



Samverkan vid högspecialiserad vård

Revision på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i
Landstingen Dalarna och Uppsala län

Mars 2011

Innehåll

1	Sammanfattning och slutlig bedömning	3
2	Inledning	5
2.1	Bakgrund	5
2.2	Syfte och avgränsning	5
2.3	Metod	5
3	Styrning	6
3.1	Nationella regler och riktlinjer	6
3.1.1	God vård	6
3.1.2	Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)	6
3.2	Avtal och regelverk i Landstingen Dalarna och Uppsala	7
3.2.1	Avtal för regionsjukvård	7
3.2.2	PM beslut – Remisser för Högspecialiserad vård	7
3.3	Remissrutiner	8
3.3.1	Rutin för remisshantering Landstinget Dalarna	8
3.3.2	Regelverk för remisshantering vid Akademiska sjukhuset	8
4	Statistik	8
4.1	Lex Maria	8
4.2	Patientnämnden	8
5	Samverkan vid högspecialiserad vård mellan Falu lasarett och UAS	9
5.1	Samspelet mellan Falu lasarett och UAS	9
5.1.1	Samspel och kommunikation mellan Kirurgkliniken, Medicinkliniken och Öron-, Näs- och Halskliniken vid Falu lasarett och Onkologiska kliniken	10
5.1.2	Samspel och kommunikation mellan Kirurgkliniken, Medicinkliniken och Öron-, Näs- och Halskliniken vid Falu lasarett och Onkologisk endokrinologi	11
5.1.3	Samspel med primärvården	12
5.1.4	Remissprocess	12
5.1.5	Pågående projekt för ökat samspel	13
5.1.6	Våra kommentarer	13
5.2	Ansvarsfördelning för information till patient och anhöriga	14
5.2.1	Våra kommentarer	15
5.3	Kompetens och information	15
5.3.1	Våra kommentarer	15

1 Sammanfattning och slutlig bedömning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstingen Dalarna och Uppsala län har Helseplan granskat samverkan mellan sjukvården i Dalarna och Akademiska sjukhuset i Uppsala. Syftet har varit att bedöma ändamålsenlighet och effektivitet i samspelet mellan sjukhusen och patienter i samband med högspecialiserad vård. Granskningen omfattar enbart onkologiska sjukdomar.

I Dalarna har granskningen avgränsats till att omfatta Medicinkliniken, Öron-Näs- och Halskliniken samt Kirurgkliniken vid Falu lasarett. På Akademiska sjukhuset i Uppsala har granskningen avgränsats till Onkologiska kliniken och Kliniken för onkologisk endokrinologi. Inom ramen för denna granskning har vi bl.a. intervjuat företrädare för de olika klinikerna.

Statistik från Landstinget i Dalarna visar att kliniker i landstinget skickade totalt 5 798 remisser under 2009 varav 3 819 till Akademiska sjukhuset. Av dessa skickade Falu lasarett totalt 673 remisser avseende patienter med cancersjukdomar till berörda kliniker på Akademiska sjukhuset. 603 av dessa remitterades till onkologiska kliniken och 35 till onkologisk endokrinologi.

Landstinget Dalarna och Akademiska sjukhuset i Uppsala har tecknat ett avtal för regionsjukvård inklusive akut och remitterad vård. Avtalet är gällande för perioden 2010-2014. Avtalet innehåller bl.a. skrivningar avseende informationsöverföring under vårdtiden samt återföring av patient. Avtalet reglerar i huvudsak administrativa delar och ordet "patient" omnämns i mycket begränsad omfattning. Utöver avtalet finns det ett PM som reglerar hur remisser avseende högspecialiserad vård ska hanteras. Därtill har Landstinget Dalarna och Akademiska sjukhuset egna remissrutiner/regelverk.

Enligt intervjuer har det inte upprättats en Lex Maria anmälan de senaste tre åren till följd av bristande information.

Mellan åren 2008-2010 (december) inkom det totalt 27 anmälningar till patientnämnden i Dalarna som avsåg Akademiska sjukhuset. Patientnämnden i Uppsala län saknar statistik avseende anmälningar som gäller samverkan mellan Akademiska sjukhuset och Falu lasarett.

Granskningen visar att samspelet mellan kirurgen och onkologen fungerar ändamålsenligt. Klinikerna har ett nära samspel genom exempelvis att onkologer tjänstgör på kirurgen fyra dagar i veckan samt genom de gemensamma MDT-konferenserna (Multi Disciplinära Team). Granskningen visar att informationsöverföringen mellan klinikerna sker kontinuerligt och under patientens hela vårdprocess.

Intervjuer tyder på att informationsöverföringen under pågående vårdprocess kan öka mellan onkologen och medicin. Hur informationsöverföringen ska gå till under pågående vårdprocess finns reglerat i avtalet för regionsjukvård.

Öron-, Näs- och Halskliniken remitterar få patienter till onkologen då samspelet med Universitetssjukhuset i Örebro bedöms fungera bättre.

Kirurgi och medicin är överens om att Kliniken för onkologisk endokrinologi i för stor utsträckning håller patienterna längre än nödvändigt. Enligt verksamhetschefen för onkologisk endokrinologi har patienterna en så pass komplicerad sjukdomsbild som gör att de vanligtvis behöver ha långvarig vård eller gå på kontinuerliga kontroller på kliniken i Uppsala. Enligt avtalet för regionsjukvårds § 6 "ska patienten, så snart det är möjligt med hänsyn till hälsotillståndet, återföras till hemlandstingen och den vårdenhet som remitterat patienten (...)"

Remissprocessen mellan klinikerna uppfattas som ändamålsenlig och utförare som remittent uppfattar att hon/han får tillräckligt med information. Granskningen visar att fel sällan uppstår mellan klinikerna på grund av otillräcklig information.

Primärvården ingår inte som en del i denna granskning. Det har dock framkommit att klinikernas kontakt med primärvården generellt är mycket begränsad. Det finns anledning för klinikerna att, i högre omfattning än vad som sker idag, fundera över om viss information bör vidarebefordras till patientens husläkare efter att patienten gett sitt godkännande.

Granskningen indikerar att ansvarsfördelningen för information till patienterna och dess anhöriga under de skilda skeendena i vårdprocessen är tydlig. Klinikerna informerar sina patienter och dess anhöriga dels i samtal med både läkare och sköterskor, dels via broschyrer, hemsidor och till viss del även via telefon. Det går dock inte att säkerställa att patienten i alla lägen kan tillgodogöra sig den information som ges. Vissa patienter får negativa besked som de inte kan, eller vill, förstå i första skedet.

Granskningen visar att berörda vårdenheter i Landstinget Dalarna har strukturer för att säkra att rätt kompetens finns tillgänglig för att patienter ska kunna omhändertas på ett ändamålsenligt sätt. Dock kan det tillstöta komplikationer som kräver specialistkompetens vilket ej finns inom varken onkologi eller onkologisk endokrinologi på Falu lasarett. Risker är större under kvällar och helger då onkologer inte tjänstgör i Falun. Ett nära samspel och täta dialoger är dock insatser som sker för att minimera riskerna.

Ett sätt att öka kunskaps- och informationsspridningen mellan endokrinologen och berörda kliniker i Falun är att ansvarig läkare på endokrinologen bjuder in kollegor i Falun till NET Tumor Board konferenserna. På så sätt skulle berörda läkare få information om patientens tillstånd vilket är värdefullt i de fall patienten ska eftervårdas eller få delar av sina cytostatiska behandlingar i Falun.

Enligt det avtal som är tecknat för regionsjukvård mellan Landstinget Dalarna och Akademiska sjukhuset i Uppsala ska epikris/remissvar efter avslutad vård sändas till remittenten. Granskningen visar att onkologen kan bli bättre på att skicka över epikris/brev till klinikerna i Falun. Det förekommer att patienterna anländer före epikris/brev vilket gör att mottagande klinik saknar viktig information om patienten.

Slutligen bedömer vi att samspelet mellan berörda kliniker i Landstinget Dalarna och på Akademiska sjukhuset i Uppsala län i huvudsak är effektivt och ändamålsenligt. Bedömningen grundar sig på att det finns strukturer och kanaler för samverkan vilket resulterar i effektiva processer vilka i möjligaste mån utgår från patientens behov. Vår bedömning är därmed att de granskade klinikerna arbetar i enlighet med God vård.

Följsamheten till Avtal för regionsjukvård kan dock utvecklas framförallt vad gäller informationsöverföring under vårdtiden samt redovisning av utförd vård.

I syfte att utveckla samspelet än mer ger vi dock följande rekommendationer:

- *Vi rekommenderar att klinikerna träffas och diskuterar det som de upplever som problem och att paragraferna 5-7 i avtalet för regionsjukvård utgör underlag i dessa diskussioner.*
- *Vi rekommenderar att det införs tydliga rutiner för hur klinikerna ska säkerställa att epikris/brev inte anländer senare än patienten till mottagande klinik och att detta genomförs i praxis.*

2 Inledning

2.1 Bakgrund

Ett landsting som t ex Landstinget Dalarna kan inte erbjuda all vård i det egna landstinget. Vården kan t.ex. kräva kostbar utrustning eller hög kompetens som inte är praktiskt möjlig eller ekonomiskt försvarbar att tillhandahålla i ett enskilt landsting. Landstingen köper då denna, oftast högspecialiserade, vård från andra sjukvårdshuvudmän. Landstinget Dalarna köper, som exempel, årligen högspecialiserad vård för ca 400 miljoner kronor. En stor andel av vården köps från Akademiska sjukhuset i Uppsala och Örebro. Förevarande granskning tar sikte mot den högspecialiserade vård som köps av Akademiska sjukhuset i Uppsala, se avgränsning nedan.

Varje vårdtillfälle inom den högspecialiserade vården engagerar ett stort antal människor. Sammantaget kan konstateras att om den högspecialiserade vården ska fungera ställs stora krav på ett utvecklat samspel i hela vårdkedjan och mellan de olika aktörerna i den. Alla rutiner måste t ex vara så väl utvecklade att de säkerställer att all nödvändig information finns tillgänglig för rätt personal vid rätt tidpunkt. Detta gäller inte enbart i samspelet mellan berörda kliniker utan, vilket inte är minst viktigt, i förhållande till patienten och till den vårdpersonal som patienten kan komma att möta när denna är åter i Dalarna under t ex eftervård eller i samband med akut tillstötande komplikationer etc.

Brister i samspelet drabbar patienten genom ökad oro och osäkerhet men ger också upphov till onödiga kostnader. Frågan om samspelet innehåller många olika delar men en grundförutsättning för ett fungerande samspel är en fungerande informations- och kunskapsöverföring. Signaler till revisionen visar att det kan finnas brister i det nödvändiga samspelet, inte minst mellan berörda vårdgivare och patienten och dess anhöriga.

Frågan om samspelet innehåller många olika delar men en grundförutsättning för ett fungerande samspel är en fungerande informations- och kunskapsöverföring. Denna granskning har avsett att bedöma ändamålsenligheten och effektiviteten i samspelet mellan Hälso- och sjukvården i Dalarna, Akademiska sjukhuset i Uppsala och patienten kring just informations- och kunskapsöverföring. Granskningen utförs som en gemensam granskning mellan revisorerna i Uppsala läns landsting och revisorerna i Landstinget Dalarna.

2.2 Syfte och avgränsning

Syftet med granskningen har varit att bedöma ändamålsenlighet och effektivitet i samspelet mellan hälso- och sjukvården i Dalarna, Akademiska sjukhuset i Uppsala och patienter i samband med högspecialiserad vård.

Granskningen omfattar enbart onkologiska sjukdomar.

I Dalarna har granskningen avgränsats till att omfatta Medicinkliniken, Öron-Näs- och Halskliniken samt Kirurgkliniken vid Falu lasarett. På Akademiska sjukhuset i Uppsala har granskningen avgränsats till Onkologiska kliniken och Onkologisk endokrinologi.

2.3 Metod

Inom ramen för denna granskning har vi *intervjuat* följande personer:

Falu lasarett

- Verksamhetschef Medicinkliniken
- Medicinskt ansvarig läkare för Öron-Näs- och Halskliniken
- Verksamhetschef Kirurgkliniken

Akademiska sjukhuset i Uppsala

- Verksamhetschef Onkologiska kliniken
- Överläkare Onkologiska kliniken
- Verksamhetschef Kliniken onkologisk endokrinologi
- Överläkare Kliniken onkologisk endokrinologi

Vi har även haft kontakt med Patientnämnden i Landstinget Dalarna, Patientnämnden i Landstinget i Uppsala län samt Socialstyrelsen vad gäller Lex Mariaanmälningar.

Vi har bl.a. tagit del av följande *dokument*:

- Avtal för regionsjukvård
- Remissrutiner
- Statistik avseende remisser

3 Styrning

3.1 Nationella regler och riktlinjer

3.1.1 God vård

Socialstyrelsens arbete med God vård tar bl.a. utgångspunkt i hälso- och sjukvårdslagen (HSL 1982:763). En av avsikterna med God vård är att koppla ihop patientperspektivet med ledningsperspektivet.

En av delarna i God vård är *säker hälso- och sjukvård*, vilket syftar till att minska risken för vårdskador. En förutsättning för att förebygga vårdskador är att vårdgivaren har ett utvecklat ledningssystem för kvalitet och säkerhet. Exempel på processer i ett aktivt riskförebyggande säkerhetsarbete som beskrivs i God vård är:

- System som säkerställer att hälso- och sjukvårdspersonal har adekvat kompetens och att den upprätthålls
- Metoder och rutiner som säkerställer att samarbete, kommunikation och rapportering inom och mellan verksamheter fungerar väl.

Patientfokuserad hälso- och sjukvård beskrivs också i God vård. Vården ska planeras och genomföras i samråd med patienten, vilket förutsätter dialog mellan patienten, hälso- och sjukvårdspersonalen och ofta även närstående/anhöriga. Kommunikationen ska vara en integrerad del av all vård och behandling.

Individuell information och kunskapsöverföring är ytterligare ett område inom God vård. Hälso- och sjukvården är skyldig att genom individuellt anpassad information förmedla kunskap, förståelse och insikt om hälsotillstånd, diagnos och metoder för undersökning och behandling. Informationen bör helst förmedlas i en dialog mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen och ofta även närstående.

Verksamhetens processer ska styras med utgångspunkt från vad som är bäst för patienten. Det är viktigt att vårdens delar fungerar bra tillsammans. Personalen bör också ha kunskap om andras kompetens i vårdkedjan. För att säkerställa att vård och omhändertagande sker på ett ändamålsenligt sätt ska det finnas rutiner som tydliggör ansvaret för samverkan i gränssnitten mellan olika ansvarsområden.

3.1.2 Offentlighets- och sekretesslag (2009:400)

I 25 kapitlet regleras sekretess till skydd för enskild i verksamhet som avser hälso- och sjukvård m.m. i 1 § framgår att *"sekretess gäller inom hälso- och sjukvården för uppgift om en enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till denne lider men"*. Vissa undantag från sekretess finns, t.ex. kring psykiatrisk tvångsvård.

Om en patient remitteras vidare gäller bestämmelserna i 25 kap 1§. Om det finns tankar om att t.ex. kvalitetssäkra en eventuellt förmodad diagnos hos den remitterande läkaren krävs att patienten medger att en sådan återföring sker.

3.2 Avtal och regelverk i Landstingen Dalarna och Uppsala

3.2.1 Avtal för regionsjukvård

Landstinget Dalarna och Akademiska sjukhuset i Uppsala har tecknat ett avtal för regionsjukvård inklusive akut och remitterad vård. Avtalet är gällande för perioden 2010-2014. Nedan redogör vi för de rubriker i avtalet som är intressant i denna granskning.

§ 1 Avtalets omfattning

Avtalet är ett ramavtal för akut och remitterad vård, inklusive remissbunden högspecialiserad utomlänssjukvård. Med vård avses högspecialiserad remissbunden elektiv och akut sjukvård, såväl öppen som slutet vård.

§ 2 Utfärdandet av remiss

Landstingen fastställer vem eller vilka som äger rätt att remittera till vård enligt avtalet och att remiss innehåller adekvata uppgifter för att sjukhusen ska kunna bedriva en högkvalitativ och kostnadseffektiv vård.

Sjukhusen utser patientansvarig läkare för vårdtillfället och den utsedde läkaren svarar för kontakterna med remitterande läkare. Vid behov av vidareremittering utom regionen från den enhet till vilken remissen är ställd ska kontakt tas med den inremitterande enheten i hemlandstinget som också erhåller kopia på vidareremissen.

§ 5 Informationsöverföring under vårdtiden

Sjukhusen kommer löpande att, till remitterande enhet i landstinget, överföra information gällande enskild patient under vårdprocessen. Undantag kan överenskommas mellan parterna.

§ 6 Återföring av patient

Efter utförd vård ska patienten, så snart det är möjligt med hänsyn till hälsotillståndet, återföras till hemlandstingen och den vårdenhet som remitterat patienten. Grunden för återföring är när den del av vårdperioden, där sjukhusens specifika kompetens behövs, är avslutad och där sjukhusens specifika kompetens behövs, är avslutad och där fortsatt vård och behandling kan ske på berörd vårdenhet inom hemlandstinget.

Hemlandstinget ska alltid ta ställning till var uppföljning och kontroll ska ske.

§ 7 Redovisning av utförd vård

Efter avslutad vård sänds epikis/remissvar till remittenten. Om patienten återförs till landstingens vårdinrättningar för fortsatt slutet vård ska sjukhusen kontakta mottagande enhet före återförandet av patienten återföljas av epikris alternativt annan för den fortsatta vården adekvat medicinsk information. Epikris/remissvar i övriga fall översändes senast tio (10) arbetsdagar efter utskrivning.

3.2.2 PM beslut – Remisser för Högspecialiserad vård

2008-04-30 fattade länssjukvårdschefen och ordförande i beredningsgruppen för högspecialiserad vård i Falun beslut om ett PM avseende remisser för högspecialiserad vård.

I PM:et redogörs det för vilka kriterier för högspecialiserad vård, huvudregler som krävs för att remisser ska få skickas, undantag till PM:et samt hanteringsgång vid utfärdande av remiss.

3.3 Remissrutiner

Ansvar för remisser inom bl.a. hälso- och sjukvården framgår i Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2004:11. En remiss är en handling om en patient som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar.

Vårdgivaren ska ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser ska utformas och hanteras. Verksamhetschefen ska fastställa rutiner som ska användas inom verksamhetsområdet, för hantering av utgående remisser och inkommande remissvar.

3.3.1 Rutin för remisshantering Landstinget Dalarna

Syftet med remissrutinerna är att förhindra att remisser kommer bort i hanteringen mellan olika instanser. I rutinerna, som omfattar samtliga enheter inom läns- och närsjukvården, beskrivs hur utgående samt ingående remisser ska hanteras. I rutinerna framgår även vad som gäller för remisser avseende högspecialiserad vård och hänvisning sker till "särskilda fastställda administrativa remissregler". Rutinerna för hantering av remisser till högspecialiserad vård är de samma som för övriga remisser.

3.3.2 Regelverk för remisshantering vid Akademiska sjukhuset

I dokumentet "Remisshantering inom landstinget i Uppsala län" presenteras landstingets samlade remissrutiner. Rutinerna gäller för konsultremisser samt för remisser till medicinsk service, inklusive röntgen och laboratorieanalyser. I dokumentet framgår tillämpningsrutiner i verksamheten (t.ex. vem/vilka som får utfärda remisser, hur remisser ska registreras och sändas och bevakning av remissvar) samt verksamhetschefens ansvar på dels den remitterande enheten, dels den mottagande enheten. På den mottagande enheten ska det finnas rutiner för "hur och i vilka fall den remitterande enheten och patienten ska få besked om att remissen mottagits och när den kommer att åtgärdas". Det ska finnas skriftlig rutin för att patienten informeras om att remiss mottagits och när den kommer att åtgärdas samt att skicka skriftlig remissbekräftelse på pappersremiss.

4 Statistik

4.1 Lex Maria

Vårdgivare ska anmäla händelser som medfört eller skulle ha medfört allvarlig skada för patienten till Socialstyrelsen. Vårdgivare ska utreda händelsernas orsaker och vidta åtgärder så att de inte upprepas.

Socialstyrelsen får in cirka 1 500 anmälningar enligt Lex Maria per år. Mörkertalet antas dock vara stort. Enligt Socialstyrelsen statistik gjordes det år 2008 30 Lex Maria anmälningar i Landstinget Dalarna. I Uppsala registrerades samma år 41 stycken anmälningar.

År 2008 gjordes det i hela riket 12 anmälningar inom verksamhetsområdet somatisk specialistvård – onkologi.

Enligt intervjuer har det inte upprättats en Lex Maria anmälan de senaste tre åren till följd av bristande information. Eventuellt kommer Kirurgkliniken på Falun lasarett att upprätta en Lex Maria anmälan avseende bristande information.

4.2 Patientnämnden

Patientnämndens verksamhet regleras i lag (1998:1656). Enligt lagen ska det i ett landsting finnas en eller flera nämnder med uppgift att stödja och hjälpa patienter inom den hälso- och sjukvård som bedrivs inom ramen för hälso- och sjukvårdslagen. Nämnden ska utifrån synpunkter och klagomål stödja och hjälpa enskilda patienter och bidra till kvalitetsutveckling och hög patientsäkerhet i hälso- och sjukvården genom att

- Hjälpa patienter att få den information de behöver för att kunna ta till vara sina intressen i hälso- och sjukvården.
- Främja kontakterna mellan patienter och vårdpersonal.
- Hjälpa patienter att vända sig till rätt myndighet.
- Rapportera iakttagelser och avvikelser av betydelse för patienterna till vårdgivare och vårdenheter.

Landstinget Dalarna

Mellan åren 2008-2010 (december) inkom det totalt 27 anmälningar till patientnämnden i Dalarna som avsåg Akademiska sjukhuset. Två av dessa gällde bemötande och kommunikation, 10 stycken organisation-regler-resurser (t.ex. bristande rutiner, vårdgaranti) och 15 stycken vård-behandling (t.ex. försenad behandling, utebliven behandling, felaktig behandling).

Landstinget Uppsala län

Patientnämnden saknar statistik som visar samverkan mellan Falu lasarett och Akademiska sjukhuset. År 2010 registrerade Patientnämnden i Uppsala län *totalt* 1040 ärenden vilka fördelade sig som följer: 470 vård och behandling, 143 bemötande, kommunikation, 381 organisation, regler och resurser, 46 övrigt.

År 2010 inkom totalt 13 stycken anmälningar till Patientnämnden gällande onkologi och 1 ärende gällande onkologisk endokrinologi. År 2010 registrerades totalt 80 ärende avseende bemötande/kommunikation för *hela* Akademiska sjukhuset.

5 Samverkan vid högspecialiserad vård mellan Falu lasarett och UAS

5.1 Samspelet mellan Falu lasarett och UAS

Statistik från Landstinget i Dalarna visar att kliniker i landstinget totalt skickade 5 798 remisser under 2009 varav 3 819 till Akademiska sjukhuset. Av dessa skickade Falu lasarett totalt 673 remisser avseende patienter med cancersjukdomar till berörda kliniker på Akademiska sjukhuset. 603 av dessa remitterades till Onkologiska kliniken och 35 till Onkologisk endokrinologi.

Kliniker UAS	Falun totalt	Remitterande klinik i Falun								
		Medicin	Barn	Kardio	Kirurgi	Ortopedi	KK	Ögon	ÖNH	Oral kir
Onkologi	603	102	1	3	458	2	7	13	16	1
Barnonkologi	19	1	18							
Endokrinonkologi	35	9			25					
Strålning	14	4		1	10					
Gyn onkologi	2						2			
Cancergenetiska										
	673	116	19	4	493	2	9	13	16	1

Remisserna fördelar sig på följande sätt mellan de tre klinikerna medicin, kirurgi och öron-, näs och halskliniken:

	Medicin	Kirurgi	ÖNH
Onkologi	102	458	16
Onkologisk endokrinologi	9	25	0

Statistiken innehåller en viss osäkerhet. Det beror delvis på att patienter med onkologiska sjukdomar kan ha remitterats direkt till en specialistklinik på Akademiska sjukhuset och därmed har ingen registrering skett på de aktuella klinikerna. I tillägg kan patienter på onkologiska kliniken på Akademiska sjukhuset beskrivas/registreras på cirka 10 olika sätt i datasystemet, vilket komplicerar framtagandet av statistik. Detta påverkar dock inte vården samt den ekonomiska ersättningen.

5.1.1 Samspel och kommunikation mellan Kirurgkliniken, Medicinkliniken och Öron-, Näs- och Halskliniken vid Falu lasarett och Onkologiska kliniken

Kirurgen och onkologen

Kirurgen och onkologen har ett nära samspel och samarbete. Fyra dagar i veckan tjänstgör onkologer från Akademiska sjukhuset på kirurgkliniken, på vilken det inrättats en onkologisk mottagningsenhet för kirurgiska patienter. Den femte dagen bemannas kliniken av onkolog från Gävle. Detta innebär att den onkologiska öppenvården sker på Falu lasarett vilket medför att onkologerna har ett nära samarbete med både patienter och personal på kirurgen i Falun. Ambitionen är att minimera antalet kontroller på Akademiska sjukhuset så att patienterna ska slippa resa. Patienternas behov är så långt det är möjligt i fokus, enligt intervjuade på onkologen. Öppenvård för andra klinker/enheter, slutenvård samt strålbehandling sker på onkologen på Akademiska sjukhuset.

Kirurgen kan även kontakta onkologerna på Akademiska sjukhuset för konsultation. Överläkaren på onkologen menar att någon av överläkarna alltid är tillgänglig oavsett dag eller tid på dygnet. Vid behov går onkologerna konsultationsrundor på vårdavdelningarna i Falun. Kirurgen och onkologen har kontinuerligt s.k. MDT-konferenser (Multi Disciplinära Team). På dessa diskuteras patienter som är gemensamma för de båda klinikerna. Konferenserna bidrar också till kunskapsöverföring och informations spridning mellan klinikerna vilket resulterar i att sjukvårdshuvudmännen har tillräcklig kunskap och information under hela vårdprocessen. De beslut som tas på konferenserna dokumenteras i journalerna. MDT-konferenserna har resulterat i ett minskat brevskickande mellan sjukhusen. Innan en patient kommer till onkologen från kirurgen har den diskuterats på konferenser, vilket gör att alla patienter är inplanerade och personalen förberedd. Onkologen har även en s.k. koordineringssköterska samt en vårdplaneringsköterska med uppgiften att ha en övergripande kontroll över vissa patientgrupper för att öka samordning och patientsäkerhet.

Enligt verksamhetschefen för kirurgen fungerar samarbetet med onkologen bra. Det finns dock önskemål om att Falu lasarett skulle inrätta en egen klinik för onkologi. Det skulle, enligt verksamhetschefen, öka kontinuiteten bland onkologerna. Onkologi består dessutom av så många subspecialiseringar och det vore därav en fördel att kunna bygga upp kompetensen på plats. Risken med dagens system är att det kommer onkologer med "fel" sub-specialitet, dvs. som inte svarar mot patienternas behov. Intervjuade vid onkologen anser att Falun inte bör starta en egen klinik, utan att det är mer ändamålsenligt att utveckla samarbetet mellan sjukhusen. En del av ett sådant utvecklingsarbete skulle kunna vara att etablera "öronmärkta" onkologiska vårdplatser på kirurgkliniken. En annan del i utvecklingsarbetet är att införa olika team, något som ökar möjligheterna att kunna möta patienternas olika behov. Ett sådant utvecklingsarbete har startat, men är i sin linda.

Medicin och onkologen

Medicin har en egen specialistläkare inom onkologi. Enligt verksamhetschefen för medicin och intervjuade på onkologen har de båda klinikerna att väl fungerar samspelt. Samarbetet utgår från tydliga rutiner och formaliserade kontaktvägar. Medicin har även möjlighet att konsultera och rådfråga onkologerna vid behov. Medicin remitterar särskilt många patienter (ca 20-30 patienter/år) till Neurokliniken på Akademiska sjukhuset. Dessa patienter omhändertas dels av onkologen och Neurokliniken på Akademiska, dels av Medicinkliniken i Falun och detta samspel fungerar ändamålsenligt, enligt intervjuade.

Enligt verksamhetschefen för medicin kan dialogen med onkologen utvecklas avseende patienter inom öppenvården. Detsamma gäller för patienter som är under behandling. Dialogen kring de akut sjuka patienterna fungerar bra. Ytterligare ett förbättringsområde är vårdprogram. Enligt verksamhetschefen för medicin skulle fler och gemensamma vårdprogram mellan Falu lasarett och Akademiska sjukhuset öka kvalitet i samverkan genom hela vårdprocessen i och med att sjukhusen skulle utgå från samma riktlinjer. Problemet är dock att vårdprogram inte är en integrerad del i budgetdiskussionerna vilket gör att det saknas resurser till ett sådant utvecklingsarbete.

Sedan hösten 2010 bedrivs det ett projekt mellan Medicinkliniken och Akademiska sjukhuset. En specialist på hjärntumörer tjänstgör som konsult på Medicinkliniken eftersom det är planerat att Falun eventuellt ska ta över ansvaret för dessa patienter framöver.

Öron-, Näs- och Hals och onkologen

Öron-, Näs- och Halskliniken remitterar få patienter till onkologen på Akademiska sjukhuset. De samarbetar istället med Universitetssjukhuset i Örebro vilka i högre omfattning arbetar i team vilket leder till högre kvalitet, patientsäkerhet och service, enligt medicinskt ansvarig på öron-, näs- och hals. Intervjuad menar att Akademiska sjukhuset generellt har en stelbent organisation. Detta blir tydligt när patienter återremitteras till kliniken i Falun då remissen anlant till "fel" klinik på Akademiska sjukhuset. Om mottagande klinik istället för att återremittera remissen till Falun skickade den vidare internt skulle tid sparas. Dagens process riskerar leda till att perioden mellan diagnos och behandling blir onödigt lång för berörda patienter, enligt medicinskt ansvarig.

Enligt medicinskt ansvarig håller onkologen kvar patienter längre än nödvändigt i och med att de genomför kontroller som skulle kunna ske på öron-, näs- och hals i Falun.

Kommunikationen mellan öron-, näs och hals och Akademiska sjukhuset som helhet kan utvecklas kring tumörpatienter. Kliniken håller därför på att utveckla funktionen tumörsköterska för just denna patientgrupp. Funktionen syftar till att fånga upp patienter som är på väg att skrivas ut från Akademiska sjukhuset. Idag får öron-, näs- och hals ingen eller bristfällig information om att patienterna skrivits ut, vilken bedöms vara en brist.

Medicinskt ansvarig för öron-, näs- och hals menar dock att den interna organisationen fungerar väl på såväl Akademiska sjukhuset som på onkologen när patienten väl har kommit rätt. Onkologen tar snabbt emot patienter då de får en remiss och patienterna får en kvalitativ god vård.

Onkologen har på grund av lite samverkan inte kunnat uttala sig om huruvida samspelet med öron-, näs- och hals fungerar ändamålsenligt eller inte.

5.1.2 Samspel och kommunikation mellan Kirurgkliniken, Medicinkliniken och Öron-, Näs- och Halskliniken vid Falu lasarett och Onkologisk endokrinologi

Kirurgen och endokrinologen

Kirurgen är den klinik som har mest samarbete och samspel med endokrinologen. Det vanligaste är att patienter som vårdats på endokrinologen får sina cytostatika behandlingar på kirurgen. Innan behandling startar har endokrinologen och kirurgen en tät dialog. Både kirurgen och endokrinologen bedömer att samspelet och processen mellan dem fungerar ändamålsenligt. Endokrinologen har dock en förmåga att behålla patienterna längre än nödvändigt, enligt kirurgens verksamhetschef.

Patienter som vårdas på endokrinologen har en så pass komplicerad sjukdomsbild som gör att de vanligtvis behöver ha långvarig vård eller gå på kontinuerliga kontroller på kliniken i Uppsala, enligt verksamhetschefen för endokrinologi. Vissa patienter behandlas polikliniskt på endokrinologen vilken innebär att de får resa långt. Enligt intervjuade försöker endokrinologen samordna behandlingarna så långt det är möjligt för att underlätta för patienterna. I de fall behandlingar ligger med någon dags

mellanrum kontaktar endokrinologen kirurgen i Falun och ber om att få skriva in patienterna över natten. Enligt intervjuade på endokrinologen vore det tidsmässigt en fördel om de kunde fatta de besluten utan kirurgens godkännande. Endokrinologen uppfattar att patienterna i den mån det är möjligt pressas till att bli behandlade polikliniskt i stället för som inlagd patient, vilket har med ekonomiska incitament att göra enligt intervjuade på endokrinologen.

Endokrinologens slutenvårdspatienter skrivs sällan ut till andra sjukhus, så också kliniker i Falun. I de fall det sker så är rutinen att personal från endokrinologen ringer till mottagande klinik och informerar om att patienten är på väg. Rutinen är att epikrisen ska skrivas ut och ges till/skickas med patienten vilket för det mesta sker. I annat fall faxas epikrisen över till mottagaren.

Medicin och endokrinologen

Verksamhetschefen för medicin bedömer att samspelet mellan dem och endokrinologen kan utvecklas. Likt kirurgen anser medicin att kliniken håller patienter längre än nödvändigt och både information som kommunikation tillbaka till medicin under vårdprocessen uppfattas av verksamhetschefen som bristfällig.

Öron-, Näs- och Hals och endokrinologen

Öron-, näs- och hals har enligt medicinskt ansvarig lite samverkan med endokrinologen. I de fall samarbete inleds kring en patient bedöms endokrinologin kunna utveckla sin planering och uppföljning av patienten.

5.1.3 Samspel med primärvården

Primärvården ingår inte som en del i denna granskning. Vårdflödet för denna patientgrupp medför dock att de ofta träffar sin husläkare under pågående behandling. Därav kan det vara väsentligt att husläkaren känner till patientens sjukdomsbild, medicinering m.m. I samband med våra möten med klinikerna på både Falu lasarett och Akademiska sjukhuset har vi ställt frågan i vilken omfattning de har kontakt med patientens husläkare inom primärvården. Generellt är kontakten med primärvården mycket begränsad. Kravet för att klinikerna ska få skicka information är, enligt offentlighet och sekretesslagen, att patienten ger sitt medgivande. Endokrinologen är den enda klinik som i viss utsträckning har som rutin att fråga patienterna om deras husläkare och om de skall/får lov att skicka information till henne/honom.

5.1.4 Remissprocess

Som framgår under rubrik 3.3 finns det skriftliga remissrutiner på Falu lasarett och Akademiska universitetssjukhus och enligt de intervjuade följs dessa i huvudsak.

Huvudregeln i remissrutinen är att det ska skickas en formell remiss från Falu lasarett i de fall patienten ska utredas eller behandlas på Akademiska sjukhuset. På Medicinkliniken har en särskild rutin inrättats vilket innebär att verksamhetschefen ska godkänna alla remisser som ska remitteras inom regionen. Rutinen är ett sätt att kontrollera så att inga ”onödiga” remitteringar sker som resulterar i kostnader för kliniken.

Remittenten på Falu lasarett ansvarar alltid för att informera patienten om att hon/han kommer att remitteras till Akademiska sjukhuset. Enligt intervjuade sker detta och det är mycket sällan/aldrig som onkologen eller endokrinologen tar kontakt med en patient som inte vet att hon/han har vidareremitterats till Akademiska sjukhuset.

Remiss och epikris/mottagningsanteckning skickas via posten då sjukhusen har olika administrativa system. I akuta fall faxas dokumentationen över till mottagaren. Innan remiss anländer har onkologen och endokrinologen vanligtvis haft telefonkontakt med remittenten. Det innebär att klinikerna har vetskap om inkommande remisser samt viss kunskap om patientens tillstånd. Onkologens och kirurgens

nära samarbete (onkologen tjänstgör på kirurgen fyra dagar/vecka, MDT-konferenser samt kirurgens möjlighet att konsultera onkologer) gör att patienternas remisser är väl förankrade hos onkologen innan de skickas från kliniken i Falun.

På varje klinik finns det remissbedömande läkare (vanligtvis överläkare), vilken bedömer remisser samt beslutar om när patienten ska få en tid till kliniken.

Mottagande klinik scannar in remissen och får den på så sätt digitalt. Mottagande klinik svarar sedan på remissen genom att skicka ut en kallelse till patienten och en bekräftelse på att remissen mottagits till remittenten. Enligt sjukhusens remissrutiner ska det finnas rutiner för bevakning av både inkommande och utgående remisser.

Patienten kallas i regel inom två veckor, medan akuta patienter tas emot omgående. Första besöket med patienten är ett bedömningssamtal i vilket bl.a. en behandlingsplan fastställs. Beroende av patientens behov, så kan behandlingen bedrivas dels på Akademiska universitetssjukhuset, dels på Falu lasarett.

Enligt de intervjuade fungerar remissprocessen mellan de både sjukhusen väl och det är sällan remisser återremitteras på grund av att det är ofullständiga. Enligt merparten av de intervjuade vore det dock en fördel om sjukhusen kunde ta del av och läsa varandras journalanteckningar samt skicka remisser elektroniskt. Falu lasarett har idag Melior medan Akademiska sjukhuset har Cosmic. Som nämns ovan skrivs det idag ut kopior från journalsystemet vilka sedan scannas in hos mottagaren. Ett samordnat system skulle dels spara tid, dels minska risken för att information faller mellan stolarna.

5.1.5 Pågående projekt för ökat samspel

Landstinget Dalarna bedriver i samverkan med Uppsala-Örebroregionen ett projekt som syftar till att förbättra vårdkedjan för lungcancerpatienter ända ut i kommunerna genom att bl.a. förbättra kommunikation/överlämning mellan vårdgivarna. Projektet ska verka för en helhetssyn på hela lungcancerprocessen och öka delaktigheten för patient som närstående. Projektet, som fått namnet "Lucas – lungcervård i samverkan", finansieras av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL). Projektet är ur samverkanssynpunkt intressant för denna granskning.

Projektet är i sin linda och kommer under år 2011 att fokusera på genomförande och uppföljning. Projektet avslutas 2012 och kommer då att fokusera på resultat. Eftersom projektet är i sin uppstartsfas finns det ingen dokumentation som är av intresse i denna granskning.

5.1.6 Våra kommentarer

Granskningen visar att samspelet mellan kirurgen och onkologen fungerar ändamålsenligt. Klinikerna har ett nära samspel genom exempelvis att onkologer tjänstgör på kirurgen fyra dagar i veckan samt genom de gemensamma MDT-konferenserna. Kirurgen har dessutom möjlighet att konsultera onkologen vid behov. Granskningen visar att informationsöverföringen mellan klinikerna sker kontinuerligt och under patienternas hela vårdprocess.

Liksom kirurgen har medicin möjlighet att konsultera onkologen vid behov. Intervjuer tyder på att informationsöverföringen under pågående vårdprocess kan öka mellan onkologen och medicin. Hur informationsöverföringen ska gå till under pågående vårdprocess finns reglerat i avtalet för regionsjukvård, i vilket det står att sjukhuset löpande ska överföra information gällande enskild patient till den remitterande enheten.

Öron-, Näs- och Halskliniken remitterar få patienter till onkologen då samspelet med Universitetssjukhuset i Örebro bedöms fungera bättre. I de fall samverkan sker är uppfattningen att onkologen håller kvar patienter längre än nödvändigt. Om så är fallet följs inte avtalet för

regionsjukvårds § 6 fullt ut. Onkologen har i samband med denna granskning inte uttalat sig om samspelet med Öron-, Näs- och Halskliniken på grund av lite samverkan.

Kirurgi och medicin har båda uppfattningen att endokrinologen i för stor utsträckning håller patienterna längre än nödvändigt. Enligt avtalet för regionsjukvårds § 6 "ska patienten, så snart det är möjligt med hänsyn till hälsotillståndet, återföras till hemlandstingen och den vårdenhet som remitterat patienten. Grunden för återföring är när den del av vårdperioden, där sjukhusens specifika kompetens behövs, är avslutad och där sjukhusens specifika kompetens behövs, är avslutad och där fortsatt vård och behandling kan ske på berörd vårdenhet inom hemlandstinget."

Vi rekommenderar att klinikerna träffas och diskuterar det som de upplever som problem och att avtalet för regionsjukvård tas med som underlag i dessa diskussioner.

Primärvården ingår inte som en del i denna granskning. Det har dock framkommit att klinikernas kontakt med primärvården generellt är mycket begränsad. Endokrinologen är den enda klinik som i viss utsträckning har som rutin att fråga patienterna om deras husläkare och om de skall/får lov att skicka information till henne/honom. Informationsöverföring mellan slutenvård och primärvård är ofta ett problem då det sker i mycket begränsad omfattning. Det finns anledning för klinikerna att, i högre omfattning än vad som sker idag, fundera över om viss information bör vidarebefordras till patientens husläkare efter att patienten gett sitt godkännande.

Remissprocessen mellan klinikerna uppfattas som ändamålsenlig och utförare som remittent uppfattar att hon/han får tillräckligt med information. Granskningen visar att fel sällan uppstår mellan klinikerna på grund av otillräcklig information.

5.2 Ansvarsfördelning för information till patient och anhöriga

Samtliga intervjuade menar att det är svårt att veta om patienten förstår, alternativt vill förstå, den information som delges dem. Därav rekommenderas patienten att ha anhöriga med sig vid besök där information om tillstånd, resultat, behandling m.m. kommer att ges. Både Falu lasarett och Akademiska sjukhuset bedömer att information och kommunikation till patienterna och dess anhöriga fungerar bra och att det är tydligt vem som har ansvar att informera patienten. Onkologen och endokrinologen uppfattar att patienterna från Falu lasarett är välinformerade.

Onkologen uppfattar det som en styrka att de och kirurgen följer samma vårdprogram. Det gör det tydligt vilken typ av information patienten bör få i de olika stegen i vårdprocessen.

En risk som endokrinologen identifierat är att anhöriga till patienter som behandlas polikliniskt riskerar att få en mindre andel information under vårdprocessens gång då dessa patienter vanligtvis kommer ensamma till sina behandlingar. Patientens anhöriga har för det mesta dock deltagit på tidigare besök och har på så sätt viss information om patientens status.

Klinikerna arbetar kontinuerligt med att vässa sin kommunikation och information till patienter och anhöriga. Information sprids dels i mötet med patienter och anhöriga, dels via hemsidor och skriftligt informationsmaterial. Personalen är även i viss utsträckning tillgänglig för frågor, men det är en omöjlighet att ringa upp till alla patienter och anhöriga som har hör av sig med frågor. På endokrinologen har läkarna telefontid på schemat vilket gör att patienter och anhöriga får en återkoppling samma eller efterföljande dag. Endokrinologen har även ett nära samarbete med patientföreningen CARPA, vars hemsida innehåller värdefull information om sjukdomar, behandlingar m.m.

I samband med brukar-/patientenkäter ställs ofta frågan om patienten upplevt att de fått tillräcklig information och det är vanligtvis detta område som får lägst omdöme.

5.2.1 Våra kommentarer

Granskningen indikerar att ansvarsfördelningen för information till patienterna och dess anhöriga under de skilda skeendena i vårdprocessen är tydlig.

Klinikerna informerar sina patienter och dess anhöriga dels i samtal med både läkare och sköterskor, dels via broschyrer hemsidor och till viss del även via telefon.

Det går dock inte att säkerställa att patienten i alla lägen kan tillgodogöra sig den information som ges. Vissa patienter får negativa besked som de inte kan, eller vill, förstå i första skedet. Därav rekommenderar klinikerna patienterna att ta med sig anhöriga som stöd till vissa möten.

5.3 Kompetens och information

Som nämns ovan följer kirurgen och onkologen samma vårdprogram avseende onkologiska patienter. Personalen från Falu lasarett bjuds även in till regionmöten i Uppsala gällande nya vårdprogram och dessa skickas sedan till ansvariga i Falun. Följsamheten till vårdprogram i kombination med ett nära samarbete och en tät dialog via exempelvis MDT-konferenserna är verktyg för att säkerställa att kirurgen har rätt kompetens och tillräckligt med information för att på ett ändamålsenligt sätt kunna omhänderta patienten.

En risk är dock det faktum att patienter med cancer brukar starka läkemedel vilka kan ge biverkningar i behandlingen med cytostatika. Patienter som eventuellt råkar ut för biverkningar omhändertas jourtid av läkare i Falun som saknar specialistkompetens. Detta har inte hittills varit ett problem, men intervjuade lyfter det som en potentiell risk.

Små personalgrupper innebär alltid en risk enligt samtliga intervjuade. Det är svårt att på ett ändamålsenligt sätt upprätthålla kompetensen inom alla områden på alla sjukhus, något som gäller generellt inom sjukvården.

Läkare i Falun och Uppsala har även gemensamma utbildningsprogram. Som exempel så genomför hematologerna viss del av sin utbildning på Onkologiska kliniken på Akademiska sjukhuset. Medicinskt ansvarig för Öron-, Näs- och Halskliniken bedömer att kompetensen på Onkologiska kliniken är hög och att patienterna blir väl omhändertagna.

Ett identifierat förbättringsområde som samtliga kliniker lyft fram under intervjuerna är att epikrisen från onkologen ofta anländer efter patienten. Detta resulterar i att personalen från det att patienten anländer inte kan vara helt säkra på vilken behandling och vård de ska ge till patienten. Ett sätt att komma ifrån detta är att epikrisen skrivs ut och skickas med patienten, något som onkologen försökt att införa som rutin, men som visade sig vara svårt att genomföra i praktiken.

Endokrinologen uppfattar att både kirurgi och medicin har en tillräcklig kompetens för att kunna ge patienterna en god vård. Ett nära samarbete och täta dialoger gör att läkarna på Falu lasarett är välinformerade om de patienter som behandlas eller förflyttas till Falun. Läkarna på endokrinologen har s.k. NET Tumor Board konferenser där patienter med neuroendokrina tumörer diskuteras. Till dessa konferenser bjuds idag inte läkare från Falun in, men det skulle vara en styrka om de deltog enligt intervjuade.

5.3.1 Våra kommentarer

Granskningen visar att berörda vårdenheter i Landstinget Dalarna har strukturer för att säkra att rätt kompetens finns tillgänglig för att patienter ska kunna omhändertas på ett ändamålsenligt sätt. Dock

kan det tillstöta komplikationer som kräver specialistkompetens vilket ej finns inom varken onkologi eller onkologisk endokrinologi på Falu lasarett. Risken är större under kvällar och helger då onkologer inte tjänstgör i Falun. Ett nära samspel och täta dialoger är dock insatser som sker för att minimera riskerna. MDT-konferenserna och förekomsten av gemensamma vårdprogram mellan kirurgen och onkologen är ytterligare insatser som ökar möjligheten att ge patienterna rätt vård.

Ett sätt att öka kunskaps- och informationsspridningen mellan endokrinologen och berörda kliniker i Falun är att ansvarig läkare på endokrinologen bjuder in kollegor i Falun till NET Tumor Board konferenserna. På så sätt skulle berörda läkare få information om patientens tillstånd vilket är värdefullt i de fall patienten ska eftervårdas eller få delar av sina cytostatikabehandlingar i Falun.

Enligt det avtal som är tecknat för regionsjukvård mellan Landstinget Dalarna och Akademiska sjukhuset i Uppsala ska epikris/remissvar efter avslutad vård sändas till remittenten. Om patienten ska återföras till hemlandstinget för fortsatt slutenvård ska kliniken på Akademiska sjukhuset kontakta mottagande enhet före återförandet av patienten. Granskningen visar att framförallt onkologen kan bli bättre på att skicka över epikris/brev till klinikerna i Falun. Det förekommer att patienterna anländer före epikris/brev vilket gör att mottagande klinik saknar viktig information om patienten.

Vi rekommenderar att det införs tydliga rutiner för hur klinikerna ska säkerställa att epikris/brev inte anländer senare än patienten till mottagande klinik och att detta genomförs i praxis.