold er anerkendt som begrundelse for manglende målopfyldelse. Der skal kun udarbejdes handleplaner, hvis den manglende målopfyldelse skyldes sygehuseets egne forhold.

I det regionale monitoreringssystem for pakkeforløb, PMV, vil det være muligt at fratække passiv ventetid. Man skal blot være opmærksom på, at det kræver registreringsdisciplin gennem hele systemet. I det nationale monitoreringssystem fra SSI fratækkes ikke passiv ventetid. Dette forhold er drøftet mange gange mellem regionerne, SSI og SST, og der er ikke udsigt til, at fratækning af passiv ventetid vil blive mulig indenfor en overskuelig fremtid.

Forslagets implementerbarhed vurderes samlet set at være middel, da de eksisterende regler tillader, at der ikke udarbejdes handleplaner for forløb, hvor overskridelsen skyldes passiv ventetid. Endvidere er det teknisk muligt at fraregne passiv ventetid i de regionale statistikker. Omvendt er der ikke udsigt til, at opgørelsen af de nationale opgørelser vil kunne fraregne passiv ventetid indenfor en overskuelig fremtid.

Mulige effekter

En ændring af opgørelsesmetoden for behandlingstidsstatistikker, så passiv ventetid ikke medregnes, vil dels give mere meningsfuld og retvisende registrering, dels give mere meningsfulde og anvendelige handleplaner i tilfælde af overskridelse af behandlingsgarantien. Endelig vil en ændring af opgørelsesmetoden fjerne et irritationsmoment for det sundhedsfaglige personale med øget arbejdsglæde til følge og medføre et reduceret tidsforbrug på administration svarende til fire arbejdsdage årlig for henholdsvis den ledende overlæge og den ledende oversygeplejerske.

Roskilde og Køge sygehuse, Kirurgisk Afdeling

Forslaget gælder for kirurgisk ambulatorium og endoskopiafsnittet

28. Indregning af passiv ventetid i ventetidsstatistikker**Mulige risici**

Da indregningen af passiv ventetid opleves som misvisende i forhold til de statistiske opgørelser over behandlingsgaranti og kravet om handleplaner for patientforløb, der overskrider behandlingsgarantien som følge af passiv ventetid, er det vurderingen, at en udeladelse af den passive ventetid vil give et mere retvisende billede af overholdelsen af ventetider. På den baggrund er det afdelingens vurdering, at forslaget ikke indebærer øgede risici.

4.6. It-systemer

Forenklingsforslag vedrørende it-systemer udgør 15 af de 44 forenklingsforslag i idékataloget og er den næsthøjest forekommende type af forenklingsforslag.

Forslagene vedrørende it-systemer vedrører typisk manglende funktioner i systemer eller manglende integration mellem systemer, der afføder overflødige manuelle arbejdsgange eller dobbeltregistreringer.

Den hyppigste problemstilling i forhold til it-systemer er dårlig eller manglende funktionalitet. Eksempler herpå er, at systemet kræver unødigt mange klik eller ikke kan rumme alle de informationer, der er behov for at indtaste. En anden gennemgående udfordring i forhold til it-systemer er manglende systemintegration, der gør, at informationer, der allerede findes i et system, ikke kan overføres elektronisk til et andet og derfor skal indtastes eller overføres manuelt.

Det opleves som et irritationsmoment for personalet på sygehusene, når it-systemer ikke understøtter arbejdet med patienterne optimalt.

Implementering af forenklingsforslag, der kræver en it-teknisk løsning har ikke været mulig inden for rammerne af pilotprojektet.

En stor del af de gener, der er beskrevet i forenklingsforslagene i dette afsnit vil blive løst i forbindelse med overgangen til Sundhedsplatformen. De øvrige forslag overleveres til Sundhedsplatformen, så der kan tages højde for de u hensigtsmæssige arbejdsgange, der opleves.

Endelig afsøges der i perioden frem mod udrulningen af Sundhedsplatformen mulige løsninger af de eksisterende problemer.

Tabel 4. Oversigt over antal forenklingsforslag i idékatalog og pilotfase

Type	Antal forenklingsforslag i idékatalog	Antal forenklingsforslag implementeret i pilotfase
Arbejdsgange	9	5
Registreringer	19	9
It-systemer	15	0
Organisering	1	(1)
Sum	44	15

29. DAD³-registreringers aktualitet

Beskrivelse af problemstilling

I forbindelse med DAD-registreringer i MetaVision skal der foretages registreringer på fem punkter omkring observationer i forbindelse med intubation. Registreringerne er oprindeligt anvendt indenfor klinisk kvalitetsudvikling og forskning. De kategorier, der registreres indenfor, forekommer imidlertid at være tidssvarende. Det skyldes for eksempel i forhold til intubation, at der tidligere var større risici for komplikationer ved denne procedure. Nyt medicinsk udstyr har i de senere år dog medført, at komplikationer for eksempel vedrørende patienter med vanskelige luftveje stort set ikke forekommer længere, og registreringerne er derfor ikke længere relevante.

Omfanget af byrden ved registreringerne forstærkes af to forhold. For det første foretages registreringerne både i forbindelse med præmedicinering, anæstesi og opvågning, og for det andet er visse påkrævede informationer om patienten ikke umiddelbart tilgængelige for den pågældende læge i forbindelse med indtastningen og derfor skal indsamles, før registreringen kan gemmes og afsluttes. Registreringerne foretages tre gange for alle 6.500 patienter, der indgår i et anæstesiforløb, og estimeres samlet set at tage 8-10 minutter per patient.

Forenklingforslag: Revurdering af registreringer i DAD

DAD er implementeret i 2004. Det foreslås, at der foretages en revurdering af relevansen af de enkelte registreringskategorier i forhold til det aktuelle kvalitets- og forskningsbehov. Samtidig bør det overvejes, om databasen skal opdateres, så registreringerne fremstår mere tidssvarende og meningsfyldte for det sundhedsfaglige personale.

Implementeringspotentiale

Det er styregruppen for DAD, der træffer beslutninger om udformningen af DAD-registreringer. Sundhedsloven foreskriver imidlertid, at de anæstesiologiske afdelinger skal indberette til DAD jævnfør lov om indberetning til de kliniske kvalitetsdatabaser § 196 i sundhedsloven.

I den seneste årsrapport fra 2013 fastslår styregruppen for DAD, at der i 2014-2015 bliver gennemført en opgradering af DAD. Indholdet af denne opgradering kendes dog ikke på nuværende tidspunkt, hvorfor det ikke er muligt at vurdere forslagets implementerbarhed.

Mulige effekter

En revurdering og/eller reduktion af antallet af registreringer i DAD vil lede til mere meningsfyldte registreringer, der følgelig kan forventes at lede til en højere grad af kvalitet i DAD-registreringerne og have en mindre, men positiv indvirkning på den generelle arbejdsglæde.

Ved fuldstændig udeladelse af registreringerne kan der således estimeres en samlet overførsel af tid til patientnære opgaver på 867-1.083 timer årlig i Anæstesiologisk Afdeling på Holbæk Sygehus. Timerne fordeler sig omtrentlig med 30 procent lægetimer og 70 procent sygeplejersketimer.

Mulige risici

Da de komplikationer, der er grundlaget for registreringerne i DAD, ikke længere har samme relevans på grund af udviklingen indenfor medicinsk udstyr, er det afdelingens vurdering, at en revision af DAD med eventuel afskaffelse af registreringer vedrørende intubation ikke indebærer patientrelaterede risici, overvæltning af opgaver eller tab af relevant viden indenfor forskning og kvalitetsudvikling.

³ DAD er en forkortelse for Dansk Anæstesi Database.

30. Funktionalitet og manuelle indtastninger i DAD⁴

Beskrivelse af problemstilling

Det er nødvendigt at foretage manuelle registreringer i DAD af oplysninger, der allerede findes i MetaVision, da der ikke er mulighed for elektronisk dataoverførsel mellem de to systemer.

Registreringer i DAD opleves endvidere som uforholdsmæssig tunge på grund af træghed i systemet og låsefunktioner, der bevirker, at man ikke kan gemme eller gå videre i et skema, før alle oplysninger er indtastet. Da den nødvendige information ikke altid er tilgængelige, kan dette i flere tilfælde føre til, at lægen er nødt til at afbryde registreringen og forlade computeren. Eftersom der er et begrænset antal computere til rådighed, kan dette endvidere betyde, at kolleger kan have behov for at overtage computeren til egne registreringer, hvorved ikke afsluttede registreringer i DAD slettes og skal foretages på ny.

Forenklingsforslag: Forbedret funktionalitet i DAD

Det foreslås, at der gennemføres en opdatering af DAD, så indtastningerne opleves mindre tunge, eller der indføres mulighed for elektronisk overførsel af data fra andre systemer, hvor informationerne allerede findes, fx MetaVision.

Implementeringspotentiale

Det er styregruppen for DAD, der træffer beslutninger om udformningen af DAD-registreringer. I den seneste årsrapport fra 2013 fastslår styregruppen for DAD, at der i 2014-2015 bliver gennemført en opgradering af DAD.

Region Sjælland er afhængig af Region Hovedstaden, da det er den region, der driver den tekniske løsning i forhold til DAD. Der arbejdes i øjeblikket på området, og der forventes en snitflade i produktion i slutningen af 2014. Til anæstesisidelen i Sundhedsplatformen er der stillet krav om snitflade til DAD. Det skal fremadrettet undersøges, om der er mulighed for at allokere regionale midler til at løse nogle af de it-relaterede udfordringer, som afdelingerne står overfor i perioden op til implementeringen af Sundhedsplatformen.

Mulige effekter

Mulighed for elektronisk overførsel af oplysninger til DAD. En automatisering af indberetningerne, så oplysningerne hentes automatisk i et andet system, vil fjerne behovet for at udprinte en rapport i MetaVision, der skal tages manuelt ind i DAD, hvorved der frigøres tidsmæssige ressourcer til varetagelse af kerneopgaver.

En automatiseret dataoverførsel vil desuden fjerne en kilde til irritation for de sundhedsprofessionelle, hvilket kan have en positiv indvirkning på arbejdsglæden.

Opdatering af databasen og forbedret funktionalitet vil have tilsvarende effekter, dog af mindre omfang.

Da de eksakte planer for forbedring af forholdene ikke er fuldt afdækket, er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere forslagets implementerbarhed.

Mulige risici

Da forenklingsforslaget er af rent teknisk karakter vedrørende elektronisk overførsel af oplysninger mellem allerede anvendte systemer, er det afdelingens vurdering, at forslaget ikke indebærer øgede risici.

⁴ DAD er en forkortelse for Dansk Anæstesi Database.

31. Skemaer for venflon, CVK, A-kanyle og respirator i MetaVision

Beskrivelse af problemstilling

Funktionaliteten i registreringerne i forbindelse med udfyldelse af flere forskellige skemaer i MetaVision opleves som unødigt tung og kompleks. Funktionaliteten ved udfyldelse er uhensigtsmæssig, da der dels kræves mange klik ved registreringerne. Dels kan visse registreringer virke overflødige i en anæstesiaafdeling. Venflonskemaet er relevant for en sengeafdeling, men ofte ikke for anæstesi. Det opleves som et problem, at der mangler differentiering mellem specialer. Endelig skal man fjerne markeringer i systemet i stedet for at foretage aktive tilvalg. Der er rigtig mange steder, hvor afkrydsninger skal fjernes, og der er derfor risiko for, at der sker registrering af en behandling, der reelt ikke er gennemført.

For eksempel gælder det for registreringer vedrørende A-kanyle, at det tidligere kunne registreres, hvornår de var anlagt, og hvornår de var skiftet. I MetaVision er det svært at se, hvornår ting er skiftet, hvilket kan lede til fejl.

De uhensigtsmæssige registreringer vedrører 800-900 intensivpatienter årlig. 75 procent af disse har indlagt A-kanyle.

Forenklingsforslag: Opbygning af og registreringsprocedure i MetaVision justeres

Det foreslås, at der ændres i opbygningen af skemaerne i MetaVision. Muligheden for at kunne tilpasse MetaVision til lokale behov var del af grundlaget for valget af MetaVision.

Der kan eventuelt for nogle af registreringerne laves pop-up-funktioner på registreringer efter et nærmere defineret tidsrum.

Implementeringspotentiale

Udformningen af MetaVision kan ændres ved en beslutning i samarbejde mellem regionen og it-leverandøren Medidyne. MetaVision er dog ikke overdraget til drift endnu og er derfor stadig et projekt, hvor ændringsønsker håndteres i projektet. Den nuværende udmelding er, at der ikke ændres yderligere i systemet, før de allerede kontraktuelle forpligtelser er leveret.

Det forventes desuden, at problemstillingen vil være håndteret med implementeringen af Sundhedsplatformen, idet Epics anæstesimodul erstatter MetaVision. Samlet set vurderes implementerbarheden at være middel, da kompetencen til at træffe beslutning på området er regional, men den konkrete status på projektet betyder, at implementering af forslaget indenfor en kort tids horisont er vanskelig. På den baggrund vurderes implementeringspotentialet samlet set at være middel.

Mulige effekter

En justering af registreringsproceduren og opsætningen af registreringskemaer i MetaVision vil medføre en forbedret patientsikkerhed, da man med den nuværende praksis risikerer, at ting ikke skiftes rettidigt, fordi man registrerer ting, der reelt ikke er udført. En tilpasning af systemet vil endvidere medføre mere meningsfuld registrering til glæde for det sundhedsfaglige personale og fjerne et dagligt irritationsmoment.

Mulige risici

Forenklingsforslaget er af teknisk karakter og har til formål at komme risici ved den eksisterende praksis til liv. Den nye praksis rummer potentielt en risiko for, at man glemmer at registrere behandlingstiltag, der reelt er udført. Implikationerne herved synes dog at være at foretrække fremfor implikationerne ved manglende behandling. Det er således afdelingens vurdering, at forslaget reducerer de patientrelaterede risici og samtidig ikke øger andre relevante risici.

32. Funktioner og markeringer i MetaVision

Beskrivelse af problemstilling

MetaVision rummer en mængde funktioner og markeringer, der ikke er relevante i Anæstesiologisk Afdeling på Holbæk Sygehus, da afdelingen bistår ved samtlige de operationstyper og specialer, der er omfattet af MetaVision. Disse funktioner og markeringer opleves som overflødige i det daglige arbejde og gør navigationen i MetaVision unødigt kompleks og uoverskuelig.

Forenklingsforslag: MetaVision tilpasses til de lokale specialebehov

Da der er en mængde funktioner og markeringer i MetaVision, der ikke anvendes af personalet på anæstesiaafdelingen på Holbæk Sygehus, foreslås det, at disse funktioner og markeringer gøres passive (eventuelt ved gråtone) eller skjules i systemet, så navigationen heri bliver lettere og mere overskuelig for personalet.

Implementeringspotentialer

Udformningen af MetaVision kan ændres ved en beslutning i samarbejde mellem regionen og it-leverandøren Medidyne. MetaVision er dog ikke overdraget til drift endnu og er derfor stadig et projekt, hvor ændringsønsker håndteres i projektet. Den nuværende udmelding er, at der ikke ændres yderligere i systemet, før de allerede kontraktuelle forpligtelser er leveret. Når Sundhedsplatformen kommer, vil Epics anæstesimodul erstatte MetaVision. Samlet set vurderes implementerbarheden at være middel, da kompetencen til at træffe beslutning på området er regional, men den konkrete status på projektet betyder, at implementering af forslaget indenfor en kort tids horisont er kompliceret.

Mulige effekter

Tilpasning af MetaVision til de relevante lokale forhold på Holbæk Sygehus vil medføre et forbedret overblik i systemanvendelsen med en bedre brugeroplevelse til følge. Samtidig vil en tilpasning af MetaVision minimere risikoen for fejlregistreringer og medføre en højere grad af meningsfuld registrering.

Der kan desuden forventes en ikke uvæsentlig tidsmæssig gevinst ved forbedret overskuelighed og lettere navigation i MetaVision. Det er imidlertid ikke muligt indenfor rammerne af det pågående projekt at kvantificere et estimat for den tid, der unødigt bruges på søgen og fejlregistreringer i systemet.

Mulige risici

Tilpasning af MetaVision til de lokale specialeforhold på Holbæk Sygehus har en ren teknisk karakter og har til formål at reducere risici for fejlregistreringer. Det er afdelingens vurdering, at en tilpasning af MetaVision ikke medfører nye patientrelaterede eller andre relevante risici.

33. Ventetid på it-systemer ved log-in

Beskrivelse af problemstilling

Deling af computere og ventetid ved log-in medfører et betydeligt tidsspilde. I afdelingen er der adgang til én computer for hver 4-5 brugere. Det betyder, at hver medarbejder er nødt til at logge på og af computere flere gange daglig i forbindelse med registreringer. I forhold til BOS-score har man i afdelingen en bærbar computer, der anvendes til registreringerne. På grund af dårlig netværksforbindelse fungerer computeren imidlertid langsomt inde på stuerne. Af sikkerhedshensyn logges der af computerne, hver gang de forlades. Ved hvert log-in ventes der 1-2 minutter på, at relevante programmer startes. Åbning af OPUS opleves som særlig tidskrævende.

Log-in på computer foretages 7-8 gange daglig for hver af sengeafsnittets ti patienter og 1 gang daglig for ambulatoriets cirka 30 patienter af henholdsvis en læge og en sygeplejerske.

Forenklingsforslag: Optimering af adgang til registreringer

Da der bruges betydelige tidsmæssige ressourcer på at vente på it-systemer, foreslås det, at adgangen til registrering optimeres. På kort sigt kunne dette for eksempel foregå ved at indføre flere og/eller hurtigere computere og/eller internetforbindelse, så ventetiden ved log-in reduceres. På længere sigt kan en forsimplet log-in-procedure, for eksempel via brik eller kort, der allerede anvendes i forhold til medicinskab, så der ikke skal indtastes kode ved hvert log-in, kunne optimere proceduren yderligere. Endelig vil det på lang sigt muligvis være en fordel med cloudbaseret it, der gør, at it-systemer ikke skal starte op, hver gang der logges på, men at brugeren til enhver tid får adgang til det skærmbillede, vedkommende senest har arbejdet i.

Implementeringspotentiale

Regionen udvælger og indkøber it-systemer og har ansvaret i forhold til at udvikle dem. Det er sygehusene lokalt, der administrerer antallet af pc'er, netværksadgang og netværkshastighed. Der arbejdes løbende på at optimere netværket. Det er indeholdt i de eksisterende planer på området, at det i sidste kvartal af 2014 vil blive muligt at foretage hurtigt brugerskifte i Windows. I Sundhedsplatformen vil sessionsbevarelse blive muligt, så brugerne kan logge af og på og fortsætte deres arbejde dér, hvor de slap.

Da de eksakte planer for forbedring af forholdene frem mod implementeringen af Sundhedsplatformen ikke er fuldt afdækket, er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere forslaget implementerbarhed.

Mulige effekter

Registrering er en grundlæggende aktivitet, der gennemføres flere gange daglig, hvorfor let og smidig adgang til relevante systemer er af væsentlig betydning for udførelsen af det daglige arbejde. Ventetid ved adgang til systemer opleves som unødigt og demotiverende, hvorfor en reduktion af ventetid vil medføre øget arbejds glæde og motivation.

Det kan estimeres, at der anvendes i størrelsesordenen 675-1.500 timer årlig på at vente på systemer i Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling på Nykøbing F. Sygehus. Heraf er 125-250 lægetimer, og 550-1.250 er sygeplejersketimer. Der kan ikke foretages et validt estimat for, hvor meget tid der kan frigøres ved en implementering af løsningen, da en fuldstændig afskaffelse af tidsforbrug til log-in-procedurer ikke forekommer sandsynlig.

33. Ventetid på it-systemer ved log-in

Mulige risici

Afhængigt af den konkrete løsning knytter der sig forskellige risici hertil. Det tiltag, der medfører den største ændring i sikkerhedsniveauet, er en ændring af log-in-proceduren, så den foregår ved brik eller kort uden kode. Denne ændring vurderes dog ikke at udgøre en væsentlig sikkerhedsrisiko, da misbrug af adgang til systemerne forudsætter et forsæt hertil i kombination med adgang til brik eller kort. Misbrug vil endvidere kunne opdages ved at spore de log-ins, der er foretaget med en bestemt brik eller et bestemt kort i den periode, hvor denne har været uretmæssigt anvendt. På den baggrund er det afdelingens vurdering, at forslaget ikke indebærer væsentlige risici.

34. Dobbelregistrering i kliniske kvalitetsdatabaser

Beskrivelse af problemstilling

Indberetninger til de kliniske kvalitetsdatabaser, herunder databaser for urogynækologi, hysteroskopi, hysterektomi, inkontinens og fødsler, medfører dobbeltregistrering, da de relevante oplysninger ikke elektronisk kan overføres fra patientens journal. Det opleves unødigt tidskrævende at skulle foretage de gentagne registreringer som følge af manglende integration mellem systemerne. Den manglende systemintegration pålægger samtidig patienterne en række dobbeltregistreringer, da de udfylder de samme oplysninger i flere skemaer. Det har den ulempe, at patienterne ofte helt eller delvis undlader at afgive oplysninger, når de opdager, at der er tale om afgivelse af de samme informationer flere gange.

Registreringerne udføres fire gange for hver af de 500 patienter, der årlig opereres i Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling og to gange for hver af de 700 årlige fødsler i afdelingen. Endvidere foretages registreringerne også i forbindelse med kontroller i obstetrikken. Samlet set vurderes det, at der bruges cirka 10 minutter per patient til registrering i databaser. Registreringerne foretages for minimum 1.500 patienter årlig.

Forenklingsforslag: Systemintegration mellem kvalitetsdatabaser og journal

Det foreslås, at der udvikles en form for systemintegration mellem kvalitetsdatabaser og journaliseringsystemet, så oplysninger i videst muligt omfang kan overføres elektronisk fra journaliseringsystemet til de relevante databaser.

Implementeringspotentiale

Den eksisterende praksis er nødvendiggjort af manglende systemintegration. Det er Region Sjælland, der indkøber og udvikler it-systemer i samarbejde med systemleverandøren. Beslutning om en ændring skal træffes i dette regi.

I Sundhedsplatformen er der stillet krav om integration til diverse databaser.

Det skal fremadrettet undersøges, om der er mulighed for at allokere regionale midler til at løse nogle af de it-relaterede udfordringer, som afdelingerne står overfor i perioden op til implementeringen af Sundhedsplatformen. Da mulighederne for forbedring af forholdene frem til implementeringen af Sundhedsplatformen ikke er fuldt afdækket, er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere forslagets implementerbarhed på kortere sigt.

Mulige effekter

Muligheden for elektronisk overførsel af oplysninger vil medføre en mere meningsfuld registreringspraksis til glæde for personalet. Endelig vil forenklingsforslaget kunne betyde reduktion af lægers, sygeplejerskers og lægesekretærens tidsforbrug på registrering estimeret til samlet set 80-100 timer årlig.

Mulige risici

Udviklingen af systemintegration mellem systemerne vil fjerne de risici, der i dag eksisterer i forbindelse med den manuelle indtastning. Da der samtidig ikke synes at være nye risici forbundet med elektronisk overførsel af data, fremstår løsningen som en samlet set mere sikker procedure.

35. Systemfunktionalitet ved medicingennemgang

Beskrivelse af problemstilling

Ved modtagelse af patienter skal der udføres og dokumenteres medicingennemgang, og når patienten udskrives, skal der gennemføres og dokumenteres medicinafstemning. Systemet kan imidlertid ikke skelne mellem de to registreringer, når de udføres samme dag, da det kun er muligt at registrere ét tidspunkt per dag i systemet. Derfor er det muligt for sammedagspatienter at foretage registrering af medicingennemgang ved modtagelse og medicinafstemning ved udskrivning samtidigt og dermed ikke som foreskrevet på de to forskellige tidspunkter i behandlingsforløbet. Problestillingen vurderes at omfatte 1.200 patienter årlig.

Forenklingsforslag: Opgradering af systemfunktionalitet

Det foreslås, at systemet tilpasses, så der udelukkende kan foretages korrekte registreringer for sammedagspatienter. Det vil sige to daglige registreringer. Samtidig foreslås det, at der indføres en kontrolmekanisme i systemet, så det ikke er muligt at foretage afstemning, før der er foretaget gennemgang, og at dette skal foregå på to forskellige tidspunkter.

Implementeringspotentiale

Tilpasning af it-systemerne, der muliggør medicinafstemning flere gange daglig, skal besluttes i regionen i Den Regionale Lægemedelkomité og udføres i samarbejde med regionens it-leverandør på området.

Ændringsønsket skal fremsendes til regionens helpdesk. Det skal fremadrettet undersøges, om der er mulighed for at allokere regionale midler til at løse nogle af de it-relaterede udfordringer, som afdelingerne står overfor i perioden op til implementeringen af Sundhedsplatformen.

Da de eksakte muligheder for forbedring af forholdene frem til implementeringen af Sundhedsplatformen ikke er fuldt afdækket, er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere forslagets implementerbarhed.

Mulige effekter

Tilpasning af systemet vil medføre, at registreringerne af medicingennemgang og medicinafstemning giver et mere retvisende billede af de faktiske forhold. Endvidere vil det medføre en mere meningsfuld registreringspraksis til glæde for personalet.

Mulige risici

En ændring af systemfunktionaliteten, så det bliver muligt at foretage to daglige registreringer af medicinafstemningen, vil udelukkende medføre mere korrekt og retvisende registrering.

36. ESD's opbygning og funktionalitet

Beskrivelse af problemstilling

Elektronisk struktureret sygeplejedokumentation (ESD) i OPUS er designet til at give plejepersonalet et samlet overblik over den enkelte patientkontakt. Systemet opleves imidlertid som uoverskueligt, og det er besværligt at udføre de nødvendige registreringer. Systemet kræver, at en patients problemer beskrives og håndteres særskilt. Oplevelsen af, at systemet er besværligt, medfører, at systemet ikke anvendes efter hensigten. Hvor der for eksempel burde registreres 4-5 problemer for hver patient i særskilte felter, registreres alle 4-5 problemer i stedet typisk som ét overordnet problem i ét felt, der lukkes ned ved dagens afslutning. Det skyldes, at overblikket i systemet er meget begrænset, og at systemet opleves som unødigt kompliceret at anvende. Blandt andet er skrivefelterne meget små.

Registreringerne i ESD udføres 4-5 gange daglig for hver patient, og hver registrering tager 1-2 minutter. Der håndteres cirka 100 patienter om ugen på afsnittet.

Forenklingsforslag: Tilpas ESD til plejepersonalets behov

Det foreslås, at ESD tilpasses plejepersonalets behov, ved at skrivefelter gøres større, og registreringen af problemer gøres enklere, så systemet bliver mere overskueligt og simpelt.

Implementeringspotentiale

Der har i 2014 pågået et arbejde med at samle op på ønsker, der skulle forbedre ESD'en. Yderligere ønsker skal meldes ind via helpdesk. Der er ikke planlagt omfattende tilpasning af ESD'en inden ibrugtagelsen af Sundhedsplatformen. Det skal dog fremadrettet undersøges, om der er mulighed for at allokere regionale midler til at løse nogle af de it-relaterede udfordringer, som afdelingerne står overfor i perioden op til implementeringen af Sundhedsplatformen. Når Sundhedsplatformen kommer, vil Epics løsning vedrørende struktureret dokumentation afløse ESD.

Da de eksakte muligheder for forbedring af forholdene frem til implementeringen af Sundhedsplatformen ikke er fuldt afdækket, er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere forslagets implementerbarhed.

Mulige effekter

En tilpasning af systemet, så registreringerne kan foretages hurtigere og lettere, vil betyde, at der bliver meget mere tid til patienten og mere nærvær i samværet med denne, da sygeplejerskerne i dag står med ryggen til patienten og registrerer en stor del af tiden. En tilpasning af systemet vil endvidere give et bedre overblik over den behandling, som patienten har modtaget, hvilket vil reducere risikoen for fejl i behandlingen. Det årlige tidsforbrug på de konkrete registreringer estimeres til 330-800 timer. En tilpasning af ESD forventes at kunne frigøre en væsentlig mængde tid til andre opgaver.

Mulige risici

På grund af den rent tekniske karakter af forslaget vurderes en tilpasning af ESD, så systemet gøres mere overskueligt og lettere anvendeligt, ikke at indebære øgede relevante risici.

37. Systemintegration af IMATIS-tavler

Beskrivelse af problemstilling

Der er indført IMATIS-tavler, der giver et overblik over patientforløb i forhold til operationer på tværs af afdelinger på Nykøbing F. Sygehus. Informationerne om den enkelte patient i forhold til operationsprocesserne kan imidlertid ikke trækkes fra andre systemer, men skal indtastes manuelt i IMATIS-systemet. Dette på trods af at alle relevante oplysninger i forvejen er registreret i øvrige systemer, herunder i operationsplanen og i OPUS. Oplevelsen med den nuværende praksis for IMATIS er, at der ikke er sammenhæng mellem den ekstra arbejdsbyrde med registreringerne og det overblik, der er etableret med IMATIS-tavlerne.

Det tager daglig en sygeplejerske en time at indtaste de nødvendige oplysninger for 7-8 patienter på gynækologisk dagafsnit.

Forenklingsforslag: Integrer IMATIS med OPUS

Det foreslås, at der gennemføres systemintegration mellem IMATIS og OPUS Journal, så patientens informationer kan trækkes elektronisk fra OPUS, når patientens sygesikringskort registreres ved ankomst på sygehuset. På samme vis skal patienten automatisk udgå af systemet ved udskrivning.

Implementeringspotentiale

Det er på kort sigt ikke teknisk muligt at gennemføre den ønskede integration. Det skal dog fremadrettet undersøges, om der er mulighed for at allokere regionale midler til at løse nogle af de it-relaterede udfordringer, som afdelingerne står overfor i perioden op til implementeringen af Sundhedsplatformen. Når Sundhedsplatformen kommer, vil Epics løsning erstatte IMATIS.

Da de eksakte muligheder for forbedring af forholdene frem til implementeringen af Sundhedsplatformen ikke er fuldt afdækket, er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere forslagets implementerbarhed.

Mulige effekter

Integration mellem IMATIS og OPUS Journal med elektronisk træk af oplysninger fra OPUS til IMATIS vil fjerne et betydeligt irritationsmoment for personalet og medføre større arbejdsglæde, som følge af at der ikke skal udføres dobbeltarbejde, der udelukkende er systembetings. Endelig vil forenklingsforslaget kunne betyde en reduktion af sygeplejerskernes tidsforbrug på unødigt administrativt arbejde estimeret til 200-250 timer årlig.

Mulige risici

På grund af den rent tekniske karakter af forslaget vurderes en løsning af problemet med dobbeltregistrering gennem systemintegration, så patientdata overføres elektronisk mellem IMATIS og OPUS, ikke at indebære patientrelaterede eller andre relevante risici.

38. Intervaller for kodning af polypstørrelse ved screening

Beskrivelse af problemstilling

Generelt opleves det, at kodesystemet de senere år er vokset betydeligt i omfang. På visse områder er kodesystemet blevet så detaljeret, at kompleksiteten overskygger præcisionen. I forbindelse med eksempelvis kræftpakkeforløb er det oplevelsen, at der er unødige mange koder. Der skal for eksempel anvendes unikke koder for registrering af polypper med 1 mm intervaller. Dette selvom det lægefagligt ikke giver mening at estimere omfanget af en polyp i intervaller på under 5 mm. Dette medfører en vis grad af tilfældighed i anvendelsen af de forskellige koder, hvormed resultatet af registreringerne bliver usikker.

Endvidere skal koderne vedrørende polypstørrelser udelukkende anvendes i forbindelse med undersøgelse af screeningpatienter og ikke for de øvrige patienter, der undersøges for tilsvarende lidelser. Denne differentiering mellem patienter med ens diagnose er ikke meningsfuld ud fra et lægefagligt synspunkt. Der udfyldes særlig detaljerede kodebeskrivelser for cirka 900 screeningpatienter årlig.

Forenklingsforslag: Kodesystem simplificeres

Det foreslås, at kodesystemet simplificeres, så der bliver større kongruens mellem detaljeringsniveauet i kodesystemet og de niveauer, det klinisk fagligt er meningsfuldt at differentiere på.

Implementeringspotentiale

Kvalitetsindikatorer i forbindelse med screeningprogrammet tager udgangspunkt i SST's anbefalinger og er vedtaget i den tværregionale styregruppe for screening for tarmkræft. Indikationerne har været til høring hos kirurgerne. Når der kræves særlig kodning af screeningpatienter, drejer det sig blandt andet om differentiering af den videre opfølgning på patienterne i forhold til screeningprogrammet. Der har været en del drøftelser, og der er ikke fuld enighed om detaljeringsgraden.

Problemstillingen skal løftes via styregruppen for Dansk TarmkræftScreeningsdatabase (DTS) og gennem kirurgernes faglige selskab.

Samlet set vurderes forslaget implementerbarhed at være lav, da beslutningskompetencen ligger udenfor regionen, og processen for vedtagelse af forslaget er kompleks.

Mulige effekter

En simplificering af kodesystemet vil hovedsagelig medføre mere meningsfuld registrering til glæde for det sundhedsfaglige personale. Desuden vil en reduceret kompleksitet i registreringssystemet give et bedre overblik i forbindelse med registreringer.

Mulige risici

Hvis simplificeringen af kodesystemet udformes med en detaljeringsgrad, der giver mening ud fra et klinisk fagligt synspunkt, vurderes der ikke at være nogen ekstra risici forbundet med ændringen.

39. Manuel indtastning af patientoplysninger

Beskrivelse af problemstilling

Ved modtagelse af patienter udføres en unødigt omfattende og tidskrævende manuel registrering. Dette skyldes, at der ikke er indført et elektronisk system til patientregistrering som det for eksempel kendes fra andre steder i sundhedsvæsnet. Den manuelle indtastning i det, der kaldes det grønne system, der er et MS DOS-baseret system, opleves som utidssvarende og øger risikoen for fejl.

Manuel registrering af patienter ved modtagelse estimeres udført for omtrent 20.000 patienter årlig i Kirurgisk Afdeling på Roskilde og Køge sygehuse, herunder i forbindelse med cirka 10.000 endoskopier, 7.000 ambulante forløb og 3.000 indlæggelser. Hver manuel registrering tager cirka 3 minutter for en lægesekretær.

Forenklingsforslag: Der indføres elektronisk registrering via sundhedskort

Da manuel registrering af patienters oplysninger ved modtagelse opleves som unødigt tidskrævende og utidssvarende med øget patientrisici til følge, foreslås det, at der indføres elektronisk registrering via sundhedskort.

Implementeringspotentiale

Indførelse af elektronisk patientregistrering ved modtagelse og under behandlingsforløb kræver en beslutning på sygehusniveau om at indføre et elektronisk registreringssystem.

I forbindelse med GAPS-projektet bliver der kørt et udbud på ankomstregistreringssystem, der dog kun omhandler softwaren. Udbuddet vil blive udformet således, at der er option på tilkøb fra de resterende sygehuse. Når Sundhedsplatformen implementeres, vil løsningen erstatte den nuværende. Der skal derfor ved indkøb af selve kortstanderne tages højde for, om de er kompatible med Epics software.

Forslagets implementerbarhed vurderes samlet set at være middel, da beslutningskompetencen ligger lokalt, men implementeringsperioden samtidig forventes at være forholdsvis lang, da der er tale om en større beslutning med en vis kompleksitet.

Mulige effekter

Indførelse af elektronisk patientregistrering og scanning vil medføre forbedret patientsikkerhed gennem reducerede risici for fejl. Endvidere vil elektronisk patientregistrering give mere præcise tidsregistreringer i diverse systemer og reducere antallet af unødige manuelle registreringer til glæde for det sundhedsfaglige personale. Endelig vil en afskaffelse af manuelle registreringer af patientoplysninger medføre frigivelse af tidsforbrug på administration estimeret til cirka 1.000 lægesekretærtimer årlig.

Mulige risici

Ved overgang til elektronisk patientregistrering fjernes samlet set en række manuelle fejlkilder. Overgang til elektronisk patientregistrering medfører risiko for systemnedbrud. Det er imidlertid afdelingens vurdering, at risikoen for nedbrud i et system til elektronisk patientregistrering ikke vil være væsentlig anderledes end risikoen ved det eksisterende system til manuel indtastning.

40. Funktionalitet ved sygeplejedokumentation i ESD

Beskrivelse af problemstilling

ESD (elektronisk struktureret sygeplejedokumentation) er et modul i OPUS Notatskabelon, der er designet til at give plejepersonalet i somatikken et overblik over patientkontakt og bidrage til at sikre hurtig, sikker og udførlig dokumentation. I Kirurgisk Afdeling opleves det imidlertid, at funktionaliteterne i ESD ikke er tilstrækkelig detaljerede i relation til dokumentation af væske og ernæring og dermed ikke giver mulighed for at følge den nødvendige patienthistorik. Det betyder, at registreringerne også foretages manuelt på papir (stort væskeskema), da man har brug for et overblik over patientens udvikling i forhold til eksempelvis hydrering, der strækker sig udover de tre dage, der fremgår af ESD-systemet. Det manuelle papirskema skal efterfølgende scannes og lægges ind i OnBase, hvilket indebærer unødige manuelle arbejdsgange. De manuelle arbejdsgange medfører en stor mængde ekstraarbejde og et betydeligt antal fejlkilder.

De ekstra manuelle registreringer og scanning af papir vurderes samlet set at tage 15-20 minutter daglig 365 dage om året.

Forenklingsforslag: ESD tilpasses afdelingens behov for registreringer

Da al sygeplejedokumentation burde være samlet i ESD, foreslås det, at ESD tilpasses, så systemet modsvarer de behov for eksempelvis registrering af væske og ernæring, der er i klinikken.

Implementeringspotentiale

Der udarbejdes i øjeblikket en indstilling omhandlende et specialskeema, der kan håndtere ind- og udgift i ESD'en.

Da de eksakte muligheder for forbedring af forholdene ikke er fuldt afdækket, er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere forslagets implementerbarhed.

Mulige effekter

Tilpasning af ESD til at omfatte de krævede funktionaliteter i klinikken vil medføre en større sikkerhed i registreringer, da man vil afskaffe en række manuelle registreringer og arbejdsgange, der indebærer risiko for fejl og datatab. Endvidere vil det frigøre tid til patienterne og medføre mere meningsfuld registrering til glæde for det sundhedsfaglige personale. Endelig vil en afskaffelse af de manuelle ekstraregistreringer og scanninger af papirskemaer medføre frigivelse af tid fra administration til estimeret 90-120 sekretær- og sygeplejersketimer årlig.

Mulige risici

Ved en overgang til elektronisk registrering af informationer om væske og ernæring fjernes samlet set en række manuelle fejlkilder. Elektronisk registrering medfører dog en ny risiko i form af risiko for systemnedbrud. Det er imidlertid vurderingen, at et systemnedbrud vil kunne håndteres på samme vis, som det allerede i dag er tilfældet for andre it-systemer i sundhedsvæsnet. Endvidere vurderes risikoen for systemnedbrud at have færre implikationer i forhold til patientsikkerhed end risiciene ved de manuelle registreringer og scanninger af papirskemaer i dag.

41. Manuel registrering af diagnose- og aktionskoder

Beskrivelse af problemstilling

Når der udføres en operation eller en endoskopi, registreres oplysninger med betydning for procedurens kompleksitet og dermed DRG-afregningen på baggrund af patientens sundhedstilstand. Registreringerne er vigtige dels i forhold til afregning af DRG-takster, dels af hensyn til fremtidige indlæggelser. Registreringerne foretages i forbindelse med udarbejdelse af epikrise, medicinafstemning og opdatering af det fælles medicinkort (FMK) og har et betydeligt omfang. Det medfører ekstraarbejde for læger, at de skal fremfinde de specifikke aktionskoder og diagnosekoder, der oprindeligt er registreret i systemet i forbindelse med henvisning fra egen læge eller ved modtagelse af patienten til operationen. Det medfører desuden øgede risici for fejlregistreringer, der ved fremtidige indlæggelser kan medføre mangler i patientens historik, at registreringerne ikke overføres elektronisk.

Registrering af diagnose- og aktionskoder estimeres foretaget cirka 10.000 gange årlig. Hver registrering estimeres samlet set at tage 5-10 minutter. Heraf udgør lægetid 2-5 minutter og lægesekretærtid 5-8 minutter.

Forenklingsforslag: Registrering af diagnose- og aktionskoder sker elektronisk

Da den eksisterende praksis medfører unødige manuelle indtastninger med øgede risici for fejl, foreslås det, at der gennemføres en systemtilpasning, så diagnose- og aktionskoder kan overføres elektronisk i forbindelse med epikrise, medicinafstemning og FMK.

Implementeringspotentiale

En tilpasning af it-systemer, så registrering af diagnose- og aktionskoder kan overføres elektronisk i forbindelse med epikrise, medicinafstemning og FMK, kræver en regional beslutning.

En løsning af problemet skal foregå gennem helpdesk, der eventuelt kan viderehenvise til data-teamet. Det skal fremadrettet undersøges, om der er mulighed for at allokere regionale midler til at løse nogle af de it-relaterede udfordringer, som afdelingerne står overfor i perioden op til implementeringen af Sundhedsplatformen.

Da de eksakte muligheder for forbedring af forholdene frem til implementeringen af Sundhedsplatformen ikke er fuldt afdækket, er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere forslagets implementerbarhed.

Mulige effekter

En tilpasning af it-systemer, så registrering af diagnose- og aktionskoder kan overføres elektronisk i forbindelse med epikrise, medicinafstemning og FMK, vil medføre større sikkerhed i registreringerne, da man vil afskaffe nogle manuelle registreringer og arbejdsgange, der indebærer risiko for fejl. Endvidere vil det frigøre tid til patienterne og medføre mere meningsfuld registrering til glæde for det sundhedsfaglige personale.

Mulige risici

Ved overgang til elektronisk registrering af diagnose- og aktionskoder fjernes samlet set en række manuelle fejlkilder. Elektronisk registrering medfører dog en ny risiko i form af risiko for systemnedbrud. Det er imidlertid vurderingen, at et systemnedbrud vil kunne håndteres på samme vis, som det allerede i dag er tilfældet for andre it-systemer i sundhedsvæsenet. Endvidere vurderes risikoen for systemnedbrud at have færre implikationer i forhold til patientsikkerhed end risiciene ved de manuelle registreringer og scanninger af papirskeemaer i dag.

42. Håndtering af tværgående patientforløb

Beskrivelse af problemstilling

I forbindelse med overflytning af patienter efter MDT-konferencer skal der foretages manuel registrering af til- og afmelding af patienten i den enkelte afdeling. Hver manuel til- og afmelding af en patient udgør en potentiel fejlkilde i forhold til registrering af ventetider mv. Registreringerne opleves endvidere ikke at have nogen klinisk relevans, da det i patientens journal er registreret, hvilken afdeling der på et givet tidspunkt har ansvaret for behandlingsforløbet. Patienten kan således godt være registreret som værende i behandlingsforløb i flere afdelinger samtidigt, uden at systemet sender en fejlmelding om dette. Det betyder, at afdelingen risikerer at overskride sin målopfyldelse i forhold til den enkelte patient, hvis registreringerne ikke foretages korrekt. Det har medført, at man på Kirurgisk Afdeling har overflyttet opgaven til en forløbskoordinator, der har overtaget til- og afmelding af patienter for eksempelvis onkologisk afdeling for at sikre korrekt afspejling af patientforløbet og dermed overholdelse af afdelingens egne mål. Forløbskoordinatoren udarbejder derfor selvstændige lister og systematikker for at holde styr på, hvilke patienter der er til- og afmeldt i de forskellige afdelinger og afsnit, og sikre, at registreringerne foretages rettidigt.

Til- og afmelding af patienter skal udføres for mindst to gange for cirka 100 kræftpakkepatienter årlig og estimeres at tage forløbskoordinatoren 5 minutter hver gang.

Forenklingsforslag: Til- og afmelding af patienter skal foregå helt eller delvis automatisk

Det foreslås, at it-systemet tilpasses, så til- og afmelding af patienter foregår automatisk gennem en låsemekanisme, der sikrer, at en patient automatisk lukkes i den foregående afdeling, når patienten tilmeldes i den nye afdeling. Alternativt skal al registrering af patientens tilstedeværelse i den enkelte afdeling foregå elektronisk gennem scanning af den strejkode, som patienten i forvejen er udstyret med.

Implementeringspotentiale

En tilpasning af it-systemer, så registrering af til- og afmelding af patienter i afdelinger og afsnit foregår automatisk eller semiautomatisk, kræver en regional beslutning.

En løsning af problemet skal foregå gennem helpdesk, der eventuelt kan viderehenvise til data-teamet. Det skal dog fremadrettet undersøges, om der er mulighed for at allokere regionale midler til at løse nogle af de it-relaterede udfordringer, som afdelingerne står overfor i perioden op til implementeringen af Sundhedsplatformen.

Da de eksakte muligheder for forbedring af forholdene frem til implementeringen af Sundhedsplatformen ikke er fuldt afdækket, er det ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere forslagens implementerbarhed.

Mulige effekter

En tilpasning af it-systemer, så registrering af til- og afmelding af patienter helt eller delvis foregår elektronisk, vil medføre større sikkerhed og præcision i registreringerne, da man vil afskaffe en række unødige manuelle registreringer og arbejdsgange, der indebærer risiko for fejl. Endvidere vil det frigøre tid til andre opgaver for forløbskoordinatoren og medføre mere meningsfuld registrering.

Mulige risici

Forenklingsforslaget omfatter udelukkende en systemrelateret ændring af teknisk karakter. Det er fortsat forløbskoordinatoren, der har ansvar for håndteringen af og overblikket over patienternes forløb. På den baggrund er det afdelingens vurdering, at forslaget ikke indebærer øgede risici i patientforløbet.

43. Dobbeltregistrering ved endoskopi

Beskrivelse af problemstilling

Ved udførelse af en endoskopi registreres der en række informationer om undersøgelsen, herunder videooptagelser og billeder fra selve proceduren og medicinering af patienten i forbindelse hermed. Registreringerne foretages indledningsvis i ENDOBASE, der er et it-system, der har dokumentationsfunktioner tilpasset endoskopienheders særlige behov. Systemet er imidlertid ikke tilgængeligt for andre afdelinger og sundhedspersoner udenfor sygehuset, hvorfor der er behov for at overføre informationerne fra ENDOBASE til den elektroniske patientjournal i OPUS. Data kan ikke overføres elektronisk, hvorfor der udføres en manuel overførsel af data fra ENDOBASE til OPUS. Den manuelle overførsel af informationer har karakter af en dobbeltregistrering, der opleves som overflødig.

Dobbeltregistreringen udføres for alle patienter, der skal have et videre forløb på sygehuset, og udføres således 2.000-3.000 gange årlig. Et umiddelbart skøn over tidsforbruget på dobbeltregistreringen er, at det tager en lægesekretær 5-10 minutter at lægge oplysningerne fra ENDOBASE over i OPUS.

Forenklingsforslag: Udvikling af teknisk løsning til elektronisk dataoverførsel

Da dobbeltregistreringen af oplysninger opleves som overflødig, foreslås det, at registreringen udelukkende udføres i ENDOBASE, og at der udvikles en teknisk løsning, der muliggør elektronisk overførsel af data herfra til OPUS.

Implementeringspotentiale

En tilpasning af it-systemerne, der muliggør dataoverførsel mellem ENDOBASE og OPUS, skal besluttes i regionen i det flerfaglige råd og udføres i samarbejde med regionens it-leverandør på området. Der er i XDS-projektet (Billedbroker) indgået aftale om at gøre billeder og beskrivelser tilgængelige i XDS'en fra ENDOBASE. Når Sundhedsplatformen kommer, vil Epics løsning erstatte ENDOBASE.

Det er ikke endeligt afklaret, om det igangværende projekt vil løse problemet med dobbeltregistrering. Det er derfor ikke på nuværende tidspunkt muligt at vurdere forslaget implementerbarhed.

Mulige effekter

Den eksisterende praksis med manuelle indtastninger indebærer en række risici for fejlregistrering, herunder er det for eksempel erfaret, at et endoskopinotat kan risikere at blive tilknyttet den forkerte patient. Elektronisk overførsel af data vil således medføre større sikkerhed og præcision i registreringer, da man vil afskaffe en række unødige manuelle registreringer og arbejdsgange, der indebærer risiko for fejl med implikationer for patientsikkerheden i afdelingen. Endvidere vil afskaffelse af dobbeltregistreringen medføre en frigørelse af administrative ressourcer estimeret til 170-500 lægesekretærtimer årlig.

Mulige risici

Ved overgang til elektronisk overførsel af data fra ENDOBASE til OPUS fjernes samlet set en række manuelle fejlkilder. Samtidig vurderer afdelingen, at forenklingsforslaget ikke medfører en stigning i andre relevante risici.

4.7. Organisering

Et enkelt forenklingsforslag af de 44 forslag i idékataloget vedrører organisering.

Kategorien omfatter forenklingsforslag, der går på tværs af afdelinger eller sygehuse, og som vedrører procedurer på et mere overordnet niveau end forenklingsforslagene i kategorien arbejdsgange.

Forenklingsforslaget vedrørende organisering handler om kapacitetsudnyttelse i regionens endoskopienheder.

På grund af forenklingsforslagets omfang har det ikke været muligt at gennemføre en egentlig pilottest i projektet. Pilotfasen er i stedet anvendt til at konsolidere en analyse af potentialet ved en ændret organisering og prioritering af ressourcudnyttelsen i regionens endoskopienheder.

Den fulde analyse af området foreligger som bilag til projektet.

Tabel 4.4.1 Oversigt over antal forenklingsforslag i idékatalog og pilotfase

Type forenklingsforslag	Antal forenklingsforslag i idékatalog	Antal forenklingsforslag implementeret i pilotfase
Arbejdsgange	9	5
Registreringer	19	9
It-systemer	15	0
Organisering	1	(1)
Sum	44	15



44. Kapacitetsudnyttelse på tværs af sygehuse

Beskrivelse af problemstilling

På endoskopiafsnittet er det ofte oplevelsen, at man lokalt har kapacitetsproblemer, mens der på andre sygehuse i regionen er ledige tider til endoskopier. Det vil derfor være hensigtsmæssigt, at der etableres en fælles løsning, der sikrer en mere effektiv udnyttelse af den samlede kapacitet til endoskopier, så et større antal patienter kan undersøges hurtigere i regionen. Situationen er i dag, at hvert sygehus råder over sin egen kapacitet, men ikke umiddelbart har mulighed for at udnytte kapacitet på andre sygehuses afdelinger, medmindre der foretages koordinering i konkrete tilfælde. Det er erfaringen på Roskilde og Køge sygehuse, at man her har den tilstrækkelige kapacitet af speciallæger til at kunne gennemføre et større antal endoskopier, men er begrænset af lokalekapacitet, hvorfor der i øjeblikket udføres endoskopier om aftenen og i weekender. I andre afdelinger på regionens sygehuse har man ikke de nødvendige personalemæssige specialressourcer til at kunne udnytte lokalekapaciteten, hvorfor der her er en overkapacitet i endoskopienhederne i dagtimerne.

En systematisk gennemgang af alle søjler på de fem skoperende matrikler i regionen foretaget af endoskopienheden i Køge viser, at en effektiv udnyttelse af endoskopienhederne i 8x60 minutter daglig estimeres at give en teoretisk forøgelse på op til 7.600 flere endoskopier på årsbasis i regionen som nettogevinst baseret på enkelt parameterudregning. (Der skal tages højde for faktorer som uddannelsesniveau, personalevacancer, differentierede tider for undersøgelser, forskning og uddannelsesforpligtelse. Den realiserede effekt kan derfor ikke forventes at modsvare den teoretiske, men vil være betydelig.) Det svarer til en udvidelse af den aktuelle åbningstid med 60 minutter daglig.

Forenklingsforslag: Kapacitetsudnyttelse sikres gennem revision og/eller fælles visitation

Da den eksisterende praksis giver en ujævn udnyttelse af den samlede kapacitet for endoskopier i regionen, foreslås det, at der indledningsvis foretages en uvildig revision af kapacitetsudnyttelsen i regionens endoskopienheder, og at der iværksættes initiativer, der muliggør en mere effektiv udnyttelse af regionens samlede kapacitet indenfor endoskopier, herunder bør muligheden for fælles visitation overvejes.

Implementeringspotentiale

Måling på kapacitetsudnyttelse er fastsat i driftsaftalerne for de enkelte sygehuse og er underlagt sygehusledelserne. Driftsaftalerne er baseret på et rammebudget, hvor der måles på en lang række parametre, herunder aktiviteten. Da driften ikke er baseret på aktivitetsstyring, følger pengene heller ikke patienten. Hvis aktivitet flyttes mellem sygehuse, afregnes der sygehuse imellem. Fælles visitation kan medvirke til en mere hensigtsmæssig fordeling af patienterne, så længe der er ledig kapacitet på området. DRG-afregning baseret på aktivitet vil øge incitamentet til at udføre flere behandlinger udover den aftalte baseline.

Det vil også betyde, at speciallægen flyttes derhen, hvor der er lokalekapacitet i form af udefunktion, når der er behov. Især aktuelt i forbindelse med screeningen. Det kræver nogle steder en kulturændring hos lægerne, men praktiseres andre steder uden problemer.

Forslagets implementerbarhed vurderes samlet set at være middel til høj, da beslutningskompetencen ligger i Region Sjælland. Beslutningsprocessen vurderes dog at være kompleks og forudsætter en forhandling med flere parter, der ændrer de eksisterende aftaler på området. Omvendt er der et aktuelt behov for at øge antallet af endoskopier i regionen.

Mulige effekter

Bedre kapacitetsudnyttelse på tværs af regionen med et højere antal endoskopier til følge vil medføre kortere ventetid for patienter og øge effektiviteten på regionens endoskopiafsnit, da et antal dyre aften- og weekendundersøgelser kan erstattes med billigere undersøgelser i dagtimerne. Økonomisk vil en øget kapacitet endvidere medføre en besparelse for regionen, og at et mindre



44. Kapacitetsudnyttelse på tværs af sygehuse

antal endoskopier skal udføres af private aktører. Endelig kan et øget antal undersøgelser i de afdelinger, der i dag ikke udnytter kapaciteten fuldt ud, medføre en større grad af specialisering i disse afdelinger gennem større rutine og erfaring med undersøgelserne, ligesom det vil frigøre tid og personale til at gennemføre de mest specialiserede endoskopier på Roskilde og Køge sygehuse.

Mulige risici

Det er afdelingens samlede vurdering, at der ikke er nogen væsentlige behandlingsrelaterede risici forbundet med en reorganisering af kapacitetsudnyttelsen i regionens endoskopienheder.

Om Deloitte

Deloitte leverer ydelser indenfor revision, skat, consulting og financial advisory til både offentlige og private virksomheder i en lang række brancher. Vores globale netværk med medlemsfirmaer i mere end 150 lande sikrer, at vi kan stille stærke kompetencer til rådighed og yde service af højeste kvalitet, når vi skal hjælpe vores kunder med at løse deres mest komplekse forretningsmæssige udfordringer. Deloitte's cirka 200.000 medarbejdere arbejder målrettet efter at sætte den højeste standard.

Deloitte Touche Tohmatsu Limited

Deloitte er en betegnelse for Deloitte Touche Tohmatsu Limited, der er et britisk selskab med begrænset ansvar, og dets netværk af medlemsfirmaer. Hvert medlemsfirma udgør en separat og uafhængig juridisk enhed. Vi henviser til www.deloitte.com/about for en udførlig beskrivelse af den juridiske struktur i Deloitte Touche Tohmatsu Limited og dets medlemsfirmaer.