

# Granskning av remisshantering

Region Värmland



# Innehåll

|  |    |
|--|----|
| Sammanfattning och rekommendationer .....  | 2  |
| 1. Inledning.....  | 3  |
| 1.1 Bakgrund .....   | 3  |
| 1.2 Syfte och revisionsfrågor .....  | 3  |
| 1.3 Revisionskriterier.....  | 3  |
| 1.4 Metod och avgränsning.....   | 4  |
| 1.4.1 Stickprov av remisshantering .....   | 4  |
| 2. Styrning inom remissprocessen.....  | 5  |
| 2.1 Det saknas mål och krav för remissprocessen .....  | 5  |
| 2.2 Remisshanteringen utgår från regionens två övergripande styrdokument för remissprocessen ..... | 5  |
| 2.2.1 Ett arbete pågår med att revidera riktlinjerna.....  | 6  |
| 2.3 Vissa verksamheter bryter ner regionens riktlinjer till lokala dokument .....                  | 7  |
| 2.3.1 Specialistmottagningarna vid centralsjukhuset i Karlstad .....                               | 7  |
| 2.3.2 Primärvårdsenheterna.....  | 7  |
| 2.4 Riktlinjer förmedlas genom nyhetsbrev och utbildningar .....                                   | 8  |
| 2.5 Bevakning av remissprocessen sker manuellt .....   | 8  |
| 2.6 Verksamheterna följer riktlinjerna i hög grad .....  | 9  |
| 2.7 Upplevelsen av att remissprocessen är välfungerande dominerar.....                             | 10 |
| 2.8 Bedömning.....   | 10 |
| 3. Uppföljning och kontroll.....   | 12 |
| 3.1 Patientnämndsenheten får in få klagomål kring remisshanteringen .....                          | 12 |
| 3.2 Antalet remisser som återsänds för komplettering följs inte upp .....                          | 13 |
| 3.3 Ett arbete pågår med att utveckla remisskvaliteten .....                                       | 13 |
| 3.4 Bedömning.....   | 14 |
| 4. Tillgänglighet i form av egen vårdbegäran .....   | 16 |
| 4.1 Egen vårdbegäran tar längre tid att hantera än andra remisser .....                            | 16 |
| 4.2 Bedömning.....   | 16 |
| 5. Regionen har vidtagit vissa åtgärder efter granskningen 2014.....                               | 17 |
| 5.1 Av granskningen 2014 framkom ett antal brister .....   | 17 |
| 5.2 Bedömning.....   | 17 |
| 6. Svar på revisionsfrågor.....  | 19 |
| 7. Bilaga 1: Källförteckning .....   | 21 |
| 8. Bilaga 2: Revisionskriterier .....  | 23 |
| 9. Bilaga 3: Revisionsfrågor .....   | 25 |
| 10. Bilaga 4: Resultat från stickprov .....  | 26 |

## Sammanfattning och rekommendationer

EY har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna genomfört en granskning av remisshanteringen i Region Värmland. Vår sammanfattande bedömning är att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, inte fullt ut säkerställt en ändamålsenlig remisshantering. Regionens remisshantering fungerar väl i flera avseende men vi bedömer att det brister i dokumentation av rutiner samt uppföljning. Inom regionen saknas övergripande mål för remisshanteringen. Det saknas även uppföljning på lokal likväl som aggregerad nivå.

Ett övergripande mönster vi noterar i granskningen är att intervjupersonerna uppfattar remissprocessen som fungerande men att uppfattningen inte baseras på faktiska data trots att data många gånger finns tillgänglig. Vi kan exempelvis inte se att efterlevnaden av svarstiderna (tre dagar), antalet avvisade remisser, egen vårdbegäran eller kompletteringar följs upp på ett systematiskt sätt. Då det inte förekommer uppföljning eller analys bedömer vi att det finns risk att regionens verksamhetsutveckling inte optimeras samt att problem som eventuellt kan påverka patientsäkerheten inte alltid fångas upp eller åtgärdas. Vår bedömning är att den data som behövs för att säkerställa en god remisshantering finns tillgänglig eller kan göras tillgänglig men att den inte används.

I granskningen noterar vi att verksamheterna har en utarbetad samt känd metod för remisshantering, i allt från att skicka och mottaga remisser till hantering av egen vårdbegäran. Vissa verksamheter saknar dock dokumenterade rutiner i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter. Regionen har en regionövergripande riktlinje för remissprocessen som syftar till att utgöra ett regelverk för remisshanteringen. Det är enligt vår bedömning en brist att samtliga verksamhetschefer inte tagit fram lokala rutiner som följer Socialstyrelsens föreskrifter. Detta påpekades även i granskningen 2014.

Vidare saknas en bevakningsfunktion av remisser i verksamhetssystemet vilket medför att all bevakning sker manuellt. Samtliga verksamheter har rutiner för bevakning, om än odokumenterade. Då systemet saknar bevakningsfunktion samt prestanda att visa alla remisser samtidigt ser vi en risk att remisser kan hamna mellan stolarna. Vi noterar även att det i systemet inte är möjligt att skicka kompletteringar utan att avvisa remissen och att arbets sättet innebär att datum för start av vårdgarantin kan ändras. Vi bedömer det som en risk att mätningarna av efterlevnaden av vårdgarantin kan bli missvisande.

Utifrån granskningens resultat lämnas följande rekommendationer till Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden:

- ▶ Överväg att ta fram mätbara mål kopplat till remisshanteringen för att öka möjligheten till styrning samt uppföljning i syfte att säkerställa ökad patientsäkerhet.
- ▶ Tillse att samtliga verksamhetschefer tar fram dokumenterade rutiner i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter för att skapa ett organisatoriskt minne istället för personberoende.
- ▶ Undersök möjligheterna att i verksamhetssystemet ta fram bevakningsfunktioner som underlättar bevakningen av remisser. Undersök även möjligheten att tillämpa en funktion för komplettering av remiss som säkerställer efterlevnad av vårdgarantin utan att äventyra patientsäkerheten.
- ▶ Tillse att tillgängliga data används, alternativt tas fram, i syfte att på lokal och aggregerad nivå följa upp samt säkerställa egen kontroll av remisshanteringen för att på så sätt möjliggöra att verksamhetsutveckling baseras på faktiska data.

# 1. Inledning

## 1.1 Bakgrund

Dåvarande landstingets revisorer genomförde år 2014 en granskning avseende "Landstingets remisshantering". Den sammanfattande bedömningen var att Landstingsstyrelsen behöver utveckla sin ledning, styrning och uppföljning för att säkerställa en ändamålsenlig remisshantering.

Med utgångspunkt från rapportens innehåll lämnades följande rekommendationer för att utveckla processen kring remisshantering och därmed förbättra patientsäkerheten:

- ▶ Landstingsstyrelsen behöver säkerställa att samtliga verksamheter har dokumenterade rutiner för remisshantering som överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrift och landstingets gemensamma rutiner och riktlinjer för remisshantering samt att dessa är kända och tillämpas.
- ▶ Drifts- och verksamhetsansvariga behöver se över processen för remisshantering så att samtliga verksamheter hanterar remisser i enlighet med gällande regelverk.

Revisorerna har utifrån sin riskanalys för 2021 beslutat att genomföra en granskning av remisshanteringen och att i den även följa upp de rekommendationer som gavs i granskningen 2014.

## 1.2 Syfte och revisionsfrågor

Syftet med denna granskning är att bedöma om Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, säkerställt en ändamålsenlig remisshantering. Granskningen skall också visa om Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit åtgärder med anledning av de synpunkter som framfördes i granskningen från 2014.

Revisionsfrågorna presenteras vidare i bilaga 3.

## 1.3 Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som används i granskningen för analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterierna för denna granskning utgörs av:

- ▶ Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)
- ▶ Patientsäkerhetslag (2010:659)
- ▶ Patientlag (2014:821)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrift Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)
- ▶ Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11)

Revisionskriterierna presenteras vidare i bilaga 2.

## 1.4 Metod och avgränsning

Granskningen bygger på dokumentstudier, stickprov och intervjuer. Granskningen avgränsas till Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden. På verksamhetsnivå är psykiatriens öppenvårdsmottagning, radiologimottagningen samt kirurgmottagningen granskade tillsammans med tre vårdcentraler i Region Värmland, varav en privat utförare.

Remisser skrivs vid behov av hjälp med åtgärder, bedömningar eller övertagande av vårdansvar som överskrider det egna verksamhetsområdets gränser. Socialstyrelsen definierar remiss som "handling om patient som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar".<sup>1</sup> I verksamheten kan remisser utgöras av:

- ▶ begäran om övertagande av vårdansvar,
- ▶ begäran om råd, bedömning eller annan åtgärd, samt
- ▶ begäran om röntgen, provtagning eller annan undersökning.

Den senare typen skickas bland annat till radiologimottagningen och innebär inget övertagande av vårdansvar. I granskningen inkluderas samtliga typer av remisser för att möjliggöra ett helhetsperspektiv men vi noterar att skillnader i de olika typerna av remisser föreligger.

### 1.4.1 Stickprov av remisshantering

Syftet med remissgranskningen är att kontrollera huruvida riktlinjer och rutiner efterlevs i praktiken. Vid stickprovskontrollen har 55 remisser skickade inom Region Värmland granskats. Stickprovet består av 5 remisser som skickats till respektive specialistmottagning från varje vårdcentral, d.v.s. totalt 15 remisser per vårdcentral. Vidare har 5 remisser som skickats från kirurgin och psykiatri till annan specialistmottagning granskats, d.v.s. totalt 10 remisser. Radiologin tar aldrig över vårdansvar för patienter och skickar därmed inte egna remisser och tar inte heller emot egen vårdbegäran. Därmed är remisser från radiologin av naturliga skäl inte inkluderade i stickprovet.

De granskade remisserna är de första som skickats från eller blivit mottagna av de aktuella enheterna per månad under perioden januari 2021 - augusti 2021. Utifrån Region Värmlands remissriktlinjer RIK-17946 och remissrutin RUT-07082 framställdes en checklista som stickprovet granskades mot. Resultatet från stickprovet diskuteras i avsnitt 2.6 och presenteras i sin helhet i bilaga 4. Stickprovet är gjort för att få en indikativ bild på förhållandet. Några långtgående slutsatser om hela remisspopulationen görs inte.

---

<sup>1</sup> SOSFS 2004:11 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.

## 2. Styrning inom remissprocessen

### 2.1 Det saknas mål och krav för remissprocessen

Inom ramen för granskningen har vi genomfört en dokumentstudie av aktuella verksamhetsplaner, årsrapporter, mätplaner samt delårsrapporter i Regionstyrelsen, Hälso- och sjukvårdsnämnden, Patientnämnden såväl som i granskningens utvalda mottagningar vid centralsjukhuset i Karlstad samt tre primärvårdsenheter. Ingen av de uppräknade instanserna har specifika mål med tillhörande indikatorer eller målnivåer kopplade direkt till remisshanteringen.

Utifrån Hälso- och sjukvårdsnämndens mätplan samt aktiviteter i hälso- och sjukvårdsplanens fokusområden följs respektive verksamhetsområde årligen upp i år- och delårsrapporter. I uppföljningen beskrivs måluppfyllelse, risker och pågående arbetet. Målen som ska redovisas för är:

- ▶ Patientsäker vård
- ▶ Vård på rätt vårdnivå
- ▶ Förebyggande och hälsofrämjande vård
- ▶ Tidsgränser inom vårdgarantin
- ▶ Hållbart arbetsliv
- ▶ Budget i balans.

Inom dessa mål kan remissprocessen antas vara av central vikt men av vår granskning framkommer inte specifika nyckeltal eller verksamhetsmått som härleds till remisshanteringen. Av intervjuer framkommer samma bild. Remisshanteringen kopplas inte till egna mål utan inkluderas i tillgänglighetsmål samt vårdgarantin.

Vidare finns krav på remisshanteringen i de riktlinjer som beslutats i Hälso- och sjukvårdsnämnden. Regionens riktlinjer kopplat till remisshanteringen presenteras närmare i avsnitt 2.2.

### 2.2 Remisshanteringen utgår från regionens två övergripande styrdokument för remissprocessen

Regionen har två gällande styrdokument för remisshanteringen, Remisshantering inom Hälso- och sjukvården (RIK-17 497)<sup>2</sup> och *Remisshantering - God Klinisk Praxis* (RUT-07082)<sup>3</sup>.

I riktlinjen *Remisshantering inom Hälso- och sjukvården* (RIK- 17 497) framgår när remiss ska skrivas och de specialfall som finns inom särskilda verksamheter samt särskilda yrkesgrupper. Grundregeln är att vid behov av hjälp med åtgärder, bedömningar eller övertagande av vårdansvar skrivs remiss om behovet överskrider det egna verksamhetsområdet. Remisser ska inte skrivas mellan verksamheter/enheter inom samma medicinskt ansvariga enhet (MAE).

Psykiatrien omnämns i riktlinjen som ett av de verksamhetsområden som är ett specialfall. Psykiatrien består av ett flertal verksamhetsområden som av praktiska skäl är organiserade i Område Öppenvård har ett gemensamt remissmottagandekansli och remisser skall inte utfärdas internt inom psykiatrien.

---

<sup>2</sup> Saknar giltighetsdatum

<sup>3</sup> Giltig från 2017-02-04 till 2021-11-30

I det andra dokumentet, *Remisshantering - God Klinisk Praxis* (RUT-07082), beskrivs processen för utfärdande av remiss, mottagande av remiss, remissvar samt vad remissen ska innehålla. I rutinen fastställs bland annat att:

- ▶ beslut om remiss alltid ska tas i samråd med patienten
- ▶ en remiss alltid ska formuleras med relevant innehåll i själva remisshandlingen - det är inte tillåtet att enbart skicka journalkopior eller hänvisa till journalen
- ▶ remisser ska skickas elektroniskt enligt remissmall om möjligt
- ▶ remisser ska skickas inom tre arbetsdagar efter remissbeslut
- ▶ mottagen remiss ska ankomstregistreras, bedömas och prioriteras inom tre arbetsdagar
- ▶ remissvar ska skickas till remittent inom tre arbetsdagar efter beslut om remissvar
- ▶ en fullvärdig remiss ska innehålla
  - ▶ komprimerad anamnes<sup>4</sup>
  - ▶ relevant status
  - ▶ tydlig frågeställning
  - ▶ patientens subjektiva besvär
  - ▶ aktuella mediciner

Inom alla verksamheter ska finnas en funktion som ansvarar för bevakning av utgående och inkommande remisser. För verksamheter med akutfunktion gäller att särskild rutin måste finnas för bevakning av elektroniskt inkommande remisser. Samtliga verksamhetschefer har ansvaret för att säkerställa att remissreglerna är kända och omgående efter beslut tillämpas i verksamheten. Radiologins verksamhet täcks endast i begränsad omfattning av de regionala dokumenten men av riktlinjen framgår inte exakt vilka delar som är tillämpbara eller inte.

Vi noterar att intervjuade upplever de övergripande styrdokumenterna som ändamålsenliga och att de enligt uppgift inte ska brytas ned till lokala rutiner. Det förekommer att vissa verksamheter har brutit ned styrdokumenterna till lokala rutiner. De olika verksamheternas lokala rutiner och arbetssätt presenteras närmare i avsnitt 2.3.

### 2.2.1 Ett arbete pågår med att revidera riktlinjerna

Region Värmlands remissriktlinje och rutin är under revidering sedan april 2021 och arbetet förväntas färdigställas innan årsskiftet 2021/22. I och med revideringen blir de två tidigare dokumenten (RIK-17 497 och RUT-07 082) ett dokument. Förutom semantiska ändringar är syftet med revideringen att förenkla remissprocessen genom att anpassa dokumenten efter den nuvarande organisationen.

Inom ramen för granskningen har vi tagit del av arbetsmaterialet för de nya riktlinjerna som ännu inte är fastställda. Innehållsmässigt har avsnitten om behandlingsansvar, remissinnehåll samt utfärdande av remiss förändrats marginellt i arbetsmaterialet. I arbetsmaterialet beskrivs rutiner för återremittering av patienter och för fortsatt uppföljning. Återremittering av en patient ska ske genom att en ny remiss skrivs, inte genom remissvar. I de reviderade riktlinjerna står att specifika önskade åtgärder tydligt ska framgå i remissen. Vidare utvecklas direktivet om att remissbeslut ska tas i samråd med patienten samt att patienten ska förstå att samtycke ges till informationsöverföring. I arbetsmaterialet förtydligas även att remiss **ska** skickas till **en** remissmottagare för **en** åkomma.

Enligt uppgift har hälso- och sjukvårdsledningen diskuterat att det i styrande dokument framgent ska framgå om dessa bör kompletteras med en lokal rutin eller inte.

---

<sup>4</sup> Patientens sjukdomshistorik

## 2.3 Vissa verksamheter bryter ner regionens riktlinjer till lokala dokument

Av intervjuer framgår att syftet med regionens övergripande styrdokument är att de ska vara tillämpbara hos samtliga verksamheter som riktlinjerna berör. Av regionen ställs det inga krav på verksamheterna att bryta ner riktlinjen eller rutinen i lokalt dokumenterade rutiner. Samtidigt föreskriver Socialstyrelsen att verksamhetschefer ska fastställa rutiner för hantering av utgående remisser och inkommande remissvar, att dokumenterade rutiner ska finnas för bland annat vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser, hur remisserna ska registreras och sändas samt hur remissvaren ska tas emot och registreras. Som presenterat i tidigare avsnitt framgår inte all information i regionens styrdokument och vi noterar att vissa verksamheter inte tagit fram lokala rutiner. Vi kan även notera en viss skillnad i hanteringen av remisser inom olika verksamheter.

### 2.3.1 Specialistmottagningarna vid centralsjukhuset i Karlstad

Radiologin har utifrån regionens övergripande styrdokument tagit fram lokala rutiner i vilka ansvarsfördelning i remisshanteringen samt hantering av remisser elektroniskt respektive pappersremisser framgår. Remisshanteringen inom radiologins skiljer sig initialt från de övriga verksamhetsområdena eftersom radiologin aldrig tar över vårdansvar för en patient. Inom radiologin finns rutiner för att sjuksköterskor och vårdadministratörer tar emot och sorterar remisser till olika listor utifrån prioritering. Utifrån listorna bedömer läkare vilka eventuella undersökningar som är lämpliga. Remisstyper som inte kräver läkarbedömning hanteras av sjuksköterskor.

Kirurgin och psykiatrin tillämpar de regionövergripande styrdokumenterna utan att direkt översätta dem till lokala rutiner. Kirurgin har dock dokumenterat flertalet lathundar för remisshanteringen. Lathundarna finns exempelvis för prioriteringsalternativ, hur bokningsunderlag tas fram, frågeställningar, rutiner för remissdiktat samt för skickande bekräftelse av remiss. Inom kirurgin tas remisser emot på ett remisskansli. Remisskansliet hanterar remissprocessen i termer av att rikta remisser inom kirurgin, registrering, hantera väntelistan samt skriva remissdiktat.

Inom psykiatrin finns ett pågående arbete med en intern rutin. Arbetet förklaras med att det tidigare varit svårt för nyanställda att ta till sig rutinerna. Den nya rutinen ska klargöra när remisser ska avisas, steg i remissprocessen samt hur processen bör hanteras. Likt inom kirurgin varierar arbetssättet inom psykiatrin något mellan avdelningar. Det finns remissflödesbeskrivningar inom mottagningarna där patientens flöde genom verksamheten beskrivs. I bilden framgår tillfällena för remissbedömning samt remissvar. Vid vuxenpsykiatrin sker remissbedömningen vid den allmänna psykiatriska mottagningen där remissbedömaren först avgör om remissen ska accepteras eller avisas och sedan vilken mottagning remissen ska skickas till.

### 2.3.2 Primärvårdsenheterna

Vårdcentralen Gripen och Capio har båda tagit fram lokala rutiner utifrån regionens övergripande styrdokument. I Gripens rutin fastslås att hyrläkare inte ska hantera remisser utan att det istället är bakjouren, enligt rullande veckoschema, som ansvarar för att administrera inkommande remisser. Det är enhetschefen som upprättar scheman samt säkerställer tillgång till bakjour. Vidare är det vårdadministratörer som fördelar inkommande remisser till bakjour för de remisser som tillhör datum som hyrläkare ansvarar för den aktuella perioden.

Capio vårdcentral har enligt uppgift brutit ned regionens riktlinje och rutin till lokala styrdokument. Vi har efterfrågat styrdokumentet men inte fått del av dessa. Enligt uppgift



sker remissbedömningen två dagar i veckan, tisdagar och torsdagar, då en allmän specialisläkare hanterar remisserna.

Vårdcentralen Hagfors har inte lokala styrdokument utifrån regionens övergripande. Anledning är att regionens styrdokument anses som tillräckliga samt att det inte finns något krav inom regionen på att ta fram verksamhetsegna rutiner. Vårdcentralen Hagfors däremot ett utarbetat arbetssätt för att hantera remissprocessen. Varje vecka genomförs två remisskonferenser där inkomna remisser hanteras. På remisskonferenserna deltar ST-läkare, en handledande doktor (en hyrläkare med långt kontrakt) samt en vårdadministratör som bokar in och sorterar remisserna. Då det inte finns några fastanställda läkare är det enbart hyrläkare med långtgående kontrakt som får ta emot remisser.

## 2.4 Riktlinjer förmedlas genom nyhetsbrev och utbildningar

Inom regionen finns flera metoder för att förmedla ny information såsom nya riktlinjer till verksamheter. Vid mindre förändringar kan mejl skickas till berörda enheter. Vid större förändringar kommuniceras dessa i första hand via chefslinjen, och kompletteras vid behov med nyhetsbrev eller liknande. Verksamhetschefer har ett särskilt ansvar att informera. I övrigt är upp till varje person att på egen initiativ prenumerera på nyhetsbrev. Varje klinik ska dock ha en person som prenumererar på nyhetsbrev och ansvarar för att förmedla informationen vidare.

Regionen informerar även vid olika utbildningstillfällen. Inom allmänmedicin samordnas det medicinska utvecklingsarbetet genom allmänläkarkonsult (AKO) vars uppgift bland annat är att se till att samarbetet mellan slutenvården och primärvården fungerar. AKO anordnar utbildningar där aktuella förändringar även presenteras. Utbildningarna utgör även tillfällen att bjuda in aktörer som berättar om förändringar i deras verksamheter. Detta möjliggöra dialog och diskussion mellan verksamheter.

## 2.5 Bevakning av remissprocessen sker manuellt

I *Remisshantering - God Klinisk Praxis* (RUT-07082) anges att det ska finnas en funktion som ansvarar för bevakning av utgående och inkommande remisser inom alla verksamheter. Enligt rutinen ska en remiss skickas inom tre dagar efter remissbeslut och sedan även besvaras av remissmottagaren inom tre arbetsdagar. Verksamheter har däremot olika rutiner för bevakning och uppföljning av utgående och inkommande remisser samt remissvar. De granskade verksamheterna har antingen ett remissmottagandekansli eller en särskild grupp ansvarig för att samla inkommande remisser och förmedla dessa vidare till rätt enhet eller person. För bevakning av utgående remisser samt remissvar finns ett delat ansvar mellan ansvarig läkare och de som hanterar inkommande remisser. Det framkommer att all bevakning sker manuellt utan direkt stöd från verksamhetssystemet i form av exempelvis larmgränser eller signaler. Däremot finns vyer inom systemet som ger en överblick över remissflöden i remissmodulen. Vi noterar även att det inte framgår av remissen när remissbeslutet fattades och datum för när den skickas, något som beskrivs vidare i avsnitt 2.6.

I det elektroniska patientadministrativa systemet Cosmic kan användarna se inkommande remisser. Här visas bl.a. datumet för remissbeslut, datum då remiss skickades samt status på inkomna remisserna. Vårdpersonal kan välja olika vyer och lister för remisserna. Listorna ställs in efter önskemål och har en begränsat datumintervall, vilket enligt uppgift beror på att det är för prestandakrävande för systemet att ta fram en större mängd data än det givna intervallet. Det finns således en risk att remisser kan falla mellan stolarna alternativt glömmas bort om inte användaren väljer datum tillräckligt långt bak i tiden. Det finns även en verksamhetsöversikt där mottagna och skickade remisser för hela enheten

visas. Enligt uppgift är verksamhetsöversikten behörighetsstyrd och nås av verksamhetschefer. Vi har efterfrågat rutiner för behörigheter men inte delgivits några.

Inom radiologin används istället PACS (bild- och kommunikationssystem) för att skicka och ta emot remisser. I PACS används säkerhetslistor för att bevaka remisser. I säkerhetslistorna samlas bl.a. utförda undersökningar som saknar signatur och akuta undersökningar som inte fått svar. Genomgång av säkerhetslistorna sker kontinuerligt. Standardiserade vårdförlopp samt akuta remisser som ska besvaras inom en vecka flaggas i systemet.

## 2.6 Verksamheterna följer riktlinjerna i hög grad

Av stickprovet framgår en relativt stor följsamhet till regionens riktlinjer. Det finns dock vissa undantag, vilka beskrivs i text nedan tillsammans med en nyansering av vissa metodaspekter. Det sammanställda resultatet från stickprovet presenteras i en tabell i bilaga 4 och beskrivning av stickprovets genomförande finns i granskningens inledande kapitel.

Viktigt att notera i stickprovet är att remisserna är skrivna utifrån mottagande enhets valda mall. Det innebär att vissa fält är tvingande i vissa remisser och valfria i andra. Vi noterar att fält som inte fylls i, och inte är tvingande, inte nödvändigtvis syns när remissen är skickad. Det skapar således en osäkerhet för oss vid granskningstillfället om information inte har efterfrågats eller inte fyllts i. Om informationen inte fyllts i kan det bero på att det inte är aktuell information eller att det felaktigt utlämnats av remittenten. I stickprovet kan vi inte avgöra anledningen då informationen i stickprovet är begränsad till vad som framgår i remisserna och inte bakomliggande information vid patientmöte. Detta är applicerbart vid flera av stickprovets frågor.

Enligt styrdokument för remissprocessen (*Remisshantering - God Klinisk Praxis*) ska en remiss bland annat alltid formuleras med relevant innehåll och det är inte tillåtet att enbart hänvisa till datajournal. I stickprovet noterar vi vissa avvikelser där det förekommer att anamnes saknas och det enbart finns hänvisning till länkad journalanteckning (i 9 av 45 skickade remisser från primärvård till specialistmottagning saknas detta). Då det förekommer länkad journalanteckning kan vi inte utläsa stor del av den kliniska datan i remissen. Vidare förekommer det att frågeställningen anges i anamnesen snarare än i fältet för frågeställning. Majoriteten av de observerade avvikelserna är i remisser skickade från primärvårdsenheterna till specialistmottagningarna.

I flera remisser saknas information om aktuell medicinlista eller huruvida medicinlistan är uppdaterad vilket kan utgöra en risk för patientsäkerheten. Noterbart är dock att medicinlistan finns att tillgå för remissmottagaren i Cosmic. I de fall vi noterat en avvikelse i stickprovet har det inte skett någon hänvisning till om medicinlistan är uppdaterad eller verifierad.

Vidare observeras flera fall då saknas kliniska grunddata såsom patientens subjektiva besvär.

I remisserna kan vi inte utläsa huruvida de är en komplettering eller inte. Vi ser att det kan vara väsentligt att det framgår i remissen eftersom det påverkar datum för vårdgarantin. En vidare diskussion om detta förs i kapitel 3. Vi vill dock tydliggöra att detta kan framgå i verksamhetssystemet.

Enligt regionens rutin ska en remiss skickas inom tre dagar från remissbeslut. Dessvärre kan detta inte utläsas av de remisser vi delgivits då det enbart framgår remissdatum vilket är det datum då remissen skrevs och således inte nödvändigtvis samma datum då remissen skickades. I intervjuer uppges det dock vara vanligt att en remiss skickas senast dagen efter patientens besök och det upplevs inte utgöra ett problem.

## 2.7 Upplevelsen av att remissprocessen är välfungerande dominerar

Av vad som framkommer i intervjuer finns inget särskilt problemområde beträffande remisshanteringsprocessen. Majoriteten av processens komponenter upplevs fungera väl även om det finns vissa utmaningar.

Inom ramen för granskningen har vi i intervjuer särskilt ställt frågor om risken för att remisser vandrar runt mellan olika specialiteter. Av intervjuer framgår dock att detta inte utgör ett större problem. I de fall detta sker uppges patienter kunna vända sig till sin vårdcentral för hjälp. Det finns också möjlighet för patienten att vända sig till 1177 för rådfrågning.

Ett område som lyfts som ett problem i intervjuer med såväl företrädare för vårdcentraler samt företrädare för psykiatri, är gränsdragningar i vårdnivåer mellan psykiatri och primärvårdsenheter. Svårigheterna rör främst de patienter som färdigbehandlats inom psykiatri men som har fortsatt behov av stöd. Remisser skrivs för fortsatt behandling inom primärvård, men där primärvården saknar resurser för att omhänderta patienter med komplexare frågeställningarna. Inom öppenvården i regionen finns ett pågående arbete tillsammans med kommunerna för att ta fram handlingsplaner för arbetet med God och Nära vård. Inom ramen för arbetet med God och Nära vård uppges att frågan om gränssnittet mellan specialistvård och öppenvård ska förtydligas så att patienter ska hamna på rätt vårdnivå.

En ytterligare utmaning som lyfts är det stora inflödet av remisser. Inom primärvården är ett återkommande exempel såromläggningar som både blir fler och mer komplicerade. Primärvårdsenheterna upplever viss resursbrist i förhållande till den ökade arbetsbelastning som förekommer. Intervjuade härleder också det höga remissflödet till att fler remisser än nödvändigt skrivs. Med detta menas dels att oerfarna läkare skriver fler remisser och inkluderar flera frågeställningar vilket skapar en ökad arbetsbelastning för den remissmottagande enheten, dels att efterfrågan på mer evidensbaserad vård innebär att fler remisser skrivs. Tidigare har fler frågeställningar besvarats inom den remitterande enheten men nu skickas de i syfte att få evidensbaserade bevis. Vidare upplevs det ökade antalet remisser och frågeställningar skapa en kedjereaktion där ytterligare undersökningar behöver initieras på grund av bifynd.

## 2.8 Bedömning

Vi konstaterar att det inte finns specifika mål kopplade till remisshanteringen. Avsaknaden av mätbara mål medför även svårigheter i styrning och uppföljning, vilket vi återkommer till i nästkommande kapitel. Vi bedömer att remisshanteringen med fördel kan styras genom specifika mål och på så sätt säkerställa ökad patientsäkerhet.

Enligt Socialstyrelsens föreskrift är varje verksamhetschef ansvarig för att det vid enheten finns en aktuell dokumenterad rutin för hur remisshanteringen ska ske och vem som får göra vad. Samtliga verksamheter har en aktuell rutin för remisshanteringen men för de som inte brutit ned den regionala riktlinjen samt rutinen till lokala styrdokument saknas uppgifter om vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser. Samtliga granskade verksamheter saknar dokumenterade rutiner för vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss dröjer, inte kan ges inom meddelad tid eller uteblir.

Vi bedömer det som brist att ingen av de granskade verksamheterna har definierade rutiner som följer Socialstyrelsens föreskrifter. Viktigt att notera är dock att samtliga verksamheter har rutiner, om än odokumenterade, för hur remisshanteringen ska gå till. Det finns informella rutiner som berör vem som ansvarar för vilka delar inom remissprocessen. Vi ser det dock som en risk att det saknas dokumenterade rutiner då det skapar personberoende och inte ett organisatoriskt minne. Vid långvarig frånvaro av

nyckelpersoner eller att de slutar kan det innebära risker för remisshantering och även för vården.

Enligt Socialstyrelsen kan det vara nödvändigt med tydliga bevaknings- och sökfunktioner för att kontrollera att remisser skickas och att remissvaret når den som ansvarar för remissen. Dessutom kan det behövas en tydlig bevakningsfunktion för att ta del av exempelvis provsvar. Bevakningsfunktioner finns men är manuella och personbundna där vårdadministratörer bevakar remissflödet. Det finns ingen systematisk bevakningsfunktion där systemet flaggar för eventuella förseningar. Vi bedömer att det är en risk att bevakningen sker manuellt och ser att det finns utvecklingspotential i form av bevakningssystem. Ett sådant system skulle även kunna gynna uppföljning av remisshantering.

Vi ser positivt på att remissriktlinjen samt rutinen i stort har god följsamhet men av stickprovet framkommer också vissa avvikelser. Vi noterar att det förekommer hänvisning till journalanteckning i 9 av 45 fall i skickade remisser från primärvården. Det medför en risk att viss information saknas i själva remissen. Vidare bedömer vi det som en patientsäkerhetsrisk att det inte alltid framgår i remissen huruvida medicinlistan är uppdaterad

### 3. Uppföljning och kontroll

Av vad som framkommit i granskningen sker ingen specifik uppföljning av remisshanteringen och därav inte heller någon tillhörande analys. I granskningen har vi studerat Hälso- och sjukvårdsnämnden, patientnämnden, Regionstyrelsen samt granskade verksamheter (i den omfattning det finns):

- ▶ Verksamhetsplaner och utvecklingsplaner
- ▶ Årsredovisningar
- ▶ Mätplaner
- ▶ Patientsäkerhetsberättelser
- ▶ Kvalitetsrapporter och statistik
- ▶ Nämndprotokoll

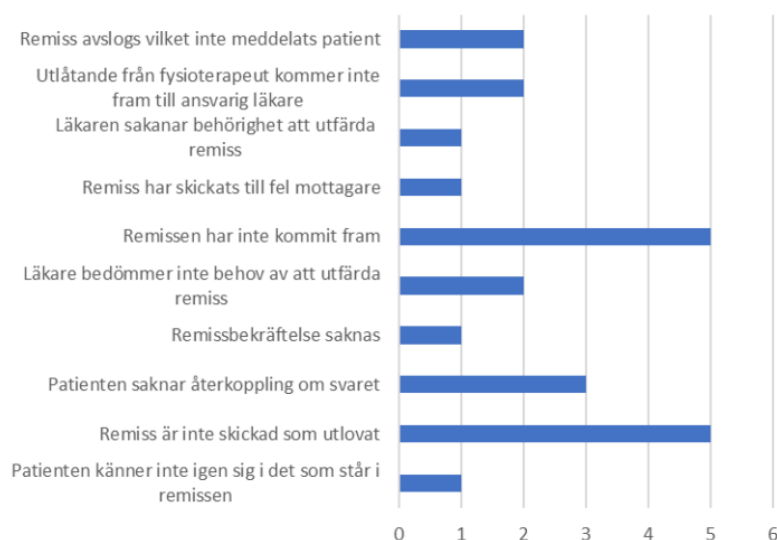
I samtliga granskade dokument saknas strukturerad uppföljning av remissprocessen. Vi kan således inte se att det sker uppföljningar eller analyser av remisshanteringen på aggregerad eller lokal nivå. Remisser omnämns i enstaka fall men inte i egensyfte att utveckla arbetet med remissprocessen. Uppföljningar av t.ex. vårdgaranti eller tillgänglighet nämns istället som relevanta områden för uppföljning med bäring på remissprocessen. Vi har identifierat tre tillfällen då statistik presenteras för hälso- och sjukvårdsledningen. Presentationerna har berört egen vårdbegäran samt tillgänglighet. Ingen av presentationerna ger närmare analys av utveckling av remissprocessen.

I regionens riktlinje finns nyckeltal som innebär att en remiss ska skickas inom tre arbetsdagar efter remissbeslut och sedan även besvaras inom tre arbetsdagar. Vi har inte sett att det sker någon form av uppföljning kring dessa nyckeltal och kan således inte heller kommentera efterlevnaden av kravet.

Trots avsaknad av strukturerad uppföljning uppges det i intervjuer med dels en av cheferna inom hälso- och sjukvårdsledningen, dels med anställd i utvecklingsroll inom den regionövergripande verksamheten finnas kontroll över remissprocessen. Detta eftersom regionen är en organisation med korta informationsvägar. Vidare skrivs sällan avvikelser gällande brister i remisshanteringen och istället för att systematiskt notera avvikelserna lyfts dessa genom kollegiala avstämningar.

#### 3.1 Patientnämndsenheten får in få klagomål kring remisshanteringen

Inom patientnämndsenheten redogörs för inkomna klagomål till regionen. Av 1490 klagomål som inkommit de senaste 12 månaderna (2020-10-01–2021-09-29) kategoriserades 23 att huvudsakligen beröra remisshanteringen. Patientnämndsenheten kategoriserar klagomålen i åtta kategorier som är framtagna tillsammans med IVO. Remisshanteringen ingår i kategorin för administrativ hantering. Det är viktigt att notera att inkomna klagomål kan innehålla flera olika typer av klagomål men kategoriseras enligt det huvudsakliga problemet som lyfts upp. Det kan således finnas ett mörkertal kopplat till antalet klagomål som berör remisser. Nedan redovisas för klagomål gällande remisshantering inkomna till patientnämndsenheten, sammanställt av patientnämndsenheten. Av bilden framkommer att de vanligaste klagomålen berör huruvida remissen är skickad eller inte har kommit fram. Regionen och verksamheternas bild av att remisser inte utgör ett stort problem inom regionen överensstämmer med de inkomna klagomålen.



Inkomna klagomål gällande remisshantering till Patientnämndenheten för perioden 2020-10-01–2021-09-29.

### 3.2 Antalet remisser som återsänds för komplettering följs inte upp

I Cosmic saknas i dagsläget möjligheten att skicka komplettering, istället avvisas remissen med anledning av komplettering. Hanteringen innebär att tidpunkten för vårdgarantin de facto kan ändras då det skrivs en ny remiss istället för komplettering. En sådan hantering riskerar inte enbart att påverka remisshanteringen utan även efterlevnaden av vårdgarantin. Enligt uppgift har systemets funktion för komplettering inte varit tillräckligt patientsäker och därav har nuvarande lösning använts.

De alternativ som kan användas för att avvisa remisser är:

- ▶ Ej bedömningsbar
- ▶ Patienten listad på annan enhet
- ▶ Pågående remiss med samma hälsoproblem
- ▶ Frågeställning/vårdbehov matchar inte utbud eller uppdrag
- ▶ Patienten hänvisas till annan vårdenhet eller egenvård
- ▶ Begäran om komplettering
- ▶ Annan orsak

Trots listade alternativ och en faktisk möjlighet sker inte uppföljning av varför remisser avvisas. Vidare finns det inte möjlighet att följa upp om patienten hänvisas till annan vårdenhet respektive egenvård eftersom de utgör samma alternativ. Vi noterar att det finns ett pågående arbete med att förändra de listade alternativen samt att införa möjlighet att skicka komplettering utan att avvisa remissen.

### 3.3 Ett arbete pågår med att utveckla remisskvaliteten

Inom regionen finns ett pågående arbete med att utveckla remisskvaliteten genom att ta fram remissmallar.

En arbetsgrupp har bildats för att arbeta med utveckling remissmallar. Arbetsgruppen leds av en verksamhetsutvecklare vid Utveckling och användarstöd patientjournal. Gruppens huvudsakliga uppdrag är att utveckla regionens remissmallar och skapa enhetlighet. Ursprungligen fanns en intention att gå igenom samtliga remissmallar men med tanke på den stora mängden remisser har uppdraget ändrats till att styras efter verksamheternas önskemål av revidering av mallar. Det är således respektive område som kontakter

remissgruppen när de vill få hjälp att revidera eller ta fram en ny remissmall. Remissgruppen träffas en gång per månad.

Remissgruppen eftersträvar att skapa en enhetlighet i regionens remissmallar och har därav tagit fram en grundmall. Grundmallen innehåller följande fält:

- ▶ Frågeställning
- ▶ Anamnes - Hälsö- och sjukdomshistoria
- ▶ Status - undersökningsfynd
- ▶ Enkel läkemedelsgenomgång
- ▶ Tolksbehov

Genom en grundmall eftersträvas en större kännedom om vad remisser ska innehålla och på så vis underlätta för de läkare som dikterar utan att ha mallen framför sig. Om antal fel i diktering minskar skapas ett snabbare flöde där läkare inte behöver komplettera sina diktat. Vidare noterar vi ett antal olika metoder som används av remissgruppens i deras arbete med att förbättra remisskvaliteten.

- ▶ Avväga fördelarna mot nackdelarna med tvingande fält.
- ▶ Undvika upprepning av information genom att minska tillfällena då information behöver kopieras från ett annat ställe till remissen. Istället förespråkas bekräftade kryssrutor.
- ▶ Införa informationstexter som förtydligar vilken information som efterfrågas i remissen.
- ▶ Klickbara länkar till rutiner för att förtydliga efterfrågad information.
- ▶ Skapa dialog och diskussion kring hur remisser ska utformas genom att bjuda in mottagningar till utbildningstillfällen

Enligt intervju finns det ingen plan för uppföljning av gruppens arbete utan eventuellt missnöje kring gruppens arbete förutsätts framkomma genom kollegial återkoppling.

### 3.4 Bedömning

Enligt Socialstyrelsens föreskrift ska vårdgivaren arbeta kontinuerligt med riskanalyser samt utöva egenkontroll. Av granskningen framkommer att det inte sker någon systematisk egenkontroll eller uppföljning avseende remisshanteringen. Ett övergripande mönster som är återkommande i granskningen är att de flesta intervjupersonerna förlitar sig på kollegial återkoppling och inte faktiska data vad gäller uppföljning och utveckling av remisshanteringen.

Vi har noterat följande som inte följs upp:

- ▶ efterlevnaden av svarstiderna (3 dagar) följs upp på ett systematiskt sätt,
- ▶ hur stor andel av remisserna som avvisas,
- ▶ avvisade remisser analyseras avseende antal och anledning,
- ▶ antal kompletteringar eller anledning till komplettering, och
- ▶ strukturerad uppföljning av remissprocessen på lokal eller aggregerad nivå.

Vi bedömer att uppföljning och egenkontroll kopplat till remisshanteringen inom regionen är bristfällig. Enligt patientsäkerhetslagens 3 kap anges vårdgivarens skyldighet att bedriva systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls samt vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Regionen kan vinna stora fördelar genom att systematiskt följa upp remisshanteringen. Bland annat kan uppföljningen identifiera utvecklingsområden, effektivisera resursanvändningen samt öka patientsäkerheten då brister identifieras.

Till följd av att remisser inte kan kompletteras utan behöver avvisas och besvaras med en ny remiss ser vi risker för att patientsäkerheten äventyras. Detta trots att patientsäkerheten tagits i beaktande vid valet av arbetsmetod. När en remiss avisas för

komplettering kan det innebära ett fördröjt vårdförlopp för patienten eftersom startdatum för vårdgarantin kan ändras. Det innebär en risk för en falsk efterlevnad av vårdgarantin vilket vi bedömer som allvarligt. Då det inte sker någon uppföljning av antal avvisade remisser eller anledningen till att de avvisas saknas kunskap om problemets omfattning. Vår bedömning är att den data som behövs för att säkerställa en god remissprocessen finns tillgänglig eller kan göras tillgänglig men att den inte används av de inblandade aktörerna.

Vi noterar det pågående utvecklingsarbete som sker med remissmallar samt utvecklingen av Cosmic för att möjliggöra att skicka kompletteringar. Samtidigt som vi ser positivt på de initiativ som finns vill vi poängtera vikten av att följa och utvärdera arbetet för att säkerställa dess riktning och effektivitet.



## 4. Tillgänglighet i form av egen vårdbegäran

### 4.1 Egen vårdbegäran tar längre tid att hantera än andra remisser

Egen vårdbegäran är ett sätt inom hälso- och sjukvården att skapa tillgänglighet. En egen vårdbegäran bedöms på samma sätt som en remiss från en läkare och mottagande specialistmottagning avgör vilken vård som är lämplig samt på vilken nivå. Detta innebär att patienten kan skickas till sin vårdcentral eller egenvård. I Region Värmland kan vuxna patienter själva skicka remisser till specialistmottagningar i länet, med undantag för specialisttandvården. Egen vårdbegäran kan skickas genom e-tjänsterna på 1177.se eller via pappersblankett. Samtliga mottagningar som ingår i granskningen tar emot egen vårdbegäran förutom radiologin.

Av det dataunderlag vi har tagit del av framgår att av de 121 918 remisser som inkom till specialistmottagningar i Region Värmland under 2020 var 12 675 egen vårdbegäran, vilket motsvarar cirka 9 procent. Vidare redovisas att andelen accepterade egen vårdbegäran har minskat sedan 2015. År 2020 avvisades 32 procent av inkomna egenremisser och 2015 var motsvarande siffra 15 procent.

Vid mottagningarna tas egna vårdberäran emot och registreras i Cosmic där den bedöms enligt samma regelverk och rutiner som övriga remisser. I remissrutinen "God klinisk praxis" anges att det finns möjlighet för vården att avkräva egenremisser en viss datamängd för att remissen ska accepteras. Vid en inkomplett egenremiss begärs komplettering innan remissen accepteras. Det är först när egenremissen blir accepterad som vårdgarantin börjar räknas. Enligt uppgift är det vanligen sämre kvalitet på egenremisser än remisser skickade från annan vårdenhet och de behöver i större utsträckning kompletteras. Inom öppenvårdsmottagningen på psykiatrin upplevs inkommande egen vårdbegäran som en utmaning. Egenremisser tar i många fall längre tid att hantera på grund av att det krävs ett möte med patienten i form av tex. telefonsamtal för komplettering. Av intervjuer framgår att ungefär en tredjedel av inkommande remisser till öppenvårdsmottagningen på psykiatrin är egen vårdbegäran och av dessa avslås mer än hälften.

Av intervjuer framgår att granskade enheter inte har specifika rutiner för att informera om patienters möjlighet till egen vårdbegäran. Det förekommer dock att de hänvisar patienter till 1177.

Likt resterande remissprocessen sker ingen specifik uppföljning av egen vårdbegäran.

### 4.2 Bedömning

Vår bedömning är att det inom regionen finns tillräckligt med information för patienter att göra en egen vårdbegäran. Vidare finns det rutiner för att hantera egenremisser. Det finns även kännedom inom verksamheterna kring patienters möjlighet till egenremiss. Vi ser positivt på att verksamheterna, i linje med målet att verka mer patientcentrerat, underlättar för patienterna att själva ta kontakt med vården, exempelvis genom egen vårdbegäran.

Vi har inte identifierat att det sker någon uppföljning av egen vårdbegäran, exempelvis av antal avvisade samt tillhörande anledning. Om sådan data systematiskt följdes upp skulle flaskhalsar i processen fångas upp och åtgärder identifieras. Således skulle hanteringen av egen vårdbegäran kunna optimeras och arbetsbelastning minska.

## 5. Regionen har vidtagit vissa åtgärder efter granskningen 2014

I revisionens granskning "Remisshantering Landstinget Värmland" från 2014 lämnades två rekommendationer för att utveckla processen kring remisshantering och därmed förbättra patientsäkerheten;

- ▶ Landstingsstyrelsen behöver säkerställa att samtliga verksamheter har dokumenterade rutiner för remisshantering som överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrift och landstingets gemensamma rutiner och riktlinjer för remisshantering samt att dessa är kända och tillämpas.
- ▶ Drifts- och verksamhetsansvariga behöver se över processen för remisshantering så att samtliga verksamheter hanterar remisser i enlighet med gällande regelverk.

Vidare konstaterade revisorerna att Regionstyrelsen<sup>5</sup> behövde utveckla sin ledning, styrning och uppföljning för att säkerställa en ändamålsenlig remisshantering.

I denna rapportens inledande kapitel noterar vi att inte alla verksamheter har dokumenterade rutiner för remisshantering. Vi noterar även att Socialstyrelsens föreskrift inte alltid följs fullt ut. Trots att vi noterar vissa kvarstående brister i dokumenteringen av remisshantering framkommer det av intervjuer att remissprocessen i sig inte utgör ett reellt problem. Den samlade upplevelsen är att remisshantering fungerar ändamålsenligt trots att det finns skillnader i utförandet. Vi kan notera att det pågår ett arbete med att revidera styrdokumentet. Vidare är regionens riktlinje och rutin kända i organisationen och tillämpas i stor utsträckning i verksamheterna.

Av kapitel 3 kan vi konstatera att det inte finns system för uppföljning av remisshantering.

### 5.1 Av granskningen 2014 framkom ett antal brister

En brist som identifierades i revisionens granskning var att remissvar kunde sändas via sekreterare utan att vara signerade av läkare. Ett remissvar ska inte kunna sändas till remittent utan att den aktuella behandlande läkaren har signerat det. Av intervjuer framgår att remissvar inte längre kan skickas osignerade. Det är inte möjligt längre att signera en remiss åt någon annan.

Vidare identifierade revisionen en risk med att remisshanteringssystemet saknade ett påminnelse/bevakningssystem. Ett sådant system skulle kunna minska sannolikheten att remisser exempelvis inte skickas eller besvaras i tid. Vi kan konstatera att ett sådant system inte har införts i Cosmic. Istället är det upp till respektive verksamhetsområde att säkerställa bevakning genom lokala rutiner.

Revisionen noterade även vissa brister inom psykiatriens öppenvård i Karlstad. Där bland noterades att pappersremisser användes samt att rutinen för bedömningar ibland innebar att remisser blev liggandes i en låda. Vid vår granskning framkommer att det fortfarande förekommer pappersremisser med anledning av att dessa skickas från utomstående instanser såsom kommunal socialtjänst eller elevhälsa och att för närvarande det saknas juridiska möjligheter till att digitalisera processen.

### 5.2 Bedömning

Regionen har i vissa avseenden utvecklat sitt arbete sedan revisionens granskning 2014. Vi bedömer dock att det fortfarande finns utvecklingsmöjligheter med att säkerställa att regionens rutiner följer Socialstyrelsens föreskrifter.

---

<sup>5</sup> Dåvarande Landstingsstyrelse

Idag finns en god kännedom om regionens riktlinje och rutin i verksamheterna och av stickprovet framkommer en god följsamhet vilket vi bedömer positivt.

Vi kan notera att det fortfarande saknas former för bevakning och uppföljning vilket vi bedömer som en risk. Det finns risk att problem inom processen inte identifieras.

## 6. Svar på revisionsfrågor

Vår sammanfattande bedömning är att Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, inte fullt ut säkerställt en ändamålsenlig remisshantering. Nedan anges kortfattade svar på revisionsfrågorna.

| Revisionsfrågor  | Svar   |
|--|--|
| Har Regionstyrelsen och/eller Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns dokumenterade regionövergripande styrdokument (riktlinjer och rutiner) för remisshantering?              | Ja. Det finns två regionövergripande styrdokument för remisshanteringen, en riktlinje och en rutin. Dessa är under revidering och en ny kommer under hösten 2021.  |
| Motsvarar styrdokumentens kraven i Socialstyrelsens föreskrift gällande remisshantering?   | Delvis. Styrdokumentet saknar angivelse för vem som är ansvarig för olika delar i remisshanteringen.   |
| Finns kunskap om innehållet i styrdokumentens gällande remisshantering och tillämpas dessa i verksamheterna?   | Ja. I regionen finns kunskap om de övergripande styrdokumentens. Styrdokumentet tillämpas mer eller mindre i alla granskade verksamheter.  |
| Har verksamhetschefer inom aktuella verksamheter fastställt rutiner avseende remisshantering (utgående, inkommande, remissvar) och överensstämmer dessa med regionövergripande styrdokument? | Delvis. Det finns en regionövergripande riktlinje och en rutin men samtliga granskade verksamheter har inte fastställt rutiner avseende remisshantering på lokal nivå som bland annat preciserar ansvarsområden. Vi noterar dock att det finns fungerande arbetssätt vilka överensstämmer med regionens övergripande styrdokument, om än icke dokumenterade. |
| Finns det system för att upptäcka remisser som inte skickas, icke besvarade remisser, antalet avböjda remisser eller fel i remissprocessen?  | Delvis. Det finns lokala rutiner hos respektive verksamhet för att bevaka remissflöden. Bevakningen består vanligen av att enskilda personer ser över mottagningens listor och meddelar aktuell läkare. Det finns dock inget digitalt bevakningssystem där antalet avvisade remisser eller fel i remissprocessen kan identifieras.                           |

|   |   |
|---|---|
| Följs remisshanteringens uppgång och används resultatet som en del i bedömning av risker samt som en del i att säkerställa tillgänglig och patientsäker vård inom regionen? | Nej. Remisshanteringens följs inte upp på ett systematiskt sätt.  |
| Finns det tillräcklig information för patienter som vill göra egenvårdsbegäran (s.k. egenremiss) till specialist?   | Ja. Det finns information om möjligheten att göra egen vårdbegäran till specialist på 1177.   |
| Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit åtgärder utifrån de iakttagelser och rekommendationer som lämnades i samband med den föregående granskningen?  | Delvis. Regionen har utvecklat sitt arbete sedan granskningen 2014. Det finns dock fortfarande utvecklingsmöjligheter med att säkerställa att regionens rutiner följer Socialstyrelsens föreskrifter. Det saknas även ett system för uppföljning. |

Stockholm den 3 november 2021

**Anders Hellqvist**  
Certifierad kommunal yrkesrevisor

**Lina Hedlund**  
Verksamhetsrevisor

**Caroline Trowald**  
Verksamhetsrevisor

**Mikaela Bengtsson** (Kvalitetssäkrare)  
Certifierad kommunal yrkesrevisor

## 7. Bilaga 1: Källförteckning

### Intervjuade funktioner

- ▶ Ledning Hälso- och sjukvård Region Värmland
  - ▶ Hälso- och sjukvårdsdirektör
  - ▶ Områdeschef, Slutenvård
  - ▶ Områdeschef, Öppenvård
  - ▶ Områdeschef, Vårdkvalitet
  - ▶ Enhetschef, Patientnämndsenheten
  - ▶ Ansvarig för remissriktlinjer/medicinskt ledningsansvarig för Hälso- och sjukvården
  - ▶ Utvecklingsledare för öppen vård
  
- ▶ Centralsjukhuset i Karlstad
  - ▶ Chefläkare
  - ▶ Verksamhetschef, Område Öppenvård Psykiatri
  - ▶ Enhetschef, Område Öppenvård Psykiatri
  - ▶ Medicinsk sekreterare, Område Öppenvård Psykiatri
  - ▶ Remissbedömare, Psykiatri
  - ▶ Verksamhetschef, Kirurgi
  - ▶ Enhetschef, Kirurgi
  - ▶ Medicinsk sekreterare, Kirurgi
  - ▶ Verksamhetschef, Radiologi
  - ▶ Enhetschef, Radiologi
  - ▶ Medicinsk sekreterare, Radiologi
  - ▶ Remissbedömare, Radiologi
  
- ▶ Vårdcentraler
  - ▶ Verksamhetschef, Vårdcentral Hagfors
  - ▶ Enhetschef, Vårdcentral Hagfors
  - ▶ Medicinsk sekreterare, Vårdcentral Hagfors
  - ▶ Verksamhetschef, Vårdcentral Gripen
  - ▶ Enhetschef, Vårdcentral Gripen
  - ▶ Medicinsk sekreterare, Vårdcentral Gripen
  - ▶ Verksamhetschef, Catio vårdcentral Vintergatan
  - ▶ Medicinsk sekreterare, Catio vårdcentral Vintergatan

### Dokument

- ▶ Arbetssätt Radiologi (RUT-21055), Bild- och funktionsdiagnostik, Region Värmland
- ▶ Berättigandebedömningar av röntgenundersökningar, Bild- och funktionsdiagnostik, Region Värmland
- ▶ Delårsrapport januari-augusti 2021, verksamhetsområde Kirurgkliniken CSK, Region Värmland
- ▶ Delårsrapport januari-augusti 2021, verksamhetsområde Psykiatrisk öppenvård, Region Värmland
- ▶ Hälso- och sjukvårdsnämndens årsredovisning 2020, Region Värmland
- ▶ Klagomål gällande remisshantering 2020-10-01–2021-09-29, sammanställt av Patientnämndsenheten
- ▶ Remisshantering - God klinisk praxis (NYRUT-07082), Region-IT, Region Värmland
- ▶ Remisshantering - God klinisk praxis (RUT-07082), Region-IT, Region Värmland

- ▶ Remisshantering (RUT-18287), Vårdcentralssområde södra Karlstad
- ▶ Remisshantering inom Hälso- och sjukvården (NYRIK-17497), Hälso- och sjukvårdsledningen, Region Värmland
- ▶ Remisshantering inom Hälso- och sjukvården (RIK-17497), Hälso- och sjukvårdsledningen, Region Värmland
- ▶ Remisshantering, prioritering och berättigande, Bild- och funktionsdiagnostik, Klinisk fysiologi, Region Värmland
- ▶ Uppföljning egen vårdbegäran, Jämförelse av andel accepterade/avvisade mellan egen vårdbegäran och vårdbegäran från annan sjukvårdsenhet, 2019-02-06
- ▶ Verksamhetsplan 2021, Bild- och funktionsdiagnostik, Region Värmland
- ▶ Verksamhetsplan 2021, Psykiatrisk öppenvård, Region Värmland
- ▶ Årsrapport januari-december 2020, verksamhetsområde Bild- och funktionsdiagnostik, Region Värmland
- ▶ Årsrapport januari-december 2020, verksamhetsområde Kirurgkliniken CSK, Region Värmland

## 8. Bilaga 2: Revisionskriterier

### **Hälso- och sjukvårdslag (2017:30)**

Hälso- och sjukvård ska bedrivas på ett sådant sätt att den uppfyller kraven på en god vård. Detta innebär bland annat att den ska vara av god kvalitet, lättillgänglig samt tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet i vården. Ledningen av hälso- och sjukvården ska vara organiserad så att de tillgodoser hög patientsäkerhet. Inom hälso- och sjukvården ska det finnas någon som svarar för verksamheten (verksamhetschef). Verksamhetschefen ska säkerställa att patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet i vården tillgodoses.

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vården och behandlingen ska så långt det är möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten. Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt. Varje patient ska, om det inte är uppenbart obehövt, snarast ges en medicinsk bedömning av sitt hälsotillstånd.

### **Patientsäkerhetslag (2010:659)**

I patientsäkerhetslagens 3 kap anges bestämmelser kring vårdgivarens skyldighet att bedriva ett systematiskt patientsäkerhetsarbete. Vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård upprätthålls samt vidta de åtgärder som behövs för att förebygga att patienter drabbas av vårdskador. Enligt lagen ska en patientsäkerhetsberättelse årligen upprättas senast den 1 mars.

Hälso- och sjukvård får inte ges utan patientens samtycke om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Patienten kan, om inte annat särskilt följer av lag, lämna sitt samtycke skriftligen, muntligen eller genom att på annat sätt visa att han eller hon samtycker till den aktuella åtgärden.

### **Patientlag (2014: 821)**

Patientlagen syftar till att inom hälso- och sjukvårdsverksamhet stärka och tydliggöra patientens ställning samt främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Hälso- och sjukvård ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten och får inte ges utan patientens samtycke, om inte annat följer av denna eller någon annan lag. Innan samtycke inhämtas ska patienten få information om bl.a. sitt hälsotillstånd, de metoder som finns för undersökning, vård och behandling, det förväntade vård- och behandlingsförloppet samt väsentliga risker för komplikationer och biverkningar.

### **Socialstyrelsens föreskrift Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)**

SOSFS 2011:9 ska tillämpas i arbetet med att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten i sådan verksamhet som omfattas av, bland annat, 5 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Vårdgivaren ska kontinuerligt arbeta med riskanalys och bedöma om det finns risk för att händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. Vårdgivaren ska även utöva egenkontroll i den omfattning som krävs för att vårdgivaren ska kunna säkra verksamhetens kvalitet. Om resultaten visar att processerna och rutinerna inte är ändamålsenliga för att säkra verksamhetens kvalitet, ska processerna och rutinerna förbättras.



## **Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2016:40) om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården**

Enligt HSLF-FS 2016: 40 krävs ett aktivt samtycke från patienten för att en annan vårdgivare ska få behandla ospärrade uppgifter om en patient som finns tillgängliga genom sammanhållen journalföring. Med tanke på patientsäkerheten är det särskilt viktigt med rutiner för remisshantering. För en säker remisshantering kan det vara nödvändigt att patientjournalen innehåller tydliga bevaknings- och sökfunktioner för att man ska kunna kontrollera att remisser skickas och att remissvaret når den som ansvarar för remissen. Dessutom kan det behövas en tydlig bevakningsfunktion för att ta del av till exempel provsvar.

Ur patientsäkerhetssynpunkt är det viktigt att patienten är delaktig i och förstår innebörden av sin vård och behandling, liksom de ordinationer och instruktioner som han eller hon får. En patient som inte behärskar det svenska språket och som vill ta del av sin journal kan behöva få innehållet översatt, till exempel med hjälp av en tolk eller genom en skriftlig översättning.

### **Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11)**

Vårdgivaren ska enligt SOSFS 2004:11 ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser ska utformas och hanteras. Verksamhetschefen ska fastställa rutiner för hantering av utgående remisser och inkommande remissvar. Dokumenterade rutiner ska finnas för bland annat vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser, hur remisserna ska registreras och sändas samt hur remissvaren ska tas emot och registreras.

Verksamhetschefen skall fastställa rutiner för de remisser som skall användas inom verksamhetsområdet, för hanteringen av inkommande remisser och utgående remissvar.

Dokumenterade rutiner skall på den remitterande enheten finnas för:

- ▶ vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser
- ▶ hur remisserna skall registreras och sändas
- ▶ bevakning av att remissvar kommer in inom godtagbar tid
- ▶ vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss dröjer eller uteblir
- ▶ hur remissvaren skall tas emot och registreras

Personal med formell och reell kompetens för uppgiften skall bedöma remissvaren och ta ställning till vilka åtgärder som skall vidtas.

Dokumenterade rutiner skall på den mottagande enheten finnas för:

- ▶ hur remisser skall tas emot och registreras
- ▶ hur och i vilka fall den remitterande enheten och patienten skall få besked om att remissen mottagits och när den kommer att åtgärdas
- ▶ vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss inte kan ges inom meddelad tid
- ▶ hur remissen skall registreras och sändas

Inkommande remisser skall bedömas och prioriteras av personal med formell och reell kompetens för uppgiften.

## 9. Bilaga 3: Revisionsfrågor

| Område                               | Revisionsfrågorna i offertförfrågan  |
|--------------------------------------|--|
| Styrning                             | <p>Har Regionstyrelsen och/eller Hälso- och sjukvårdsnämnden säkerställt att det finns dokumenterade regionövergripande styrdokument (riktlinjer och rutiner) för remisshantering?</p> <p>Motsvarar styrdokumentet kraven i Socialstyrelsens föreskrift gällande remisshantering?</p> <p>Finns kunskap om innehållet i styrdokumentet gällande remisshantering och tillämpas dessa i verksamheterna?</p> <p>Har verksamhetschefer inom aktuella verksamheter fastställt rutiner avseende remisshantering (utgående, inkommande, remissvar) och överensstämmer dessa med regionövergripande styrdokument?</p> |
| Uppföljning och kontroll             | <p>Finns det system för att upptäcka remisser som inte skickas, icke besvarade remisser, antalet avböjda remisser eller fel i remissprocessen?</p> <p>Följs remisshanteringen upp och används resultatet som en del i bedömning av risker samt som en del i att säkerställa tillgänglig och patientsäker vård inom regionen?</p>   |
| Tillgänglighet                       | <p>Finns det tillräcklig information för patienter som vill göra egenvårdbegäran (s.k. egenremiss) till specialist?</p>  |
| Åtgärder utifrån tidigare granskning | <p>Har Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnden vidtagit åtgärder utifrån de iakttagelser och rekommendationer som lämnades i samband med den föregående granskningen?</p>  |

## 10. Bilaga 4: Resultat från stickprov

I den vänstra kolumnen anges de krav som finns i regionens riktlinjer och som är möjliga att bedöma. Resultatet för specialistmottagningarna<sup>6</sup> vid centralsjukhuset i Karlstad redovisas separat från primärvårdsenheterna.

| Krav från regionens riktlinjer   | Remisser från primärvårdsenheter till specialistmottagning |  | Remisser från specialistmottagning till annan specialistmottagning |   |
|--|--|--|--|---|
|  | Ja   | Kommentar på avvikande   | Ja   | Kommentar på avvikande  |
| Finns en frågeställning eller hänvisas enbart till journal/journalkopia? | 43 av 45   | Avvikelse har identifierats i remisser där frågeställningen formuleras i ett ord, eller mottagaren hänvisas till bifogad journalanteckning | 10 av 10   |   |
| Anges en remissmottagare?  | 45 av 45   |  | 10 av 10   |   |
| Har remissen kompletterats?  | 0 av 45  | Framgår ej av remisserna   | 0 av 10  | Framgår ej av remisserna  |
| <b>Remissinnehåll</b>  |  |  |  |   |
| Finns komprimerad anamnes?   | 36 av 45   | Avvikelse identifierade i fall där mottagaren hänvisas till bifogad journalanteckning  | 9 av 10  | Avvikelse identifierade i fall där mottagaren hänvisas till bifogad journalanteckning |
| Framgår relevant status?   | 40 av 45   | Avvikelse identifierade i fall där mottagaren hänvisas till bifogad journalanteckning  | 9 av 10  | Avvikelse identifierade i fall där mottagaren hänvisas till bifogad journalanteckning |
| Framgår önskad åtgärd?   | 45 av 45   |  | 10 av 10   |   |
| Används förkortningar?   | 36 av 45   | 7 av 9 identifierade fall är från remisser som skickats till radiologin  | 4 av 10  | Alla identifierade fall är från remisser som skickats från kirurgin                   |
| <b>Avsändare</b>   |  |  |  |   |
| Framgår remittentens namn och titel?                                     | 45 av 45   |  | 10 av 10   |   |
| Framgår enhetens namn, adress och telefon?                               | 30 av 45   | Alla identifierade avvikelser är från remisser som skickats till radiologin. Adress och telefon framgår inte.                              | 10 av 10   |   |
| <b>Mottagare</b>   |  |  |  |   |

<sup>6</sup> I stickprovet inkluderas psykiatriens öppenvårdsmottagning samt kirurgmottagningen. Radiologimottagningen inkluderas inte då de inte tar emot eller skickar remisser då vårdansvaret förflyttas.

|  |          |   |          |   |
|--|----------|---|----------|---|
| Framgår enhetens namn och adress?  | 30 av 45 | Alla identifierade avvikelser är från remisser som skickats till radiologin. Adress framgår inte.   | 10 av 10 |   |
| <b>Klinisk data</b>  |          |   |          |   |
| Framgår aktuella mediciner? Eller att medicinlistan är uppdaterad?                 | 14 av 45 | Avvikelse identifierade när information saknas, aktuella mediciner endast framgår i journalanteckningen, samt när notering om att medicinlistan är uppdaterad saknas. | 2 av 10  | Avvikelse identifierade när information saknas eller när notering om att medicinlistan är uppdaterad saknas |
| Framgår tidigare sjukdomar eller medicinska diagnoser från remittentens bedömning? | 22 av 45 | Avvikelse identifierade i fall där information saknas   | 10 av 10 |   |
| Framgår patientens subjektiva besvär?  | 40 av 45 | Avvikelse identifierade i fall där information saknas   | 1 av 10  | Avvikelse identifierade i fall där information saknas   |
| Framgår tagna prover och genomförda undersökningar samt resultat?                  | 22 av 45 | Avvikelse identifierade i fall där information saknas   | 2 av 10  | Avvikelse identifierade i fall där information saknas   |
| Framgår om det finns planerat återbesök hos remittenten?                           | 0 av 45  | Framgår ej av remisserna  | 0 av 10  | Framgår ej av remisserna  |