

# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Bureaukrati

Er

Unødvendig dokumentation

Screeningsundersøgelser og faste kontrolregimer

Først indføre nye behandlinger når der er solid evidens for at det er en forbedring.

Tid til kerneopgaven

Fjern alle de små administrative enheder på regionsniveauet.

Mere vælg klogt

Fokus på kompetenceudvikling





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Spørger medarbejdere, patienter og borgere lokalt og løbende, hvad der ikke giver mening/opleves som overflødigt og skærer fra

Det ikke værdiskabende for pt'erne, hvilket kræver dialog om Hvad er vigtigt for dig?

Endnu mere fælles beslutningstagning

Vælg klogt indsatser + andre former for unødvendig diagnostik og dobbelt dokumentation i EPJ

Mellemledere og ekstra administration's lag. Generatorer af uendelige møderækker og email spam.

Endnu mere brugerstyring for dem som kan

Urin undersøgelser(D+R) skal være på indikation minimere AB forbrug og antal undersøgelser ( læs følg retningslinierne!)Blodprøver ved polyhydramnios .. alt for omfattende screening Er toks effekt testet på gravide? Nej.. skal alle tokses?

Dobbeltregistrering er unødvendigt. Vi bær teste effekt af forebygge de og rehabiliterende indsatser.Udvikling og implementering af kvalitetsindikatorer til primærsektoren som retter sig mod forebyggende og rehabiliterende indsatser.

Møder. Alle møder med mere en 3 personer bør skarpt have vurderet nødvendighed.





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Inviter alle aktører fra primærsektoren til indledende sættemøde og træk sundhedsdatastyrelse med som en central spiller/koordinator

Ved at lære, om det vi gør virker (eller ikke).. i SDS stiller vi gerne markører til rådighed til at registrere diverse konkrete 'behandlingsregimer', mhp monitorering, outcome, analyse, m.m.

Indlæggelser " for en sikkerheds skyld"... følg retningslinier" kageopskrift " for implementering, 3 x 1 times møde ( over 2-3 uger)for interesserede i opgaven, kommer med lavpraktisk løsningsmodel uden der skal laves kæmpe store rapporter .

Psykiatri. Efter indførelse af Sundhedsplatformen bruges ufattelig mange timer på dokumentation, SP der er mindre tid til at se patienter. Det gælder sikkert de fleste specialer, men er ekstra tidskrævende i psykiatri, da beskrivelser er essentielle

Definere unødvendigt

Genbrug af data i journal ved indlæggelser

Nye indledende sygeplejevurderinger ved overflytninger

Styrelsen for patientsikkerhed. Stort tidsforbrug for klinisk personale. Meget begrænset værdi for patienten. Gift for klinisk arbejdsmiljø.

Mål alt det der BURDE have været gjort men ikke blev udført. Start der.





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Alt for mange kontroller pga blødning i tidlig graviditet i hospitalsressourcer. Kan ses hos prak gynækolog ved behov

Undgå årlige undersøgelser af asymtomatiske kvinder hos praktiserende gynækolog

Fælles vækstkurver for børn, som vi har FMK. Sundhedsplejersker kunne også være med.

Undgå operation/fjernelse af simple ovariecyster

Læger laver lægeting, sekretærer administrative ting og sygepl det deres ting.

Psykiatri. Stort henvisningspres med stigning på 50% over få år fortrinsvis ikke-psykotiske. Mange har kun behov for en diagnostisk afklaring, ikke et pakkeforløb. Indfør i stedet kort diagnostisk afklaringsforløb.

Nogle Rutineblodprøver kan skæres fra. Bør teste/implementere at mindre syge nyfødte forbliver hud-mod-hud m mor/forældre for at undgå indlæggelser eller forkorte behandlingsforløb.

Undgå (minimer) spiralanlæggelse i sygehus regi. Kan gøres hos egen læge evt praktiserende gynækolog

Kun tage prøver hvis de har en konsekvens og svaret ville ændre på behandlingen .





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Undgå dublering af blodprøvetagning (feks prøver der bestilles forud for kontroller - samme blodprøver indenfor en uge burde kunne slettes automatisk)

Behov for at STPS ændrer adfærd, hvis sundhedspersonalet skal stoppe med at dække sig ind. Men det handler ikke om evidens men om kultur.

Flere POC test i det nære sundhedsvæsen så pt ikke skal ind på sygehuset (fx d-dimer)

Er det nødvendigt med ct/MR af skulder forud for en op med skulderalloplastik

Undgå urinstix (nitrit og leukocytter)

Ved søgning på Google blev man altid mødt med Link til "syg voksen" eller "sygt barn". - eller anden forsøg på viden kommer automatisk til folket, og man ikke skal vide hvad man søger, så flere bliver opmærksom på hvad de sagtens kan klare hjemme.

For mange fysisk fremmøde i amb. Af pt der "bare" skal snakkes med eller have prøvesvar...Løsning: lav (Endnu) flere virtuelle konsultationer (videokons.)

Psykiatri. Forebyg indlæggelser ved at bruge erfaringerne fra Region Syddanmarks projekt "Sammen om psykiatri", hvor hospital og kommune sætter sig sammen og laver en fælles plan for de 10 mest komplekse patienter i hver kommune. Gør det nationalt!

Psykiatri. Fokus på polyfarmaci og behov for oprydning/simplificering og seponering, hvis muligt.





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Hvad ønsker patienten. Evidens er mange ting.

Undgå dobbeltregistrering

Undgå dispensere medicin manuelt

Vælg klogt er ikke set fra patienter.

Brug SP til klynge randomisering

Prioriter lægefagligt kvalitetsarbejde lige så højt som forskning og klinisk arbejde. Så får vi tid til at skabe ny kultur og nye arbejdsgange

Undgå overbehandling af patienter i den sidste tid

Undgå unødigt udredning og behandling af ældre syge medborgere

Undgå at kontrollere patienter på hospitalet, hvis det kan klares fra eget hjem ved telemedicin





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Fælles EPJ i hele Danmark

Dagligdagens procedurer kan bedst løbene monitoreres i elektronisk patient journaler der også kan skabe hats stop og BPAer

Standardiserede blodprøvepakker+styring af oprettelse af pakker+undervisning af blodprøver

Region Syddanmark gennemførte i 2018 dobbelt så mange mr og ct scanninger pr indbygger ift landsgennemsnittet pga en stor udstyrspark. Så er en reduktion på 36% af rygscanningerne ikke vildt imponerende..m

Klæd patienterne på til at stille kritiske spørgsmål til ny behandling - med Scotland som forbillede

Foretag cost benefit analyse inden man pålægger indsamling af data, der kræver ekstra arbejde for klinikere

Er der planlagt samarbejde med Psykiatri?

Største spild: arving ikke arbejder efter bedste kliniske retningslinjer og evidens

Undgå at dispensere medicin manuelt i kommunerne - overgå til maskinelt dosispakket medicin for egnede patienter i højere grad - og fasthold maskinel dosispakning også efter indlæggelse for patientsikkerhed i samlet patientforløb





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

NKR for let hovedtraume- obs. Commotio. NKR anbefaler blodprøve, men flere hospitaler sender forsat patienter i CT scanner istedet for blodprøven. Vi belaster kapaciteten ved Røntgen og Skanning unødigt, samt påfører patienterne stråler

Drop SP

Nedlæg regionerne

Antal besøg pr patient om året (intervaller mellem hvert besøg)

Tilstrækkelig formidling/kommunikation mellem samarbejdspartnere. GDBR spænder ben for den gode overlevering. Vores systemer taler ikke tilstrækkeligt sammen. Det er svært at genfinde relevant information.

Eet elektronisk system i hele landet, så vi kan tale sammen og se hinandens billeder

Vær bedre til at sætte behandlingsloft - uddannelse til alle læger i den nødvendige samtale

Standardiser registreringskrav på tværs af ALLE RKKP databaser

Inddrag farmaceuter i de komplekse medicineringer, så der kommer det optimale fokus på rationel farmakoterapi





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Synlig behandlingsansvarlig læge for at spare tid i arbejdsgange. Drøfte fejl og succes internt i organisationen for at lære af hinanden Sikrer at anbefalinger når ud til kommunerne så der arbejdes ud fra samme anbefaling

Differentiere kontroller for mange typer af kræftbehandlinger og evt. lade kontrollerne være på foranledning af patienterne, hvis behandlingsmæssige konsekvenser kun tages på baggrund af symptomer.

Dobbelt dokumentation, både i journal og på fysiske

Fokus på deprescribing hos patienter med polyfarmaci

Afsætter ressourcer til implementeringen, så vi gør det, vi ved virker i stedet for at fortsætte i de gamle vaner

Bestilling af tilsyn fra samarbejdende afdelinger. Effektivisering baseret på tillid - f.eks. mellem somatik og psykiatri.

Undgå for hyppig øjenscreening af diabetikere ved at sikre at øjenlægen kender reguleringsgrad af diabetes (indgår i kriterier for fastlæggelse af screeningsinterval)

Brug af ct ved intraarticulære frakturer. ???

PRO har især indenfor knæproteser været med til at ændre indikationen og for prostatakraft ændret behandlingen





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Mange behandlingsansvarlige læger omkring medicin og behandling. At bestille medicin og finde tider kræver mange ressourcer fra sundhedsfagligt personale og patienter

undgå behandling i sidste livsfasemere behandling hjemme: færre unødige rutinekontroller mere systematisk træning, mindre operation

En meget stor del af klinisk tidsspild er administrativt genereret, ikke patient genereret. Er der en "vælg klogt" strategi på ledelses niveau?

Undgå dobbeltdokumentation. Klinikere skal understøttes af it-systemer - ikke omvendt. It-systemer skal have en høj udnyttelsesgrad.

Fælles journal adgang mellem psykiatri og somatik.

Tekniske/IT udfordringer hos plejepersonale pga manglende uddannelse i at anvende værktøjerne

Systematisk brug af PRO skemaer

Tag patienter med på råd om hvad der er unødvendigt

Mere hjemmebehandling understøttet virtuelt for dem som kan





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Unødvendigt: Lange godkendelsesprocesser og meget jura for at få data

Vælg op antibiotika i stedet for iv

Lav regionale patientforløb som styrker samarbejdet og kommunikationen mellem afdelingerne ift. tværgående forløb.

Vælg klogt-emner kunne egne sig godt til mini-LKTer (Lærings og Kvalitetsteams) - gerne på tværs af regionerne, så vi kan hjælpes ad med at lykkes med fravalg.

Svært at genfinde data igen i jernalerne

Mere sammedagskirurgi

Generelt Information til patienter, når retningslinjer ændres.

Mere fokus på videokonsultationer med læger, sygehus og kommune

Lav behandling for patienternes skyld, ikke politikernes.





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Tværfaglige indsatser

Alle databaser skal aflevere direkte til LPR

Vigtigt at det er nemt som sundhedsprofessionel at navigere - nationale NICE style guidelines der spænder over sundhed, social og arbejdsmarked. Hvordan kan vælg klogt inkluderes i guidelines?

Hvad får vi ud af obduktion af fostre? Føtale ultralydskanninger er så avancerede og detaljerede at der sjældent opnåes yderligere viden ved obduktion.

Afskaf standardiserede blodprøvepakker, tag kun relevante prøver

Brug de mange data i de nationale registre og databaser langt mere omfattende og kreativt til real life evidens

Vi har masser af områder, hvor vi har solid evidens; det er implementeringen der halter, ikke problemer med mangel på evidens. Fokus skal være på implementering.

Afskaf Sundhedsplatformen. Et dokumentationshelvede. Indfør fælles EPJ i hele landet.

I højere grad afklare patienters funktionsevne især hos den ældre borger gerne med hjælp fra pårørende inden der udarbejdes genoptræningsplaner eller henvises til hospitalsbaseret rehabilitering





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Husk at seponere iværksat behandling, når det ikke længere er nødvendigt (f.eks. IV væske hos en patient, der begynder at spise og drikke selv)

Kun iværksætte en undersøgelse, hvis der er indikation for det. Ikke lade sig styre af frygt for fejl

Gensidig sparring mellem Regioner og Kommuner for at sikre relevant attestanmodning (spørgsmål) fra kommunerne og relevant info fra læger til kommuner - kendskab til hinandens rammer til gavn for patienter/borgere

Kritisk medicingennemgang for alle i langtidsbehandling, 3 - 6 efter ændring/start af behsndling

Mindre defensiv medicin, gøre det rigtige istedet for at gøre det rigtigt.

Vælg klogt anbefalinger som LKT (i mindre skala)

Dobbeltdokumentation og alt for mange Nice-to-know just in case-undersøgelser i akutmodragelsen

Brug PRO data til i højere grad at fastlægge behandlingsindsatsen.

Lægeforeningen skaber unødvendig frygt for styrelserne og risikoen for klager og tilsynssager - og medvirker dermed til unødvendige undersøgelser





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Ensret lokale instrukser ud fra nationale enighed. Massivt dobbeltarbejde i vores lille land.

Somatisk akutte patienter skal være ABC ustabile, for at komme ind på sygehuset.

Lade læger ordinere generisk og apoteket udlevere det, som svarer til ordinationen

Test/evaluering- sats på mikrohandlinger- det SKAL give mening for dem der skal implementere- "hvad er der i det for mig?"- nedefra og op

Differentieret screeningsintervaller - bl.a. på mamma

Genbrug af dokumentation - f.eks når seng og amb ligger på forskellige overafd. Så vi dokumenterer dobbelt for at overholde kvalitetskrav

Øge brugen af og viden om fælles beslutningstagning

Udarbejde forløbsbeskrivelser for børnepsykiatrien

etabler et ledelsessystem der sikrer tid og prioritering til at skabe en forbedringskultur





# Hvordan skærer vi det unødvendige fra og optimerer de resterende 80%?

Uddannelsesdage for de praktiserende læger på speciale / klinikker -det kan fremme kultur forståelsen for huinsden

