

Bilag 1

Faglig gennemgang af kræftområdet – audit på udvalgte kræftområder



Dato 16-06-2023

Baggrund

Som led i Indenrigs- og Sundhedsministeriets plan for 'Genopretning af kræftområdet' har Sundhedsstyrelsen igangsat en faglig gennemgang af ventetider og kapacitet på kræftområdet. Et af elementerne heri er, at regionerne har skullet gennemføre en journalaudit på mindst 15 journaler på kræftområder med vedvarende, systematiske udfordringer med kapaciteten og dermed med efterlevelsen af reglerne om maksimale ventetider.

Audit omhandler perioden 4. kvartal 2022 – 1. kvartal 2023.

Regionerne er derudover blevet bedt om at gennemføre interviews med relevante ledere og medarbejdere mhp. at verificere og nuancere resultatet af journalauditsene samt vurdere sammenhængen med kapacitetsudfordringen og eventuelt andre medvirkende forhold.

Nedenfor redegøres nærmere for rammerne for gennemførelsen af audit i Region Midtjylland samt for resultaterne af regionens audit opdelt på kræftområder.

Datagrundlag

Region Midtjylland har så vidt muligt målrettet udvælgelsen af cases til audit på overskridelser der ikke er fagligt velbegrunderet eller patientinitieret, men skyldes kapacitetsudfordringer, registreringsfejl eller andet.

I Region Midtjylland er der gennemført journalaudits på følgende områder og afdelinger/hospitaler:

Kræftområde	Afdeling og hospital
Urologi	<ul style="list-style-type: none">• Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital• Urinvejskirurgisk afdeling, Regionshospitalet Gødstrup
Gynækologi	<ul style="list-style-type: none">• Kvindesygdomme og Fødsler, Aarhus Universitetshospital
Brystkræft	<ul style="list-style-type: none">• Plastik og brystkirurgi, Aarhus Universitetshospital• Røntgen og scanning, Hospitalsenhed Midt

For flere kræftområder gælder, at der er auditeret på mindre end 15 forløb. Dette skyldes, at der er fundet færre end 15 overskridelser i perioden.

Formål

Formålet med auditten har jf. Sundhedsstyrelsens bestilling været at indhente uddybende, kvalificerende viden om udfordringer med efterlevelse af reglerne om maksimale ventetider og sammenhængen med kapaciteten ved bl.a. at:

- uddrage oplysninger om ventetidens varighed
- årsager til ventetid ud over de 14 dage
- undersøge dokumentation af regionens overholdelse af informations- og handlepligt og patientens samtykke til tilbudt behandlingstidspunkt

Metode

Audit er tilstræbt udført efter fælles principper, som er søgt koordineret og tilpasset i samarbejde med de andre regioner med henblik på at sikre, at regionernes auditresultater bliver så sammenlignelige som muligt. Det skal i den sammenhæng bemærkes, at de fem regioner har forskellige data- og journalmæssige forudsætninger, hvilket betyder at udgangspunktet for audit og dermed metodevalg vil være forskellig.

Der er auditeret ud fra den tidligere forståelse af informations- og handlepligten – dvs. forud for Sundhedsstyrelsens præciserede notat af 25. april 2023 - da det var denne forståelse hospitalerne arbejdede ud fra i den periode, der er blevet auditeret på.

Nærværende audit adskiller sig således fra den audit, der indgår i redegørelsen af den 14. juni 2023 for mave-tarmkræftområdet på Mave- og Tarmkirurgisk afdeling i Region Midtjylland. I redegørelsen af 14. juni 2023 blev der efter ønske fra Sundhedsstyrelsen auditeret ud fra den præciserede forståelse af informations- og handlepligten i Sundhedsstyrelsens notat af den 25. april 2023.

Med henblik på læring, og med henblik på at få indsigt i den opgave, det bliver at omsætte den præciserede informations- og handlepligt i den kliniske virkelighed, har Region Midtjylland i nærværende redegørelse valgt også at se nærmere på, hvad der fremadrettet er behov for at justere for at kunne efterleve den præciserede informations- og handlepligt.

Audit er gennemført som intern audit i de enkelte afdelinger og auditgrupperne har typisk været sammensat med repræsentation fra afdelingsledelse og klinik. Derudover har hvert hospital udpeget en tovholder der har haft til opgave at tilrettelægge audit lokalt, udarbejde en sammenfatning af auditresultaterne mm.

Udover at auditere på de udvalgte patientforløb er auditgrupperne blevet bedt om at reflektere over auditresultaterne og drøfte:

- Stemmer resultaterne af audit overens med det billede auditgruppen/afdelingsledelsen ellers har af:
 - Årsager til overskridelser af de maksimale ventetider
 - Afdelingens dokumentation af efterlevelsen af handlepligten
 - Afdelingens dokumentation af patienternes samtykke til behandlingstidspunkt
 - Afdelingens dokumentation af om patienterne informeres om de mulige sundhedsmæssige konsekvenser af ventetiden
- Hvis ikke resultaterne af audit stemmer overens med det billede auditgruppen/afdelingsledelsen ellers har af årsager til overskridelser af de maksimale ventetider mm. Hvad er det generelle billede af ovenstående faktorer?
- Hvilke underliggende faktorer vurderes af afgørende betydning for evt. kapacitetsudfordringer?

Resultater

Urologi

På Regionshospitalet Gødstrup er det vurderingen, at de bagvedliggende årsager til overskridelserne af de maksimale ventetider i de auditerede forløb er kapacitetsudfordringer til MR-scanning. Derudover er det hospitalets vurdering, at hospitalet i stort set alle forløb der indgår i audit, helt eller delvist har levet op til informations- og handlepligten. Regionshospitalet Gødstrup bemærker, at auditresultaterne stemmer overens med de arbejdsgange hospitalet havde i perioden, der danner grundlag for auditten, men at arbejdsgangene efterfølgende er blevet ændret som følge af Sundhedsstyrelsens præcisering af informations- og handlepligten. Særligt er der blevet arbejdet med at sikre, at der foretages en individuel vurdering af ventetidens potentielle betydning for patienternes helbred og at patienterne oplyses om dette. Hospitalet bemærker følgende:

- I alle de auditerede forløb er patienterne blevet skriftligt informeret om overskridelsen i både brev og indkaldelsesbrev. Men Sundhedsstyrelsens præcisering af handlepligten har givet anledning til ændringer i arbejdsgangene omkring de nyhenviste patienter til udredning for kræft i prostata. Ændringerne indebærer, at patienter, hvor hospitalet ikke kan tilbyde en MR-tid inden for 14 dage, i dag kontaktes af urologisk forløbskoordinator med henblik på at sikre alle elementer i handlepligten samt dokumentationen heraf; information om overskridelsens varighed, mulighed for omvisitering og information om konsekvenserne af en potentiel overskridelse.
- Ved nyhenviste patienter har det været vanskeligt at indhente et samtykke til enten omvisitering eller accept af overskridelser, da der ikke foregår nogen konsultation. Patienterne blev opfordret til at kontakte Regionshospitalet Gødstrup, hvis de havde specifikke ønsker eller kommentarer til de fremsendte informationer og tiden til MR-scanning. Dette har ingen af patienterne i de auditerede forløb gjort.

På baggrund af Sundhedsstyrelsens præcisering af informations- og handlepligten er arbejdsgangen nu ændret. Dette indebærer, at nyhenviste patienter til udredning for kræft i prostata i dag kontaktes af urologisk forløbskoordinator med henblik på at sikre handlepligten og dokumentationen af denne.

- Audit viste, at der har været udfordringer med at sikre, at patienterne blev informeret om de sundhedsmæssige konsekvenser af overskridelserne. Dette skyldes til dels daværende manglende opmærksomhed på denne del af handlepligten samt det faktum, at Røntgen og Skanning, der varetog bookingen til MR-scanning, ikke har den faglige kompetence til at vurdere konsekvenserne af overskridelserne og dermed heller ikke kan orientere patienterne om dette.

Afdelingsledelserne i Urinvejskirurgien og Røntgen og Skanning samt hospitalsledelsen på Regionshospitalet Gødstrup vurderer samlet set, at den generelle mangel på kvalificeret arbejdskraft – specifikt radiografer og radiologer – er den afgørende betydning for kapacitetsudfordringerne på området. Regionshospitalet Gødstrup har i april 2023 indledt et samarbejde med en privat aktør. Denne varetager nu alle MR-scanninger af kontrol-patienter. Dette frigør kapacitet til nyhenviste patienter til udredning for kræft i prostata. Samtidig er samarbejdet med Aarhus Universitetshospital intensiveret således, at Aarhus Universitetshospital hjælper med MR-scanninger, når Røntgen og Skanning på Regionshospitalet Gødstrup ikke i relation til den aktuelle patientgruppe kan overholde den maksimale ventetid.

Auditeringen på det urologiske område på Aarhus Universitetshospital viste, at årsagen til overskridelserne af de maksimale ventetider i størstedelen af forløbene skyldtes kapacitetsproblemer. I enkelte tilfælde var overskridelserne fagligt velbegrundede. Og endeligt er de registrerede overskridelser i enkelte forløb en fejl.

Hospitalet har vurderet, at informations- og handlepligten er overholdt i hovedparten af de forløb, hvor der er tale om reelle overskridelser. Hospitalet havde således orienteret patienterne mundtligt om overskridelse og skriftligt om retten til at vælge andet hospital. Samtidig har hospitalet vurderet, at dokumentationen i flere forløb kun delvist vil leve op til den præciserede fortolkning af handlepligten, blandt andet fordi det i flere forløb ikke i tilstrækkelig grad er dokumenteret:

- at patienten er orienteret om eventuelle helbredsmæssige konsekvenser af ventetiden
- at der er givet et realistisk tilbud om henvisning til behandling på andet sygehus i Danmark eller i udlandet

Hospitalet bemærker, at det i mange tilfælde kan være svært at vurdere de helbredsmæssige konsekvenser af en given ventetid og at denne del af informations- og handlepligten derfor kan være vanskelig at leve op til.

Ved enkelte patientforløb gælder det, at patienterne ved en fejl, hverken ved samtale eller via brev er blevet informeret om overskridelse eller ret til at vælge andet sygehus.

Aarhus Universitetshospital har følgende bemærkninger omkring overskridelserne:

Det har i flere år været vanskeligt at sikre kapacitet svarende til aktivitetsudviklingen på det urologiske område. Udfordringen er landsdækkende og gælder særligt operationskapacitet og sengekapacitet.

- **Operationskapacitet:**
Generelt er den samlede operative kapacitet på området presset, da rekruttering og fastholdelse af anæstesi- og operationssygeplejersker er vanskelig. Der er bl.a. i regi af hospitalets operationsprogram igangsat og planlagt en række initiativer på Bedøvelse og Operation Syd, som betjener hhv. Mave- og Tarmkirurgi, Urinvejskirurgi og Kvinde-sygdomme og Fødsler.
- **Sengekapacitet:**
Afdelingens sengeafsnit har haft udfordringer med vakancer i hele 2022. Afsnittet modtager – ud over de elektive benigne og maligne patienter - også alle akutte urologiske patienter på Aarhus Universitetshospital. Driften på sengeafsnittet forudsætter brug af frivilligt ekstrarbejde og kraftig nedprioritering af benign aktivitet, herunder visitering til private aktører.

Gynækologi

På det gynækologiske kræftområde har Aarhus Universitetshospital auditeret på et begrænset antal overskridelser (da der ikke kunne findes flere overskridelser i perioden). Nogle overskridelser skyldtes registreringsfejl og enkelte var reelle, da hverken handlepligten eller reglerne for informeret samtykke var overholdt i disse forløb.

De fundne registreringsfejl har medført, at der har været afholdt et møde omkring registrering blandt afdelingens lægesekretærer og, at der er iværksat løbende opfølgingsmøder.

Aarhus Universitetshospital bemærker, at afdelingen har et kapacitetsproblem på operationsgangen og at der er planlagt igangsat tilsvarende tiltag som på det urologiske område bl.a. samarbejde med Region Syddanmark mm.

Brystkræft

Hospitalsenhed Midt har auditeret på de få forløb på brystkræftområdet, hvor de maksimale ventetider ikke var overholdt. Auditeringen på forløbene viste,

at den manglende overholdelse af ventetiderne skyldtes en fejl i registreringspraksis. Arbejdsgangene er nu ændret, og der er indført en monitorering af bookingerne således, at lignende fejl undgås i fremtiden.

På Aarhus Universitetshospital er der ligeledes blevet auditeret de få forløb på brystkræftområdet, hvor de maksimale ventetider ikke var overholdt. Auditoren viste, at der var manglende registreringer ved alle forløb, og at der således reelt ikke var nogle overskridelser af de maksimale ventetider. Hospitalet blev opmærksom på registreringsproblematikken i starten af maj, hvorefter der er afholdt et møde med Brystklinikken omkring registrering.

Aarhus Universitetshospital bemærker samtidig, at der er udfordringer i udredningen af brystkræft. De maksimale ventetider overholdes via brug af private leverandører af kliniske mammografier.