

Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Titel på Forbedringsprojekt	Forbedring af sagsbehandling af utilsigtede hændelser på Regionshospitalet Randers
Kort beskrivelse	Mindske sagsbehandlingstiden af UTH med henblik på at opfylde 90-dages sagsbehandlingsfrist samt opnå et større læringspotentiale ved hurtigere opfølgning på UTH.
Faglig kontaktperson	Anette Østergaard Frostholm Kvalitetskonsulent og risikomanager, RH Randers Tlf. 78420084, antoet@rm.dk FV10 december 2020 – januar 2022

Baggrund og formål med projektet

Ifølge lovgivningen for utilsigtede hændelser er vi forpligtiget til at afslutte sagsbehandlingen af alle UTH inden for 90 dage. Dette skal være med til at forbedre opfølgningen på UTH samt muligheden for at drage læring af hændelserne og implementere og udbrede læringen til andre relevante områder.

Målet med dette forbedringsprojekt har været, at 95 % af alle utilsigtede hændelser på hospitalet afsluttes inden for 90 dage efter endt projektperiode.

Tiltag og metoder

Følgende tiltag er afprøvet og implementeret:

- Opsætning og justering af ugentlige rapporter til at følge udviklingen i UTH-sagsbehandlingen.
- Italesættelse og drøftelse vedr. fokusområde og mål omkring sagsafslutning med UTH-sagsbehandlere på netværksmøder og ad hoc.
- Dialog med specifikke sagsbehandlere, hvor der er udfordringer ift. sagsafslutning.
- Tættere opfølgning af risikomanager på konkrete UTH.
- Indskærpelse af sagsbehandlingsfrist ved introduktion af nye sagsbehandlere.

Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Resultater

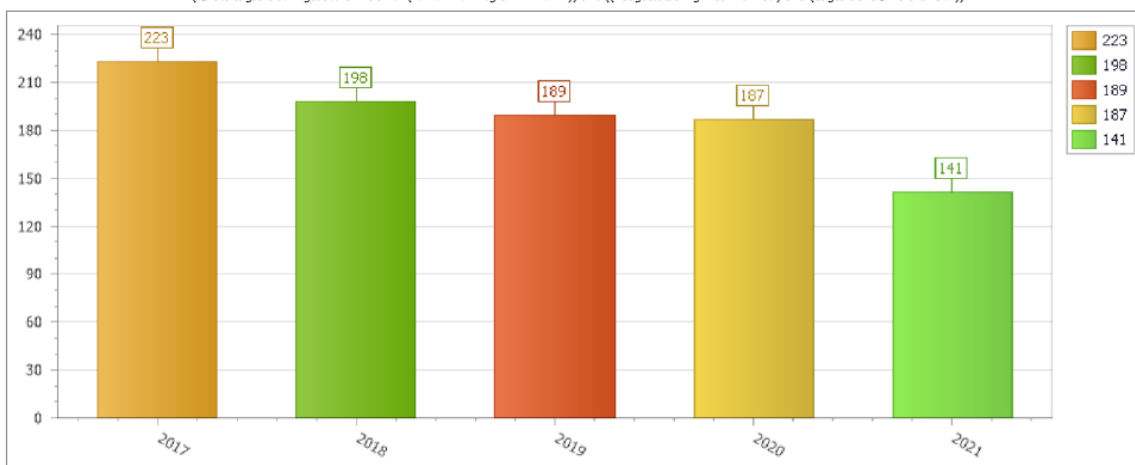
Det vil vise sig i løbet af de næste måneder, om projektets konkrete mål er opnået. Vi er dog kommet godt i gang med en kulturændring omkring sagsbehandlingen, og ved at sætte fokus på sagsbehandlingsfristen og formålet hermed er der blevet større opmærksomhed blandt sagsbehandlerne på at afslutte sagerne hurtigere.

I projektperioden 2021 er 84 % af alle UTH (886) på hospitalet afsluttet inden for 90 dage. Sammenholdt med 80 % (ud af 952) i 2020 er der sket en lille forbedring. Det ses også, at antallet af UTH, der afsluttes efter 90 dage, er faldet i projektperioden sammenholdt med de sidste år.

Antal afsluttede UTH med sagsalder >90 dage

Udvikling over tid 2017-2021

(Første sagsafslutningsdato er indenfor ("01-01-2017 og 31-12-2021")) and ((*Sagsstatus Lig med "Lukket") and (Sagsalder Større end "90"))

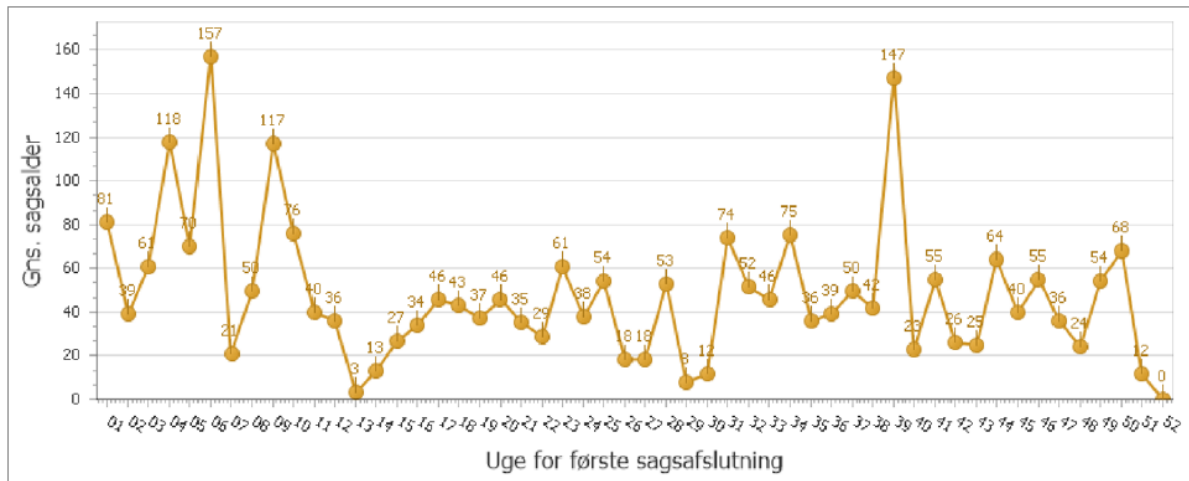


Der ses også en faldende tendens ift. den gennemsnitlige sagsalder på UTH, fraset en enkelt måned. Den gennemsnitlige sagsalder på alle UTH på hospitalet er faldet fra 58 dage i 2020 til 53 dage i 2021.

Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Gennemsnitlig sagsalder på afsluttede UTH 2021

(Første sagsafslutningsdato er indenfor Kalender 2021) and (**Sagsstatus Lig med "Lukket")



Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Titel på Forbedringsprojekt	Rettidige patologisvar i forbindelse med diagnostik af mammacancer
Kort beskrivelse	Optimering af kommunikation og arbejdsgange for at opnå en højere grad af rettidige patologisvar
Faglig kontaktperson	Afdelingsbioanalytiker Lene Lütken Sørensen lene.lutken@midt.rm.dk Tlf: 78443729 FV9 februar 2020 – marts 2021

Baggrund og formål med projektet

I følge retningslinjer for kræftpakkeforløb for kvinder i udredning for mammacancer er den maksimale ventetid fra henvisningen er modtaget til initial behandling 27 dage. Inden for den tidsramme skal patologisvar foreligge således at patienten kan drøftes på MDT-konference. Ifølge retningslinjer for DPAS skal 90 % af patologisvar foreligge 6 arbejdsdage efter modtagelse af prøven. Mængden af prøver ift. ressourcer i Patologi gør at kun ca. 40-50 % af patologisvarene foreligger rettidigt. Vi tilstræber at inden marts 2021 skal rettidige patologisvar foreligge på 90 % af patienterne opereret for mammacancer senest på dagen for konference.

Tiltag og metoder

Arbejdsgangsanalyse

Udarbejdelse af driverdiagram ved hjælp af et forbedringsteam

PDSA test

- **PDSA-test A**, hvor vi har afprøvet, om vi ved at anføre på vores arbejdsskema, hvem der har ansvaret for at se på GHER2-analysen, kan opnå at de bliver set og afleveret inden kl.10
- **PDSA-test B**, hvor vi har afprøvet om vi kan få mammakirurgerne til at anføre seneste svartidspunkt på rekvisitionen, således at patologen kan prioritere prøverne i den rigtige rækkefølge
- **PDSA-test C**, hvor vi har afprøvet om bioanalytikens mikroskopi af HER2 kan erstatte mikroskopi ved patolog og derved spare en dag.

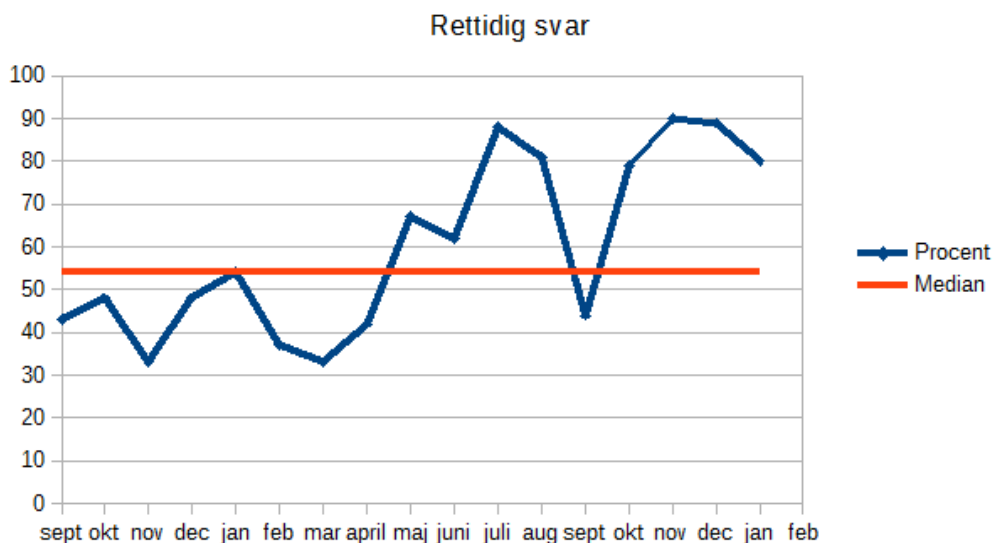
Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Dataindsamling ved simpelt ølkasseregnskab
Data indsat i seriediagram

Forbedringer der er implementeret

- På arbejdschema fremgår hvilken bioanalytiker, der har ansvaret for at se på GHER2-analysen. Det var let at implementere, da det kun drejede sig om 5 bioanalytikere i mamateamet. Forandringen giver god mening i dagligdagen og fungerer i dag godt.
- Det er lykkedes i stor udstrækning at få mammakirurgerne til at angive senest svartidspunkt på rekvisitionerne ved ad 2 omgange at henvende os til dem på mail. Det betyder nu, at patologerne kan prioritere prøverne i den rigtige rækkefølge, hvis de er i tidsnød.
- Patologerne har direkte adgang til konferencelister, således at de er ajourført med de seneste ændringer.
- Kommunikation mellem Patologi og forløbskoordinator i Brystklinikken er i perioden blevet forbedret fordi der via projektet er blevet mere fokus på betydningen af kommunikation til gavn for patienten.

Resultater



Ovenstående resultater beror ikke udelukkende på forbedringstiltag, men også øgede ressourcer tilført Patologi i perioden

Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Titel på Forbedringsprojekt	SAFEWARDS
Kort beskrivelse	Interventionen "Lær hinanden at kende" Interventionen "Udskrivelseshilsen"
Faglig kontaktperson	Maja Skau Regel Konst. Afdelingssygeplejerske, projektleder Mail: majska@rm.dk Tlf: 78471419 FV4 april 2017 – marts 2018

Baggrund og formål med projektet

Vi har i afsnit P1 arbejdet på at implementere Safewards. I april 2017 viste arbejdsgangsanalyse for begge interventioner, at på trods af, at vi troede de var implementeret, var der ingen sikre arbejdsgange. Formålet var således af forbedre og sikre arbejdsgangen på begge interventioner. Mål "lær hinanden at kende": 90% af lær hinanden at kende kort er udfyldt og ophængt 1/10-2017 Mål "udskrivelseshilsen": 90% af udskrivelseshilsnerne er udfyldt og ophængt 1/2-2018

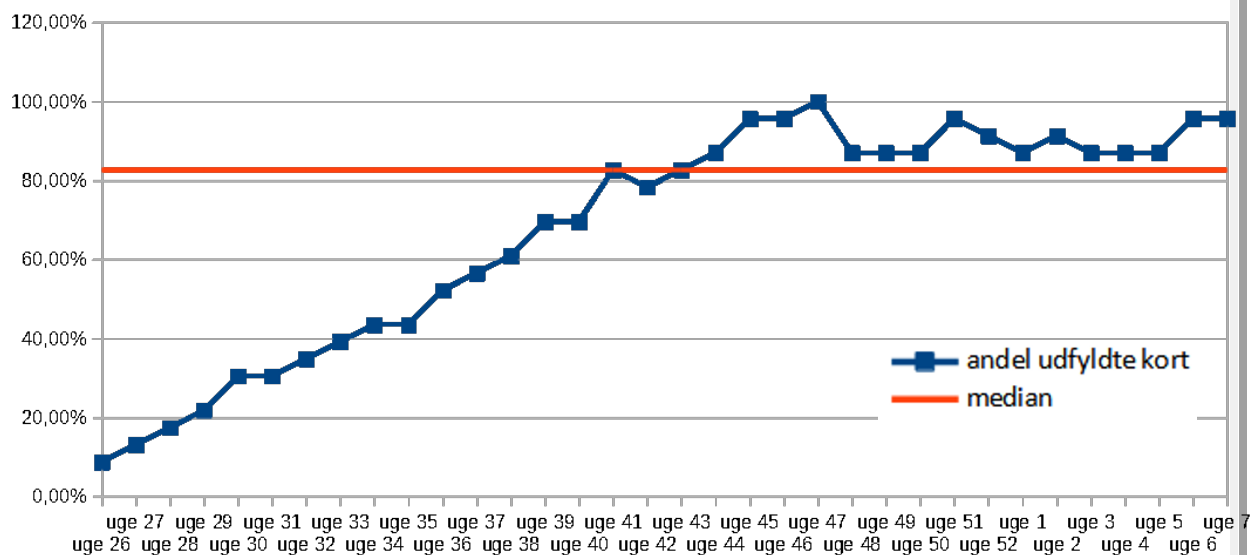
Tiltag og metoder

Mange og forskellige tiltag er afprøvet ved hjælp af PDSA cirkler. Tiltagene er herefter tilpasset og afprøvet igen eller kasseret ved hjælp af projektteamet. Vi har bla. arbejdet med udfyldelse af kort til sangaftræ, fredagshygge, patientmøder, morgenmøder og ved hjælp af aktivitetsperson. Ligeledes har vi arbejdet med dokumentation af det. Det viste sig hurtigt, at den sikreste måde at nå målet på, var at lave faste sociale aktiviteter med patienter og personale hvor kort udfyldes sammen.

Forbedringsvejleder i Region Midtjylland

Resultater

"Lær hinanden at kende": Mål 90% 1/10-2017



"Udskrivelsehilsen" (Mål 90 % 1/2 2018):

