

NOTAT



Til: Styrelsen for Patientsikkerhed

Dato: 4. november 2019

Brevid: 4201510

Direktionen

Alléen 15

4180 Sorø

Tlf.: 70 15 50 00

Dir.tlf.:

www.regionsjælland.dk

Handleplan i forbindelse med OUH's faglige gennemgang af det
mammaradiologiske område, NSR Ringsted Sygehus

Nedenfor fremgår Region Sjællands generelle og specifikke kommentarer til forslag til ændringer og anbefalinger, som fremgår efter den eksterne audit af praksis og retningslinjer som Odense Universitetshospital har gennemført på Radiologisk afdeling, Ringsted Sygehus. Gennemgangen er foretaget på baggrund af patientforløb i perioden 21. marts 2019 til 28. juni 2019.

Retningslinjer

Auditorernes anbefalinger:

- *Retningslinjerne bør revideres med en fastlagt procedure for indkaldelse af patienter.*
- *Retningslinjerne bør revideres med hensyn til delegation / ikke delegation og evt. ansvarsområde*
- *Prioriteringsgruppe 3 har iht. udredningsretten først krav på undersøgelse indenfor 30 kalenderdage*

Handling 1:

Radiologisk afdeling i Ringsted vil ændre i vejledningerne, således at de anbefalinger og forslag der fremgår af Auditrapportens afsnit "Resultater – Retningslinjer og instrukser, gennemgang" alle indpasses i de anførte retningslinjer.

Specielt indføres der i retningslinjen "Mammografi/Ultralyd/MR af Mammae" en fastlagt procedure for indkaldelse af patienter. Der foretages en revision af delegation til andet sundhedspersonale. Der foretages en simplificering, således det alene er de lovgivningsmæssige frister for hhv. kræftpakkeforløb og almindelig udredningsret, der anføres. Retningslinjen er revideret den 23.10.19 og forventes genudgivet 1.11.19.
Ansvarlig: Specialeansvarlig overlæge og Lægelig vicedirektør.

Visitationspraksis

Auditorernes anbefalinger:

- *Visitation bør altid foretages af en mammaradiolog, da dette formentlig forbedrer visitation iht. nationale og egne retningslinjer*

Handling 2:

Der er i februar 2019 indført en løbende intern audit af 10 cases per måned, hvor to forskellige visitatorers visitationer gennemgås og resultaterne diskuteres i en auditproces. Der er ændret visitationspraksis, således at der i højere grad visiteres svarende til den praksis, som vi tænker der arbejdes efter på Odense Universitetshospital og på Rigshospitalet. Visitation foretages som udgangspunkt af en mammaradiolog, og undtagelsesvist af anden sundhedsfaglig med indgående kendskab til visitationspraksis på det mammaradiologiske område. Ændringerne er indført. Ansvarlig: Specialeansvarlig overlæge og Funktionschef.

Dokumentation

Auditorernes anbefalinger:

- *Begrundelse for ventetid skal dokumenteres*
- *Kontakt til patienter med tilbud om omvisitering bør dokumenteres*
- *Henvisninger bør kunne printes i sin fulde ordlyd og prioriteringskode "75" fjernes fra udskrift*

Handling 3:

Arbejdsgange og procedurer for dokumentation af kommunikation med patienter er ændret, således at der dokumenteres i Sundhedsplatformen for patienter, der er i forløb i stedet for kun i Røntgenbookingsystemet (Carestream).

Specielt er afdelingen blevet opmærksomme på at dokumentere i Sundhedsplatformen, når der er ventetid på udredning ud over de i bekendtgørelsen angivne tidsfrister, og når patienten omvisiteres til andet sygehus.

Koden "75" påføres automatisk på udprint af Carestream, og den kan ikke fjernes. I stedet er det tydeligt angivet i retningslinjen "Mammografi/Ultralyd/MR af Mammae", at koden "75" hører til prioriteringsgruppe 1 (kræftpakke undersøgelse). Ændringer i arbejdsgange er indført. Ansvarlig: Ledende lægesekretær.

Ventetider

Auditorernes anbefalinger:

- *Ventetider bør forsøges nedbragt (via organisationsændringer / tilbud om alternativt undersøgelsessted)*

Handling 4:

I perioden fra foråret til oktober, har der været en større tilgang af patienter til afdelingen pga. den megen medieomtale, hvilket har givet en forbigående øgning af ventetiden.

Der er fortsat et højt fokus på at udrede så mange patienter som muligt i kræftpakkeforløb inden for den fagligt anbefalede frist (6 dage) og alle kræftpakkepatienter inden for bekendtgørelsens maksimale ventetid (14 dage). For at reducere den samlede ventetid for patienter i prioriteringsgruppe 2 og 3 og for at minimere fejl i overgange mellem forskellige sygehuse eller organisationer, er der indgået en aftale med en anden leverandør af mammaradiologi, således at en gruppe patienter tildeles et forløb hos en ekstern leverandør umiddelbart efter visitationen. Derved spares der tid i det samlede patientforløb. Der foretages løbende tilpasninger i aftaler med andre leverandører for at sikre at ventetiderne overholdes. Ansvarlig: Funktionschef og kvalitetsdirektør Sundhedsstrategisk Planlægning.