

Revisionsrapport*

Remisshanteringen ur ett patient- och verksamhetsperspektiv

Landstinget Dalarna

Oktober 2007

Viveka Svensson

Margareta Larsson

Innehållsförteckning

1. Sammanfattning.....	4
2. Uppdraget, bakgrund och revisionsfrågor.....	6
3. Metod och avgränsningar.....	7
3.1 Metod.....	7
3.2 Avgränsningar.....	7
4. Resultat – iakttagelser, bedömningar och rekommendationer.....	8
4.1 Är det utarbetade centrala direktivet för remisshanteringen tillräckligt sett ur ett patientperspektiv?.....	8
4.1.1 Iakttagelser.....	8
4.1.2 Bedömningar och rekommendationer.....	8
4.2 På vilka sätt och vid vilka tidpunkter underrättas patienten om vad som händer under landstingets interna hantering av remissen?.....	8
4.2.1 Iakttagelser.....	8
4.2.2 Bedömningar och rekommendationer.....	9
4.3 Är den information som lämnas till patienten ändamålsenlig och tillräckligt informativ samt lämnad vid rätt tidpunkt? Ger informationen svar på de eventuella frågor patienten kan ha?.....	9
4.3.1 Iakttagelser.....	9
4.3.2 Bedömningar och rekommendationer.....	10
4.4 Finns rutiner/system som säkerställer att inga remisser ”faller mellan stolarna”?...10	
4.4.1 Iakttagelser.....	10
4.4.2 Bedömningar och rekommendationer.....	10
4.5 Är landstingets centrala direktiv för remisshanteringen ändamålsenligt och i överensstämmelse med vad som kan anses vedertaget inom området?.....	11

Öhrlings



4.5.1	Iakttagelser.....	11
4.5.2	Bedömningar och rekommendationer	11
4.6	Efterlevs direktivet vid granskade enheter och hur säkerställer hälso- och sjukvårdens ledning att så sker? (interna kontrollen).....	11
4.6.1	Iakttagelser.....	11
4.6.2	Bedömningar och rekommendationer	12
4.7	Vilka administrativa rutiner, datasystem etc används i remisshanteringen och är dessa effektiva och ändamålsenliga?.....	12
4.7.1	Iakttagelser.....	12
4.7.2	Bedömningar och rekommendationer	13
4.8	Vilka krav ställer mottagande enheter på remissen och dess utformning och är dessa krav relevanta? Finns någon samordnad central styrning av innehållet i remissen?.....	13
4.8.1	Iakttagelser.....	13
4.8.2	Bedömningar och rekommendationer	14
4.9	I vilken utsträckning förekommer det felaktiga eller onödiga remisser, remisser som kräver kompletteringar etc? Hur hanteras i förekommande fall dessa remisser?	14
4.9.1	Iakttagelser.....	14
4.9.2	Bedömningar och rekommendationer	14
4.10	Vilken kommunikation, vilka arenor etc finns och vilka metoder tillämpas för att underlätta dialogen mellan olika enheter kring utformning och innehåll i remisser?	15
4.10.1	Iakttagelser.....	15
4.10.2	Bedömningar och rekommendationer	15
4.11	Övriga frågeställningar som är relevanta för att uppnå granskningens syfte.....	15
4.11.1	Iakttagelser/bedömning	15

1. Sammanfattning

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget Dalarna har Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers genomfört en granskning av hur remisser hanteras i landstinget.

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

Vår sammanfattande bedömning är att det reviderade direktivet som styrelsen efter Socialstyrelsens beslut har kompletterat med vissa tillägg är ändamålsenligt ur såväl ett patientperspektiv som ur ett verksamhetsperspektiv. De rutiner för remitterande och mottagande enheter som ska fastställas på enheterna borde enligt vår bedömning vara effektiva och minska risken för avvikelser.

Vi konstaterar dock att direktivet inte har följts beträffande rapportering senast den 31 augusti 2007. Rutiner och kontroller rörande efterlevnaden av direktivet uppvisar stora brister som snarast ska åtgärdas.

Våra väsentligaste iakttagelser och bedömningar framgår nedan.

Ur ett patientperspektiv

Vår bedömning är att den information som lämnas till patienten kan bli mer ändamålsenlig och informativ om patienten informeras bättre. Patienten bör i samband med besöket på vårdcentralen erhålla skriftlig information om varför remiss skickas, vem patienten ska kontakta om remissbekräftelse/ kallelse dröjer, vem som ska kontaktas vid eventuell försämring/förbättring, förnyelse av recept eller sjukskrivning. Enligt vår bedömning bör ett brev skickas till patienten om remissen skickas mer än tre dagar efter besöket som meddelar när remissen skickats till specialistkliniken. För att underlätta patientens kontakt med specialistklinken är vår bedömning att fler enheter bör ge patienten möjlighet att nå mottagningen via e-post.

Ur ett verksamhetsperspektiv

Flera intervjuade verksamhetschefer hade inte nåtts av informationen om det uppdaterade direktivet. Vår bedömning blir att informationskanalerna mellan vårdgivaren och respektive verksamhetschef bör ses över. För att säkerställa att direktivet följs är vår rekommendation att rutiner skapas för internkontroll avseende lokala rutiner och följsamheten av det centrala direktivet.

Vårdgivaren rekommenderas att i direktivet för mottagande enhet fastställa att rutiner skapas för att informera patient och remittent om remissen skickas vidare till annan klinik. Vi konstaterar att bevakningsfunktionerna i Profdoc är otillräckliga då bevakning av remissbekräftelse och remissvar inte fungerar på önskvärt sätt och olika lösningar för bevakning förekommer på de granskade vårdcentralerna. Ska remittenten kunna bedöma om väntetiden till mottagningen är acceptabel bör bevakningsproblematiken i Profdoc åtgärdas

Öhrlings



snarast alternativt att en uppdatering av journalsystemet prioriteras. De datasystem som används för patientdokumentation bör integreras för en ökad patientsäkerhet.

Vår rekommendation är att gemensamma och tydliga definitioner på vad som utgör en avvikelser inom remisshantering bör utformas. Vidare rekommenderar vi att närsjukvården och länssjukvården återupptar de formaliserade möten som tidigare förekommit ett par gånger per termin för ett gemensamt erfarenhetsutbyte och utvecklande av vårdprogram.

2. Uppdraget, bakgrund och revisionsfrågor

På uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Landstinget Dalarna har Komrev inom Öhrlings PricewaterhouseCoopers genomfört en granskning av hur remisser hanteras i landstinget.

För undersökning, provtagning eller behandling vid flertalet av länssjukvårdens kliniker krävs remiss¹ från annan klinik eller närsjukvården. Detta innebär att det inom landstinget hanteras en stor mängd remisser varje år. Denna remisshantering kan bedömas ur olika perspektiv. Ett sådant perspektiv är verksamhetsperspektivet, d v s att system och rutiner för flödet av remisser är ändamålsenligt utformade, att informationen i remisserna är relevant och tillräcklig etc. Grundläggande krav på remisshanteringen återfinns i Socialstyrelsens författningssamling 2004:11 om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården etc. Av denna framgår bl a att vårdgivarna skall ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser skall utformas och hanteras. I landstinget finns ett sådant centralt direktiv för remisshanteringen fastställt. Direktivet är reviderat i februari 2007 som en följd av en omfattande verksamhetstillsyn som socialstyrelsen genomfört.

Remisshanteringen kan också bedömas ur ett patientperspektiv, d v s hur upplever patienten landstingets hantering av remissen, vilken information får patienten om var remissen befinner sig och är eventuellt lämnad information relevant och ur ett landstingsövergripande perspektiv konsekvent. Ett hypotetiskt antagande i detta sammanhang är att tydlig, tillräcklig och relevant information vid rätt tidpunkt ökar patientens trygghet i vårdssystemet och underlättar rationella val om t ex utnyttjande av vårdgarantin. Detta samtidigt som belastningen på kliniken i form av inkommande telefonsamtal etc kan reduceras.

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

Granskningen avser att ge svar på följande frågor:

Ur ett patientperspektiv

Är det utarbetade centrala direktivet för remisshanteringen tillräckligt?

På vilka sätt och vid vilka tidpunkter underrättas patienten om vad som händer under landstingets interna hantering av remissen?

Är den information som lämnas till patienten ändamålsenlig och tillräckligt informativ samt lämnad vid rätt tidpunkt? Ger informationen svar på de eventuella frågor patienten kan ha? Finns rutiner/system som säkerställer att inga remisser ”faller mellan stolarna”?

¹ Med remiss avser socialstyrelsen en handling om patient som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar.

Är landstingets centrala direktiv för remisshanteringen ändamålsenligt och i överensstämmelse med vad som kan anses vedertaget inom området?

Efterlevs direktivet vid granskade enheter och hur säkerställer hälso- och sjukvårdens ledning att så sker? (interna kontrollen).

Vilka administrativa rutiner, datasystem etc används i remisshanteringen och är dessa effektiva och ändamålsenliga?

Vilka krav ställer mottagande enheter på remissen och dess utformning och är dessa krav relevanta? Finns någon samordnad central styrning av innehållet i remissen?

I vilken utsträckning förekommer det felaktiga eller onödiga remisser, remisser som kräver kompletteringar etc? Hur hanteras i förekommande fall dessa remisser?

Vilken kommunikation, vilka arenor etc finns och vilka metoder tillämpas för att underlätta dialogen mellan olika enheter kring utformning och innehåll i remisser?

Övrigt

Övriga frågeställningar som är relevanta för att uppnå granskningens syfte.

3. Metod och avgränsningar

3.1 Metod

Granskningen har genomförts genom inläsning och bedömning av relevanta styrdokument. Därutöver har ett fyrtiotal intervjuer genomförts med verksamhetschef/medicinskt ansvarig läkare och läkarsekreterare vid fyra vårdcentraler samt verksamhetschef, avdelningschef, klinikassistenter och läkarsekreterare vid tio specialistkliniker. Kompletterande frågor har skickats via mail till chefläkare inom närsjukvården och länssjukvården.

3.2 Avgränsningar

Fyra vårdcentraler valdes ut av landstingets revisorer. Vi utgick från antalet listade patienter år 2006 och valde ut de läkarremisser (exklusive akutremisser och laborieremisser) som skickades från vårdcentral till specialistklinik under perioden februari 2006 – februari 2007. Urvalet av remisser skulle motsvara cirka 10 % av antalet listade.

Tio specialistkliniker som mottog de flesta remisserna valdes ut och fem till femton remisser granskades på varje klinik. Granskningar och intervjuer genomfördes på vårdcentraler under juni – augusti månad och på specialistkliniker under september månad 2007.

Vi har granskat remisshanteringen utifrån Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2004:11.

4. Resultat – iakttagelser, bedömningar och rekommendationer

4.1 Är det utarbetade centrala direktivet för remisshanteringen tillräckligt sett ur ett patientperspektiv?

4.1.1 Iakttagelser

Den verksamhetstillsyn som socialstyrelsen genomförde våren 2006 rörande remisshantering inom Landstinget Dalarna har medfört att landstingsstyrelsen har reviderat tidigare gällande direktiv utifrån SOSFS 2004:11 Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården mm.

Utöver föreskriften har generella förtydliganden gjorts, exempelvis att en remiss ska vara en separat handling, att det i remissvaret ska framgå hur fortsatt åtgärd/kontroll ska ske och vem som ansvarar för detta.

I direktivet står att remitterande enhet ska ha rutiner för att bevaka att remissen blir bedömd/åtgärdad, vilket är särskilt viktigt när det meddelas att patienten sätts på väntelista. Det är därför viktigt att rutinen för remissbekräftelse fungerar och att det av bekräftelsen framgår förväntad väntetid eller besked ges om exakt tidpunkt för besök/åtgärd. En av de kliniker som besöktes lägger ett tydligt ansvar i remissbekräftelsen på remitterande läkare att bedöma om den förväntade väntetiden kan accepteras.

Patientnämnden har varit i kontakt med några av de intervjuade enheterna under det senaste året angående frågor som rör väntelistan. En klinik har på grund av bristande remisshantering gjort en Lex Maria anmälan till Socialstyrelsen.

4.1.2 Bedömningar och rekommendationer

Vår bedömning är att vårdgivarens revidering av det centrala direktivet har ett tydligt syfte att säkerställa patientsäkerheten genom att utöver föreskriften SOSFS 2004:11 lägga till generella förtydliganden.

Vår bedömning är att vårdgivaren brister i uppföljning och internkontroll avseende lokala rutiner och följsamheten av direktivet. För att säkerställa att direktivet följs är vår rekommendation att rutiner skapas för internkontroll avseende lokala rutiner och följsamheten av direktivet.

4.2 På vilka sätt och vid vilka tidpunkter underrättas patienten om vad som händer under landstingets interna hantering av remissen?

4.2.1 Iakttagelser

Flertalet granskade remisser skrevs i samband med att patienten besökte läkaren på vårdcentralen.

När remissen är bedömd och prioriterad på specialistkliniken kallas patienten direkt, per telefon eller brev, alternativt skickas ett bekräftelsebrev till patient och remittent om inkommen remiss med besked om beräknad väntetid. På bekräftelsen finns telefonnummer och

telefonföretag till mottagningen. För besked om valmöjligheter och vårdgaranti i Landstinget Dalarna hänvisas patienten till Patientguiden och Väntetider i vården via Internet eller till Väntetidskansliet.

Enligt flera av de intervjuade finns möjlighet att skicka ett standardbrev till patient och remitterande läkare om en remiss kommer fel och vidarebefordras till annan klinik. Notering om detta kan göras i Elvis (patientadministrativt system).

Om meddelad väntetid inte kan hållas meddelas patient och remittent per brev från några kliniker. I brevet till patienten informeras om möjligheten att vända sig till Väntetidskansliet för att, under vissa förutsättningar, kunna välja en annan specialistmottagning i Sverige.

Samtliga specialistläkare ansvarar för att ge patienten besked om resultatet av mottagningsbesöket. Respektive vårdcentralsläkare ansvarar för att meddela patienten röntgensvaret.

4.2.2 Bedömningar och rekommendationer

Vår bedömning är att patient och remittent ska få besked om remissen skickas vidare till en annan klinik. Vårdgivaren rekommenderas att i direktivet för mottagande enhet fastställa att rutiner för detta skapas.

För att underlätta patientens kontakt med specialistkliniken är vår bedömning att fler enheter bör ge patienten möjlighet att nå mottagningen via e-post. En genomförd enkätundersökning på reumatologkliniken vid Falu sjukhus visade att flertalet patienter var positiva till att utnyttja den möjligheten.

4.3 Är den information som lämnas till patienten ändamålsenlig och tillräckligt informativ samt lämnad vid rätt tidpunkt? Ger informationen svar på de eventuella frågor patienten kan ha?

4.3.1 Iakttagelser

Vid dokumentationsgranskningen framkom att patienten oftast informeras vid ett besök på vårdcentralen att remiss ska skickas. Vi konstaterar att patienten lämnar vårdcentralen med vetskap om att en remiss ska skickas, men inte när den skickas från vårdcentralen. Tiden från remissbeslut till skickad remiss varierar mellan de olika vårdcentralerna och utifrån de olika lokala rutinerna. I våra granskningar varierar tiden mellan besöket till dess remissen skickas från dagen efter vårdcentralbesöket till en dryg vecka efter, i några fall längre.

Om inte en tid erbjuds direkt skickas information till patienten från kliniken om förväntad väntetid. I samband med kallelsen får patienten information om någon undersökning ska utföras vid besöket.

Telefonnummer till mottagningen finns med i bekräftelsen och i kallelsen om patienten vill fråga om något eller ändra tiden för besöket. Information avseende valfrihet och vårdgaranti finns i det brev/bekräftelse som skickas till patienten. I kallelsen till mottagningen lämnas patientinformation som beskriver hur en viss undersökning går till och eventuella förberedelser inför den.

Några enheter uppgav att de var osäkra på om den informationen som patienten erhåller är optimal avseende vart hon/han ska vända sig när det gäller frågor kring den fortsatta vården under väntetiden. Några kliniker har genomfört egna patientenkäter och ställt frågor om bla

hur den information som lämnades till patienten före, under och efter undersökningen upplevdes. De flesta som besvarade enkäten var nöjda med informationen.

På remissen bör stå om patienten behöver tolk. Några mottagningar efterfrågar behov av tolk i samband med att kallelsen skickas.

Enligt de intervjuade är det respektive specialistläkare som ansvarar för att delge patienten svaret på undersökningen.

4.3.2 Bedömningar och rekommendationer

Vår bedömning är att flertalet av de granskade remisserna skickades inom rimlig tid efter det att beslut om remiss tagits.

Vår bedömning är att den information som lämnas till patienten kan bli mer ändamålsenlig och informativ om patienten informeras bättre. Vår uppfattning är att när patienten lämnar vårdcentralen ska hon/han få skriftlig information om varför remiss skickas, vart den skickas, vem patienten ska kontakta om remissbekräftelse/ kallelse dröjer, vid eventuell försämring/förbättring, samt vid förnyelse av recept eller sjukskrivning. Skickas remissen mer än tre dagar efter besöket bör patienten få ett brev som meddelar när remissen skickats till specialistkliniken. Vår bedömning är att antalet telefonsamtal från patienter och spontana besök vid receptioner skulle minska om patienten informeras i samband med att remissen skickas från vårdcentralen.

Det optimala vore att patienten, istället för ett bekräftelsebrev, erhåller en preliminär tid till mottagningen. Vi konstaterar att chefläkargruppen bedömer att det skulle innebära mycket stora förändringar i verksamheten, en övergång från en väntelista till en planeringslista, vilket i nuläget inte bedöms vara möjligt.

4.4 Finns rutiner/system som säkerställer att inga remisser "faller mellan stolarna"?

4.4.1 Iakttagelser

Vid granskningen framkommer att vårdcentralerna har olika rutiner för remisshanteringen. Det är vanligt med både manuella och datoriserade rutiner på de olika enheterna för att säkerställa att remisserna hanteras på ett vad man anser säkert sätt. Oftast dikterar läkaren remisser på ett separat band. Remissen skrivs av läkarsekreteraren i Profdoc (elektroniskt journalsystem) och läggs för signering. Att remissen är skriven noteras därefter av sekreteraren i en särskild tidbok, på en blankett eller i ett kollegieblock pga att bevakningsfunktionerna i Profdoc är otillräckliga. Röntgenremisser hanteras elektroniskt av respektive läkare.

På specialistmottagningen ankomststämplades remissen och registreras i Elvis. Oftast skannas remissen in i Melior (elektroniskt journalsystem). Pappersremissen läggs sedan för läkarprioritering. Därefter registreras prioriteringen i Elvis och ett automatiskt bokningsdatum erhålls. Mottagningarna kan sedan kontrollera registrerade remisser mot antalet prioriterade remisser.

4.4.2 Bedömningar och rekommendationer

Vår bedömning är att uppdatering av bevakningsrutinerna i journalsystemet Profdoc bör prioriteras då vårdcentralerna har skapat egna manuella rutiner för bevakning. Vår

bedömning är att specialistklinikerna genom att använda Elvis säkerställa att inga remisser ”faller mellan stolarna”.

Vår bedömning är att man bör söka möjlighet till enhetlighet i organisationen vad avser elektronisk hantering av remisser.

4.5 Är landstingets centrala direktiv för remisshantering ändamålsenligt och i överensstämmelse med vad som kan anses vedertaget inom området?

4.5.1 Iakttagelser

Föreskriften (SOSFS 2004:11) reglerar vårdgivarens och verksamhetschefernas ansvar för att skriftliga direktiv och rutiner finns på de remitterande och mottagande enheterna. Det centrala direktivet stämmer överens med föreskriften och har efter Socialstyrelsens beslut kompletterats med vissa tillägg.

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

I Landstinget Dalarnas direktiv står att verksamhetschefer/motsvarande senast den 31 augusti 2007 till länsjukvårdschefen, närsjukvårdschefen Dalarna, förvaltningschefen LD Hjälpmedel samt tandvårdschefen ska rapportera att lokala skriftliga rutiner utarbetats. I rapporteringen ska också anges om personal/personalgrupper är i behov av utbildning inom området remisshantering inkl stödsystem.

Vid granskningen uppgav tre verksamhetschefer vid besökta vårdcentraler att de inte informerats om skyldigheten att rapportera enligt det reviderade direktivet. Vid specialistklinikerna hade flera verksamhetschefer erhållit informationen och uppgav att de skickat in uppdaterade rutiner till chefläkaren.

4.5.2 Bedömningar och rekommendationer

Vår bedömning är att det centrala direktivet, utökat med Socialstyrelsens resultat och påpekanden efter verksamhetstillsynen, är ändamålsenligt och vedertaget inom området.

Vi kan konstatera att flera verksamhetschefer inte fått information om att rapportera att lokala skriftliga rutiner utarbetats utifrån det reviderade direktivet. Vår bedömning blir att informationskanalerna mellan vårdgivaren och respektive verksamhetschef bör ses över.

4.6 Efterlevs direktivet vid granskade enheter och hur säkerställer hälso- och sjukvårdens ledning att så sker? (interna kontrollen).

4.6.1 Iakttagelser

I det uppdaterade direktivet står: ”Verksamhetschefer/motsvarande skall till länsjukvårdschefen, närsjukvårdschefen Dalarna, förvaltningschefen LD Hjälpmedel samt tandvårdschefen rapportera att lokala skriftliga rutiner utarbetats utifrån de reviderade direktiven senast 2007-08-31. I rapporteringen skall också anges om personal/personalgrupper är i behov av utbildning inom området remisshantering inklusive stödsystem. Detta för att möjliggöra och samordna landstingsövergripande kunskapsutbyte och utbildning.”

Vid granskningen går det inte att finna att någon uppföljning gjorts av länsjukvårdens eller närsjukvårdens ledning avseende verksamheternas lokala rutiner utifrån fastställt direktiv.

Ingen verksamhetschef har rapporterat ett behov av utbildning för sin personal inom området remisshantering inklusive stödsystem.

De intervjuade verksamhetscheferna har oftast ingen egenkontroll avseende följsamheten av enhetens remissrutiner. Några uppgav att det går att se att föregående led följt rutinen.

Avvikelse från utarbetade lokala rutiner ska enligt direktivet hanteras inom varje enhets normala rutiner för avvikelshantering. Vi har i våra intervjuer inte uppfattat att det är vanligt att avvikelser skrivs, däremot diskuteras eventuella avvikelser på enhetens arbetsplats-träff. Att informera en annan enhet om avvikelser kring remisshantering var ovanligt. En klinik uppgav att avvikelser skrivs när en remiss kommit till fel mottagare. Oftast kontaktas remitterande läkare om viktiga grunddata saknas alternativt att remissen skickas tillbaka, i dessa fall skrivs ingen avvikelse.

Inom Landstinget Dalarna pågår en implementering av Synergi ett IT-baserat avvikelseprogram.

Två kliniker uppfattar att de allt oftare får remissbekräftelser från vårdcentralerna. Några kliniker uppgav att vårdcentralerna numera efterfrågar remissvar som dröjer.

4.6.2 Bedömningar och rekommendationer

Vi konstaterar att direktivet inte har efterlevs beträffande rapportering senast den 31 augusti 2007. Vår bedömning är att vårdgivaren inte följer upp i sin internkontroll att rutiner finns eller om de har uppdaterats. Flertalet verksamhetschefer följer inte upp följsamheten av enhetens remissrutiner. Rutiner och kontroller rörande efterlevnaden av direktivet bedöms uppvisa stora brister som snarast bör åtgärdas.

4.7 Vilka administrativa rutiner, datasystem etc används i remisshanteringen och är dessa effektiva och ändamålsenliga?

4.7.1 Iakttagelser

I dag finns tre dominerande VIS-system (vårdinformationssystem) i Landstinget Dalarna, PAX/Elvis (patientadministrativt system för den specialiserade vården), Profdoc/Journal III och Melior som är elektroniska journalsystem för öppen- respektive slutenvården.

Enligt de intervjuade är bevakningsfunktionerna i Profdoc är otillräckliga. Exempel som angavs var att remissbekräftelser inte kan kopplas till remissen, eftersom bevakningen i så fall försvinner då bekräftelsen noteras och bevakningen av remissvar därmed omöjliggörs. Manuella rutiner har införts för att vad man anser komplettera och säkerställa remisshanteringen. Intervjuade på en vårdcentral uppger att en uppdatering av programvaran, förmodligen under 2008, kommer att åtgärda de brister man upplever avseende remisshanteringen.

I några av intervjuerna med specialistvården framkom att utbildningen i samband med införandet av Melior var bristfällig. Signering i Melior upplevs av en intervjuad både som patient- och användarfientlig. Personalen på röntgenkliniken anser att remitterande enheter fått för lite internutbildning när den nya e-remissen infördes, speciellt gäller det för stafettläkarna.

Remisser inkommer med internpost, fax eller post. Läkarsekreterare/undersköterska ankomststämplar och registrerar remissen i Elvis. Efter läkarens prioritering registreras prio-

riteringen i Elvis och bevakning startar. Någon klinik skickar en remissbekräftelse innan bedömning och prioritering skett. Några kliniker skannar in remissen i Melior och sätter pappersremissen i en pärm. Pappersremissen tas fram vid mottagningsbesöket.

Ur IT-strategisk handlingsplan för Landstinget Dalarna, presenterad i september 2006, finns en sammanfattad krav- och önskelista som tagits fram vid seminarier och workshops med olika verksamhetsföreträdare. På listan står bla att ”All information och data om en patient skall vara åtkomliga i hela vårdprocessen i Landstinget men bör även göras åtkomlig för andra huvudmän.” I våra intervjuer framkom synpunkter på att landstingets olika datasystem inte är kompatibla och önskemål framfördes att de olika systemen ska integreras.

4.7.2 Bedömningar och rekommendationer

Det datorbaserade journalsystemet Profdoc borde enligt vår bedömning medföra en ökad säkerhet i hanteringen av remisser. Men utifrån de problem som man idag upplever på enheterna och att man skapat egna bevakningsrutiner kan detta medföra risker, då egentligen onödiga moment införs i hanteringen. Ett alternativ kan vara att gemensamma bevakningsrutiner skapas för samtliga vårdcentraler.

Enligt chefläkarna är det ett delat ansvar mellan olika funktioner och nivåer inom länssjukvård och närsjukvård när nya dataprogram implementeras. Verksamhetschefen har ansvar för att personal på den egna enheten får den utbildning och träning som behövs. Landstingsledning, förvaltningschefer, systemägare och systemförvaltare har ett mera övergripande ansvar för att det finns tillgång till den utbildning som olika program/system kräver.

4.8 Vilka krav ställer mottagande enheter på remissen och dess utformning och är dessa krav relevanta? Finns någon samordnad central styrning av innehållet i remissen?

4.8.1 Iakttagelser

Det finns inga landstingsgemensamma direktiv/riktlinjer för vad en remiss ska innehålla. De intervjuade uppger att det är remittenten som avgör vad remissen ska innehålla.

Kirurgiklinikerna i länet har tillsammans tagit fram standardremisser för vissa vanliga åkommor. Samtliga vårdcentralers ledningsgrupper i upptagningsområdet har informerats om standardremisserna. Andra specialistklinker har uppdaterade överenskommelser med primärvården som ofta gäller undersökningar som begärs akut. Vid granskningen framkommer att ett arbete pågår bla i tvärgrupper inom Landstinget Dalarna för att få en samstämmighet vad gäller remisser.

Utvecklingen har enligt några intervjuade under de sista tio åren varit att specialistklinikerna ensidigt utarbetat och infört rutiner som innebär att uppgifter överförs till primärvården. Det innebär att kostnaderna för arbetsuppgiften och undersökningar/provtagningar förs över till primärvården som inte kompenseras ekonomiskt.

Enligt de intervjuade har alla inom Landstinget Dalarna har tillgång till intranätet. Varje klinik kan lägga in PM om sjukdomar, vårdprogram och rutiner. Vissa vårdprogram har arbetats fram med representanter från olika kliniker och primärvård.

Sveriges kommuner och landsting har uppmärksammat problem med olikheter i remissinnehållet. Det har föranlett uppdrag till grupper från olika medicinska specialiteter att precisera mera nationellt enhetliga indikationer och även föreslå generella mallar som beslutsstöd vid remittering.

4.8.2 Bedömningar och rekommendationer

Vi konstaterar att det inte finns någon specifik rutin från vårdgivaren om hur remisserna ska utformas och vad de ska innehålla.

Vi bedömer att det arbete som inletts i bla tvärgrupper inom Landstinget Dalarna för att få en samstämmighet vad gäller remisser och det exempel som lyfts fram vid kirurgiklinikerna med standardremisser för vissa åkommor är positivt och kommer patienten till godo.

4.9 I vilken utsträckning förekommer det felaktiga eller onödiga remisser, remisser som kräver kompletteringar etc? Hur hanteras i förekommande fall dessa remisser?

4.9.1 Iakttagelser

För de remisser som granskats har specialistkliniken inte begärt några kompletteringar.

Några kliniker anser att remisser ibland skickas ”för säkerhets skull”, vilket har blivit ett ökande problem. På några kliniker uppfattar man att dessa remisser ofta är av den arten att de borde klaras av på en annan vårdnivå än hos specialistkliniken. Det gäller ofta remisser från stafettläkare, som vill göra ett bra arbete under den tid de är på plats och inte lämna någonting till den läkare som kommer efter.

Kompletterande uppgifter som vanligen rekvideras från vårdcentralen är journalkopior, aktuell röntgen och annan information som kan vara avgörande om patienten kan opereras. En klinik har tagit fram speciella blanketter för de uppgifter som saknas. Oftast kontaktas remitterande läkare om viktiga grunddata saknas alternativt att remissen skickas tillbaka.

För vissa remisser räcker det med ett brevsvår. Informationen i andra remisser är ofullständig och de skickas därför tillbaka med en notering om ”kan inte bedömas”.

Remitterande enheter har fått för lite internutbildning när den nya e-remissen infördes, speciellt gäller det för stafettläkarna. Brist på fast anställda läkare inom primärvården innebär att stafettläkare anlitas, som snabbt ska lära sig olika dokumentation och remissystem.

4.9.2 Bedömningar och rekommendationer

Vi bedömer att om det centrala direktivet avseende remisshantering följs i verksamheterna minimeras risken för avvikelser.

Vår bedömning är att om ett centralt stöd finns på intranätet avseende remisshanteringen underlättar det för remittenten att ordinera de undersökningar som bör/ska göras innan en remiss skickas.

Vår rekommendation är att gemensamma och tydliga definitioner på vad som utgör avvikelser inom remisshanteringen bör utformas.

4.10 Vilken kommunikation, vilka arenor etc finns och vilka metoder tillämpas för att underlätta dialogen mellan olika enheter kring utformning och innehåll i remisser?

4.10.1 lakttagelser

De flesta av de intervjuade verksamhetscheferna inom primärvården anger att det finns forum att diskutera frågor runt remisser exempelvis i närsjukvårdens ledningsgrupp och i läkarnas gemensamma forum. Landstinget Dalarna arbetar i tvärgrupper för olika specialiteter tex kirurgi, ortopedi, medicin och primärvård. Tidigare diskuterades gemensamma policy-frågor årligen inom Nordvästra Dalarna, detta samarbete har upphört.

Specialistklinikerna saknar ofta ett formaliserat samarbete med primärvården. Tidigare förekom regelbundna möten mellan närsjukvården och länssjukvården ett par gånger per halvår för ett gemensamt erfarenhetsutbyte. Nu förekommer endast sporadiska möten. Enligt PM från tvärgruppsordförandena inom Dalaortopedi och primärvård föreslås gemensamma träffar för att diskutera frågor kring remisser och dess hantering.

Samarbetet med de vårdcentraler som ingår i upptagningsområdet varierar enligt de intervjuade. Sporadiska utbildningsaktiviteter har genomförts för primärvårdsläkare. Målgruppen är svår att nå pga många stafettläkare.

Olika forum finns för läkare exempelvis tvärgrupper där verksamhetschefer inom internmedicin, geriatrik, infektion och kardiologi i länet träffas. En intervjuad verksamhetschef uppger att vårdprogram tas fram i samarbete med representanter från vårdcentraler och sjukhus.

4.10.2 Bedömningar och rekommendationer

Vi konstaterar att ett formaliserat samarbete efterfrågas från primärvården och från slutenvården. Tidigare förekom både möten med vårdcentralerna inom upptagningsområdet och möten mellan närsjukvård och länssjukvård.

Vi rekommenderar att närsjukvården och länssjukvården återupptar de formaliserade möten som tidigare förekommit ett par gånger per termin för ett gemensamt erfarenhetsutbyte och utvecklande av vårdprogram. Vid dessa möten bör även frågor kring remisser och dess hantering diskuteras.

4.11 Övriga frågeställningar som är relevanta för att uppnå granskningens syfte

4.11.1 lakttagelser/bedömning

Vid våra intervjuer framkommer frustration över vårdgarantin som upplevs gå före den medicinska prioriteringen. Eftersom det är en reell resursbrist gentemot efterfrågan kan alltså så kallade godartade medicinska tillstånd gå före pga vårdgarantin. Godartade tillstånd kan lättare utföras av vårdgivare som i övrigt inte behöver ta hand om eftervård eller komplicerande tillstånd.

Samtliga kliniker uppger att man har remisstväng med vid en klinik uppgavs att det förekom att personer fick vård utan remiss, tex personal, bekanta och vänner. Vår bedömning av denna hantering är att vård på lika villkor inte kan utlovas inom landstinget. Detta bör åtgärdas genom översyn av rutiner.

Öhrlings

PRICEWATERHOUSECOOPERS 

Enligt de intervjuade har några kliniker minskat köerna för nybesök genom extra mottagningar på kvällar och lördagar. Vi bedömer att denna möjlighet torde finnas hos fler kliniker genom flexiblare arbetssätt.

Vi anser också att det är viktigt att om någon klinik får extra resurser att minska behandlingstiderna skall alla led i vårdkedjan informeras om detta.