

RAPPORT

Ekstern audit

Klinisk mammografi

Patienter henvist og indkaldt til klinisk mammografi på
Ringsted Sygehus i foråret 2019

Indholdsfortegnelse:

| | |
|---|----|
| 1. Resumé | 4 |
| 2. Rapport | 5 |
| Baggrund | 5 |
| Formål | 5 |
| Metode og materiale | 5 |
| Metode | 5 |
| Materiale | 6 |
| Resultater | 6 |
| Retningslinjer og instrukser, gennemgang | 6 |
| Gruppe 1: Audit af patientforløb med klinisk mistanke om cancer | 7 |
| Gruppe 2: Audit af patientforløb med symptomer, der tyder på godartet baggrund | 8 |
| Gruppe 3: Audit af en blandet gruppe patienter, typisk uden fund / symptomer fra mammae | 8 |
| Diskussion og auditorernes anbefalinger | 9 |
| Konklusion | 10 |
| 3. Bilag, Vurderingsskema | 12 |
| 4. Bilag, Dataark | 13 |
| 5 Referencer | 16 |

Auditoplysninger

Fokusområde: Klinisk mammografi

Standard: Pakkeforløb for Brystkræft, SST, 7.9.2018
Sundhedsloven, § 88 Maximale ventetider og § 82b Udredningsret
DBCG retningslinje, Danish Breast Cancer Group

Dataindsamlingsperiode: 21.3 2019 – 28.6.2019

Auditmateriale: Læge- og sygeplejefagligt dokumentationsmateriale samt billedmateriale fra 3 x 20 cases.
5 retningslinjer og instrukser vedr. screening, udredning og diagnostik

Inklusionskriterier: Patienter henvist til mammografi og visiteret til:

Prioriteringsgruppe 1: Patienter med klinisk mistanke om cancer

Prioriteringsgruppe 2: Patienter med symptomer, der tyder på godartet
baggrund

Prioriteringsgruppe 3: Blandet gruppe patienter, typisk uden fund / symptomer
fra mammae

Afsluttende auditmøde: 23. september 2019

Hospital: Ringsted Sygehus, Region Sjælland

Afdeling: Radiologisk afdeling

Auditorer:

Ledende overlæge Jens Karstoft, Radiologisk afdeling OUH Odense Universitetshospital

Overradiograf Lene Tarp, Radiologisk afdeling OUH Odense Universitetshospital

Overlæge Lisbet Brønsro Larsen, Radiologisk afdeling OUH Odense Universitetshospital

Deltagere fra implicerede afdelinger i afsluttende auditmøde:

Konstitueret afdelingssygeplejerske Mie Ebert Flindt

Konstitueret afdelingsradiograf Valon Shemsiu

Ledende lægesekretær Gitte Andersen

Radiograf Lise Nørtoft Larsen

Overlæge Erik Ingvar Mars

Lægefaglig vicedirektør Henrik Stig Jørgensen

Lægefaglig vicedirektør Knuth Borch-Johnsen

Koncerndirektør Leif Panduro Jensen

Lægefaglig vicedirektør Jesper Gyldenborg

Stabsmedarbejdere:

Funktionschef Marit Karina Buccarella, Region Sjælland

Kvalitetschef Peter Sigersteth Grøn, Klinisk Udvikling, OUH

Sundhedsfaglig konsulent Jette Kraght Larsen, Klinisk Udvikling, OUH (sekr.)

1. RESUMÉ

Baggrund: Ringsted sygehus har anmodet eksterne auditorer fra OUH om at vurdere de aktuelle procedurer for undersøgelse af patienter henvist til klinisk mammografi.

Denne rapport beskriver de observationer og fund, der er gjort på baggrund af det materiale, de kliniske auditorer har modtaget fra Ringsted Sygehus. Sygehuset kan være i besiddelse af supplerende dokumentationsmateriale, som kan forklare nogle af de fund, som auditørerne påtaler i det følgende.

Formål: At identificere evt. fejl / mangler i de gældende retningslinjer for mammografi på Ringsted Sygehus. At identificere evt. kvalitetsbrist i patientforløbet hos borgere henvist til mammografi på Ringsted sygehus.

Metode: Ekstern audit¹ med to speciallæger indenfor radiologi og én overradiograf – alle med klinisk og/eller organisatorisk erfaring fra sygdomsområdet.

Materiale: Retningslinjer og instrukser fra Region Sjællands dokumentstyringssystem og aktuelt gældende på Ringsted sygehus.

Læge- og sygeplejefagligt dokumentationsmateriale fra Røntgeninformationssystemet (RIS) og billedmateriale fra PACS på 3 x 20 patienter/borgere henvist til klinisk mammografi på Ringsted sygehus i perioden 21.3.2019 – 28.6.2019.

Resultater:

- Retningslinjerne opfylder kravene i DBCG og Sundhedsloven.
- Fælles for alle prioriteringsgrupper er en meget høj billedkvalitet, dels på de enkelte projektioner, men også i de mange vel udførte tomosynteser.
- Røntgenbeskrivelserne er alle med sufficente oplysninger og af høj kvalitet.
- Prioriteringsgruppe 1: Median ventetid 11½ dag (range 3 - 22)
- Prioriteringsgruppe 2: Median ventetid: 46,5 dage (range 5 – 81).
- Prioriteringsgruppe 3: Median ventetid: 48,5 dage (range 6 – 107)
- Tre patienter fra gruppe 3 burde have været visiteret til gruppe 1, mens to burde have været visiteret til gruppe 2.
- Én patient fra gruppe 2 burde have været visiteret til gruppe 1, mens tre kunne have været visiteret til gruppe 3.

Diskussion: I gruppe 1 opfylder 18 af 20 forløb lovens krav om ventetid, men kun 3 forløb lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kræftpakkeforløb. I gruppe 2 lever 8 af 20 forløb op til kravene i forhold til ventetid, mens det er tilfældet for 7 af 20 forløb i gruppe 3. Det er sjældent dokumenteret, hvilke aftaler der evt. er indgået med patienterne omkring de forlængede ventetider.

I det samlede materiale forekom 6 patientforløb, som i henhold til auditorernes vurdering burde have været visiteret til højere prioritet, mens 3 kunne have været visiteret til lavere. Korrekt visitation foretages imidlertid på baggrund af sufficente henvisninger, og der indgår en vis grad af subjektiv vurdering i enhver visitation.

Konklusion: Retningslinjerne opfylder kravene, men kan med fordel præciseres og systematiseres.

Der forekommer hyppigt overskridelse af patientens rettigheder i forhold til ventetid i alle grupper.

Seks patienter af den samlede population på 60 burde have været visiteret til et højere prioritetsniveau.

Fælles for alle grupper er en meget høj billedkvalitet og røntgenbeskrivelser af høj kvalitet.

¹ Audit. Fagpersoners gennemgang af konkrete processer (patientforløb og/eller arbejdsgange) for at vurdere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Vurderingen foretages på grundlag af kvalitetsmål og har til formål at afdække tilfredsstillende eller ikke tilfredsstillende forhold (DSKS, 2016).

2. RAPPORT

BAGGRUND

Der har i offentligheden været rejst kritik af den måde, Ringsted sygehus i perioden 1.3.2013 til 24.5.2017 udførte brystundersøgelser af patienter henvist til klinisk mammografi i forhold til de faglige nationale retningslinjer.

Der har ligeledes været sået tvivl om, hvorvidt de aktuelt gældende retningslinjer og praksis lever op til god faglig standard.

Kvinder (og til tider mænd) kan blive henvist til klinisk mammografi på forskellig baggrund. Nogle har direkte symptomer på cancer, andre har symptomer på benigne forandringer og andre har ingen symptomer, men henvises i henhold til et kontrolforløb eller på baggrund af screeningsfund eller anden billeddiagnostik.

For at muliggøre korrekt visitation og prioritering i radiologisk afdeling er det væsentligt, at henvisningerne indeholder relevante oplysninger, så der kan visiteres til de rette prioriteringsgrupper:

1. Patienter med klinisk mistanke om cancer
2. Patienter med symptomer tydende på godartet baggrund
3. Patienter uden fund eller symptomer fra mammae

Denne rapport, som er udarbejdet af eksterne auditorer fra Radiologisk afdeling, OUH, har til hensigt at give en objektiv vurdering af de aktuelle procedurer omkring klinisk mammografi på Ringsted sygehus.

FORMÅL

- At identificere evt. fejl eller mangler i de gældende retningslinjer / instrukser for mammografi på Ringsted Sygehus.
- At identificere evt. kvalitetsbrist i 20 patientforløb med cancersuspekterede fund, 20 patientforløb med symptomer tydende på godartet baggrund og 20 patientforløb uden fund eller symptomer fra mammae henvist til Radiologisk afdeling, Ringsted Sygehus i perioden 21.3.2019 – 28.6.2019

METODE OG MATERIALE

METODE

Retningslinjer og instrukser vurderes i henhold til vejledning fra Danish Breast Cancer Group (DBCG) og Sundhedslovens § 82b og 88.

Ekstern audit med to speciallæger indenfor radiologi og en overradiograf. Der er anvendt vurderingsskemaer med angivelse af den samlede vurdering af patientforløbet på en skala fra 1 (meget lav grad af tilfredshed) til 5 (meget høj grad af tilfredshed) og med specifikation af indkaldelses- og undersøgelseskvaliteten. En vurdering på skemaet fra 3-5 indgår i dataarket (bilag pkt. 4) som værende tilfredsstillende.

MATERIALE

- Forberedelse og patientinformation til røntgenundersøgelse, inkl. Mammografi (DokID 379560, udgivet 13.4.2018)
- Mammografi og UL-undersøgelse af mammae (DokID 415337, udgivet 13.12.2018)
- Kræftpakkeforløb (Mamma) (DokID 395942, udgivet 17.1.2019)
- Procedurer ved mammaundersøgelser (DokID 416533, udgivet 23.1.2017)
- Indkaldelse til mammografiscreening (DokID 501261, udgivet 17.9.2018)

Læge- og sygeplejefagligt dokumentationsmateriale fra Røntgeninformationssystemet (RIS) og billedmateriale fra PACS på 3 x 20 patienter/borgere henvist til mammografi på Ringsted sygehus i perioden 21.3.2019 – 28.6.2019.

RESULTATER

RETNINGSLINJER OG INSTRUKSER, GENNEMGANG

Forberedelse og patientinformation til røntgenundersøgelse inkl. mammografi

- Ringsted sygehus kræver en normal INR før stereotaktisk biopsi. Dette er en sikkerhedsforanstaltning, som ingen andre radiologiske afdelinger anvender. Afdelingen kan overveje at ændre praksis.

Mammografi og UL-undersøgelse af mammae

- Pkt.3: Det fremgår af retningslinjen, at visitation foretages af overlæge og afdelingsradiograf ved delegation. Ved auditorernes telefoniske forespørgsel efter en instruks for den foretagne delegation angav afdelingen, at der nu kun blev foretaget lægelig visitation, og der således ikke var behov for instruks for delegation.
- Auditorerne undrer sig over, at der i nogle henvisninger forekommer en prioriteringskode "75". Denne kode er ikke angivet i retningslinjen og bør fremgå med tydelig angivelse af fortolkning.

Mammografi og ultralydsundersøgelse

- Pkt. 3: Retningslinjen mangler en procedure for tilbud om og dokumentation af omvisitering, når der ikke kan tilbydes en undersøgelsestid indenfor de beskrevne tidsrammer.
- Det kan endvidere overvejes, om ultralydsundersøgelse bør tilbydes som primær undersøgelse til gravide og lakterende kvinder og, at der ved tegn på malignitet bør suppleres med mammogram.
- Det kan overvejes, om der er behov for en mere systematisk opstilling af afsnit om projektioner.

- Under pkt.1 (ansvarsforhold) kan delegeret ansvar til afdelingssygeplejerske ifm. visitation fjernes i henhold til telefonsamtale, der angav, at der aktuelt ikke finder delegation sted.
- Under pkt. 3 kan undersøgelse af gruppe 30 indenfor 3 uger ændres til undersøgelse indenfor 30 kalenderdage.
- Under pkt. 6 (definitioner) mangler ultralydsundersøgelse i forbindelse med klinisk mammografi.
- Under pkt.6 (definitioner) angives fejlagtigt, at mammografiscreening ikke er en diagnostisk undersøgelse – det er en billeddiagnostisk undersøgelse.
- Det kan overvejes, om det er relevant at definere fx palpatorisk suspekt tumor i dette dokument, da det fremgår af DokID 415337 og primært vedrører visitationen.

Kræftpakkeforløb (mamma)

- Pkt. 3.2: Dag "0" i et kræftpakkeforløb er ikke den dag, hvor henvisningen er sendt, men den dag den modtages i radiologisk afdeling eller den dag, der opstår begrundet mistanke om brystkræft.
- Der mangler beskrivelse af procedurer for kontakt til patienten, hvis vedkommende ikke umiddelbart kan kontaktes via telefon, fx hvor mange gange ringes der? Hvornår? E-boks? Brev?

Procedurer ved mammaundersøgelser

- Ingen ændringsforslag

Indkaldelse til mammografiscreening

- Under pkt. 4 (ansvarsforhold) er angivet, at ledende lægesekretær, afdelingssygeplejerske og lægesekretær har delegeret ansvar, men dokumentet angiver ikke de konkrete ansvarsområder.

GRUPPE 1: AUDIT AF PATIENTFORLØB MED KLINISK MISTANKE OM CANCER

Generelt om populationen

Patienter henvises og/eller visiteres til Prioriteringsgruppe 1 (kræftpakkeforløb) på grund af kliniske tegn på cancer. Egen læge kan henvise til kræftpakkeforløb, hvis der findes ét af 7 kliniske symptomer på cancer. Den dag, henvisningen modtages i radiologisk afdeling og/eller to speciallæger i radiologi har opnået konsensus, er dag "0", og udredningen bør i henhold til "Pakkeforløb for Brystkræft" påbegyndes indenfor 6 kalenderdage, hvis patienten ønsker det. Pakkeforløbet er imidlertid "en rettesnor", mens maksimale ventetider er de rettigheder, patienten er omfattet af. De maksimale ventetider giver patienten ret til undersøgelse indenfor 14 dage.

Resultater fra de 20 auditerede patientforløb (Prioriteringsgruppe 1 – se dataark med patientid.A)

Billedkvalitet og beskrivelser blev vurderet som meget høj i alle forløb.

Auditorernes vurdering af de samlede forløb for denne gruppe var, at 6 / 20 var gennemført tilfredsstillende, heraf én i meget høj grad. Dog blev der rejst kritik af ventetiderne, som i 17 af 20 tilfælde var længere end anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens kræftpakkeforløb. Median for ventetid (korrigeret for den

patientinitierede ventetid, der fremgik af materialet og estimeret fra telefonisk kontakt til undersøgelsestidspunkt / omvisiteringstidspunkt) i den undersøgte population var 11½ dage (range 3 – 22). Medianen lå altså indenfor de maksimale ventetider på 14 dage og 18 af 20 patientforløb levede op til kravene i Sundhedsloven.

I mange forløb var der uklar dokumentation af indkaldelsesprocedurerne, og i de fleste forløb forekom ingen dokumenteret årsag til ventetid.

GRUPPE 2: AUDIT AF PATIENTFORLØB MED SYMPTOMER, DER TYDER PÅ GODARTET BAGGRUND

Generelt om populationen

Patienterne bliver henvist og/eller visiteret til prioriteringsgruppe 2, hvis praktiserende læge på baggrund af anamnese og kliniske fund har fundet tegn på en godartet forandring.

Patienterne er omfattet af udredningsretten, som angiver, at forundersøgelse skal finde sted indenfor 30 kalenderdage fra modtagelse af henvisningen.

Resultater fra de 20 auditerede patientforløb (Prioriteringsgruppe 2 – se dataark med patientid. B)

Billedkvalitet og beskrivelser blev vurderet som meget høj i alle forløb.

Fem af de 20 forløb blev samlet set vurderet tilfredsstillende. Også i denne gruppe var ventetiden den helt overvejende årsag til, at auditorerne ikke fandt resultatet tilfredsstillende. Median for ventetid i den undersøgte population var 46,5 dage (range 5 - 81), når der blev korrigeret for den patientinitierede ventetid, som var dokumenteret. Otte af de tyve forløb levede op til udredningsretten, mens 12 forløb overskred denne.

Der fandtes i mindst 8 forløb ikke klar dokumentation for evt. tilbud om omvisitering.

Én af patienterne burde i henhold til oplysningerne i henvisningerne have været visiteret til prioriteringsgruppe 1 (pakkeforløb), mens tre kunne have været visiteret til gruppe 3.

GRUPPE 3: AUDIT AF EN BLANDET GRUPPE PATIENTER, TYPISK UDEN FUND / SYMPTOMER FRA MAMMAE

Generelt om populationen

Patienter i Prioriteringsgruppe 3 er en blandet gruppe af patienter, der kommer til fx postoperativ kontrol, er familiært disponeret, lider af angst for kræft eller har smerter i et bryst.

Patientrettighederne er reguleret af udredningsretten, som angiver, at patienterne har ret til mammografi indenfor 30 dage efter, at henvisningen er modtaget.

Resultater fra de 20 auditerede patientforløb (prioriteringsgruppe 3 – se dataark med patientid. C)

Billedkvalitet og beskrivelser blev vurderet som meget høj i alle forløb.

Fem af de 20 forløb blev samlet set vurderet som tilfredsstillende.

Ventetiden var for lang, median 48,5 dage (range 6 - 107). Syv af de 20 forløb levede op til udredningsretten, mens 13 ikke gjorde. Der var i få tilfælde dokumenteret begrundelse for ventetid. Ét forløb fik tilbud om omvisitering, men beskeden blev ikke givet direkte til patienten, som det skal.

Tre af patientforløbene burde have været visiteret til prioriteringsgruppe 1, mens to burde have været visiteret til prioriteringsgruppe 2 på baggrund af henvisningsnotaterne.

DISKUSSION OG AUDITORERNES ANBEFALINGER

Retningslinjer

Retningslinjerne lever op til anbefalingerne fra DBCG og Sundhedslovens § 82b og 88.

Der er enkelte mangler og områder, der bør præciseres. Der er således uklarhed omkring indkaldelsesprocedurerne og delegation / ikke delegation af funktioner og ansvarsområder.

Auditorernes anbefalinger:

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

Auditmaterialet: Indkaldelse / visitation

Ventetiden for alle 3 prioriteringsgrupper er længere end Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Endvidere forekommer der overskridelser af ventetiden for en stor del af patientforløbene i henhold til lov om maksimale ventetider og udredningsgarantien.

Det er uklart, hvilke aftaler, der indgås med patienten, og hvordan disse aftaler kommer i stand. Hvordan kontaktes patienten? Hvornår gentages kontakten? Hvornår afprøves en anden kontaktform?

Dokumentationen er yderst sparsom, og det er således muligt, at en ikke ubetydelig del af ventetiden er patientinitieret.

De ekstra dages ventetid har med al sandsynlighed ikke betydning for sygdomsudviklingen, men ventetiden er for lang i forhold til såvel afdelingens egne retningslinjer som Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Henvisninger er generelt af forskellig karakter og varierer i form og kvalitet. Derfor kan disse tolkes forskelligt, og der kan forekomme forskelle i den enkelte visitors bedømmelse i forhold til de tre prioriteringsgrupper. Desuden kan der forekomme supplerende information, fx telefonisk, som auditorerne ikke har haft adgang til.

Det er i det lys, at auditorernes vurdering af ovenstående cases skal ses: I 6 af de 60 cases ville auditorerne have valgt en højere prioriteringsgruppe.

Auditorernes anbefalinger:

- Ventetider bør forsøges nedbragt (via organisationsændringer / tilbud om alternativt undersøgelsessted)
- Visitation bør altid foretages af en mammadiolog, da dette formentlig forbedrer visitation iht. nationale og egne retningslinjer.

Auditmateriale: Dokumentationspraksis

Røntgeninformationssystemer er forskellige, men det kunne konstateres, at der forekom mangelfuld dokumentation af procedurerne omkring indkaldelse og evt. omvisitering. Hvis det er muligt i systemet, bør disse oplysninger fremgå.

Der forekom i flere henvisninger en "Rtg.prioritet 75", som auditorerne ikke kendte betydningen af. Det viste sig ved det afsluttende auditmøde, at en del af henvisningerne ikke var blevet overført korrekt: En del af teksten i henvisningerne blev "klippet af", og nogle var markeret med en fejlagtig røntgenprioriteringskode "75". Det er uheldigt, at der forekommer en prioriteringskode "75", som ingen kender meningen med.

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

Auditmateriale: Billedmaterialet

Al billedmateriale var af meget høj kvalitet – dels de enkelte projektioner, men ikke mindst fordi der er udført tomosyntese af høj kvalitet på stort set alle patienter. Røntgenbeskrivelserne er ligeledes med sufficente oplysninger og af høj kvalitet.

KONKLUSION

Alle retningslinjer på Ringsted Sygehus levede op til DBCG's anbefalinger og Sundhedsloven – nogle havde endda skærpede krav til ventetid. Der er imidlertid forbedringspotentiale gennem mere systematik og tydelig angivelse af procedurer omkring indkaldelse og evt. omvisitering.

Der fandtes ikke grundlag for kritik af billedmateriale eller beskrivelser. Alt var af højeste kvalitet.

Der fandtes grundlag for kritik af ventetiden for alle 3 prioriteringsgrupper. I gruppe 1 overholdt kun tre tilfælde anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens pakkeforløb. Atten patienter i gruppe 1 fik dog tilbudt klinisk mammografi i henhold til loven om maksimale ventetider.

Gruppe 2 og 3 overholdt ikke lovens krav i forhold til udredningsretten.

Der fandtes ligeledes på baggrund af det materiale, auditgruppen havde adgang til, grundlag for kritik af visitationsprocessen. Der manglede systematik og efterlevelse af Sundhedsstyrelsens anbefalinger. I 6 af 60 patientforløb førte dette til en lavere prioritering på Ringsted Sygehus, end auditorerne ville have gennemført.

3. BILAG, VURDERINGSSKEMA

Vurderingsskema I (cancersuspekter fund). Audit på mammografi. Ringsted sygehus i perioden 24.5.2017 – d.d.

| | | |
|------------------------------|--|---|
| Case nr. | Tilfredshed vurderes på en skala fra 1 – 5, hvor 1 udtrykker meget lav grad af tilfredshed og 5 udtrykker meget høj grad af tilfredshed | Auditor (signatur) <input type="checkbox"/> Radiolog <input type="checkbox"/> Radiograf |
| Indkaldelse / modtagelse | <p style="text-align: center;">VURDERING AF TILFREDSHED</p> <p style="text-align: center;">Meget lav grad Lav grad Tilfredsstillende I høj grad I meget høj grad</p> <p style="text-align: center;"> ----- ----- ----- ----- </p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> | Kommentarer til vurderingen |
| Undersøgelse | <p style="text-align: center;">VURDERING AF TILFREDSHED</p> <p style="text-align: center;">Meget lav grad Lav grad Tilfredsstillende I høj grad I meget høj grad</p> <p style="text-align: center;"> ----- ----- ----- ----- </p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> | |
| Samlet vurdering af forløbet | <p style="text-align: center;">VURDERING AF TILFREDSHED</p> <p style="text-align: center;">Meget lav grad Lav grad Tilfredsstillende I høj grad I meget høj grad</p> <p style="text-align: center;"> ----- ----- ----- ----- </p> <p style="text-align: center;">1 2 3 4 5</p> | Begrundelse i tekst, hvis 'ikke tilfredsstillende', dvs scoring 1 og 2 |

4. BILAG, DATAARK

| ID Prioriterings gruppe 1 | Samlet vurdering (fra vurderingsskemaerne) | Ventetid i dage (fra modtagelse af henvisning til undersøgelse / omvisiteringstilbud / patientønsket udsættelse) | Kommentarer fra vurderingsskemaer (vis. 0 = pakkeforløb vis. 20 = formentlig godartet vis. 30 = kontrol mm) |
|--|--|---|---|
| A1 | Tilfredsstillende | 6 | |
| A2 | Ikke tilfredsstillende | 8 | Burde have haft tid senest 29.6. Ringet flere gange? E-boks? |
| A3 | Ikke tilfredsstillende | 14 | |
| A4 | Ikke tilfredsstillende | 12 | Mangelfuld henvisning. Ingen mulighed for at returnere / få supplerende oplysninger? |
| A5 | Ikke tilfredsstillende | 12 | Patientinitieret, men kunne have været indkaldt rettidigt. |
| A6 | Ikke tilfredsstillende | 11 | Brev på grund af manglende telefonkontakt. (Ingen billedokumentation på UL) |
| A7 | Ikke tilfredsstillende | 14 | Indkommer fredag. Forsøgt til kontakt mandag – derefter brev. |
| A8 | Tilfredsstillende | 8 | |
| A9 | Ikke tilfredsstillende | 13 | 13.dag uden begrundelse. |
| A10 | Usikkert (tilfredsstillende) | 11 | Fremgår ikke, hvornår patientens første tid var. |
| A11 | Tilfredsstillende | 3 | |
| A12 | Ikke tilfredsstillende | 6 | Uklar dokumentation for tid til pt. |
| A13 | Ikke tilfredsstillende | 11 | Uklar dokumentation for indkaldelse. |
| A14 | Ikke tilfredsstillende | 20 | Uklar dokumentation for indkaldelse. |
| A15 | Ikke tilfredsstillende | 22 | Uklar dokumentation for indkaldelse. |
| A16 | Ikke tilfredsstillende | 11 | |
| A17 | Ikke tilfredsstillende | 14 | Ingen oplysninger. |
| A18 | Tilfredsstillende | 7 | |
| A19 | Ikke tilfredsstillende | 14 | 14. dag uden begrundelse. Mangler dokumentation for henvisning til brystkirurgi. |
| A20 | Ikke tilfredsstillende | 13 | 13.dag uden begrundelse. |

| ID Prioriterings gruppe 2 | Samlet vurdering (fra vurderingsskemaerne) | Ventetid i dage (fra modtagelse af henvisning til undersøgelse / omvisiteringstilbud / patientønsket udsættelse) | Kommentarer fra vurderingsskemaer (vis. 0 = pakkeforløb vis. 20 = formentlig godartet vis. 30 = kontrol mm) |
|--|--|---|---|
| B1 | Ikke tilfredsstillende | 77 | |
| B2 | Ikke tilfredsstillende | 63 | 63 dage uden bemærkninger. (Mangler UL-billede) |
| B3 | Ikke tilfredsstillende | 36 | |
| B4 | Tilfredsstillende | 7 | |
| B5 | Ikke tilfredsstillende | 43 | Kunne have været prioriteret "30"? |
| B6 | Ikke tilfredsstillende | 81 | Kunne have været prioriteret "30"? |
| B7 | Ikke tilfredsstillende | 27 | |
| B8 | Ikke tilfredsstillende | 81 | Intet tilbud om omvisitering? |
| B9 | Ikke tilfredsstillende | 20 | Henvissende læge har ønsket pakkeforløb? |
| B10 | Tilfredsstillende | 19 | |
| B11 | Ikke tilfredsstillende | 65 | Mangel på læger |
| B12 | Tilfredsstillende | 6 | |
| B13 | Tilfredsstillende | 5 | |
| B14 | Ikke tilfredsstillende | 20 | Patientinitieret primært, men sen tid fra afd. |
| B15 | Ikke tilfredsstillende | 50 | Burde være pakkeforløb? (sår på mamma) |
| B16 | Ikke tilfredsstillende | 69 | |
| B17 | Tilfredsstillende | 15 | visit. "20"? |
| B18 | Ikke tilfredsstillende | 68 | |
| B19 | Ikke tilfredsstillende | 68 | |
| B20 | Ikke tilfredsstillende | 68 | Kunne have været visiteret "30". |

| ID Prioriterings gruppe 3 | Samlet vurdering (fra vurderingsskemaer) | Ventetid i dage (fra modtagelse af henvisning til undersøgelse / omvisiteringstilbud / patientønsket udsættelse) | Kommentarer fra vurderingsskemaer (vis. 0 = pakkeforløb vis. 20 = formentlig godartet vis. 30 = kontrol mm) |
|--|---|---|--|
| C1 | Ikke tilfredsstillende | 39 | Burde være pakkeforløb. |
| C2 | Ikke tilfredsstillende | 107 | 107 dage uden begrundelse. |
| C3 | Tilfredsstillende | 22 | |
| C4 | Ikke tilfredsstillende | 24 | Palpabel tumor. Burde visiteres til pakkeforløb. Forkert prioritering. |
| C5 | Ikke tilfredsstillende | 10 | Øm knude. Burde være visiteret til pakkeforløb. Forkert visitation. |
| C6 | Ikke tilfredsstillende | 38 | |
| C7 | Ikke tilfredsstillende | 59 | 59 dage uden bemærkninger. |
| C8 | Ikke tilfredsstillende | 58 | 58 dage uden begrundelse. |
| C9 | Ikke tilfredsstillende | 58 | 58 dage uden begrundelse. |
| C10 | Tilfredsstillende | 6 | |
| C11 | Ikke tilfredsstillende | 64 | 64 dage uden begrundelse. Burde være visiteret til "20" |
| C12 | Ikke tilfredsstillende | 78 | 78 dage uden begrundelse. |
| C13 | Tilfredsstillende | 26 | |
| C14 | Ikke tilfredsstillende | 68 | 68 dage uden begrundelse. |
| C15 | Tilfredsstillende | 63 | Ønsket tid overholdt. |
| C16 | Ikke tilfredsstillende | 69 | 69 dage uden begrundelse. |
| C17 | Ikke tilfredsstillende | 60 | Rettigheder er oplyst til vir. |
| C18 | Tilfredsstillende | 8 | |
| C19 | Ikke tilfredsstillende | 28 | Knude. Burde være visiteret "20", men mangler henvisningstekst. |
| C20 | Ikke tilfredsstillende | 32 | |

5 REFERENCER

1. [Pakkeforløb for brystkræft](#), Sundhedsstyrelsen 2018
2. [DBCG Retningslinjer / vejledninger](#)
3. [BEK nr 584 af 28/04/2015](#). Bekendtgørelse om maksimale ventetider ved behandling af kræft og visse tilstande ved iskæmiske hjertesygdomme, Sundheds- og Ældreministeriet.
4. [Sundhedsloven](#) § 88 om Maksimale ventetider og § 82b om Udredningsretten