

LANDSTINGSREVISIONEN

Granskning av landstingets hantering av remisser

Rapport nr 16/2012



Granskning av landstingets remisshantering



Innehåll

1. Sammanfattning	3
2. Inledning	3
2.1. Bakgrund.....	3
2.2. Syfte och avgränsning	4
2.3. Revisionsfrågor	5
2.4. Revisionskriterier.....	5
2.5. Metod.....	5
3. Övergripande ledning och styrning av landstinget	6
3.1. Politisk organisation	6
3.2. Tjänstemannaorganisation	6
3.3. Verksamhetsområde primärvård	6
3.4. Verksamhetsområde kirurgi.....	7
4. Ledning och styrning av arbetet med remisshantering.....	7
4.1. Lagar och föreskrifter	7
4.2. Landstingsövergripande riktlinjer	7
4.3. Riktlinjer inom primärvård.....	8
4.4. Riktlinjer inom kirurgi.....	9
5. Tillämpning och uppföljning av riktlinjerna för remisshanteringen i landstinget.	10
5.1. Landstingsövergripande riktlinjer	10
5.2. Riktlinjer inom primärvård.....	10
5.3. Riktlinjer inom kirurgi.....	11
6. Sammanfattande bedömning	13
6.1. Revisionsfrågorna	13
6.2. Tillförlitlighet i remisshantering	14
6.3. Förslag till förbättringsområden	15
7. Källförteckning	16

1. Sammanfattning

Ernst & Young har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Västerbottens läns landsting genomfört en granskning med syfte att ge underlag för bedömningen om landstinget säkerställer att hälso- och sjukvårdens verksamheter har en tillförlitlig hantering av sina remisser. I denna granskning används lagstiftning och Socialstyrelsens föreskrifter som revisionskriterier jämte landstingets riktlinjer för tillämpning av dessa. Granskningen baseras huvudsakligen på dokumentstudier och intervjuer med relevanta befattningshavare. Granskningen avser Landstingsstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Den övergripande bedömningen är att landstinget inte har en tillförlitlig hantering av sina remisser. Slutsatsen grundar sig främst på brister avseende uppföljning av remissflöde i sin helhet, uppföljning av följsamhet till riktlinjer samt redovisning av avvikelser. Härtill kommer att journalsystemet har flera brister vilka måste kompenseras med manuella rutiner, med risker för felhantering av remisser som följd. Enligt Patientsäkerhetslagen måste vårdgivaren ha kunskap om dessa risker och denna kunskap förutsätter en helhetssyn på systematisk uppföljning av hela remisshantering. Sådan uppföljning sker inte idag.

Remissutfärdande är första steget för kommunikation i en process och därför är det av central betydelse att rätt sak görs i rätt tid och på rätt sätt. Landstingets verksamheter inom primärvård och kirurgi har inte upprättat tydlig process för remisshantering och målstyr endast delvis. Landstingsövergripande riktlinjer från landstingsdirektören 2010 är ej reviderade.

Med utgångspunkt från denna granskning ges följande rekommendationer. Landstingsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att:

- ▶ Ledningssystem för remisshantering i landstinget upprättas,
- ▶ Följsamhet till riktlinjer för remisshantering mäts, följs upp och redovisas för att främja utveckling mot ökad tillförlitlighet och ändamålsenlighet,
- ▶ Samlad information från avvikelshantering inom remisshantering redovisas för att utveckla riktlinjer och rutiner,
- ▶ Den samlade kunskapen från primärvården och sjukhusen används för att formulera en tydlig behovsbild för utveckling av journalsystemet,
- ▶ Processorientering av remisshantering införs i landstinget som plattform för systematisk utveckling och uppföljning av remissflödet.

2. Inledning

2.1. Bakgrund

Vårdens utveckling ställer nya krav på ett sammanhängande och gränsöverskridande samarbete genom processer. Utbytet av remisser är en fundamental del av detta samarbete inom all specialiserad hälso- och sjukvård. I Socialstyrelsens föreskrift 2004:11 om ansvar för remisser definieras remiss som "handling om patient som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar". I Socialstyrelsens föreskrift 2011:9 om

ledningssystem för kvalitetsarbete definieras process som "serie aktiviteter som främjar ett bestämt ändamål eller ett avsett resultat". De återkommande begreppen ansvar, process, kvalitet och patientsäkerhet i dokumenten ger sammantaget vägledningen att vårdgivaren nu har ett tydligare helhetsansvar än tidigare.

Hälso- och sjukvårdens journalsystem och digitala remisser bygger i allmänhet på IT-stöd vilka har funnits i många år. De är alltså ursprungligen inte konstruerade för att motsvara dagens krav, vilket leder till begränsningar i hanteringen av remisser samt till att en rad manuella rutiner skapas vid sidan av användningen av digitala remisser. Genom kombinationen av digitala och manuella rutiner uppstår risker för felkällor.

I Landstingsplanen för år 2012-2015 liksom i Landstingsstyrelsens verksamhetsplan för år 2012 finns återkommande centrala begrepp för utveckling av patientfokus genom säkerställd tillgänglighet och gränsöverskridande processer. Begreppet mest effektiva omhändertagandenivå tillsammans med resursallokering från sjukhus till primärvård och vidare till egenvård, indikerar att nivåstrukturen är under utveckling. En speciell utmaning är behovet av en väl fungerande glesbygdsmedicin.

Västerbottens läns landsting har en relativt hög kostnad för hälso- och sjukvård per invånare. Detta beror bland annat på en totalt sett hög vårdkonsumtion jämfört med riket, en förhållandevis låg produktion i primärvård medan konsumtionen av slutenvård är hög. Vidare har primärvården och den högspecialiserade vården i Västerbotten i nationell jämförelse låga kostnader per vårdtjänst. Norrlands universitetssjukhus är i nationella jämförelser ett av de mest kostnadseffektiva universitetssjukhusen.

Landstingets aktuella övergripande utmaningar vilka har betydelse för remisshantering är i sammanfattning:

- ▶ Projekt Balans, vilket skall skapa ekonomi i balans, bland annat genom ändring av patientflöden. En central del är överföring av 15 000 besök från sjukhusens specialistverksamheter till primärvården, inom ramen för mest effektiva omhändertagandenivå.
- ▶ Glesbygdsmedicin, som ställer stora krav på samverkan och samarbete mellan primärvård och specialistvård
- ▶ Fokus mot gränsöverskridande processer
- ▶ Utveckling av vårdstrukturen för att uppnå största möjliga effektivitet, vilket leder till utveckling av uppdrag och ansvarsfördelningar
- ▶ Överföring av slutenvårdsåtgärder till dagkirurgi
- ▶ Överföring av läkarbesök till sjukvårdande behandling
- ▶ Utveckling av landstingets journalsystem mot "nästa generations" journalsystem

2.2. Syfte och avgränsning

Granskningen avser Landstingsstyrelsen samt Hälso- och sjukvårdsnämnden.

Den övergripande revisionsfrågan är om landstinget säkerställer att hälso- och sjukvårdens verksamheter har en tillförlitlig hantering av sina remisser.

Utifrån syftet med granskningen belyses följande områden:

- ▶ Avtal och uppdrag
- ▶ Ledningssystem
- ▶ Resultatuppföljning
- ▶ Avvikelsehantering – och uppföljning

2.3. Revisionsfrågor

Syftet besvaras med hjälp av följande revisionsfrågor från landstingets revisorer:

- ▶ Finns skriftliga direktiv på övergripande nivå från vårdgivaren?
- ▶ Finns på basenhetsnivå rutiner för remisshantering och uppfyller de kraven enligt Socialstyrelsens föreskrifter?
- ▶ Har ansvarig nämnd säkerställt att verksamheterna följer de regler och rutiner som i landstinget är beslutade för remisshantering?
- ▶ Är bevakningsrutinerna för remisser och remissvar ändamålsenliga alt. tillförlitliga?
- ▶ Hur följs flödena på basenhetsnivå samt på landstingsövergripande nivå?
- ▶ Hamnar remisser och remissvar rätt?

2.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna kan hämtas från lagar och förarbeten eller interna regelverk, policier och fullmäktigebeslut. Kriterier kan också ha sin grund i jämförbar praxis eller erkänd teoribildning.

I denna granskning utgörs de huvudsakliga revisionskriterierna av:

- ▶ Kommunallagen (1991:900)
- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763)
- ▶ Patientsäkerhetslagen (2010:659)
- ▶ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- ▶ Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården och tandvården mm (SOSFS 2004:11)

2.5. Metod

Granskningen baseras huvudsakligen på studier av dokument och uppföljningsmaterial samt intervjuer. Urvalet av intervjuade har överenskommit med revisionskontoret.

Följande har intervjuats:

- ▶ Landstingsstyrelsens ordförande (driftnämnd för primärvården)
- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämndens ordförande (driftnämnd för sjukhusen)
- ▶ Chefläkare (ordförande chefläkargruppen)
- ▶ Chefläkare primärvård
- ▶ Verksamhetsområdeschef kirurgi
- ▶ Stf verksamhetsområdeschef primärvård
- ▶ Verksamhetschefer landstingets tre kirurgkliniker (Umeå, Lycksele, Skellefteå)
- ▶ Verksamhetschefer två hälsocentraler (Umeå, Skellefteå)
- ▶ Medicinskt ledningsansvarig läkare en hälsocentral (Lycksele)
- ▶ Kvalitets- och patientsäkerhetssamordnare

Samtliga intervjuade har beretts tillfälle att faktagranska rapporten.

3. Övergripande ledning och styrning av landstinget

3.1. Politisk organisation

Landstingsfullmäktige beslutade under 2011 om en ny förtroendemannaorganisation, vilken trädde i kraft 1 januari 2011. Driftansvaret för hälso- och sjukvården fördelades därmed dels på Landstingsstyrelsen (LS, verksamhetsansvar för primärvården), och dels på en nyinrättad Hälso- och sjukvårdsnämnd (HSN, verksamhetsansvar för sjukhusen). Landstingsstyrelsens uppdrag är att samordna politiskt landstingets angelägenheter inom primärvård och folkhälsa. Hälso- och sjukvårdsnämndens ansvar är att samordna politiskt landstingets angelägenheter inom specialistsjukvård och regionsjukvård, tandvård samt närsjukvård. HSN har uppdraget att följa upp verksamhetsplanerna inom sina samordningsområden samt redovisa resultatet till styrelsen.

3.2. Tjänstemannaorganisation

Landstingets förvaltning är indelad i sex länsövergripande verksamhetsområden: medicin, kirurgi, primärvård, regionvård, service och tandvård. Tjänstemannaorganisationens indelning i verksamhetsområden och centrala staber har justerats som en följd av förändringar i den politiska organisationen.

Verksamhetsområdena svarar direkt under landstingsdirektören och varje verksamhetsområde är indelat i basenheter (verksamheter). Förvaltningens organisation består i princip av två beslutsnivåer. Den ena på landstingsledningsnivå med landstingsdirektör och verksamhetsområdeschefer som ansvariga tjänstemän, och den andra på basenhetsnivå, med verksamhetscheferna som företrädare.

3.3. Verksamhetsområde primärvård

Inför innevarande mandatperiod beslutades om ny politisk organisation. För primärvårdens del innebär detta införande av tre nämnder för folkhälsa och primärvård fördelat geografiskt för Umeå-regionen, Skellefteå och Norsjö samt Södra Lappland. Med anledning av förändringarna i den politiska organisationen, har landstingsdirektören sett över och tydliggjort anvisningar både för primärvårdens verksamhetsplanering och dess uppföljning.

Den principiella styrningen av den landstingsdrivna primärvårdsorganisationen är genom den uppdragsbeskrivning som Landstingsstyrelse och Landstingsfullmäktige lagt fast 2010.

Områdeschefen för landstingets primärvård har en mindre stab. Chefläkaren hör till den landstingscentrala staben för verksamhetsutveckling, och har dels ett geografiskt ansvarsområde och dels ett huvudsakligt funktionsområde. Basenheterna/Hälsocentralerna leds av verksamhetschefer vilka svarar direkt till områdeschefen.

Landstingets primärvård innefattar 32 hälsocentraler och 7 av dessa har tilläggsuppdraget att bedriva sjukstuga, dvs slutna primärvård med akutplatser. Landstinget tecknade 2010 överenskommelse med de landstingsdrivna hälsocentralerna om att ingå i Hälsoval Västerbotten och samtliga dessa är verifierade inom Hälsoval Västerbotten. Privata aktörer finns bland annat i Umeå, Lycksele och Skellefteå.

3.4. Verksamhetsområde kirurgi

Förändringen i den politiska organisationen ledde till att driftsnämndsansvaret fördelades, och Hälso- och sjukvårdsnämnden är nu ansvarig för sjukhusens verksamheter.

Områdeschefen för kirurgi ansvarar för akutsjukvård, anestesi-operation-IVA, kirurgi, kvinnosjukvård, ortopedi samt ögonsjukvård. Verksamheterna med allmänkirurgisk inriktning, vilka omfattas av denna granskning, finns på Norrlands universitetssjukhus samt på lasaretten i Lycksele och Skellefteå. De leds av vardera en verksamhetschef. Ett gränsöverskridande samarbete mellan verksamheterna på de olika sjukhusen sker genom ett länsråd för kirurgi. Detta länsråd hanterar delar av nivåstruktureringen och därav följande patientflöden, liksom att säkerställa kompetens för uppdraget bland medarbetarna.

4. Ledning och styrning av arbetet med remisshantering

4.1. Lagar och föreskrifter

Hälso- och sjukvårdslagen, HSL (1982:763): främst vårdgaranti och kvalitetssäkring
Patientsäkerhetslagen (2010:659): främst systematiskt patientsäkerhetsarbete samt dokumentationsskyldighet, inklusive Patientsäkerhetsberättelse

Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården och tandvården m m (SOSFS 2004:11): konkret vägledning för att upprätta rutiner för remisshantering.

Socialstyrelsens föreskrift om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)): verksamheternas skyldighet att upprätta ledningssystem för patientsäkerhet

4.2. Landstingsövergripande riktlinjer

Landstingets ledningssystem innehåller ingen information om remisshantering.

Landstingsövergripande skriftliga direktiv finns dels i form av riktlinjer från landstingsdirektören och dels från systemägaren och leverantören av journalsystemet SYSteam Cross.

Landstingets övergripande direktiv "Remissregler, remissrutiner - Personalinformation" är utfärdade av landstingsdirektören 2010 (odaterat och ej reviderat dokument) och innefattar följande avsnitt:

- ▶ Remisskrav respektive undantag från remisskrav
- ▶ Vård efter remiss från annat hemlandsting
- ▶ Vem som har rätt att skriva remiss inom landstingets primärvård respektive läns-/länsdelssjukvård respektive högspecialiserad vård/regionvård,
- ▶ Rutiner för remisser och remissvar samt tillämpningsanvisningar med tydliga uppgifter om ansvar och åtgärder för de olika aktörerna i remisshanteringen jämte kommentarer.

Det finns ett tydligt utdrag ur Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2004:11 (M) avseende verksamhetens ansvar på remitterande respektive mottagande enhet. Speciellt betonas att de dokumenterade rutinerna behöver ses över en gång per år, lämpligast i samband med verksamhetsplaneringen, eller vid förändringar vid enheten som påverkar rutinen.

Journalssystemleverantörens anvisningar har reviderats 2012 och benämns SYSteam Cross Elektronisk allmänremiss – handbok för elektronisk allmänremiss. Den bygger på information genom en kombination av bilder från fiktiv testmiljö (skärmdumpar) och text, ofta med hänvisningspilar.

Avsnitten är:

- ▶ Skriva elektronisk allmänremiss
- ▶ Bilaga
- ▶ Lagra/signera/skicka remiss
- ▶ Bevakning
- ▶ Obes Rem/Sändningsinformation
- ▶ Komplettering av remiss
- ▶ Makulering av remiss
- ▶ Inremissbedömning
- ▶ Bokningsbekräftelse
- ▶ Svar
- ▶ Dokumentregistrering/EDI Kvittenser
- ▶ Dokumentregistrering/EDI Inmeddelande
- ▶ Kontrollera och bevaka remisser

Landstingets systemägare för journalssystemet har sedan i ett styrande dokument 2012-05-31 utfärdat förtydligande avseende vissa delar av avsnitten elektroniska remisser, elektroniska allmänremisser, elektronisk röntgenremiss samt pappersremisser.

Avvikelse i remisshanteringen skall registreras i avvikelshanteringssystemet Avans, och sedan handläggas liksom alla andra avvikelser av ärendansvarig linjechef. Resultatet skall sedan återföras till närmast berörda medarbetare liksom vid behov till övriga medarbetare via APT. Samlad information från avvikelshanteringens skall hanteras dels i den årliga Patientsäkerhetsdialogen mellan ledning och chefläkare, och dels i den årliga Patientsäkerhetsberättelse, vilken enligt Patientsäkerhetslagen skall sammanställas varje år. Patientsäkerhetsdialogen är en formaliserad del i arbetet med att utveckla en patientsäkerhetskultur inom landstinget och innebär ett helhetsgrepp på frågorna genom att belysa samtliga delar av patientsäkerhetsarbetet.

4.3. Riktlinjer inom primärvård

Verksamhetsområdeschefen för primärvården utfärdade för hela Landstingets primärvård 2012-08-29 "Rutiner för hantering av remisser och remissvar på hälsocentraler och sjukstugor i Västerbotten". I dokumentet hänvisas tydligt till Socialstyrelsens föreskrift och till de landstingsövergripande riktlinjerna, och betonas att dokumenterade rutiner skall finnas för bevakning av remisser, åtgärder vid dröjsmål, registrering, rutiner för frånvaro respektive hyrläkare samt besked till remitterande enhet.

Härtill skall varje basenhet ha dokument som anger de lokala tillämpningsrutinerna avseende inkommande remisser, remissvar från annan klinik samt om remissen hamnat fel. Kontrollfrekvens anges för att inte missa obesvarade remisser, icke bedömda remisser, bevakningar (främst cancerkontroller) samt signering av remisser.

Direkt uppföljning och redovisning av remisshantering är huvudsakligen genom det totala antalet inkommande remisser respektive utgående remisser samt förändringar över tid av dessa antal. Indirekt uppföljning av remisshantering är genom Vårdgarantis tillgänglighetsmått. Kvalitativ uppföljning av remisshantering sker inom ramen för den årliga Patientsäkerhetsdialogen mellan ledningen för basenheten och primärvårdens

chefläkare samt verksamhetsutvecklare och hanteras under avsnittet Journalhantering i denna formaliserade dialog.

På den landstingscentrala staben för primärvården finns ett pågående utvecklingsarbete med Clinical Pathways för att tydliggöra vad som gäller för patientens väg genom hela vården, och då speciellt i de gränsövergångar som kräver remisskontakter. Arbetet är förenat med ett landstingsövergripande praxisarbete, vilket utgår från primärvården men även omfattar samarbetet med sjukhusen.

4.4. Riktlinjer inom kirurgi

Verksamhetsområdeschef och verksamhetschefer anger att man helt följer de landstingsövergripande riktlinjerna, men kirurgin har till skillnad från primärvården inte något ytterligare förtydligande generellt riktlinjesdokument. Däremot omfattas en successivt ökande andel av de patientgrupper som handläggs inom de kirurgiska verksamheterna av olika former av landstingsgemensamma vårdprogram och riktlinjer. I dessa finns bland annat anvisningar om vad som skall ingå i en inremiss till den kirurgiska verksamheten. De intervjuade uppskattar att mer än hälften av patienterna som handläggs inom kirurgin omfattas av aktuella vårdprogram och liknande riktlinjer.

Varje basenhet skall ha dokument som anger de lokala tillämpningsrutinerna. Fokus är på att säkerställa den schemaläggning som är nödvändig för att inkommande remiss skall komma till rätt subspecialiserad läkare utan dröjsmål. Riktlinjer saknas för att vägleda i hanteringen av remiss som inkommer till fel basenhet.

Direkt uppföljning och redovisning av remisshantering är huvudsakligen genom det totala antalet inkommande remisser respektive utgående remisser samt förändringar över tid av dessa antal. Indirekt uppföljning av remisshantering är genom Vårdgarantins tillgänglighetsmått. Kvalitativ uppföljning av remisshanteringen sker inom ramen för den årliga Patientsäkerhetsdialogen mellan ledningen för basenheten och primärvårdens chefläkare samt verksamhetsutvecklare och hanteras under avsnittet Journalhantering i denna formaliserade dialog.

5. Tillämpning och uppföljning av riktlinjerna för remisshantering i landstinget

5.1. Landstingsövergripande riktlinjer

Som en följd av uppdrag inom Projekt Balans skall 15 000 besök i sjukhusens specialistvård föras över till primärvårdens verksamheter. Detta är en omfattande omfördelning av patientflöden, vilken ställer krav på att alla involverade följer riktlinjer för remisshantering och följer upp utvecklingen. Glesbygdsfenomen med stora avstånd innebär dessutom krav på följsamhet till riktlinjer för att minimera problem med fördröjning av handläggning respektive onödiga extra resor för kompletterande undersökningar och åtgärder.

Utvecklingen avseende kvantitet av vård följs kontinuerligt och redovisas månadsvis eller kvartalsvis, beroende på vem som tillfrågas. Däremot sker inte utvärdering av följsamhet till riktlinjer för remisshantering liksom om remisser hamnar rätt eller att mottagande instans har rätt kompetens för att ta hand om de patienter som remitteras.

Patientsäkerhetsaspekten utvärderas inte prospektivt och specifikt med inriktning på remisser. Däremot sker retrospektiv utvärdering i samband med avvikelserapporter och händelseanalyser. Resultatet hanteras i Patientsäkerhetsdialogerna och skall enligt Patientsäkerhetslagen redovisas i Patientsäkerhetsberättelsen.

Journalssystemens begränsningar skapar behov av vissa generella rutiner i alla landstingets verksamheter. Exempelvis måste en patient som skall bedömas akut i annan verksamhet få en utskrivna remiss med sig (utöver den via journalsystemet), för att undvika att remissen styrs fel. Vidare måste även konsultremisser på sjukhus vara utskrivna och föregås av telefonkontakt med bakjouren (utöver den remiss som skickas via journalsystemet). Ytterligare exempel är de laboratorieundersökningar som sker inom exempelvis patologi, där både remiss och etiketter skall vara utskrivna.

Generellt gäller att det är svårt att spåra var en patient och/eller remiss befinner sig i flödet i de digitala systemen, med mindre än en riktad extra sökinsats i systemen.

5.2. Riktlinjer inom primärvård

Riktlinjerna ansluter till de landstingsövergripande riktlinjerna och uppfyller krav enligt Socialstyrelsens föreskrift. Varje basenhet har en namngiven sekreterare för den första hanteringen av inkommande remisser samt ett schema med veckans remissansvarige läkare och uppgift om vem som träder in vid frånvaro (s k bevakare). Dagligen kontrolleras att det inte finns icke omhändertagna remisser. Samtliga hälsocentraler har skriftliga rutiner.

Journalsystemets begränsningar innebär bland annat följande viktiga rutiner med manuella inslag i hanteringen av remisser:

- ▶ Man måste arbeta med två pappersutskrifter av inremisser, dels en till remissbedömaren och dels en till bevakningspärm. Vid inkommande remisser för cancerkontroller (vilka ökar i omfattning som en följd av Projekt Balans), kan behövas en tredje utskrift till en separat bevakningspärm. En av hälsocentralerna ersätter detta

sista moment med att patienten själv får ta kontakt när det är dags för uppföljning enligt planering.

- ▶ Remisser som inkommer till fel hälsocentral måste returneras till inremmitterande därför att journalsystemet inte kan vidarebefordra remisser internt i vårdorganisationen. Denna åtgärd skall dock enligt rutinerna föregås av att inremmitterande klinik informeras per telefon.
- ▶ Vissa laboratorieundersökningar kan bara ske genom remittering med pappersremiss (utom till kliniskt-kemiskt laboratorium som har helt digitala remisser).

Redovisning av remisshanteringen uppåt i organisationen avser främst antal inkommande remisser och procentuell förändring samt de mätetal som vårdgarantin föreskriver, dvs ledtid för läkarbesök (vilket skall ske inom 7 dagar). Dessa mått redovisas månadsvis och kvartalsvis. Följsamhet till riktlinjer för remisshantering redovisas inte. Avvikelse som anmälts till avvikelshanteringssystemet hanteras enligt riktlinjer, men uppåt rapporteras (utöver Patientsäkerhetsberättelsen) endast svårare fall av avvikelser samt anhopningar av ärenden.

Statistik för de avvikelserrapporter gällande remiss vilka registrerats under perioden 2007—2012, visar att andelen remissrelaterade av det totala antalet avvikelser på de granskade hälsocentralerna är 13.3-17.8%. Dessa siffror rymmer allt från enkla avvikelser och till de svåra vilka måste anmälas. Ett generellt besked är att avvikelser med anknytning till hantering av pappersremisser överväger.

En nedbrytning av dessa siffror visar att de två huvudorsakerna till avvikelshantering relaterad till remisser på hälsocentralerna är ID-fel (42%) respektive ofullständig anteckning (19%). Dessa avvikelser har lett till att en landstingsgemensam arbetsgrupp tillsatts, vilken skall upprätta en handlingsplan. Endast 5% av ärendena beror på feladresserad remiss.

Förändringen av patientflöden till primärvården enligt uppdrag i Projekt Balans leder till att utremittering från samtliga specialistverksamheter ökar. Följsamhet till riktlinjer liksom tillräckligt god kvalitet på remisser och remissvar är nödvändiga för att säkerställa patientfokus och patientsäkerhet liksom undvikande av extra arbetsinsats för såväl mottagare som avsändare av remiss. Samtliga intervjuade beskriver problemen, men omfattningen mäts inte och redovisas inte. De intervjuade uttrycker oro för att rätt kompetens och tillräcklig resurs saknas för att ta emot alla nya patientgrupper.

5.3. Riktlinjer inom kirurgi

Riktlinjerna på basenheterna ansluter till de landstingsövergripande riktlinjerna och uppfyller kraven enligt Socialstyrelsens föreskrift. Varje basenhet har en namngiven sekreterare som ansvarar för den första hanteringen av inkommande remisser och fördelning. Kirurgcentrum har ett schema för respektive remissansvarig inom de olika subspecialiseringsområdena. Basenheterna i Lycksele och Skellefteå har ett schema som innehåller veckans huvudsakligt remissansvarige läkare och härtill finns ett schema för remissansvariga inom de olika subspecialiseringsområdena. Dessutom finns på dessa två basenheter en tredje linje med namngiven läkare som träder in vid frånvaro.

Journalsystemets begränsningar innebär bland annat följande viktiga rutiner med manuella inslag i hanteringen av remisser:

- ▶ Remisser som inkommer till fel basenhet och/eller fel sjukhus måste returneras till inremmitterande därför att journalsystemet inte kan vidarebefordra remisser internt i

vårdorganisationen. Åtgärden brukar inte föregås av att inremitterande klinik informeras per telefon från kirurgkliniken.

- ▶ Vissa laboratorieundersökningar kan bara ske genom remittering med pappersremiss (utom till kliniskt-kemiskt laboratorium som har helt digitala remisser).
- ▶ De kirurgiska verksamheterna har en omfattande remittering till radiologi, vars kvalitetssäkring innebär att två specialister bedömer undersökningsresultaten. Detta kan leda till fördröjning och felhantering av remisser (medicinsk revision pågår).
- ▶ Bristerna i bevakningssystem ger stora patientsäkerhetsrisker för remissvar från radiologi och patologi, vilka de kirurgiska verksamheterna har omfattande samarbete med.

Med undantag av pågående medicinsk revision görs inte systematisk uppföljning och analys av journalsystemets begränsningar.

Redovisning av remisshanteringens uppåt i organisationen avser främst antal inkommande remisser och procentuell förändring samt de måttal som vårdgarantin föreskriver, dvs ledtid för läkarbesök (vilket skall ske inom 7 dagar). Dessa mått redovisas månadsvis och kvartalsvis. Följsamhet till riktlinjer för remisshantering mäts och redovisas inte. Avvikelse som anmälts till avvikelshanteringssystemet hanteras enligt riktlinjer, men uppåt rapporteras (utöver Patientsäkerhetsberättelsen) endast svårare fall av avvikelser samt anhopningar av ärenden.

Statistik för de avvikelserapporter gällande remiss vilka registrerats under perioden 2007—2012, visar att andelen remissrelaterade av det totala antalet avvikelser på de granskade kirurgklinikerna är 2.6-13.4%. Dessa siffror rymmer allt från enkla avvikelser och till de svåra vilka måste anmälas.

En nedbrytning av dessa siffror visar att de två huvudorsakerna till avvikelshantering relaterad till remisser på de kirurgiska basenheterna är ID-fel (30%) och ofullständig anteckning (24%). Dessa avvikelser har lett till att en landstingsgemensam arbetsgrupp tillsatts, vilken skall upprätta en handlingsplan. Endast 3% av ärendena beror på feladresserad remiss.

Pågående förändring av patientflöden enligt uppdrag i Projekt Balans leder till att utremittering från den kirurgiska verksamheten ökar. Följsamhet till riktlinjer liksom remisser och remissvar av tillräckligt god kvalitet är nödvändiga för att säkerställa patientfokus och patientsäkerhet liksom undvikande av extra arbetsinsats för såväl mottagare som avsändare av remiss. Samtliga intervjuade beskriver problem med denna ökande utremittering, men omfattningen mäts inte och redovisas inte. Endast en verksamhetschef påtalar ett behov av att systematiskt arbeta med uppföljning av utremisser.

6. Sammanfattande bedömning

I följande kapitel görs en bedömning av revisionsfrågorna samt en bedömning huruvida landstinget säkerställer att hälso- och sjukvårdens verksamheter har en tillförlitlig hantering av sina remisser.

6.1. Revisionsfrågorna

Finns skriftliga direktiv på övergripande nivå från vårdgivaren?

Ja, det finns principiella landstingsövergripande riktlinjer samt anvisningar för användningen av journalsystemet. Sammantagna ger de en god vägledning för tillämpningsrutiner i nästa steg dvs en lokal tillämpning i respektive verksamhet. Ett observandum är att de landstingsövergripande riktlinjerna från landstingsdirektören 2010 inte är uppdaterade, trots att de anger att anvisningarna skall uppdateras årligen samt vid förändringar. Landstinget genomgår nu förändringar avseende såväl organisation (nivåstruktur) som patientflöden (kap 4.2).

Finns på basenhetsnivå rutiner för remisshantering och uppfyller de kraven enligt Socialstyrelsens föreskrifter?

Ja, och de uppfyller Socialstyrelsens föreskrifter och anknyter till landstingets övergripande riktlinjer (kap 4.3, 4.4)

Har ansvarig nämnd säkerställt att verksamheterna följer de regler och rutiner som i landstinget är beslutade för remisshantering?

Nej, varken landstingsstyrelsen eller hälso- och sjukvårdsnämnden efterfrågar redovisning av följsamhet till riktlinjer. Ej heller efterfrågas redovisning av det resultat som framkommer i landstingets avvikelshantering. Trots denna avsaknad av resultatredovisning är ett vanligt svar från de intervjuade generellt att man inte tror att det finns något systemfel inom remisshanteringen (kap 5.1, 5.2, 5.3).

Detalj kunskap om följsamhet får man endast vid händelseanalys i samband med enskilda avvikelserapporter. Samlad statistik för de avvikelserapporter gällande remiss vilka registrerats under perioden 2007—2012, visar att andelen remissrelaterade av det totala antalet avvikelser i de granskade verksamheterna kan vara uppemot 1/6. Dessa siffror återspeglar en blandning av patientsäkerhetskultur och faktiska förhållanden, och retrospektiv granskning kan ha begränsat värde jämfört med prospektiv uppföljning. Landstingets analys av siffrorna visar att ID-fel och ofullständig anteckning dominerar så påtagligt bland orsakerna till avvikelser, att en arbetsgrupp tillsatts vilken skall upprätta en handlingsplan för att komma till rätta med dessa avvikelser (kap 5.2, 5.3).

Är bevakningsrutinerna för remisser ändamålsenliga alternativt tillförlitliga?

Ja, för inkommande remisser till de kirurgiska verksamheterna (både ändamålsenliga och tillförlitliga). Nej, för inkommande remisser till primärvården. Visserligen har primärvården skapat ett tillräckligt ändamålsenligt system, men detta är inte tillförlitligt. Journalsystemets begränsningar har skapat behov av manuella rutiner, vilka bryter en digital kontinuitet och skapar delvis parallella system med möjlighet till felhantering av remiss (kap 5.2, 5.3).

Bevakningsrutinerna för utgående remisser och vissa remissvar är inte ändamålsenliga eller tillförlitliga i någon av de granskade verksamheterna. Även här använder man delvis parallella system. En undergrupp av remisser är de som "återremitteras" efter att ha kommit fel, där främst de kirurgiska verksamheterna återsänder remiss utan samtidig rutinmässig telefonkontakt med inremitterande (kap 5.2, 5.3)

Hur följs flödena på basenhetsnivå samt på landstingsövergripande nivå?

Remissflöden för inkommande remisser följs endast i begränsad utsträckning genom mätning av antal remisser samt inledande ledtider till första läkarbesök eller sjukvårdande behandling. Remissflöde för utgående remisser följs inte rutinmässigt i någon av de granskade verksamheterna (kap 5.2, 5.3).

En egentlig flödesmätning förutsätter en helhetssyn genom att någon form av processbeskrivning är upprättad och med ett antal mål och mätetal, men ingen av de granskade verksamheterna uppvisar någon sådan.

Hälso- och sjukvårdens befintliga databaser kan sannolikt redan idag användas för kontinuerliga och riktade utsökningar vilka betydligt bättre återspeglar ett remissflöde, men det förutsätter att remissprocessen är definierad liksom dess mätpunkter.

Hamnar remisser och remissvar rätt?

Frågan kan inte tydligt besvaras av någon av de intervjuade eftersom det inte systematiskt mäts, följs upp och redovisas att remisser kommer rätt. Ett sammanfattande svar är att de flesta sannolikt hamnar rätt (kap 5.2, 5.3).

Nedbruten data från avvikelserna i berörda verksamheter under perioden 2007-2012 visar, att endast 5% av avvikelserna på hälsocentralerna berodde på att remissen skickades till fel klinik och motsvarande siffra på de kirurgiska basenheterna var 3% (kap 5.2, 5.3).

6.2. Tillförlitlighet i remisshantering

Den övergripande bedömningen är att landstinget inte har en tillförlitlig hantering av sina remisser. Slutsatsen grundar sig främst på brister avseende uppföljning av remissflöde i sin helhet, uppföljning av följsamhet till riktlinjer samt redovisning av avvikelser. Härtill kommer att journalsystemet SYSteam Cross har flera brister vilka måste kompenseras med manuella rutiner, med risker för felhantering av remisser som följd.

Remissutfärdande är första steget för kommunikation i en process och därför är det av central betydelse att rätt sak görs i rätt tid och på rätt sätt. Processen behöver därför vara upprättad och med en tydlig målstyrning för uppföljning och utveckling. Landstingets verksamheter inom primärvård och kirurgi har inte upprättat tydlig process för remisshantering och målstyr endast delvis.

Journalsystemet SYSteam Cross har funnits i många år och anvisningarna för dess användning inom remisshantering, visar tydligt att nya krav och behov har tillkommit, vilka systemet inte är konstruerat för. Detta har lett till en rad speciella rutiner med risk för felhantering. Enligt Patientsäkerhetslagen måste vårdgivaren ha kunskap om dessa risker och denna kunskap förutsätter en helhetssyn på systematisk uppföljning av hela remisshanteringen. Sådan uppföljning sker inte idag.

Bristerna i landstingets remisshantering bör ses mot bakgrund av det pågående stora projektet för att ändra patientflöden mot mest effektiva omhändertagandenivå, främst från

sjukhusens specialistvård till primärvården. Dessa överföringar förutsätter en ökande kommunikation via remisser. Härtill kommer den mer långsiktiga satsningen på att utveckla strukturen för hälso- och sjukvården, och även denna förutsätter en ökande kommunikation via remisser. Dessutom skall under planperioden arbetas för att införa "nästa generations" journalsystem, vilken förutsätter en tydlig kravspecifikation från landstinget.

6.3. Förslag till förbättringsområden

Med utgångspunkt från denna granskning ges följande rekommendationer. Landstingsstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden bör säkerställa att:

- ▶ Ledningssystem för remisshantering i landstinget upprättas,
- ▶ Följsamhet till riktlinjer för remisshantering mäts, följs upp och redovisas för att främja utveckling mot ökad tillförlitlighet och ändamålsenlighet,
- ▶ Samlad information från avvikelshantering inom remisshanteringen redovisas för att utveckla riktlinjer och rutiner,
- ▶ Den samlade kunskapen från primärvården och sjukhusen används för att formulera en tydlig behovsbild för utveckling av journalsystemet,
- ▶ Processorientering av remisshantering införs i landstinget som plattform för systematisk utveckling och uppföljning av remissflödet.

Stockholm den 15 januari 2013

Peter Daneryd

Anders More

7. Källförteckning

- ▶ Landstingsplan 2012-2015 och budget för 2012
- ▶ Landstingsstyrelsens verksamhetsplan 2012
- ▶ Verksamheternas årsredovisningar
- ▶ Sammanställningar och analyser avseende remisshantering i landstinget
- ▶ Reglemente för landstingsstyrelsen och dess utskott (fastställt av landstingsfullmäktige 2010-06-01 § 17)
- ▶ Reglemente för Hälso- och sjukvårdsnämnden (fastställt av landstingsfullmäktige 2011-10-11 § 227)
- ▶ Reglemente för nämnder för folkhälsa och primärvård (fastställt av landstingsfullmäktige 2011-04-13 § 98)
- ▶ Remissregler, remissrutiner – personalinformation (Staben för planering och styrning 2010)
- ▶ SYSTeam Cross Elektronisk allmänremiss – handbok för elektronisk allmänremiss (Informatikenheten 2012)
- ▶ SYSTeam Cross – Remisshantering (styrande dokument 2012)
- ▶ Rutiner för hantering av remisser och remissvar på hälsocentraler och sjukstugor i Västerbotten (verksamhetsområdeschef Primärvård 2012)
- ▶ Lokala tillämpningsrutiner för remisshantering på respektive basenhet
- ▶ PM för Patientssäkerhetsdialoger (Staben för verksamhetsutveckling 2012)

