

Revisionsrapport

Uppföljning av tidigare granskning avseende remisshantering inom landstinget Dalarna

Landstinget Dalarna

Augusti 2010

Margaretha Larsson

INNEHÅLL

Sammanfattning	3
1. Inledning	5
1.1 Bakgrund	5
1.2 Revisionsfråga och avgränsning.....	5
1.3 Metod.....	6
2. Resultat ”Aktuellt avseende remisshantering i landstinget Dalarna”	6
2.1 Internkontroll.....	6
2.1.1 Vad har hänt.....	7
2.1.2 Kommentar	7
2.2 Information	7
2.2.1 Vad har hänt.....	8
2.2.2 Kommentar och bedömning.....	9
2.3 Rutiner, utformning och hantering avseende remisser.	10
2.3.1 Vad har hänt.....	10
2.3.2 Kommentar	12

Sammanfattning

Komrev inom PricewaterhouseCoopers har av revisorerna i Landstinget Dalarna fått i uppdrag att genomföra en uppföljande granskning utifrån 2007 års granskning avseende hur remisser hanteras ur ett patient- och verksamhetsperspektiv.

Syftet med granskningen var då **att bedöma om styrelsen utformat och säkerställt ändamålsenliga och effektiva rutiner avseende landstingets remisshantering sett ur såväl ett internt verksamhetsperspektiv som ur ett patientperspektiv.**

Uppföljningens avgränsning är i princip densamma som vid granskningen 2007 d.v.s. den omfattar fyra vårdcentraler samt sju specialistkliniker. I nu genomförd uppföljning har utgångspunkten varit hur verksamheten utvecklats utifrån de rekommendationer och förslag till förbättringsåtgärder som då lämnades.

Mot bakgrund av genomförd granskning görs följande iakttagelser och revisionella bedömningar:

- Vårdgivaren har ambitionen att säkerställa patientsäkerheten i och med framtagandet av landstingsgemensamma rutiner för remisshantering med definition och ansvarsförtydligande
- Det har skett en klar förbättring från tidigare granskning vad det gäller förekomst av rutiner och arbetet lokalt med dessa.
- I de upprättade rutinerna finns inte någon rekommendation eller riktlinje avseende patientdelaktighet och information vilket vi bedömer vara en brist.

Värt att notera är att de nu gällande rutinerna är giltiga till och med 2010-12-31 och att det är hög tid för utvärdering och eventuell revidering.

- Inom landstinget Dalarna saknas fungerande ledningssystem utifrån SOSFS 2005:12 (Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården).
- Det finns brister avseende rutiner och hantering av informationen till patienten.
- Landstingsstyrelsen brister vad det gäller vårdgivaransvaret utifrån SOSFS 2005:12 där det tydligt regleras att vårdgivaren har ansvar för att ange mål och ge direktiv till verksamhetsansvariga avseende den inriktning som ska gälla för bemötande, information och kommunikation med patienter och närstående.

I vår granskning har vi funnit följande områden att utveckla:

- Landstinget Dalarna behöver utarbeta och fastställa ett ledningssystem i enlighet med SOSFS 2005:12 (Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården) som omfattar bland annat

- Rutiner för internkontroll avseende uppföljning av huruvida fattade beslut och uppdrag till verksamheten verkställs.
- System för att säkerställa att kravet på patientinformation tillgodoses.
- När de nu aktuella rutinerna revideras under hösten måste patientperspektivet tydliggöras ytterligare vad det gäller delaktighet, bemötande, information och kommunikation.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Under 2007 genomfördes en granskning av hälso- och sjukvårdens remisshantering. Syftet med granskningen var att bedöma om styrelsen utformat och säkerställt ändamålsenliga och effektiva remissrutiner ur såväl ett patientperspektiv som ur ett internt verksamhetsperspektiv.

Granskningen visade att landstinget Dalarnas under 2007 antagit nya direktiv om remisshanteringen. Direktivet bedömdes som ändamålsenligt ur såväl ett patientperspektiv som ur ett verksamhetsperspektiv.

Emellertid noterades att den information som lämnas till den enskilda patienten i samband med remisser var otillräcklig och inte heller enhetlig. Som exempel gjorde revisorerna bedömningen att det var otillfredsställande att patienten inte i ett tillräckligt tidigt skede kunde få preciserat när en eventuell undersökning/behandling ska genomföras.

Vid granskningstillfället hade flera av de granskade enheterna inte kännedom om de nya rutinerna. Ingen uppföljning hade heller gjorts av återrapporteringen. Detta förhållande bedömdes som en mycket allvarlig brist i och med att det visade att det saknades rutiner att följa upp och säkerställa att det landstingsövergripande direktiv följs.

I yttrandet från Landstingsstyrelsen avseende genomförd granskning angav de att bättre rutiner bör tas fram som säkrar att direktiv följs bland annat vad det gäller återrapportering av lokala rutiner. Vidare ansåg Landstingsstyrelsen att informationen till patienten bör förbättras och eventuellt vara skriftlig.

Landstinget i Dalarnas revisorer har beslutat att genomföra en granskning med syftet är att kartlägga vilka åtgärder som vidtagits i hälso- och sjukvården med anledning av 2007 års granskning av remisshanteringen i landstinget Dalarna och styrelsens yttrande över denna samt bedöma ändamålsenligheten i vidtagna åtgärder.

1.2 Revisionsfråga och avgränsning

Den övergripande revisionsfrågan är om landstingets internkontroll, kvalitetsarbete och centrala direktiv för remisshanteringen ändamålsenligt och i överensstämmelse med vad som kan anses vedertaget inom området?

För att få svar på den övergripande frågan har svar sökts på följande frågeställningar.

- Vilka förändringar i rutiner har gjorts i syfte att säkerställa att lämnade direktiv efterlevs och är åtgärderna ändamålsenliga
- Har åtgärder vidtagits med målet att patienten ska få mer exakt information om tid för planerade åtgärder och är denna information i så fall ändamålsenligt utformad?
- I vilken utsträckning har informationen till patienten förbättrats?

- Har något förbättringsarbete för att utveckla standardremisser initierats och vilket resultat har detta i så fall lett fram till?

Uppföljningen har utgått från vad som gjorts/hänt i verksamheten sedan granskningen 2007 och med utgångspunkt av de rekommendationer och förbättringsåtgärder som då lämnades.

Uppföljningen har så gott som samma avgränsning som den granskning som genomfördes 2007 och omfattar fyra vårdcentraler samt sju specialistkliniker.

1.3 Metod

Granskningen har genomförts genom studier av dokumenterade styrdokument, direktiv, riktlinjer och rutiner samt protokoll från landstingsstyrelsen och hälso- och sjukvårdsutskottet.

Samtal och intervjuer har genomförts med landstingsdirektör, chefsläkare, utvecklingschef, ordförande Hälso- och sjukvårdsutskottet samt handläggare vid patientnämnden. Vidare har verksamhetsansvariga från de mottagningar som omfattas av granskningen kontaktats via personligt möte, telefon eller mail.

Rapporten har faktaavstämts med samtliga verksamheter och personer som bidragit och deltagit i genomförd granskning.

2. Resultat "Aktuellt avseende remisshantering i landstinget Dalarna"

I mars 2008 (2008-03-03) behandlade landstingsstyrelsen (§ 34) revisionsrapporten avseende remisshantering i landstinget Dalarna.

Förutom att svar till revisionen fastlades under mötet beslutades också bland annat att uppdra till förvaltningscheferna för läns- och närsjukvården att initiera ett utvecklingsarbete i syfte att förbättra hanteringen av remissrutiner, med beaktande av landstingsrevisionens påpekande.

Dessutom beslutades att en redovisning av detta arbete skulle ske till hälso- och sjukvårdsutskottet efter sommaren 2008 för att därefter rapporteras i landstingsstyrelsen senast december 2008.

2.1 Internkontroll

I granskningen som genomfördes 2007 konstaterades brister i uppföljning och internkontroll avseende förekomst av lokala rutiner och följsamheten av dessa utifrån det

centrala direktivet som fastställdes 2007 efter en av socialstyrelsen genomförd tillsyn under 2006.

Bedömning och rekommendation i den då genomförda granskningen var att informationskanalerna mellan vårdgivaren och respektive verksamhetschef bör ses över samt att rutiner skapas för internkontroll avseende lokala rutiner och följsamheten.

2.1.1 Vad har hänt

Vi har i den nu genomförda granskningen funnit att landstingsstyrelsen vid ett tillfälle och då i samband med att revisionsrapporten ”Remisshantering ur ett patient- och verksamhetsperspektiv” från 2007 handlades hanterat frågan kring utveckling av remisshantering inom hälso- och sjukvården. I det åtgärdsbeslut som fattades och det uppdrag som verksamheterna fick att utveckla remisshantering fanns ett krav på återrapportering till hälso- och sjukvårdsutskottet samt landstingsstyrelsen. Enligt uppgift från intervjuade har information skett om pågående utvecklingsarbete kring remisshantering. Dock har det inte gått att finna något om detta i några protokoll från tiden 2008 – 2010 vare sig hos landstingsstyrelsen eller hälso- och sjukvårdsutskottet.

Inom ramen för genomförd uppföljning har inte gått att finna något som tyder på att det upprättats några rutiner för att säkerställa och följa upp följsamhet och kvalitet i remisshantering.

Vid genomförda intervjuer framkommer det att det inom lanstinget Dalarna saknas fungerande ledningssystem enligt SOSFS 2005:12 (Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården). Dock har ett två årigt projekt startat för att utarbeta och fastställa ett ledningssystem.

2.1.2 Kommentar

Vår bedömning är att det är anmärkningsvärt att det fem år efter att författningen från socialstyrelsen, SOSFS 2005:12 (Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården), kom fortfarande saknas ledningssystem med rutiner för internkontroll.

Vi anser att landstinget Dalarna behöver utarbeta och fastställa rutiner för internkontroll avseende uppföljning av huruvida fattade beslut och uppdrag till verksamheten verkställs.

Internkontrollen ska vidare vara en del av ett ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården vilket saknas och snarast bör inrättas inom landstinget Dalarna.

2.2 Information

2007 när granskningen genomfördes konstaterades att patienten lämnar vårdcentralen med vetskap om att en remiss ska skickas men inte när remissen skickas från vårdcentralen och den revisionella bedömningen var att informationen till patienten kunde förbättras.

Exempelvis föreslogs att det vore lämpligt att ett brev skickas till patienten som meddelar när remissen skickats till specialistkliniken samt till viken klinik den skickats.

Vidare bedömdes att antalet telefonsamtal från patienter och spontana besök vid receptioner skulle minska om patienten informeras i samband med att remissen skickas från vårdcentralen.

2.2.1 Vad har hänt

Information till patienten sker nu liksom tidigare i samband med besöket hos läkaren som fattar beslut om att remiss ska skickas. I de fall där beslut om att skicka remiss tas vid ett senare tillfälle t.ex. efter provsvar informeras oftast patienten via brev. Men även telefonkontakt tas ibland.

Ingen av de granskade enheterna har specifikt arbetat med vare sig att förbättra kring patienternas delaktighet eller informationsrutiner. Dock har frågan om patientinformation diskuterats i chefsläkargruppen. Bland annat har man tittat på vilken information som finns på bekräftelser, kallelser och brev till patienter. I detta har det som setts onödigt "skalats" bort och den information som nu finns på framför allt bekräftelser och kallelser har tydliggjorts samt blivit enhetlig i de olika verksamheterna.

Även om informationen till viss del förbättrats som ovan beskrivits kan vi utifrån kontakt med för uppföljningen aktuella enheter konstatera att samma problematik kvarstår och att inga förändringar skett vad det gäller hur och när patienterna informeras.

Ingenstans i aktuella regelverk finns frågan kring patienternas information och delaktighet enskilt eller specifikt tydliggjord. Däremot finns en rad lagar, författningar och propositioner på olika sätt reglerar området. Exempelvis kan nämnas 2 b § HSL (hälso- och sjukvårdslagen) och för hälso- och sjukvårdspersonalen i 2 kap. 2 § LYHS (Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område) samt prop. 1998/99:4 s. 24.

Dessutom finns i SOSFS 2005:12 (Ledningssystem för kvalitet och patientsäkerhet i hälso- och sjukvården) ansvaret för en individuellt anpassad information reglerat enligt följande:

Vårdgivarens ansvar

- att ange mål och ge direktiv till verksamhetsansvariga för den inriktning som ska gälla för bemötande, information och kommunikation med patienter och närstående

Verksamhetschefens ansvar

- att utifrån lagstiftningens bestämmelser och vårdgivarens mål och direktiv se till att verksamheten har ändamålsenliga rutiner som är anpassade till de patientgrupper som ingår i verksamhetschefens ansvarsområde

I genomförd granskning har vi i kontakter med verksamhetschefer funnit att frågan kring information och delaktighet har låg prioritet. Ett flertal av de kontaktade verksamhetscheferna har svårt att se vilken mer information som ska till än det muntliga beskedet från läkaren att den skriver en remiss. Vidare har man också svårt att se hur en rutin ska se ut som i verkligheten ger en större delaktighet och respekt för patienten.

I vår kontakt med patientnämndens administration bekräftas våra iakttagelser att ingen förbättring skett avseende remisser och patientinformation snarare tvärtom.

Under 2009 har antalet anmälda ärenden som handlar om remisser ökat. Anmälningarna består till stor del av oklarheter om remisser skickats, remisser som kommit bort, lång tid innan remiss hanterats samt att patienten inte vet vad som ska hända i nästa skede och att det är oklarheter vem som har ansvar för vad.

Att det finns brister avseende patientinformation och delaktighet är inte enbart ett lokalt problem för landstinget Dalarna. Socialstyrelsen har uppmärksammat detta och publicerade under sommaren 2010 en handbok¹ med en samlad beskrivning av lagstiftningen, Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd samt andra regelverk som gäller patienters ställning och rätten till självbestämmande, information, delaktighet och kontinuitet.

Handboken vänder sig till vårdgivare, verksamhetschefer, hälso- och sjukvårdspersonal och andra som ansvarar för och arbetar med information och kommunikation till patienter och närstående. Syftet med denna handbok är att underlätta tillämpningen så att den blir mer enhetlig över landet.

Handboken har tagits fram av en arbetsgrupp på socialstyrelsen i samverkan med en extern referensgrupp bestående av representanter från Sveriges Kommuner och Landsting, Vårdföretagarna, Sveriges läkarförbund, Vårdförbundet, Sveriges Kommunalarbetareförbund, Handikapporganisationernas samarbetsorgan, Sveriges Pensionärsförbund och Pensionärernas Riksorganisation.

2.2.2 Kommentar och bedömning

Vi gör vid denna uppföljning av tidigare genomförd granskning samma sammanfattande bedömning att det finns brister avseende informationen till patienten och att den kan förbättras.

¹ ” Handbok för vårdgivare, verksamhetschefer och personal
ISBN 978-91-86585-42-6
Artikelnr 2010-7-5
Publicerad www.socialstyrelsen.se, juli 2010

Utifrån våra iakttagelser i genomförd granskning bedömer vi att landstingsstyrelsen brister vad det gäller vårdgivaransvaret utifrån SOSFS 2005:12 där det tydligt regleras att vårdgivaren har ansvar för att ange mål och ge direktiv till verksamhetsansvariga avseende den inriktning som ska gälla för bemötande, information och kommunikation med patienter och närstående. Vår slutsats blir att även inom detta område blir det uppenbart att det saknas fungerande ledningssystem inom landstinget Dalarna.

Landstinget Dalarna måste utveckla ett ledningssystem där det ingår att säkerställa att kravet på patientinformation tillgodoses.

Det som vi kan se som positivt är det tagits ett grepp kring informationen och ett försök till likriktning vad det gäller information i brev, kallelser och remissbekräftelser.

Sammanfattningsvis bedömer vi att med omtanke, respekt och god information utifrån ett patientperspektiv kan antalet telefonsamtal från patienter och spontana besök vid receptioner minskas. T.ex. om patienten informeras på ett bättre sätt i samband med att remissen skickas från vårdcentralen och sedan hålls delaktig under vårdprocessen behöver patienten inte ringa eller besöka mottagningarna för enklare frågor om remissen skickats, kommit fram, väntetider etc. Detta skulle inte enbart kunna ge nöjdare patienter det skulle också möjligen frigöra tid hos personal på mottagningarna.

2.3 Rutiner, utformning och hantering avseende remisser.

Föreskriften, SOSFS 2004:11, reglerar vårdgivarens och verksamhetschefernas ansvar för att skriftliga direktiv och rutiner finns på de remitterande och mottagande enheterna.

För remitterande enhet ska rutiner finnas för hur dokumentation av utfärdade remisser sker i journal och vem som ansvarar för detta, vem som ansvarar för bevakning av remissbekräftelse. För mottagande enhet ska det finnas rutiner för att remissen blir bedömd/åtgärdad.

Det centrala direktiv som landstinget Dalarna utarbetade 2005 och som reviderades 2007 har ett tydligt syfte att säkerställa patientsäkerheten, genom att utöver föreskriften SOSFS 2004:11 lägga till generella förtydliganden. I granskningen från 2007 bedömdes att det centrala direktivet är ändamålsenligt.

Vid granskningstillfället 2007 fanns inga landstingsgemensamma direktiv/riktlinjer för vad en remiss ska innehålla. Samtliga granskade enheter hade lokala rutiner för remisshantering om än olika och inte uppdaterade utifrån det centrala direktivet.

2.3.1 Vad har hänt

Utifrån det uppdrag som landstingsstyrelsen gav förvaltningschef har en arbetsgrupp bestående av representanter för Länssjukvården respektive Närsjukvården under ledning av chefsläkare, Leif Hernfalk, arbetat processinriktat med att ta fram rutiner, direktiv avseende ansvar gällande remisser och remisshantering.

Inledningsvis antogs ett PM i februari 2009 avseende ansvar och ansvarsfördelning vid remittering av patienter mellan primärvården och länssjukvården i landstinget Dalarna.

Utifrån detta PM och den naturliga vårdprocessen fortsatte sedan arbetet med framtagande av landstingsövergripande rutiner med ytterligare stöd från bland annat:

- SOSFS 2004:11 om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården mm
- Direktiv för hälso- och sjukvården, tandvården och LD Hjälpmiddel i Landstinget Dalarna gällande verksamhetschefens ansvar för remisshantering. LD05/0119
- Beslut av Servicenämnden, Landstinget Dalarna gällande gallring av inskannad handling i journalsystemet Melior. LsD 0085/04
- Remisshantering. Rapport från en tematisk verksamhetstillsyn inom Uppsala-Örebro sjukvårdsregion. 2008-12-02. Socialstyrelsen 44-361/2005

I den fastlagda rutinen som gäller 2009-07-01 – 2010-12-31 finns tydligt beskrivet vad det gäller syfte, omfattning, ansvar och definition.

Vid granskningen 2007 rekommenderades ett förtydligande avseende begreppen remiss eller vårdbegäran och för att undanröja missförstånd skapa en enhetlighet med en gemensam definition. I de nu gällande rutinerna finns begreppet *remiss* förtydligat.

Rutinen har i syfte att säkerställa patientsäkerheten, förhindra att remisser kommer bort i hanteringen mellan olika instanser samt att patienten blir bedömd inom rimlig tid och att remissvar inkommer inom godtagbar tid.

Rutinen omfattar samtliga enheter inom läns- och närsjukvården. Eventuella avvikelser från rutinen skall hanteras genom avvikelshantering.

Implementering av de nya rutinerna åvilar verksamhetschef som också har ansvar för att dessa efterlevs och anpassas utifrån lokala förutsättningar. Det fortsatta arbetet inom de olika klinikerna och enheterna när det gäller remisshantering, dess rutiner och revidering sker på lite olika sätt. Exempel som beskrivs av granskade enheter för att hålla verksamheten informerad och uppdaterad kring aktuella rutiner är bland annat genom ledningsmöten, på arbetsplatsträff samt via e-post till berörda. Samtliga enheter som omfattats av nu genomförd uppföljning har under det senaste året aktualiserat och reviderat sina rutiner. Enheter som ej har upprättat lokala riktlinjer använder sig av de centralt utformade rutinerna och följer dessa.

Inom de verksamheter som omfattats av granskningen uppger man att rutinernas följsamhet säkerställs genom bland annat landstingets avvikelssystem, diskussioner på arbetsplatsträffar etc.

Inom landstinget Dalarna används flera system för hantering av patientinformation, dokumentation, journal- och remisshantering. Vidare finns ingen standardremiss framtagen men för vissa diagnoser som exempelvis vid höftproblematik har man beslutat om att standardisera viss viktig information som måste finnas med, t.ex. senaste röntgen.

En upphandlingsprocess pågår sedan början av 2010 och ett nytt gemensamt databaserat verksamhetsstöd för journaler och dokumentation beräknas introduceras under 2011.

2.3.2 Kommentarer

En kontrollfråga i granskningen var huruvida något förbättringsarbete för att utveckla standardremsor har initierats och vilket resultat har detta i så fall lett fram till. Svaret på denna är nej det arbetats inte direkt med utformandet av standardremsor därmed har vi inte heller kunnat se några effekter.

Däremot har enligt vår bedömning ett gediget arbete lagts ner för att upprätta rutiner för remisshantering och ansvarsfrågan har tydliggjorts. Under detta arbete har man enligt vår uppfattning arbetat på ett systematiskt sätt och skapat delaktighet genom att arbeta verksamhetsövergripande i arbetsgrupp bestående av representanter för länssjukvården och närsjukvården. Vidare har de förslag man kommit fram till kommunicerats med verksamheterna genom remissförfarande.

Inom ramen för genomförd granskning har vi iakttagit att det skett en klar förbättring från tidigare granskning vad det gäller förekomst av rutiner, kännedom om dessa samt att de hålls aktuella och är reviderade. Värt att notera är att de nu gällande rutinerna är giltiga till och med 2010-12-31 och att det är hög tid för utvärdering och eventuell revidering.

Dock har vi uppmärksammat att det i de upprättade rutinerna inte finns någon rekommendation eller riktlinje avseende patientdelaktighet och information vilket vi bedömer vara en brist. Vi anser att när de nu aktuella rutinerna revideras under hösten måste patientperspektivet tydliggöras ytterligare vad det gäller delaktighet, bemötande, information och kommunikation.