Remittering

Patientens väg genom vården

- Remittenters och remissmottagares behov och synpunkter
- Patienters erfarenheter av remissförfarandet
- Problemanalys och åtgärdsförslag

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00
Datum: 2023-04-21
Diarienummer: 2021-2006

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Carl Mill
08-123 134 97
carl.mill@regionstockholm.se

Christina Gustavsson
08-123 172 80
christina.gustavsson@regionstockholm.se

Torsten Lundmark
070-373 35 05
torsten.lundmark@llcon.se

Förord

Vi vill framföra ett varmt tack till alla er som ställt upp på våra intervjuer där ni delat med er av era erfarenheter av att vara patient och bli remitterad. Utan er hade vi inte kunnat beskriva remittering ur ett patientperspektiv.

Vi vill också tacka alla läkare och sjuksköterskor på akutsjukhus, specialistmottagningar och vårdcentraler som tagit sig tid att låta sig intervjuas, svarat på våra frågor och kommit med förslag på förbättringar.

Stockholm augusti 2023

Carl, Christina och Torsten

Innehållsförteckning

Sammanfattning 5
1 Inledning 6
1.1 Bakgrund 6
1.2 Uppdrag och avgränsningar 7
1.3 Målgrupp 7
1.4 Metod 8
2 Remittering och remisser 9
2.1 Remissprocessen 9
2.2 Remittentens behov och synpunkter 10
2.2.1 Bedöma behov av aktiviteter 10
2.2.2 Upprätta aktivitetsplan 11
2.2.3 Söka och välja utförare för extern aktivitet 11
2.2.4 Utforma och skicka remiss 13
2.2.5 Komplettera remiss 13
2.2.6 Bevaka remiss 13
2.3 Remissmottagarens behov och synpunkter 14
2.3.1 Ta emot och bedöma remiss 14
2.3.2 Upprätta aktivitetsplan 15
2.3.3 Genomföra aktivitet enligt plan 15
2.3.4 Utvärdera resultat 16
2.3.5 Utforma och skicka remissvar 16
2.4 Patientens behov och synpunkter 16
2.4.1 Brist på information och återkoppling 17
2.4.2 Otydligt vilken vårdgivare som har ansvar för vad 18
2.4.3 Svårt att kontakta vården 18
3 Problemanalys och åtgärdsförslag 19
3.1 Vårdövergångar sker i onödan 19
3.1.1 Konsultation är en förutsättning för att minska vårdövergångar 19
3.2 Överblick av vårdplan saknas 20
3.2.1 Informationsstruktur är en förutsättning för vårdplan 21
3.3 Patienten saknar information om sin vård 22
3.3.1 En välinformerad patient bidrar till en säkrare och effektivare vård 23
3.4 Vårdgivare hittar inte varandra 23
3.4.1 Utbudsinformation behöver anpassas till remittentens behov 24
3.4.2 Utmaningarna med en specialiserad vård behöver hanteras 24
3.5 Äldre löper särskild hög risk 25

3.5.1 Enhetlig syn på den äldre, sköre patienten 25
3.6 Uppföljning av remissflöden på systemnivå saknas 25
4 Bilageförteckning 26

Sammanfattning

Det blir allt vanligare att ett och samma vårdförlopp för en enskild patient fördelas på flera olika vårdgivare, vilket betyder att antalet vårdövergångar ökar. Vårdövergångar utgör alltid en patientsäkerhetsrisk, där bristande samverkan, brister i informationsöverföring och otydlig ansvarsfördelning kan innebära utebliven eller försenad diagnos och behandling som följd.

För vårdprofessionen är remissprocessen en viktig samverkansprocess som för många utgör en relativt stor del av deras dagliga arbete. När delar i den processen fungerar sämre kan det innebära en stor påverkan på effektiviteten och på patientsäkerheten.

Patienterna upplever remissprocessen ur ett helt annat perspektiv än vårdgivarna, och för dem utgör tiden mellan vårdkontakterna de största utmaningarna. Bristen på insyn i processen och brist på information om remissens status skapar känslor av otrygghet och frustration hos patienten.

Både vårdgivare och patienter saknar en överblick av vårdplaner som kan visa vad som utförts och vad som är planerat i olika hälsoärenden, samt vem som är ansvarig för vad. Vid byte av vårdcentral finns risk för att man missar att följa upp vissa hälsotillstånd. Det ställer krav på att patienten själv är bärare av sådan information, samtidigt som bristen på överblick och insyn gör det svårare för patienten att vara delaktig i den egna vården och bidra till en säkrare vård.

En annan utmaning är svårigheten för vårdgivare att hitta varandra i hälso- och sjukvårds-systemet, vilket har flera orsaker. Specialister i allmänmedicin (allmänläkare) på vårdcentraler upplever att de lägger alltmer tid på att hitta andra specialister, vilket de tolkar är en effekt av vårdens ökade specialisering där specialistområdena blir allt snävare. Det gör det svårt att hitta en specialist som är beredd att starta en utredning ur ett bredare perspektiv.

Ökade möjligheter till konsultation har lyfts fram som den enskilt största förbättringsåtgärden för att undvika de vårdövergångar som vården själv upplever som tveksamma eller onödiga. Flera exempel finns där olika former av konsultation innebär att patienten får tillgång till den speciella kompetens som behövs utan att en faktisk vårdövergång behöver äga rum. Detta är särskilt viktigt för de multisjuka äldre patienterna som löper en högre risk än andra att fara illa av en vårdövergång.

Bland de åtgärder som föreslås finns förslag på digitala tjänster för vårdgivare och patienter som kan möta behoven av information och överblick. En grundläggande förutsättning för att utveckla användbara digitala tjänster är nationellt gemensamma informationsstrukturer och stödjande infrastruktur på lägst regional nivå.

Andra förslag är att se över hur samordningen kan öka inom specialistområden för att underlätta för allmänläkare på vårdcentral att hitta specialister inom ett visst område.

För att möta patientens behov behöver man betrakta vårdförloppet ur patientens perspektiv. Att skriva journalanteckningar som ”till patienten” är ett exempel på att öka förutsättningarna för patienten att förstå anteckningarna och vad som kommer ske i nästa steg och varför. Att vara tydlig med vem patienten kan kontakta och hur är ett annat exempel på hur behovet av tillgänglighet kan tillgodoses.

1 Inledning

1.1 Bakgrund

Ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem förutsätter fungerande samverkan mellan vårdgivare. En samverkan som innefattar gemensamma processer och rutiner samt verktyg som underlättar enhetlig och standardiserad kommunikation vid vårdövergångar, och där patienten själv har tillgång till relevant information om sin vård.

Specialiseringen av vården där vårdgivare utvecklar expertis inom ett område i kombination med att Region Stockholm har ett stort vårdutbud med många verksamma vårdgivare på flera nivåer medför att det blir vanligare att ett och samma vårdförlopp för en enskild patient fördelas på flera olika vårdgivare. Det innebär att antalet vårdövergångar ökar. Vid vårdövergångar utgör gränssnitten mellan vårdgivare och mellan vårdverksamheter risker i vården. Bristande samverkan, brister i informationsöverföring, otydlig ansvarsfördelning och motstridiga styrsignaler och incitament innebär patientsäkerhetsrisker med utebliven eller försenad diagnos och behandling som följd.

För att säkerställa att vårdens aktörer är koordinerade och kan samverka säkert och effektivt krävs gemensamma, övergripande och enhetliga processer som utgår från patientperspektivet. Det ställer också krav på en gemensam stödjande infrastruktur med gemensamma informationsmängder, kunskapsstöd och verktyg för att bedöma vårdbehov, hitta och kommunicera med vårdgivare i systemet samt dokumentera och dela patientinformation. Inte minst ställer det krav på att kunna dela information och planer med patienten själv för att skapa förutsättningar för patientens delaktighet.

Hälso- och sjukvårds-huvudmannens arbete med att hantera hindren i vårdens gränssnitt är nyckelfrågor för patientsäkerheten, för effektiviteten i vården och för genomförandet av en god och nära vård.

Det går att koppla Hälso- och sjukvårdsförvaltningens arbete med vårdövergångar till tre områden eller huvudprocesser i vården:

- **Hänvisning**
  initial kontakt med vården som syftar till att rätt patient ska tas omhand inom rätt vårdform i rätt tid. Den initiala kontakten kan övergå i en inskrivning.
- **Remittering**
  samverkan mellan vårdgivare avseende övertagande av vårdansvar eller beställning av tjänst för patientens räkning
- **Utskrivning**
  samverkan vid vårdövergång mellan regional och kommunal huvudman



Bild 1: Huvudprocesser i vården avseende vårdövergångar

1.2 Uppdrag och avgränsningar

Uppdraget är att i bred samverkan med intressenter och med fokus på patientens väg ta fram ett underlag för fortsatt förbättringsarbete inom remittering och remisshantering. Arbetet ingår som en del i implementeringen av Regional handlingsplan för ökad patientsäkerhet (VKN 2020-0010), fokusområde 2 – Tillförlitliga och säkra system, enhetliga processer och rutiner, där rutiner för remittering ska ses över med extra fokus på vårdgivarövergångar och sammanhållna vårdkedjor.

Arbetet avgränsas till processen för remittering. Det omfattar inte att implementera förändringar, eller ta fram informationsmängder eller tekniska lösningar.

1.3 Målgrupp

Målgrupp för rapporten är i första hand uppdragsgivaren, Utskott för hälso- och sjukvårdens stödstruktur, samt övriga styrande och ledande funktioner inom hälso- och sjukvård i Region Stockholm. Övriga målgrupper är medarbetare inom Hälso- och sjukvårdsförvaltningen och inom vårdverksamheter i Region Stockholm, samt övriga målgrupper som är intresserade av regionens hälso- och sjukvårdssystem och dess processer.

1.4 Metod

För att beskriva olika aspekter av remittering och remisshantering har intervjubaserade och iterativa metoder använts.

Totalt har 18 verksamhetsspecialister från vårdcentraler, akutmottagningar (barn- och vuxenakut), specialistmottagningar på sjukhus samt vårdvalsspecialister intervjuats i kvalitativa djupintervjuer. 45 patienter har intervjuats i en separat kvalitativ studie. Dessutom har ytterligare 3 specialister inom digitalisering och vårdbeställarverksamhet intervjuats. De sistnämnda intervjuerna ingår inte de resultat som presenteras utan har genomförts för att få en djupare förståelse för dessa områden.

För att beskriva remittering som en översiktlig process och för att identifiera informationsbehov har metodsteg inom VIA-metoden[1] använts. För att undersöka patienternas behov, beteenden och drivkrafter samt identifiera mönster har tjänstedesignsmetodik använts.

[1] Metod för verksamhets- och informationsbehovsanalys (ISO/TS 22272:2021)

2 Remittering och remisser

Det här kapitlet sammanfattar remittentens och remissmottagarens synpunkter på remisser och remittering samt patienternas upplevelse av remitteringsförfarandet. Patientens perspektiv beskrivs mer utförligt i bilagan ”Patienternas upplevelse av remissförfarandet”.

En remiss är en handling från hälso- och sjukvårdspersonal som utgör beställning av en tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient. Remissen redogör för symtom och sjukdomshistoria och ska vara av sådan kvalitet att mottagande vårdgivare kan bedöma det medicinska behovet.

”Beställning av tjänst” tolkas i regel som beställning av medicinsk diagnostik. I intervjuerna med professionella från vården framkom att remissen också används för att konsultera kollegor inom andra specialistområden, något som flera intervjuade har benämnt som en ”frågeremiss”.

2.1 Remissprocessen

För vårdprofessionen är remissprocessen en viktig samverkansprocess som utgör en mindre eller större del av det dagliga arbetet. Samtliga intervjuade vårdgivare agerar både som remittent och som remissmottagare och har besvarat frågor om alla steg inom processen. Processen innehåller många moment, både för remittenten och remissmottagaren. Bilden nedan visar en översiktlig och förenklad processbeskrivning.

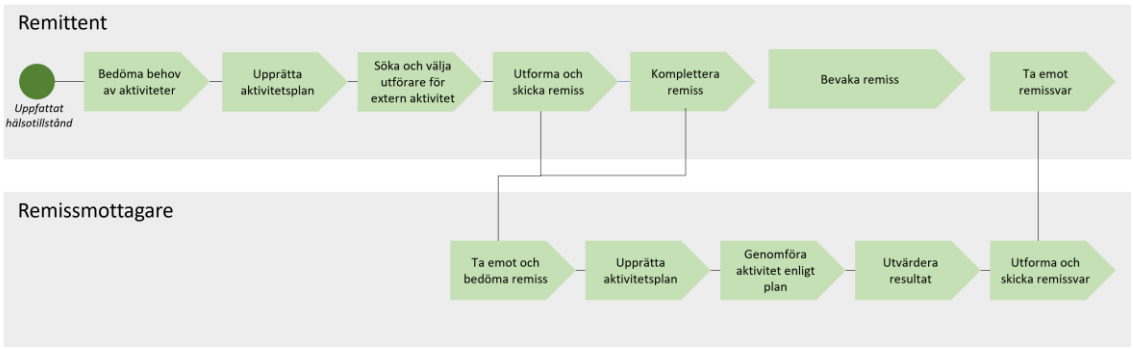


Bild 2: Förenklad remissprocess

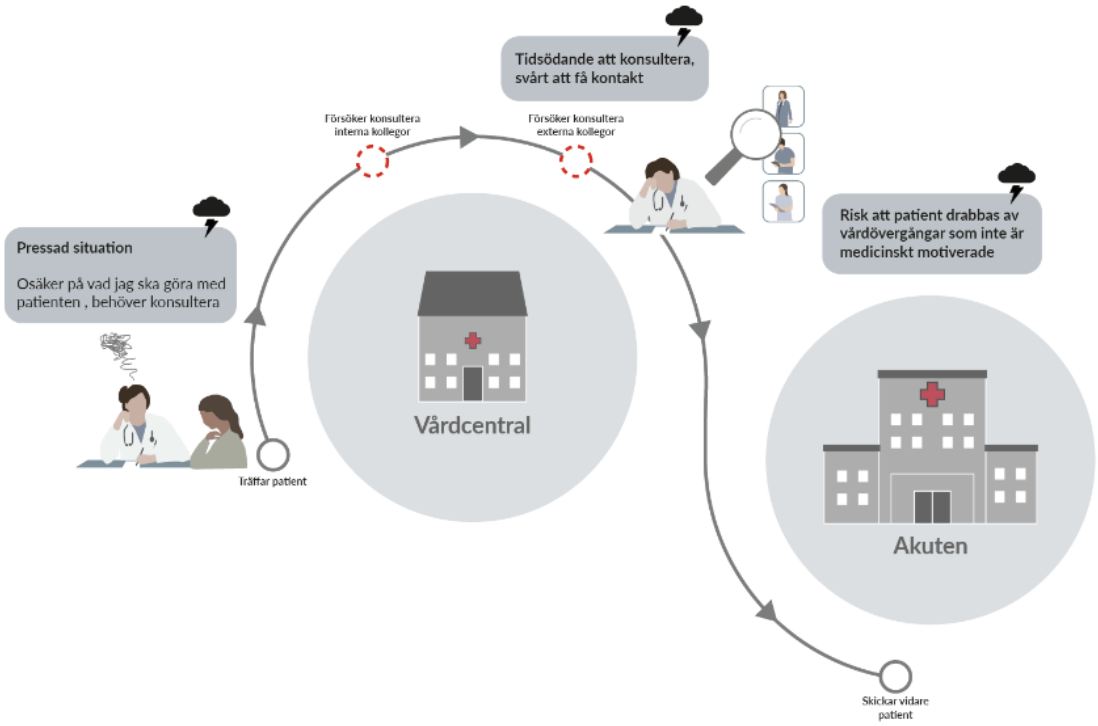
2.2 Remittentens behov och synpunkter

2.2.1 Bedöma behov av aktiviteter



Bild 3: Remittenten, bedöma behov av aktiviteter

En central del för all vårdverksamhet är att lyssna in patientens upplevda hälsoproblem, samt göra en bedömning av vilka aktiviteter som bör genomföras. För allmänläkaren[2] på vårdcentralen finns det ibland behov av att kontakta en annan specialist för att rådgöra med denne om lämpliga aktiviteter och om det är aktuellt med ett övertagande av vårdansvar. Läkare på vårdcentraler beskriver att det generellt blivit svårare att konsultera kollegor inom specialiserad vård av flera orsaker. Dels har tillgängligheten till kollegor inom specialiserad vård minskat, deras telefontider har kortats ned eller helt tagits bort; allmänläkaren möter allt oftare en telefonsvarare eller växeltelefonist. Dels har allmänläkarens tid för varje patient minskat, så att deras egen möjlighet att anpassa sig efter telefontider har minskat.



Varje klinik/mottagning bestämmer själva hur ”konsultationsuppdraget” ska utformas, vilket innebär att allmänläkaren behöver förhålla sig till många olika modeller för att använda sig av konsultation per telefon. Det kan i sig vara tidsödande att lista ut vem och hur man ska kontakta så att allmänläkaren ibland inte anser sig ha tid att ens försöka konsultera en kollega

[2] Specialist i allmänmedicin

utan hellre väljer att skriva en remiss eller – om ärendet är akut – skicka in patienten till akutmottagningen.

Kollegor på den egna vårdcentralen kan utgöra konsultationsstöd. Exempelvis kan en psykolog eller en fysioterapeut vara behjälplig i att bedöma vilka aktiviteter som kan vara lämpliga att vidta, liksom en mer erfaren allmänläkare. Möjligheten och tillgängligheten att konsultera en erfaren barnläkare på Astrid Lindgrens Barnsjukhus har lyfts fram som ett gott exempel i flera intervjuer.

Möjligheten att skicka en ”frågeremiss” har också lyfts fram som positivt. Remissen används då som en möjlighet att skriftligt kommunicera med en specialist om en patient utan att specialisten varken träffar patienten eller övertar vårdansvaret. Remittenten formulerar en frågeställning i remissen som specialisten besvarar i ett remissvar.

Brist på möjligheter att konsultera leder till vårdövergångar som inte är medicinskt motiverade.

2.2.2 Upprätta aktivitetsplan



Bild 4: Remittenten, upprätta aktivitetsplan

Informationen om vilka aktiviteter som planerats hålls inte på ett strukturerat sätt i journalen och därmed är det svårt att få en överblick av vad som planerats av varje enskild vårdaktör. För patienter med flera vårdkontakter, flera diagnoser eller hälsoärenden, är det särskilt svårt att få en överblick. Planen finns i journalen men ”gömmer sig” i journalanteckningar i form av löpande text.

Planerade, men inte inbokade aktiviteter, riskerar att inte uppmärksammas då en patient listar om sig till en ny vårdcentral, eller byter läkare vid befintlig vårdcentral. **Detta utgör en patient-säkerhetsrisk, som vid vissa hälsotillstånd kan vara betydande.**

2.2.3 Söka och välja utförare för extern aktivitet



Bild 5: Remittenten, söka och välja utförare för extern aktivitet

I de fall en aktivitet ska utföras av någon annan än den vårdgivare som just för tillfället handlägger patienten finns behov av att hitta en lämplig utförare av denna aktivitet. Här stöter remittenten på flera utmaningar:

- **Det finns ”vita fläckar” i vårdstrukturen**
  Den specialiserade vården är i vissa fall så specialiserad att specialisten i allmänmedicin på en vårdcentral har svårt att hitta en specialist som kan börja utreda ett problem inom ett område. Eftersom problemet inte är tillräckligt väl definierat eller diagnostiserat så kan patienten aldrig komma vidare till specialistvården. Detta leder både till att patienters vårdbehov inte kan tillgodoses och till en sämre arbetsmiljö för specialister i allmänmedicin som inte kan använda hälso- och sjukvårdssystemet för att utreda, diagnostisera och åtgärda hälsoproblem.

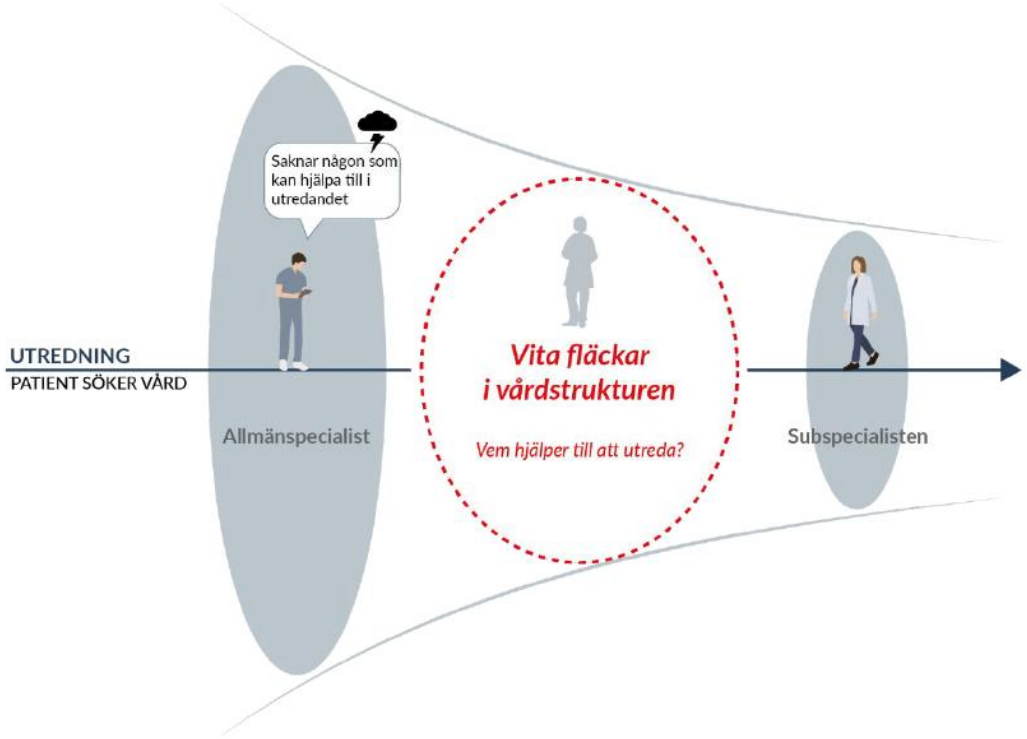


Bild 6:”Vita fläckar” i vårdstrukturen försvårar för remittenten

- **Det saknas information om utförare**
  Primärvården upplever att det är svårt att hitta lämpliga remissmottagare inom specialistvården på grund av att det saknas information om aktuella uppdrag, det aktuella faktiska utbudet och förväntade väntetider. Det går att skicka en remiss till en verksamhet som har upphört.

- **Utförare uppfyller inte sitt uppdrag**
  Det är svårt att bedöma remissmottagarens förmåga att ta hand om patienten då alla utförare inte har den faktiska kompetensen eller kapaciteten att uppfylla sitt uppdrag. Det finns också ett tolkningsutrymme för utföraren att bedöma vilka patienter som omfattas av ens uppdrag. Läkare vid akutmottagningar har särskilt pekat på denna patientsäkerhets-risk då de upplever att det är osäkert att remitterade patienter kan tas omhand inom primärvården för uppföljning som ska ske inom några dagar eller en vecka.

2.2.4 Utforma och skicka remiss



Bild 7: Remittenten, utforma och skicka remiss

I journalsystemen finns möjlighet att utforma olika typer av mallar. I praktiken har varje vårdenhet möjlighet att utforma sin remissmall, utifrån de egna behoven av information om patienten. Det har inneburit att en del remissmallar innehåller flera tvingande kryssrutor som tar tid för remittenten att fylla i.

Remitterande enhet har inte alltid tillgång till all information om patienten som den mottagande enheten behöver. Detta har framkommit i synnerhet kring äldre patienter där exempelvis geriatriken har behov av mycket information kring patientens totala livssituation som en akutmottagning har svårt att få fram. Den typen av information finns ofta i den kommunala vårdens system, vilket akutmottagningen inte har tillgång till.

Att utforma en remiss där remissfrågan är tydlig och där relevant information om patienten i förhållande till anamnes och frågeställning ingår kräver erfarenhet eller handledning. I de flesta fall tycks det finnas tillgång till handledning, men det kan vara otydligt hur handledningen ska nyttjas av mindre erfarna läkare.

Svårigheten att hitta en utförare som kan genomföra externa aktiviteter innebär att remittenten ofta får söka upp en ny utförare. I det journalsystem som används av de flesta vårdgivare i region Stockholm, TakeCare, finns inte möjlighet att ”ställa om” remissen till en ny vårdgivare. Remittenten får då skriva en ny remiss, vilket tar en del tid för remittenten att hantera.

2.2.5 Komplettera remiss



Bild 8: Remittenten, komplettera remiss

En remiss kan behöva kompletteras efter att den skickats. Remissmottagaren kan önska ytterligare information eller så kan remittenten vilja komplettera med exempelvis ett provsvar. I TakeCare finns inte möjlighet att komplettera en remiss, utan det krävs att man skriver en ny. Detta tar en del tid i anspråk för både remittent och remissmottagare att hantera.

2.2.6 Bevaka remiss



Bild 9: Remittenten, bevaka remiss

Vid en begäran om övertagande av vårdansvar för en patient kvarstår ansvaret hos remittenten till dess att remissmottagaren har accepterat att överta ansvaret. Remittenten har därför ett behov av att bevaka att svar inkommer på de remisser denne har skickat.

Det finns ett visst stöd i journalsystemet för att bevaka remisser: en lista kan dras ut. Flera remittenter säger sig ha svårt att hinna med att manuellt följa upp vad som skett med remissen. Man uppmanar patienten att återkomma om denne inte fått återkoppling från den remissmottagande enheten inom en viss tid.

2.3 Remissmottagarens behov och synpunkter

2.3.1 Ta emot och bedöma remiss

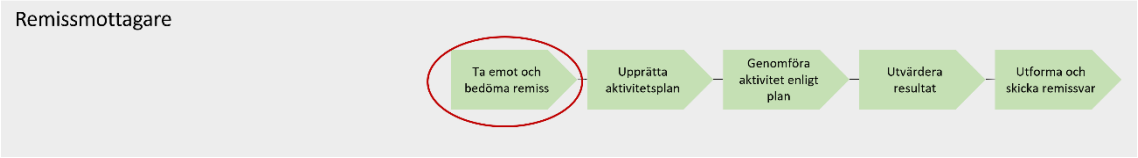


Bild 10: Remissmottagare, ta emot och bedöma remiss

Inkommande remisser ska alltid bedömas och prioriteras hos remissmottagaren. Vid en otydlig eller ofullständig remiss kan remissmottagaren i många fall begära komplettering eller neka remissen. Det är dock inte en möjlighet för exempelvis akutmottagningar eller husläkarmottagningar.

Det finns ett antal saker som försvårar för remissmottagaren:

- **Otydlig frågeställning, underskott eller överskott av information**
  En otydlig eller ofullständig frågeställning kan göra det svårt för remissmottagaren att bedöma vad som bör göras för patienten. Även för många frågeställningar kan bidra till att det blir svårare att bedöma vad som bör göras. De äldre, ofta multisjuka, patienterna har lyfts fram av akutmottagningarna där en tydlig frågeställning är särskild viktig. De patienterna har ett pågående ”illabefinnande” och vid en ofullständig eller otydlig frågeställning kan det vara svårt för akutmottagningen att avgöra vilket av patientens ohälsotillstånd som föranlett remittering till akutmottagningen.

  Geriatriska kliniker är ett exempel på vårdgivare som drabbas av både underskott och överskott av information. De behöver i regel tillgång patientinformation från både regional vård och kommunal vård och omsorg för att göra en bedömning, och saknar ofta tillgång till den kommunala vårdens information om patienten. I de fall de har tillgång till sådan information kan bristen på struktur innebära att de upplever ett överskott av information som inte är relevant, exempelvis i daganteckningar.

- **Remissen är inte ställd till ”rätt” vårdgivare**
  Att patienten omhändertas av en vårdgivare med rätt kompetens är en förutsättning för ett adekvat och patientsäkert omhändertagande. Remissen behöver därmed vara ställd till en vårdgivare som har i uppdrag att hantera det hälsotillstånd eller den patientgrupp som patientremissen avser.

  Brist på kännedom om eller information om vårduppdrag kan innebära att vårdgivare

upplever att de får ”fel” patienter. Exempelvis har geriatriska kliniker nämnt att kännedomen om deras uppdrag kan vara för lågt hos andra vårdgivare.

Akutmottagningar upplever att i synnerhet äldre, sköra patienter remitteras in till akutmottagningen utan att de egentligen uppfyller kraven för ett akut omhändertagande, vilket för dessa patienter utgör en patientsäkerhetsrisk.

- **Remissmottagaren saknar förutsättningar att ta emot patienten**
  Flera omständigheter kan medföra att en verksamhet under en kortare eller längre tid upplever svårigheter att uppfylla sitt uppdrag, till exempel vakanser i den egna verksamheten.

  Vårdcentraler uppger dock att de saknar förutsättningar att ta emot patienter som remitteras från akutmottagning med kort varsel (3 – 5 arbetsdagar). Det kan hända att en dikterad remiss anländer till vårdcentralen samma dag eller någon dag efter det medicinska måldatumet. En kombination av fulla tidböcker och svårigheter att få kontakt med patienten är två faktorer som vårdcentralerna uppger som försvårande att med kort varsel ta emot patienter för uppföljning.

2.3.2 Upprätta aktivitetsplan

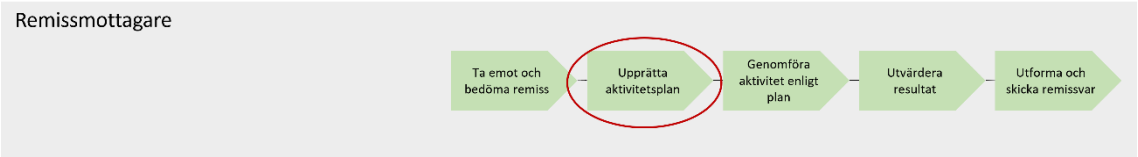


Bild 11: Remissmottagare, upprätta aktivitetsplan

Remissmottagarens och patientens utmaningar med att få en överblick av vad som planerats för patienten av varje enskild vårdaktör är desamma som beskrivits i punkt 2.2.2 Upprätta aktivitetsplan.

2.3.3 Genomföra aktivitet enligt plan

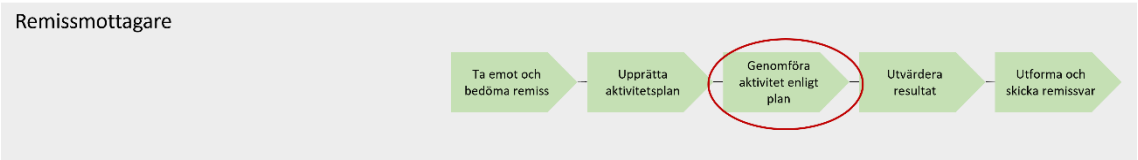


Bild 12: Remissmottagare, genomföra aktivitet enligt plan

Remissmottagare har i intervjuerna påpekat vikten av att patienten fått rätt information i rätt tid för att aktiviteter ska kunna genomföras effektivt. ”Rätt” information kan vara att patienten blir informerad om att remissmottagaren kommer göra en bedömning, och att denna bedömning inte alltid leder till åtgärd. Annan typ av rätt information i rätt tid kan vara att patienten blir informerad om vad en viss undersökning eller åtgärd innebär. Rätt information i rätt tid innebär i de flesta fall att patienten blir informerad om vad hen kan förvänta sig av nästa steg i processen (nästa aktivitet i planen).

Remissmottagaren har i vissa fall identifierat ”informationsglappet” och åtgärdat det i form av olika informationsbrev som skickas till patienten i samband med att man tar emot och accepterar remissen. Informationsbrevet kan exempelvis innehålla information om vad

patienten kan förvänta sig av besöket och en förvarning om att åkomman/besväret kan komma att bedömas som ”kosmetiskt” och i så fall inte omfattas och bekostas av den allmänna sjukvården.

2.3.4 Utvärdera resultat

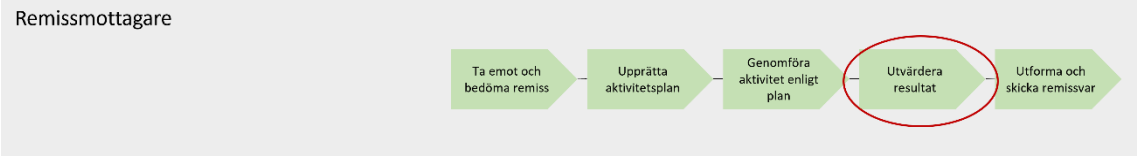


Bild 13: Remissmottagare, utvärdera resultat

Vid utvärderingen av resultatet behöver patientperspektivet beaktas, och patientens mål behöver vara kommunicerat överenskommet. Journalsystemen ger inte ett tillräckligt bra stöd för detta.

Vårdåtaganden avslutas inte alltid på ett tydligt sätt, och det finns inte ett bra stöd i journalsystemet för att överblicka vilka vårdåtaganden som är pågående och vilka som har avslutats.

2.3.5 Utforma och skicka remissvar

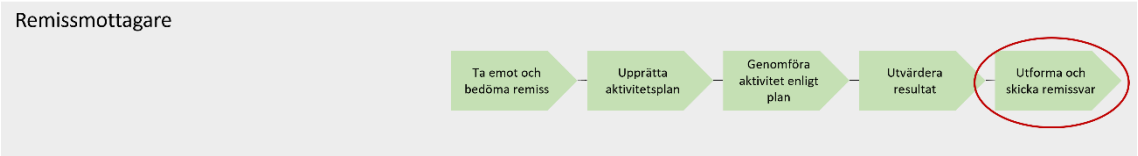


Bild 14: Remissmottagare, utforma och skicka remissvar

Av patientsäkerhetsskäl ska remissens frågeställning alltid besvaras med ett tydligt remissvar. Svaret dokumenteras ofta även i journalen vilket innebär en onödig dubbelhantering för remissmottagaren.

2.4 Patientens behov och synpunkter

Många av de moment som sker i remissprocessen är inte synliga för patienten, och de upplever processen ur ett annat perspektiv. Bilden nedan visar en så kallad patientresa:

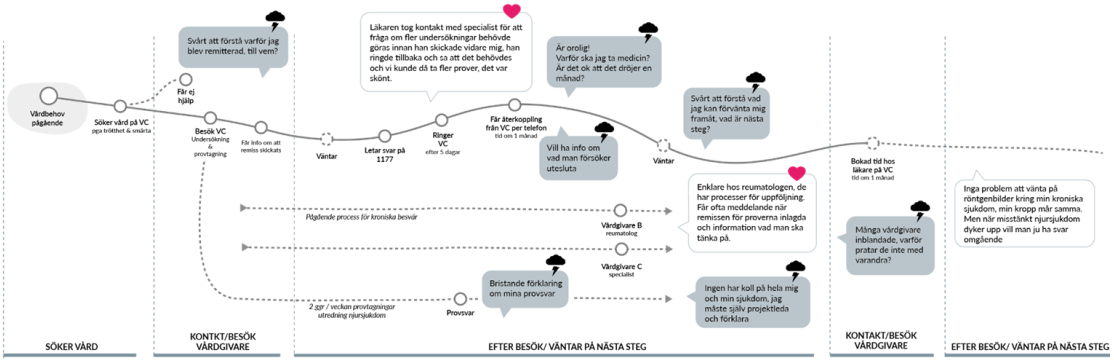


Bild 15: Exempel på patientresa

För patienterna finns de största utmaningarna i ”mellanrummen”, det vill säga mellan vård-kontakterna. Många patienter upplever att de befinner sig i ”mellanrummen” under lång tid, ofta med oro och besvär, ibland även med smärta.

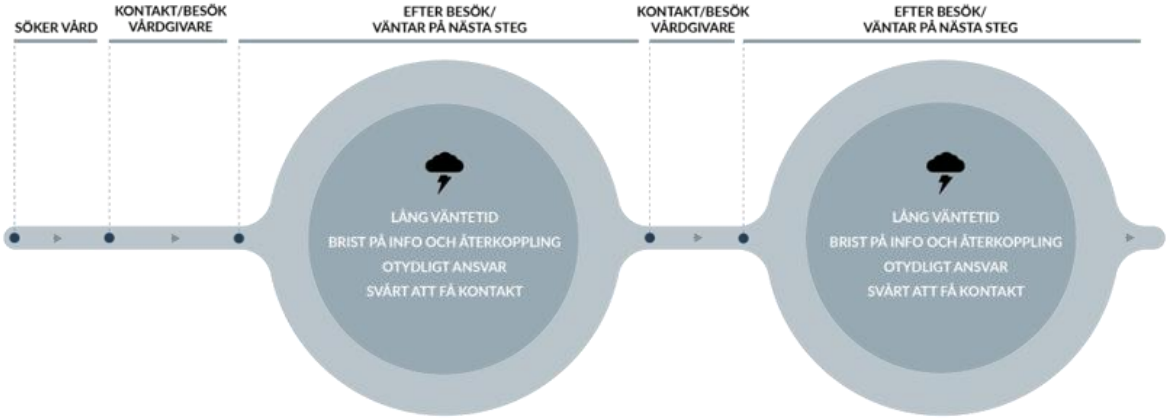


Bild 16: Patienternas största utmaning är mellan vårdkontakterna

Insyn i vårdens processer samt information och återkoppling längs vägen kan minska patientens oro och känslan av lång väntetid. Gemensamt för de patienter som känt sig tryggare i remissförloppet är att de varit väl informerade, fått bra kontinuerlig återkoppling och uppföljning, och/eller haft en tydlig kontaktperson inom vården.

Studien ”Patienternas upplevelse av remissförfarandet”[3] listar några grundbehov som patienter har i en remissresa:



Bild 17: Patienternas grundbehov

För många av patienterna är de grundbehoven inte tillgodosedda idag.

2.4.1 Brist på information och återkoppling

Hur patienten upplever vårdförloppet och väntetiden beror till stor del på hur vårdgivarna informerar, återkopplar och bemöter patienten. Förutom bristande information säger sig många patienter sakna insyn eller förståelse för nästa steg samt sakna överblick av sitt ärende.

Många av de intervjuade patienterna har använt sig av 1177.se eller Alltid öppet för att förstå vad som händer i deras ärende och för att få svar på de frågor de har. Verktygen upplevs dock som svårnavigerade och inte tillräckligt omfattande eller överblickbara.

[3] Medföljer som bilaga till denna rapport

2.4.2 Otydligt vilken vårdgivare som har ansvar för vad

Patienterna upplever att ansvarsfördelningen är otydlig mellan de vårdgivare som är inblandade i deras vårdförlopp. Detta problem blir större ju fler vårdgivare som är inblandade, och blir mer komplicerat om patienten har flera pågående hälsoärenden. Detta leder till att många patienter upplever att man själv behöver projektleda sin egen vårdprocess. Exempelvis genom att:

- kontrollera, ställa krav och driva på ärendet
- säkerställa att man får den uppföljning man behöver
- överföra information mellan vårdgivare
- dubbelkontrollera att olika mediciner inte slår ut varandra

2.4.3 Svårt att kontakta vården

Många av de intervjuade upplever att det är svårt att komma i kontakt med vårdgivare. Otydligheten i ansvarsfördelningen skapar följdproblemet att patienten inte vet vilken vårdgivare de ska kontakta. Olika instanser har olika kontaktsätt, vilket gör det svårt för patienten att hitta och välja kontaktväg. Det leder till att patienter ringer runt till olika vårdgivare i jakten på information.

För flera patienter blir upplevelsen att:

- man ringer runt till flera vårdgivare
- brottas med snäva telefontider, telefonköer och många knappval
- hamnar slutligen hos någon som inte kan besvara ens frågor

3 Problemanalys och åtgärdsförslag

Vårdövergångar innebär alltid patientsäkerhetsrisker, som behöver övervägas vid varje enskilt tillfälle. All kännedom om en patient som läkare och annan vårdpersonal har kan inte fullständigt beskrivas i journalen eller remissen. Det finns alltid en risk att information saknas, missförstås eller inte överförs. Samtidigt är det viktigt att patienten får tillgång till den vård och vårdgivare som har kompetensen att bäst utreda och/eller behandla patientens ohälsotillstånd.

Det här kapitlet innehåller en fördjupad analys av de problem som identifierats tidigare samt en orsaks- och åtgärdsanalys.

3.1 Vårdövergångar sker i onödan

Det är inte alltid nödvändigt eller önskvärt att patienten överförs till en annan vårdgivare. Vårdövergångar innebär alltid en patientsäkerhetsrisk, som behöver övervägas vid varje enskilt tillfälle. All kännedom om en patient som en läkare eller annan vårdpersonal har kan inte fullständigt beskrivas i journalen eller i remissen. En god informationskontinuitet kan alltså inte fullt ut kompensera för brister i relationskontinuitet. **Vårdövergångar som inte är medicinskt motiverade bör undvikas.**

Samtidigt är det viktigt att patienten hamnar på ”rätt plats” i vården, det vill säga hos den vårdgivare som har kompetensen att bäst utreda och/eller behandla patientens ohälsotillstånd. Intervjuer med läkare och vårdpersonal visar dock att flera remissmottagare och vårdinstanser upplever att de får ”fel” patienter. Det bekräftas av remittenter inom primärvården som i brist på alternativ remitterar patienter till andra specialister eller till högre vårdnivåer.

3.1.1 Konsultation är en förutsättning för att minska vårdövergångar

Ökade möjligheter till olika former av konsultation har lyfts fram som den enskilt största förbättringsåtgärden för att undvika de vårdövergångar som vården själv upplever som tveksamma eller onödiga.

Det finns flera goda exempel där olika former av konsultation innebär att patienten får tillgång till den speciella kompetens som hen är i behov av utan faktisk vårdövergång. Behovsbilden utifrån intervjuerna kan sammanfattas som:

- Konsultera genom samtal:
  - När remittenten behöver fatta ett beslut om att remittera omedelbart
  - När frågan är komplex, och bedöms hanteras mer effektivt i ett samtal
- Konsultera genom skriftlig frågeställning:

- När det är viktigt att remittenten och remissmottagaren kan dela patientinformation
- När svaret kan dröja några dagar eller någon vecka

De förutsättningar som behöver uppnås för att konsultation ska innebära färre vårdövergångar är bland annat tillgänglighet och kompetens. Remittenten och konsulterande vårdpersonals ”kontakttider” behöver överensstämma och kontaktvägen behöver vara överenskommen. Flera intervjuade tror att en asynkron chatt skulle kunna vara användbar för konsultationer, vilket i så fall minskar behovet av att synkronisera ”kontakttider”.

Konsultuppdraget behöver bemannas med tillräckligt erfaren kompetens.

- En möjlig åtgärd är att se över hur konsultationsuppdragen är beskrivna i vårdavtalen samt vilka förtydliganden eller formaliseringar som kan genomföras för att göra dem mer enhetliga.
- En målbild och en roadmap bör tas fram som beskriver funktionen konsultation i framtidens Nära vård.

3.2 Överblick av vårdplan saknas

Ett sammanhållet hälso- och sjukvårdssystem förutsätter fungerande samverkan mellan vårdgivare. Det ställer bland annat krav på verktyg som underlättar enhetlig och standardiserad kommunikation. I Region Stockholms mångfacetterade vårdutbud med många verksamma vårdgivare på flera nivåer där den enskilda patientens vårdförlopp allt oftare fördelas på flera olika vårdgivare är **informationskontinuitet extra viktigt** för kvalitet, säkerhet och effektivitet.

Syftet med informationskontinuitet är att patienten och vårdgivarna ska uppleva att den information som delas om och med patienten har en ”röd tråd”.

Informationen i en vårdplan ska säkerställa att patienten får en samordnad och kvalitativ vård och att behandlingen är anpassad efter patientens individuella behov. Genom att säkerställa att patientens alla vårdkontakter har tillgång till vårdplanen kan dubbelarbete undvikas och risken minskar att de missar viktig information om patienten. För en patient med flera hälsoproblem och med flera vårdkontakter blir det särskilt viktigt att dennes vårdplan är tillgänglig och överskådlig.

Att vårdplanerna ”gömmer sig” i journalernas fritext innebär att informationen inte kan sammanställas till en översiktlig vårdplan. Det i sig skapar olika typer av risker och problem:

- **Risk för att vårdgivaren missar viktiga uppföljningar för en patient**
  När en patient listar om sig till en ny vårdcentral saknas tydlig information om vilka av patientens hälsoärenden som bör följas upp, samt hur och när detta borde ske. Den situationen kan även uppstå då patienten byter läkare på vårdcentralen. Det finns risk för att viktiga uppföljningar missas och som kan leda till att patientens hälsa försämras.
- **Patientens avsaknad av insyn och tillgång till den egna vårdplanen gör det svårt eller omöjligt att vara delaktig i den egna vården**.
  Patienters och närståendes delaktighet i vården är en grundläggande förutsättning för en säker vård. När en patient fått god och individuellt anpassad information om sin vård och behandling samt eventuella risker kan hen bidra till att identifiera och uppmärksamma

avvikelser som behöver åtgärdas. Avsaknaden av en översiktlig vårdplan gör det svårare även för patienten att upptäcka avvikelser. Det skapar också känslor av otrygghet och stress över att ”ingen har koll”.

- **Ansvarsfördelningen blir otydlig**
  Patienten har behov av att få en överblick av sina ärenden och förståelse för vem som ansvarar för vilket ärende. Patienten behöver känna sig trygg i och ha insyn i att ärende hanteras mellan vårdgivare, till exempel genom att kunna se att remissen hanteras i ett flöde. Avsaknaden av överblick gör det otydligt för patienten hur ansvaret är fördelat mellan vårdgivarna. Vårdgivarna själva har genom sin kännedom om hälso- och sjukvårdssystemet bättre förutsättningar att dra slutsatser om hur ansvaret är fördelat, eller borde vara fördelat. Men även för dem kan ansvarsfördelningen vara otydlig och bidra till missförstånd och risker.
- **Vårdpersonalens avsaknad av överblick av patientens vårdplan bidrar till ineffektivitet**
  Avsaknaden av överblick av patientens genomförda och planerade aktiviteter, kopplat till hälsoärende, hos olika vårdgivare innebär exempelvis att läkare tvingas läsa mängder med fritext från olika vårdkontakter för att få en uppfattning om patientens vårdplan.

3.2.1 Informationsstruktur är en förutsättning för vårdplan

Den informationsstruktur som skulle behövas för att skapa en vårdplan saknas.

Hälso- och sjukvård är till sin natur process- och ärendeorienterad. Allt fler vårdförlopp standardiseras för att säkerställa en god och jämlik vård, och en patient med ett hälsoproblem hanteras i praktiken som ett ”hälsoärende” inom ett vårdförlopp eller en vårdprocess. Men själva dokumentationen om patienten struktureras utifrån vårdkontakten. Ju fler inblandade vårdgivare desto mer komplicerat och tidsödande blir det att uppfatta vårdplanen.

Den sammanhållande länken blir patienten själv.

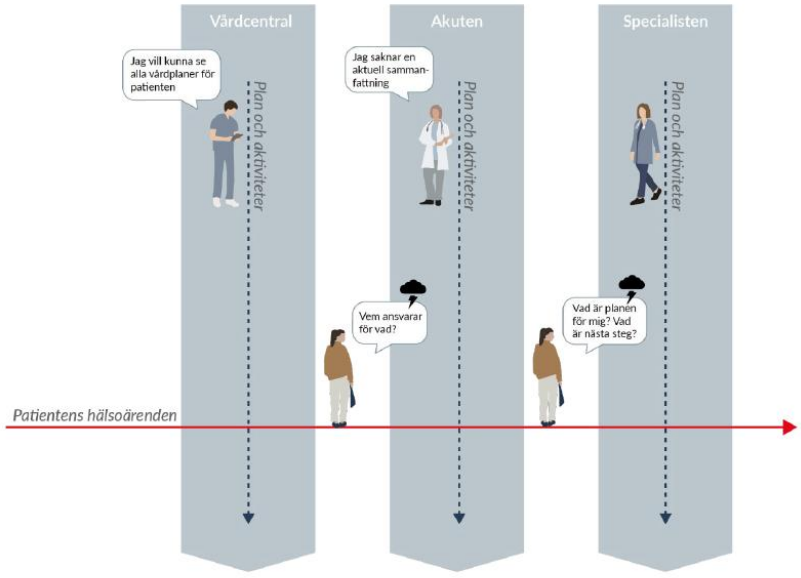


Bild 18: Tillgång till en översiktlig vårdplan utifrån ”hälsoärende” saknas

En informationsstruktur som bättre stöder en ärendeorienterad vård skulle skapa förutsättningar för att skapa en översiktlig vårdplan. I en vårdplan bör vårdpersonal och patienter ha tillgång till en översikt av bland annat hälsoärenden, genomförda och planerade aktiviteter. Det bör också framgå vilken vårdkontakt som har ansvar för, samt samordnar vilka aktiviteter eller vilka hälsoärenden.

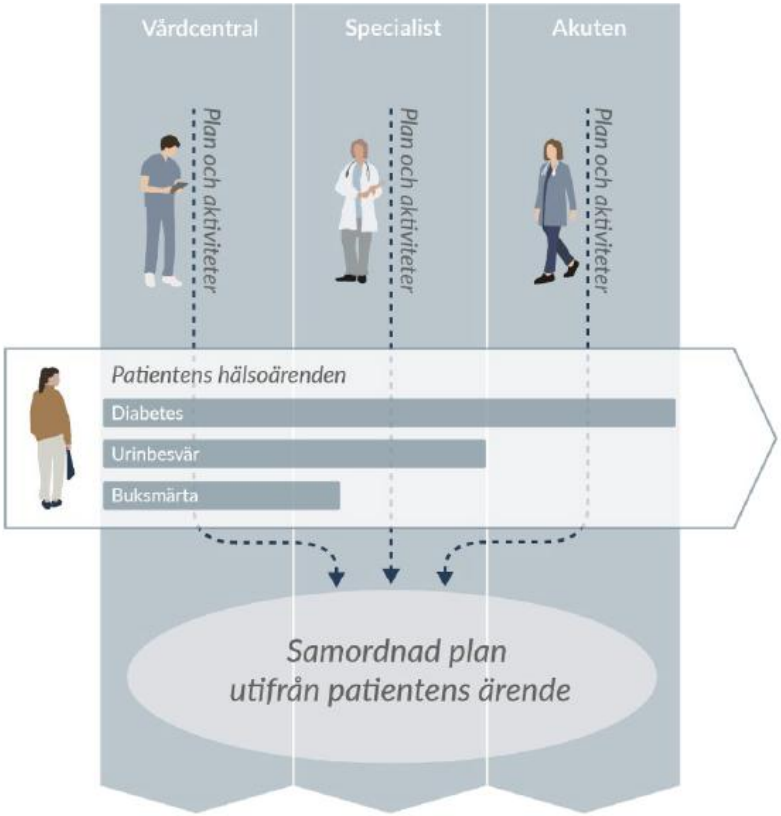


Bild 19: Informationsstruktur med hälsoärende

Socialstyrelsen har utvecklat ett ramverk för strukturerad dokumentation i vård och omsorg, *Nationell informationsstruktur (NI)*, vars modeller ger stöd för en mer ärendeorienterad dokumentation. NI är teknikneutral, det vill säga den är att avsedd att användas för att beskriva ett informationsinnehåll oavsett vilka tekniska standarder som används för överföring av information mellan system och oavsett vilket informationssystem verksamheten använder. Vidareutveckling av NI är en del av Socialstyrelsens förvaltningsuppdrag och sker bland annat utifrån verksamheternas gemensamma behov.

- Region Stockholm bör delta i och samverka med Socialstyrelsen och SUSSA-regionerna i arbetet med hur en nationell informationsstruktur kan tillämpas i journalsystem, samt skapa förutsättningar för en mer ändamålsenlig informationsstruktur i regionens egna journalsystem.

3.3 Patienten saknar information om sin vård

Bristande information och återkoppling i ett vårdförlopp gör att patienter känner sig otrygga. Patienten har ofta ingen uppfattning om hur lång tid man kan behöva vänta eller varför, vilket

skapar frustration. Många patienter har uttryckt behov av att förstå vad som ska ske i nästa steg, varför det steget tas och när något ska ske. ”När” kan vara information om när i tiden, men kan också vara en förklaring till varför något behöver göras i en viss ordning.

3.3.1 En välinformerad patient bidrar till en säkrare och effektivare vård

- Behovet att se status på sin remiss skulle kunna uppfyllas genom nationella tjänster. Mer information om hur ens ärende ligger till gör att man kan känna sig mer tillfreds med att behöva vänta, och kan bidra till att patienten själv kan upptäcka eventuella avvikelser.
- Mer information om vilka väntetider man kan förvänta sig kan uppfyllas genom att utbudsinformation försedd med väntetider görs lättare tillgänglig för patienten. Remissmottagare bör undersöka hur de kan bidra till att informera patienten om hur lång väntetiden kan beräknas vara.
- Att skriva journalanteckningar som ”till patienten” har lyfts i intervjuer som ett exempel på att öka förutsättningarna för patienten att förstå anteckningarna och vad som kommer ske i nästa steg och varför.
- Att remissmottagare tagit fram informationsbrev för olika remissorsaker som skickas tillsammans med kallelsen är ett annat exempel hur remissmottagaren strävat efter att förbereda patienten för en undersökning eller behandling. Ett informationsbrev kan också förbereda patienten på vad hen kan förvänta sig av det inbokade besöket.

3.4 Vårdgivare hittar inte varandra

Remittenter i Region Stockholm lägger en betydande del av sin arbetstid på att hitta en utförare som kan ta emot patienten. Varken kataloger med utförare i journalsystemen eller regionens tjänst Vårdutbud i Region Stockholm uppfyller remittentens behov att söka och välja utförare.

En grundförutsättning för vårdgivare att hitta varandra är att det finns beskrivet vilken vårdgivare som gör vad. När beskrivningen tas fram behöver man också ställa sig frågan ”för vem?”, det vill säga *vem* ska använda beskrivningen och till vad?

Utformandet eller genomförandet av den specialiserade vårdens uppdrag upplevs som brister i vårdstrukturen av specialister i allmänmedicin på vårdcentraler.



Bild 20: Citat från intervju med specialist i allmänmedicin

De beskriver att deras remisser till andra specialister avslås med motiveringen att det inte faller inom specialistens område, eller att det inte kan säkerställas att remissfrågan tillhör specialområdet. Det leder till att patienter utreds för ”allt annat” för att tillfredsställa remissmottagande specialister. På en övergripande systemnivå bidrar det till en överkonsumtion av vård och risk för att patienters diagnos och behandling fördröjs.

Specialiseringen av vården där vårdgivare fokuserar på en specifik sjukdom eller behandlingsområde och utvecklar expertis inom detta område medför en rad positiva effekter som högre kvalitet på vården, ökad effektivitet, ökad patienttrygghet och ökad kostnadseffektivitet. Men den medför också utmaningar i form av fragmentering av vården som kan leda till bristande samordning av vården och försämrad vårdkvalitet samt längre väntetider och bristande tillgänglighet om specialiserade vårdgivare blir mindre tillgängliga för patienter som behöver vård för andra sjukdomar eller tillstånd som inte ligger inom deras specialområde.

3.4.1 Utbudsinformation behöver anpassas till remittentens behov

Utbudsinformation har många intressenter, och arbete med utbudsinformation pågår inom flera myndigheter och regioner ur olika perspektiv. En viktig utgångspunkt måste vara att **utbudsinformationen är praktiskt användbar för remittenten** som söker en utförare.

Begreppet ”vårdtjänst” används relativt ofta för att beskriva den vård som någon kan beställa eller som någon utför. Men begreppet har inte en enhetlig definition, och kan beskrivas på många olika nivåer. För att skapa ändamålsenlig utbudsinformation för remittenter (och patienter/invånare) behöver vårdtjänster beskrivas på en nivå där en remittent kan avropa den. Den behöver förses med attribut som är väsentliga för remittenten, till exempel förväntad väntetid.

- **Inventera och koordinera förvaltningens arbete med utbudsinformation**
  Att vårdgivare kan hitta varandra är en förutsättning för att samverkan ska fungera i ett hälso- och sjukvårdssystem. I arbetet med att ersätta Take Care är det angeläget att det kommande systemet kan använda en regional källa för utbudsinformation. Samordning och fokus behövs för att lyckas möta praktiska behov i vårdverksamheten på kort och på lång sikt.

3.4.2 Utmaningarna med en specialiserad vård behöver hanteras

De utmaningar och risker som följer med en alltmer specialiserad vård behöver hanteras, så att avstånden inte tillåts öka mellan primärvård och specialistvård. I samband med omställningen till nära vård bör man utreda om det är säkert och effektivt att husläkaren samordnar patientens samtliga vårdkontakter inom ett och samma specialistområde.

- **Det bör undersökas hur samordning inom specialistområden kan ökas**.
  Ett förslag som nämnts i intervjuerna är ”remiss-hubbar” för ett specialområde där specialisterna själva fördelar remissen till den specialist som är mest lämplig. Ett annat förslag är geografiska samarbetsområden där sjukhusets specialister kan göra en första bedömning av remissen och också bidra med konsultation.

3.5 Äldre löper särskild hög risk

Brister i vårdkontinuiteten slår hårdast mot de mest sårbara grupperna av patienter som av olika skäl har svårast att själva kompensera för en osammanhängande vård. En sådan grupp är multisjuka äldre.

Multisjuka äldre är ofta stabila i sitt ”illabefinnande”, de befinner sig i en hälsosituation som är stadigvarande bekymmersam. Deras skörhet gör att en vårdövergång innebär en högre patientsäkerhetsrisk för dem än för andra grupper. De är också i högre grad beroende av att en vårdkontakt är insatt i deras hälsosituation och kan bedöma förändringar utifrån deras hälsotillstånd. På grund av sitt ”illabefinnande” löper de en högre risk att en förändring i hälsotillståndet leder till en vårdövergång till en akutmottagning. I jämförelse med andra patienter på en akutmottagning är de dock relativt stabila, vilket kan leda till att väntetiden på en akutmottagning kan bli lång. Själva förflyttningen och väntetiden innebär för denna patientgrupp en högre patientsäkerhetsrisk än för andra grupper.

Bristande patientinformationsöverföring mellan regionala och kommunala system innebär att akutläkaren kan ha svårt att bedöma *vilket* av patientens ohälsotillstånd som föranlett vårdövergången. Vilket innebär ytterligare en patientsäkerhetsrisk.

3.5.1 Enhetlig syn på den äldre, sköre patienten

Multisjuka äldre patienter är en patientgrupp som löper hög risk att fara illa i ett fragmenterat hälso- och sjukvårdssystem. För dessa patienter är det mer angeläget än för många andra patientgrupper att deras behov av specialistvård kan tillgodoses utan att det medför en vårdövergång.

En utbyggd konsultationsverksamhet och en ökad informationskontinuitet är troligen åtgärder som kan öka patientsäkerheten för dessa patienter, men det är förmodligen inte tillräckligt. Det är sannolikt att det behövs fler åtgärder som sammantaget kan möta denna patientgrupps behov av hög vårdkontinuitet.

Det behövs en samlad syn på hur vården ska organiseras för den äldre patienten, liknande det sätt som vården organiserats för barn.

3.6 Uppföljning av remissflöden på systemnivå saknas

Förmågan att styra hälso- och sjukvårdssystemet till att fungera och uppfattas som sammanhållet av såväl patienter som av vårdens aktörer och medarbetare innefattar förmåga att följa upp hur hälso- och sjukvårdssystemet uppfattas och fungerar. Förmåga att på systemnivå kunna följa remissflöden torde ge en inblick i hur väl hälso- och sjukvårdssystemet fungerar och ge indikation på om problem uppstår i något område.

Digitaliseringen av remissförfarandet medför möjlighet att följa upp flöden och volymer via de digitala avtrycken. Denna möjlighet behöver realiseras i tekniska lösningar så att remissflöden kan följas upp på systemnivå.

4 Bilageförteckning

- Delrapporten ”Patienternas upplevelse av remissförfarandet”

