Patientens väg in i vården

Initial bedömning och hänvisning

- Mål och förutsättningar
- Processen yttre triage
- Förändringsbehov med fokus på patientens väg

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen
08-123 132 00
Datum: 2021-10-19
Diarienummer: HSN 2021-2006

Region Stockholm

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

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

Christina Gustavsson
0708-96 60 49
christina.gustavsson@regionstockholm.se

Torsten Lundmark
073-373 35 05
torsten.lundmark@ilcon.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning 3
1 Inledning 4
1.1 Bakgrund 4
1.1.1 Vårdövergångar 5
1.2 Uppdrag och avgränsningar 5
1.3 Målgrupp 5
1.4 Metod 6
2 Nuläge 7
2.1 Hänvisningsstödet 7
2.2 Metodik för hänvisning 7
2.3 Regionala hänvisningsregler 8
2.4 Invånarupplevelser av vägen in i vården 8
3 Initial bedömning och hänvisning 9
3.1 Verksamhetsprocessen, dess styrning och stöd 9
3.2 Mål och förutsättningar för processen 10
3.3 Intressenter 10
3.4 Processen yttre triage 11
3.4.1 Patientens väg in i vården via flera aktörer 11
3.5 Roller, samverkan och informationsbehov 13
3.5.1 Informationsbehov och informationsöverföring 14
3.5.2 Regionala informationsmängder 14
4 Förändringsbehov och förslag på fortsatt arbete 16
4.1 Med fokus på patientens väg 16
4.2 Gemensamt arbetssätt i vårdövergångar 17
4.3 Utbudsinformation – en viktig förutsättning 17
4.4 Uppföljning av hälso- och sjukvårdssystemet 18
Bilageförteckning 19

Sammanfattning

Ett hälso- och sjukvårdssystem som fungerar och uppfattas som sammanhållet av såväl patienter som av vårdaktörer och vårdens medarbetare förutsätter fungerande samverkan mellan vårdgivare och att patienten själv har tillgång till relevant information om sin vårdprocess.

Ett mångfacetterat och föränderligt vårdutbud med många verksamma vårdgivare på flera nivåer medför att antalet vårdövergångar ökar. Bristande samverkan, bristande informationsöverföring, motstridiga styrsignaler och incitament kan innebära patientsäkerhetsrisker, med försenad eller utebliven diagnos och behandling som följd.

Sedan 2018 har alla vårdgivare tillgång till Hänvisningsstödet, ett symtombaserat kunskapsstöd, anpassat för att bedöma vårdsökandes vårdbehov och brådskegrad. Utifrån dessa parametrar pekar Hänvisningsstödet ut vilken vårdform som är lämplig, utifrån tillgänglighet. Tillsammans med en metodik för att genomföra bedömningen och principen att ”en hänvisning gäller” ska detta förhindra att vårdsökande hänvisas runt i hälso- och sjukvårdssystemet.

En gemensam process för initial bedömning och hänvisning presenteras i rapporten. För att hälso- och sjukvårdssystemet ska uppfattas som sammanhållet behöver vården agera koordinerat utifrån var patienten befinner sig i sin process. Det ställer krav på att vårdpersonal som tar emot en hänvisad patient, uppfattar sig själva som en del i ett sammanhållet system. En förutsättning är att vårdpersonalen kan ta del av den bedömning och hänvisning som gjorts i tidigare steg på ett standardiserat och överenskommet sätt.

Patienten själv får större delen av informationen i processen muntligt. Med fokus på patientens insyn och delaktighet föreslås att undersöka patientens behov av information om sina egna hälsoärenden, till exempel tillgång till information avseende *till vem* man blivit hänvisad och *när och hur* man ska kontakta den man blivit hänvisad till. Utredningen föreslår också en ”hänvisningsbiljett” som liksom en remiss eller ett recept utgör en biljett till nästa steg i patientens hälsoärende.

Med större fokus på patientens resa föreslås att utreda förutsättningarna för en gemensam regional digital triage där ”vägen in i vården” kan ske i ett digitalt flöde ända fram till en undersökande/behandlande vårdgivare. En sådan utredning behöver bemannas tvärfunktionellt och med nära koppling till regionens arbete med god och nära vård.

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 vårdprocess.

Region Stockholm har ett mångfacetterat och föränderligt vårdutbud med många verksamma vårdgivare på flera nivåer vilket medför att det blir vanligare att ett och samma vårdförlopp för en enskild patient fördelas på flera olika vårdgivare. Det medför att antalet vårdövergångar ökar. Vid vårdövergångar utgör gränssnitten mellan vårdgivare och mellan vårdverksamheter risker i vården. Bristande samverkan, brister i informationsöverföring, otydligt ansvar och motstridiga styrsignaler och incitament riskerar att patienter ”faller mellan stolarna” med utebliven eller försenad diagnos och behandling som följd.

För att säkerställa att vårdens aktörer är koordinerade och nya aktörer kan tillkomma och samverka säkert och effektivt krävs gemensamma, övergripande och enhetliga processer som utgår från patientens resa. Det ställer också krav på en gemensam stödjande infrastruktur med gemensamma informationsmängder och kunskapsstöd för att på ett enhetligt sätt bedöma vårdbehov, hitta och kommunicera med vårdgivare i systemet, dokumentera och dela patientinformation, även med patienten själv.

1.1.1 Vårdövergångar

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 fungerande nätverkssjukvård.

Det går att koppla förvaltningens arbete med vårdövergångar till tre områden eller huvudprocesser i vården:

- **Hänvisning/Inskrivning**
  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
- **Utskrivning**
  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 kan ta fram ett beslutsunderlag för en regional vårdprocess för initial bedömning och hänvisning som utgår från patienten.

Arbetet avgränsas till processen för hänvisning. Arbetet omfattar inte att implementera processen, och inte heller att 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 Region Stockholms hälso- och sjukvård. Övriga målgrupper är vårdverksamheters styrande och ledande funktioner, medarbetare hos Hälso- och sjukvårdsförvaltningen samt övriga målgrupper som är intresserade av regionens hälso- och sjukvårdssystem och dess processer.

1.4 Metod

För att beskriva olika aspekter av initial bedömning och hänvisning har en verksamhetsanalys genomförts. Den metod som använts för detta är VIA-metoden (ISO/TS 22272:2021), en metodik inom hälsoinformatik för verksamhets- och informationshanteringsanalyser för att stödja standardbaserade arkitekturer.

VIA-metoden innehåller ett antal väl beprövade metodsteg som genomförs i syfte att på ett konsekvent och resurssnålt sätt analysera och beskriva en verksamhet och dess informationsbehov. Arbetet bedrivs iterativt och alltid i samarbete med verksamhetens företrädare. De framtagna beskrivningarna ger en helhetsbild av verksamheten och används som grund för exempelvis verksamhetsutveckling, utveckling av informationsförsörjning, framtagning av IT-strategier eller som kravställning på IT-stöd.

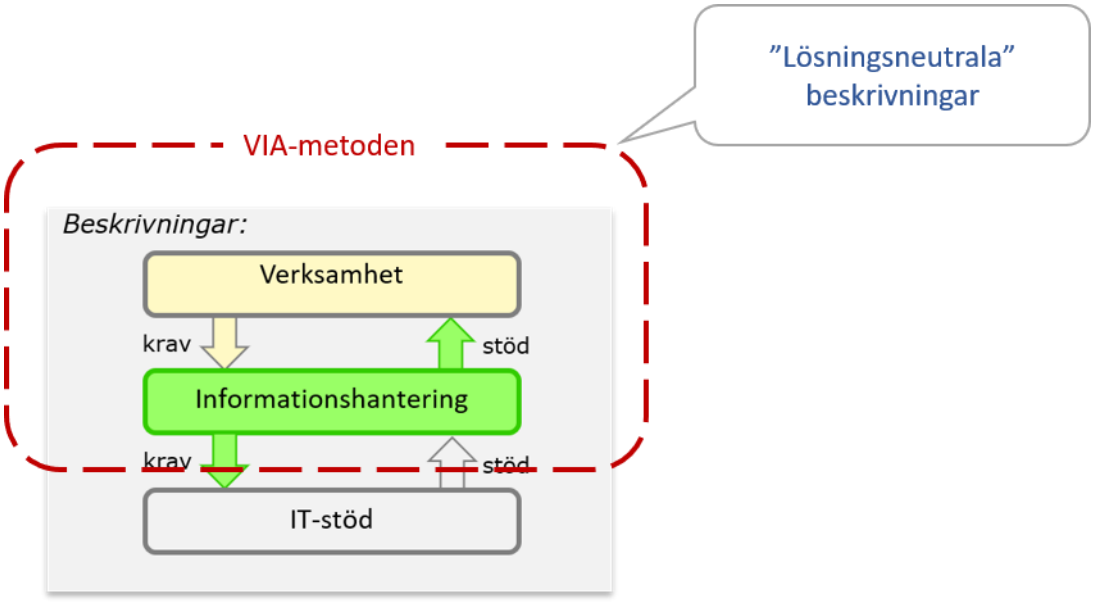


Bild 2: Översiktlig beskrivning av VIA-metoden (Torsten Lundmark, Jessica Rosenälv)

2 Nuläge

2.1 Hänvisningsstödet

I Region Stockholm har 1177 Vårdguiden på telefon som huvuduppgift att bedöma om en patient ska hänvisas eller ges egenvårdsråd, men även fler vårdgivare i andra vårduppdrag hänvisar patienter till andra vårdformer. Alla vårdgivare har sedan 2018 tillgång till Hänvisningsstödet, ett symtombaserat kunskapsstöd, anpassat för att användas för att bedöma vårdbehov och brådskegrad. Utifrån dessa parametrar pekar Hänvisningsstödet ut vilken vårdform som är lämplig, utifrån tillgänglighet.

Det medicinska innehållet i Hänvisningsstödet baseras på ett nationellt kunskapsstöd för sjukvårdsrådgivning på telefon (RGS) som förvaltas av Inera AB. Det består av ca 2000 symtom- och situationsbeskrivningar som är fördelade inom omkring 200 områden (sökorsaker). Varje symtom- och situationsbeskrivning har en brådskegrad som anger inom vilken tidsrymd en patient bör komma i kontakt med vården.

I praktiken används flera kunskapsstöd för initial bedömning inom regionen. Vårdaktörer har tagit fram egna verksamhetsstöd för att effektivisera anamnestagning och hänvisning inom sin egen verksamhet, och har då också tagit fram ett eget kunskapsstöd för detta. Nationella aktörer inom digital vård, ”nätläkare”, har också integrerat någon form av beslutsstöd för initial bedömning i sina plattformar. De flesta av dessa kunskapsstöd baseras på RGS, liksom Hänvisningsstödet.

2.2 Metodik för hänvisning

En hänvisning är per definition en vårdövergång; en vårdgivare hänvisar en patient till en annan vårdgivare. Vårdövergångar i sig innebär en särskild patientsäkerhetsrisk, vilket medför att de ställer krav på enhetliga processer och rutiner, förutom ändamålsenliga verktyg (Regional Handlingsplan för ökad patientsäkerhet, VKN 2020-0010).

För en korrekt bedömning och hänvisning av patienter krävs att Hänvisningsstödet används på rätt sätt av sjuksköterskan i rådgivningssamtalet.

1177 Vårdguiden på telefon följer en nationell samtalsprocess för sjukvårdsrådgivning som är utvecklad för att användas tillsammans med det medicinska innehållet i RGS. Med stöd av samtalsprocessen och sjuksköterskans kompetens kan en relevant bedömning av vårdbehov utföras vilket är grunden för att kunna göra rätt hänvisning. Det är följsamheten till samtalsprocessen som säkerställer att hänvisningen blir rätt i praktiken och det är vårdgivarens kvalitetsarbete som säkerställer medarbetarnas kompetens och arbetssätt.

E-utbildningar för såväl samtalsprocessen som för verktyget Hänvisningsstödet finns tillgängliga i Lärtorget, Region Stockholms utbildningsportal.

2.3 Regionala hänvisningsregler

Övergripande regler och principer har utvecklats inom regionen för att säkerställa att vårdsökande inte hänvisas runt utan att få vård. En sådan regel är ”en hänvisning gäller” som innebär att om den vårdsökande har blivit bedömd och hänvisad av en vårdgivare ska nästa vårdgivare i kedjan omhänderta patienten.

Definitioner har tagits fram för att förtydliga vilka tidsgränser som gäller för Hänvisningsstödets brådskegrader för att säkerställa att patienter får vård i rätt tid.

2.4 Invånarupplevelser av vägen in i vården

Invånares, patienters och närståendes insyn och delaktighet i den egna vården har stor betydelse för flera kvalitetsområden som patientsäkerhet, effektivitet och kliniskt utfall. För att kunna skapa processer och tjänster som stärker patienters och närståendes möjligheter till insyn och medverkan behövs också mer kunskap om deras tankar, känslor, beteenden och behov. Som en del av nulägeskartläggningen har Sös Innovation haft ett kortare uppdrag att genomföra en undersökning med målet att identifiera och synliggöra mönster kring tankar och beteenden hos vårdsökande i Stockholm. Sös Innovation är specialiserade på tjänstedesign och har stor erfarenhet av att visualisera patientresor.

Undersökningen genomfördes under juni – augusti 2021 och ska ses som inspiration i det fortsatta arbetet då frågeställningen är bred och underlaget litet. Projektet ansåg det ändå värdefullt att använda sig av metoden för att få en inblick i de möjligheter som tjänstedesign erbjuder för att undersöka invånar- och patientperspektivet.

Analysen är sammanställd ur följande perspektiv:

- Triggers och hinder för att söka vård (vårdsökarmönster)
- Personers uppfattning av systemet och dess olika aktörer (närakut, akutmottagning, 1177, vårdcentral)
- Andra aspekter som har stor påverkan på personers upplevelse av vägen in i vården

Resultatet av undersökningen har framför allt använts för att nyansera de förslag på fortsatt arbete som presenteras i kapitel 4 Förändringsbehov och förslag på fortsatt arbete.

En sammanfattning av arbetet finns i bilaga 1, ”Upplevelser av vägen in i vården”.

3 Initial bedömning och hänvisning

3.1 Verksamhetsprocessen, dess styrning och stöd

Hälso- och sjukvård som bransch betraktat beskrivs utifrån olika verksamhetsområden där alla är lika viktiga för att uppnå slutmålet god vård. Dessa områden är kärnverksamhet, ledande och styrande verksamhet samt stödjande och resursallokerande verksamhet.

Vid påbörjandet av en verksamhetsanalys behöver man identifiera vilken eller vilka verksamhetsområden analysen omfattar.

Denna analys omfattar själva kärnverksamheten inom hälso- och sjukvård, vilket vanligtvis är respektive vårdverksamhets ansvar. Men då det gäller vårdövergångar och samverkan mellan många vårdverksamheter finns behov av att hälso- och sjukvårdshuvudmannen samordnar arbetet.

Då man analyserar en verksamhetsprocess behöver man ta hänsyn till de styrande komponenter som finns för processen. Styrande komponenter för en kärnprocess inom hälso- och sjukvård är bland annat operationalisering av regler, kunskapsbaserad rekommendation och etiska riktlinjer. Man behöver också beakta de stödjande komponenter som finns för processen, som till exempel kan vara rutinbeskrivningar, checklistor och IT-stöd. I vissa fall kan kärnprocessen göras mer patientsäker, enhetlig och effektiv om regelverk och kunskapsbaserade rekommendationer implementeras i de IT-stöd som används i processen.

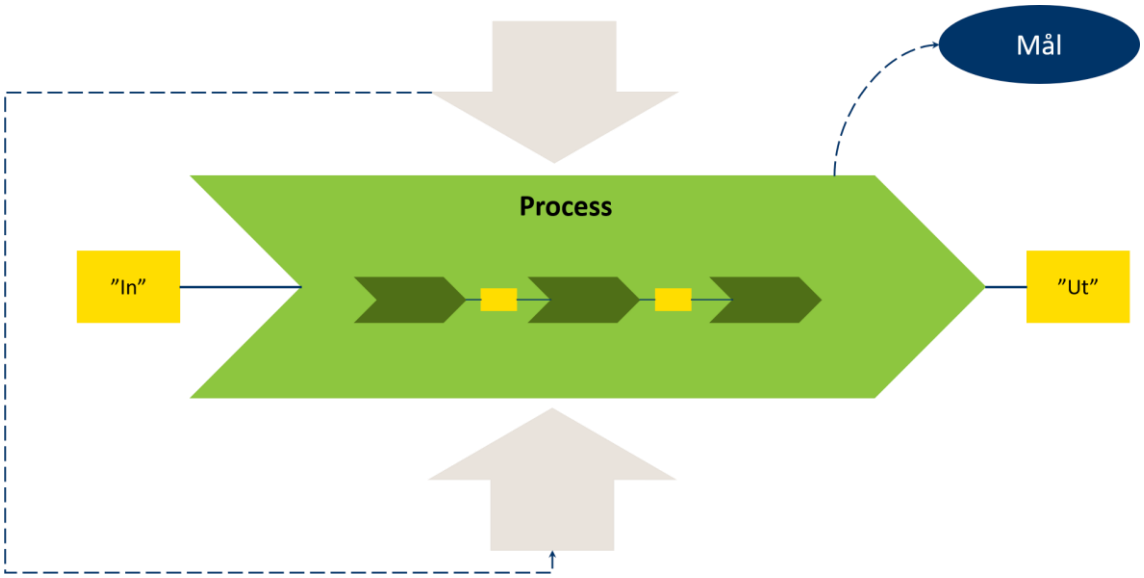


Bild 3: Förenklad beskrivning av process med styrande och stödjande komponenter

3.2 Mål och förutsättningar för processen

Den målanalys som har genomförts utgår från två övergripande mål:

- Rätt patient, på rätt plats, i rätt tid (utifrån målen från Framtidsplanen)
- Hälso- och sjukvårdssystemet fungerar och uppfattas som sammanhållet av såväl patienter som av vårdens aktörer och medarbetare

Syftet med att genomföra en målanalys är att synliggöra de delmål och förutsättningar som behöver uppfyllas för att nå de övergripande målen.

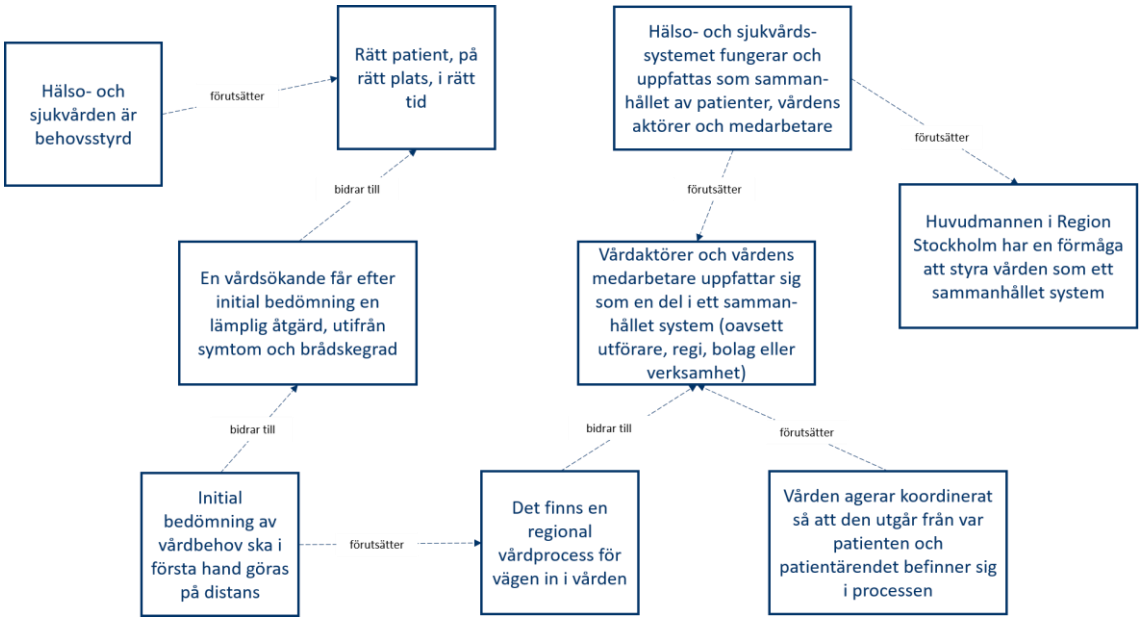


Bild 4: Delmängd av målstrukturen för Initial bedömning och hänvisning

Målet och syftet med processen Initial bedömning och hänvisning är att en vårdsökande efter initial bedömning får en lämplig fortsatt åtgärd, utifrån symtom och brådskegrad. En lämplig åtgärd kan vara att säkerställa att den vårdsökande får lämplig utredning, inom viss tid och hos en vårdgivare som har uppdrag och förutsättningar att genomföra utredningen. En lämplig åtgärd kan i vissa fall vara ett eller flera egenvårdsråd.

Att genomföra initial bedömning på distans skulle bidra till att fler vårdsökande skulle erbjudas utredning och behandling på rätt vårdnivå. Utredningens intervjuer med akutmottagningar och närakuter har visat att det är svårt att motivera en vårdsökande att förflytta sig till en annan vårdinrättning när den vårdsökande fysiskt befinner sig på mottagningen.

Målstrukturen i sin helhet återfinns i bilaga 2.

3.3 Intressenter

De främsta intressenterna för processen är

- Vårdsökande som upplever ett vårdbehov
- Medarbetare inom hälso- och sjukvård som möter vårdsökande i ett initialt skede

- Roller inom hälso- och sjukvård som utvecklar och förbättrar verksamhetsprocesser

De medarbetare som oftast möter vårdsökande i ett initialt skede är sjuksköterskor. Många vårdverksamheter tar emot vårdsökande i ett initialt skede, men utredningen har fokuserat på intressenter inom följande vårdformer:

- 1177 Vårdguiden på telefon
- Husläkarmottagning
- Närakut
- Akutmottagning vid akutsjukhus

Att genomföra en verksamhetsanalys är ett iterativt arbete, och därför har diskussion/intervju genomförts vid flera tillfällen med några av verksamhetsföreträdarna. En förteckning över deltagare finns i bilaga 6.

3.4 Processen yttre triage

I praktiken kan en patient triageras i flera steg. Den triagering som är avsedd att initialt bedöma patientens behov av vård och som i flera fall sker på distans kallas här för ”yttre triage”. Processtegen i processen yttre triage är desamma oavsett vilken vårdverksamhet som utför dem, men *hur* de genomförs skiljer sig åt mellan olika typer av vårdverksamheter. När yttre triage är genomförd, och resultatet av bedömningen är att ytterligare utredning behövs inleds ”inre triage”.

Flera faktorer påverkar processtegen i yttre triage:

- Telefonkontakt – påverkar sjuksköterskans möjligheter att okulärt bedöma den vårdsökandes tillstånd
- Lokalernas utformning – påverkar om yttre triage kan genomföras med tillräcklig integritet. Akutmottagningar och närakuter kan därför genomföra yttre och inre triage i en följd för att säkerställa tillräckligt hög integritet
- Digital triagering – påverkar vilken information och vilka kompetenser sjuksköterskan har tillgång till vid triageringen. Den vårdsökande kan ofta komplettera sin information med foton, och sjuksköterskan har ofta tillgång till fler kompetenser som sjuksköterskan kan ”vidarekoppla” den vårdsökande till.

3.4.1 Patientens väg in i vården via flera aktörer

Med målet att patienten ska ha erhållit en lämplig åtgärd innan processen initial bedömning eller yttre triage avslutas, följer att den kan börja hos en vårdgivare och fortsätta hos en annan. För att tydligare beskriva patientens resa innehåller beskrivningen även steg 7 och 8 som inte tillhör den process som brukar beskrivas som yttre triage.

Processen beskriver följande steg:

1. Öppna, ett steg där kontakten etableras mellan patient och vårdpersonal

2. Lyssna, ett steg där patienten beskriver sina upplevda besvär och symtom och sjuksköterskan lyssnar aktivt. Steget avslutas med att sjuksköterskan sammanfattar patientens problem och ringar in ett huvudsymtom

3. Analysera och bedöma, ett steg där sjuksköterskan undersöker huvudsymtomet och ställer kompletterande frågor till patienten för att utesluta, bekräfta eller omformulera problemet. I steget ingår att undersöka patientens medicinska symtom samt dennes farhågor, föreställningar och förväntningar. Steget avslutas med att sjuksköterskan kommer fram till en bedömning och en brådskegrad.

4. Motivera och åtgärda, ett steg där sjuksköterskan presenterar, förklarar och motiverar sin bedömning. Utredningen har identifierat att bedömningen kan leda till tre huvudsakliga åtgärder:

    4.1. Patienten ska vidare till fördjupad utredning hos den egna vårdenheten. Vid akutmottagningar och närakuter sker detta omedelbart, vid en husläkarmottagning innebär det i regel att patienten får en bokad tid. Patientens resa fortsätter i steg 7.

    4.2. Bedömningen är att den åtgärd som behövs är ett eller flera egenvårdsråd. Dessa ges i detta steg, och patientens resa fortsätter i steg 8.

    4.3. Patienten hänvisas till en annan verksamhet för fördjupad utredning. Detta kan ske på flera sätt:

        4.3.1. Genom överlämning/förmedling, vilket kan ske vid mer allvarliga sjukdomstillstånd med högre brådskegrader. Sjuksköterskan vid 1177 Vårdguiden på telefon kontaktar en annan vårdgivare och överlämnar kontakten med patienten till denne (typiskt sett till 112 eller jourläkare). Patientens resa fortsätter i steg 7.

        4.3.2. Genom hänvisning, där patienten blir informerad om möjliga vårdenheter som kan genomföra en fördjupad utredning. Sjuksköterskan kan stötta patienten i att hitta en lämplig vårdenhet, men patienten tar själv kontakt med vårdenheten, alternativt besöker den. I dessa fall fortsätter processen i steg 5.

        4.3.3. Genom hänvisning och tidbokning, ett steg som är möjligt att genomföra för 1177 Vårdguiden på telefon vid vissa symtom och brådskegrader. Förutom att informera patienten om vilka vårdenheter som kan genomföra en fördjupad utredning kan sjuksköterskan också boka en tid åt patienten vid en vårdenhet. I dessa fall fortsätter processen i steg 5.

5. Vägleda till verksamhet, ett processteg som syftar till att ge patienten de instruktioner och den information denne behöver för att kontakta eller förflytta sig till den vårdverksamhet som sjuksköterskan hänvisat till.

6. Ta emot vårdsökande, ett processteg som syftar till att ta emot patienten för fördjupad utredning. I det här steget blir det viktigt hur mottagande vårdpersonal bemöter en vårdsökande. Om hälso- och sjukvårdssystemet ska fungera och uppfattas som sammanhållande krävs att mottagande vårdpersonal bekräftar patientens tidigare steg i processen, och uppfattar sig själva som en del i ett sammanhållande system. Det ställer också krav på att patienten ger sitt samtycke till att mottagande vårdpersonal får ta del av de journalanteckningar som dokumenterats tidigare i processen.

6.1. Ta emot patienten och säkerställa följsamhet mot hänvisning, det vill säga bekräfta patientens tidigare kontakt och säkerställa att patienten befinner sig hos den verksamhet som patienten blivit hänvisad till.

6.2. Säkerställa tidigare bedömning av vårdbehov i yttre triage. För flertalet patienter har tid förflutit sedan deras vårdbehov blivit bedömt, och ur patientsäkerhetssynpunkt behöver mottagande vårdpersonal säkerställa att vårdbehovet inte förändrats sedan tidigare bedömning.

7. Fördjupad utredning, som egentligen är en egen process som omfattar ”inre triage”. Denna process är olika utformad utifrån vilka symtom och risker som identifierats tidigare i processen.

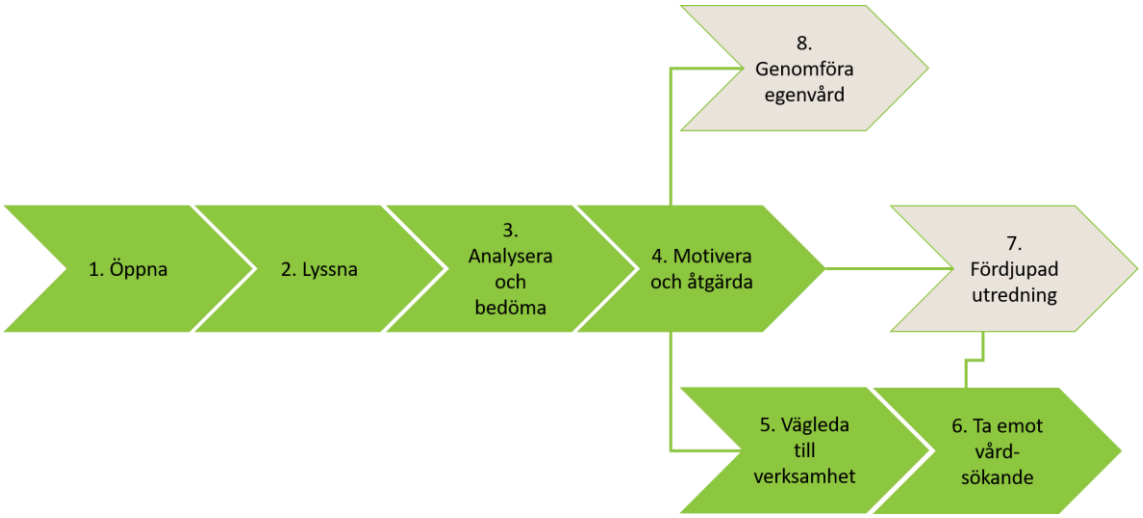


Bild 5: Översikt av processen yttre triage

Bilaga 4 innehåller en detaljerad processbeskrivning ur ett värdeförädlingsperspektiv. En förenklad processbeskrivning återfinns i bilaga 3.

3.5 Roller, samverkan och informationsbehov

För att skapa förutsättningar för att implementera en process behöver processen även beskrivas ur ett samverkansperspektiv som definierar vilka roller som har ansvar och samverkar för att utföra processen och därmed skapa värdeförädlingen.

Principen om endast en hänvisning per vårdsökande och tillfälle innebär att när patienten blivit hänvisad i enlighet med Hänvisningsstödet från vårdgivare A till vårdgivare B, ska vårdgivare B ta emot patienten och hantera vårdbehovet. I de fall då mottagande vårdenhet inte har möjlighet att handlägga patienten efter påtitt/konsultation på ett patientsäkert sätt ska vårdgivare B skriva remiss till lämplig vårdgivare. I processen yttre triage kan alltså finnas upp till tre roller:

- Den vårdsökande/patienten som har ett upplevt vårdbehov
- Vårdgivare A som initialt kontaktas av den vårdsökande/patienten
- Vårdgivare B som den vårdsökande/patienten hänvisas till från vårdgivare A

I de fall en vårdgivare C blir involverad i processen ska det alltså vara i form av en remiss. Under utredningens intervjuer har det framkommit att det ibland är till fördel för den hänvisade patienten att bli överlämnad till en närliggande närakut istället för att bli omhändertagen vid sjukhusets akutmottagning. Fördelen består i regel av att patientens väntan blir kortare. Själva överlämningen kan ske på olika sätt, men sker ibland genom att akutmottagningens personal överlämnar patienten via ett telefonsamtal.

Utredningen har inte undersökt orsaker till att det uppstår en situation där en hänvisad patient besöker en akutmottagning istället för en närakut. Teoretiskt sett finns flera möjligheter som till exempel att patienten missförstått hänvisningen eller blivit övertriagerad.

3.5.1 Informationsbehov och informationsöverföring

En viktig förutsättning för samverkan inom vården är informationsöverföring mellan vårdgivare. Det är också viktigt att det är *rätt och relevant* information som överförs, och i *tillräcklig* mängd för att vårdprocessen ska vara effektiv. Stora informationsmängder, och i synnerhet fritext, får motsatt effekt då vårdpersonal inte snabbt hittar den information de behöver.

Det saknas en nationell standard för hur symtom ska beskrivas, vilket är en brist i det här sammanhanget.

Företrädare för vårdformerna 1177 Vårdguiden på telefon, husläkarmottagning, närakut och akutmottagning vid akutsjukhus har intervjuats i samband med utredningen. 1177 Vårdguiden på telefon uppträder endast som vårdgivare A i processen, medan övriga vårdformer kan uppträda både som vårdgivare A och som vårdgivare B.

Som vårdgivare B är det viktigt att kunna ta del av tidigare vårdgivares **bedömning** och **hänvisning**. Förutsättningen är då givetvis att vårdgivare A dokumenterar på ett **överenskommet sätt**, samt att informationen kan överföras till vårdgivare B.

Det finns inte en regional standard för hur en bedömd patient ska journalföras, vilket innebär att det uppstår variation i dokumentationen. Ett arbete med regional informationsstandard för hänvisning har inletts, i huvudsak inom journalsystemet TakeCare.

1177 Vårdguiden på telefon har under juni 2021 anslutit sitt journalhanteringssystem till Nationell Patientöversikt (NPÖ) för att möjliggöra informationsöverföring till övriga vårdgivare i regionen. Husläkarmottagningar, närakuter och akutmottagningars journalanteckningar finns tillgängliga via regionalt sammanhållen journalföring eller via NPÖ.

Patienten kan idag se den information som tillgängliggörs via 1177:s e-tjänst Journalen samt information om sina hälsoärenden som tillgängliggörs via vårdaktörernas egna system. 1177 Vårdguiden på telefon är inte ansluten till Journalen.

Bilaga 5 innehåller en beskrivning av processen ur ett samverkansperspektiv.

3.5.2 Regionala informationsmängder

Information som ska vara gemensam för alla aktörer i en process behöver också tillhandahållas på ett strukturerat och standardiserat sätt för att undvika att informationen omskapas och omtolkas av aktörerna själva. Information som ska konsumeras eller användas i en process behöver ofta vara tillgänglig i de verksamhetsstöd som användarna använder i processen för att de ska uppleva att processen fungerar smidigt.

I processen yttre triage har två gemensamma informationsmängder identifierats:

- Hänvisningsstödet som innehåller symtom och brådskegrader med koppling till vårdformer
- Vårdutbud i Region Stockholm (ViRS) som innehåller det avtalade vårdutbudet

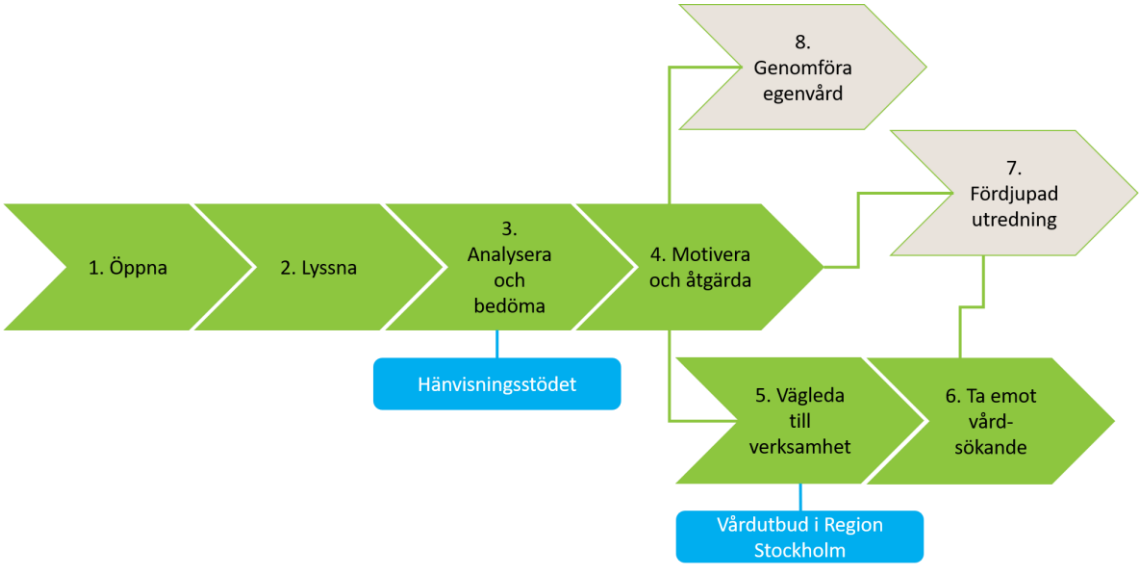


Bild 6: Regionala informationsmängder i processen yttre triage

Hänvisningsstödet är integrerat i 1177 Vårdguiden på telefons verksamhetsstöd. För övriga vårdgivare tillgängliggörs informationen på Vårdgivarguiden.

Vårdutbud i Region Stockholm (ViRS) tillgängliggörs också på Vårdgivarguiden. En källa till ViRS är Utbudstjänst RS som tillgängliggör det avtalade utbudet via tjänstekontrakt och Regionala Tjänsteplattformen samt Nationella Tjänsteplattformen. Utbudstjänst RS har två konsumenter: 1177 Vårdguiden och ViRS.

4 Förändringsbehov och förslag på fortsatt arbete

4.1 Med fokus på patientens väg

Vården är alltid till sin karaktär processorienterad. Men även om vårdgivare har patienten i fokus vid utformandet av sina processer innebär det inte att vården som helhet har fokus på patientens väg eller resa. I ett hälso- och sjukvårdssystem som fungerar och uppfattas som sammanhållet behöver vården agera koordinerat utifrån var patienten befinner sig i sin process. Och inte minst ska patienten kunna orientera sig i sin egen vårdprocess.

Hälso- och sjukvårdssystemet behöver vara utformat så att det önskvärda beteendet premieras.

- Utforma processen med större fokus på patientens resa och begränsa den inte av att en vårdgivares verksamhetsområde upphör. Undersök förutsättningar för en gemensam regional digital triage där ”vägen in i vården” kan ske i ett digitalt flöde fram till en undersökande/behandlande vårdgivare. Detta behöver göras med nära koppling till primärvårdsstrategin och inom arbetet med god och nära vård
  - tillsammans med ansvariga för kunskapsutveckling i regionen, 1177 Vårdguiden på telefon, 1177:s digitala tjänster och kanaler
  - i samverkan med vårdgivare, myndigheter och aktörer inom medicinteknik med kunskap och erfarenhet inom området

En grundläggande förutsättning för en säker vård är patientens och närståendes delaktighet i vården. En välinformerad patient som aktivt deltar i sin vård bidrar till en bättre och säkrare vård och har också bättre förutsättningar att ta ansvar för sin egenvård.

Den information som skapas och ges till patienten i processen initial bedömning ges i många fall muntligt. Den är inte tillgänglig för patienten när ett processteg är genomfört. Det innebär till exempel att patienten i regel inte har tillgång till information *till vem* man blivit hänvisad och *när och hur* man ska kontakta den man blivit hänvisad till. Patienten kan inte heller visa *att* hen blivit hänvisad, och skulle därför ha svårt att hävda sin rätt enligt regeln ”en hänvisning gäller” även om patienten kände till den.

Ett egenvårdsråd ges ofta med en ”brasklapp” – det vill säga under förutsättning att sjukdomsförloppet fortskrider på ett visst sätt ska man följa egenvårdsrådet, men om något annat inträffar blir patienten ombedd att återkomma eller uppsöka någon viss vårdform.

Den information som ges muntligt borde lika självklart tillhandahållas skriftligt till patienten, på samma sätt som en remiss eller ett recept. En skriftlig hänvisning får status som en biljett, till patientens nästa steg i sitt hälsoärende.

- Undersök patientens behov av tillgång till sin egen information i processens olika steg.

  - Har patienten den insyn och verktyg som behövs för att vara delaktig i sin vård och orienterad i sin egen vårdprocess?

- Undersök patientens behov av stödjande tjänster samt konsekvensen av eventuella inlåsningseffekter.
- Undersök patientens incitament för att följa en process, en hänvisning eller ett råd.
  - Leder det önskade beteendet till att patienten får snabb och säker vård på rätt ställe?

4.2 Gemensamt arbetssätt i vårdövergångar

För att patienten ska uppleva vården som förutsägbar och känna sig omhändertagen och delaktig behöver övergången från en vårdgivare till en annan ske på ett förutsägbart sätt. I ett hälso- och sjukvårdssystem med flera vårdnivåer och med ett föränderligt vårdutbud med många verksamma vårdaktörer blir det komplicerat att upprätta och komma överens om såväl kommunikation som samverkan. För att vårdövergångar ska vara säkra och förutsägbara behövs enhetliga och överenskomna processer och rutiner samt standardiserad informationsöverföring för vårdövergångar.

- Fastställ en gemensam standard och rutin med vårdens representanter för vilken information om patienten som ska vara tillgänglig i processens steg 6: ”Ta emot vårdsökande”, samt *hur* informationen ska användas i patientmötet. Inför en statusbeskrivning för att ”patienten är klar för överlämning” som beskriver vad som ska ha
  - Åtgärdats/undersökts
  - Dokumenterats
  - Kommunicerats till patient/anhörig
- Utforma incitament som stödjer förutsägbara vårdövergångar
  - Leder det önskade beteendet till att vårdgivaren premieras? Innebär oönskat beteende att konsekvensen drabbar vårdgivaren själv? Eller drabbar konsekvensen en annan vårdgivare eller patienten?

4.3 Utbudsinformation – en viktig förutsättning

I ett mångfacetterat och föränderligt vårdutbud där också vårduppdragen förändras är det av stor vikt för vårdgivare att vårdutbudet är beskrivet, tillgängligt och sökbart på ett för dem användbart sätt. Det har stor betydelse för såväl patientsäkerheten som effektiviteten i vården att patienter hänvisas och remitteras till vårdgivare som har möjlighet och i uppdrag att omhänderta patienten. (Se även bilaga 7, PM angående utbudstjänst)

- Undersök om vårdutbudet är beskrivet och sökbart på ett sätt som är användbart för vårdgivare.

- Utbudsinformationen är tekniskt tillgänglig via Regionala tjänsteplattformen och via Nationella tjänsteplattformen. Finns hinder som gör att fler konsumenter inte har anslutit sig?

4.4 Uppföljning av hälso- och sjukvårdssystemet

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. Parallellt med att åtgärder införs behövs också förmåga att följa upp effekterna av dessa. Digitalisering av processer medför möjlighet att följa upp processen och därmed volymer via de digitala avtrycken.

- Utveckla mätmetoder och indikatorer som sammantaget indikerar om hälso- och sjukvårdssystemet uppfattas och fungerar som sammanhållet
  - Säkerställ att tekniska lösningar fångar relevanta digitala avtryck

Bilageförteckning

Bilaga 1 Upplevelser av vägen in i vården (Sös Innovation)

Bilaga 2 Målmodell för verksamheten Initial bedömning och hänvisning

Bilaga 3 Processmodell värdeförädling Yttre triage, förenklad

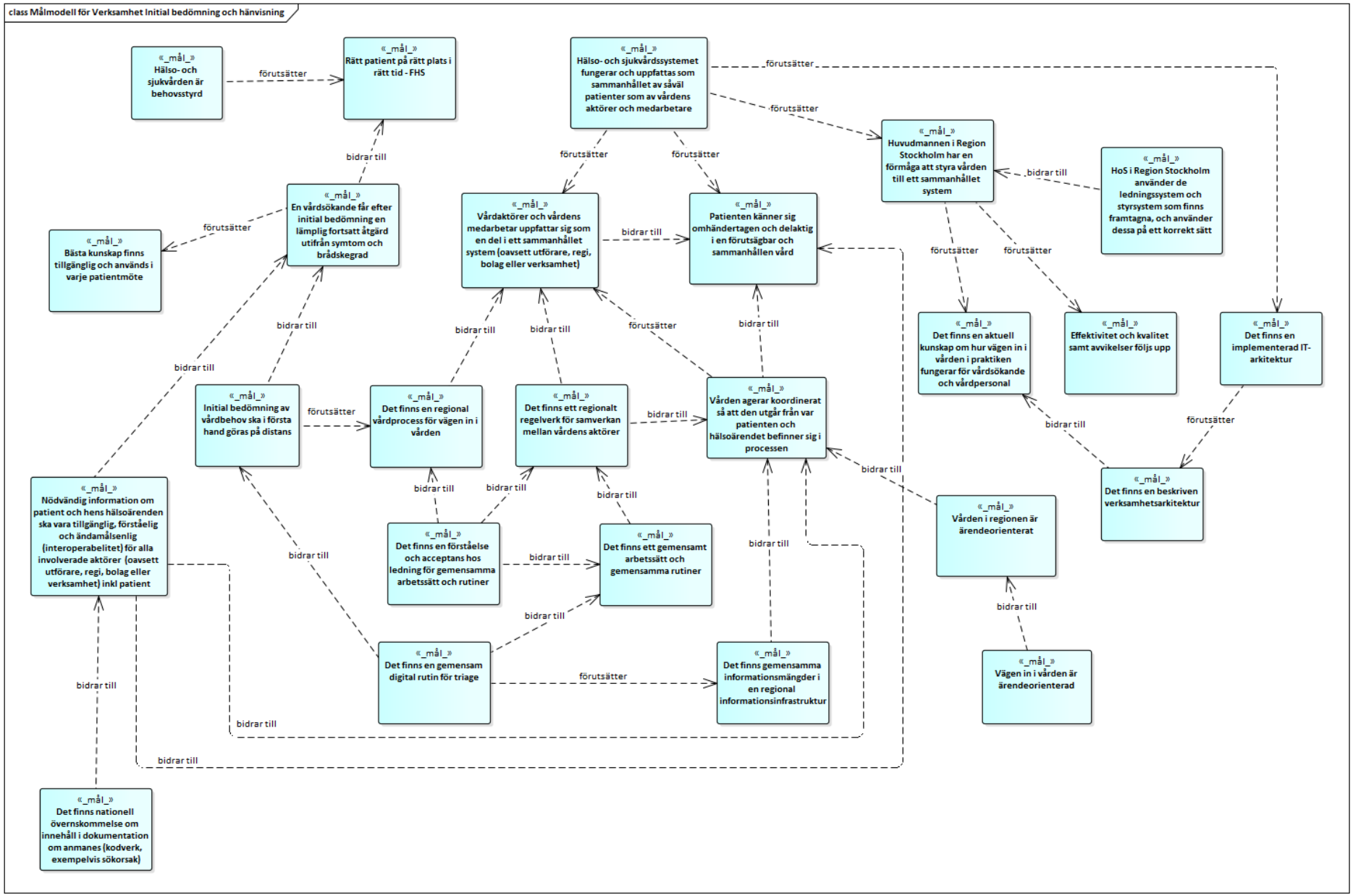
Bilaga 4 Processmodell värdeförädling Yttre triage

Bilaga 5 Processmodell samverkan Yttre triage

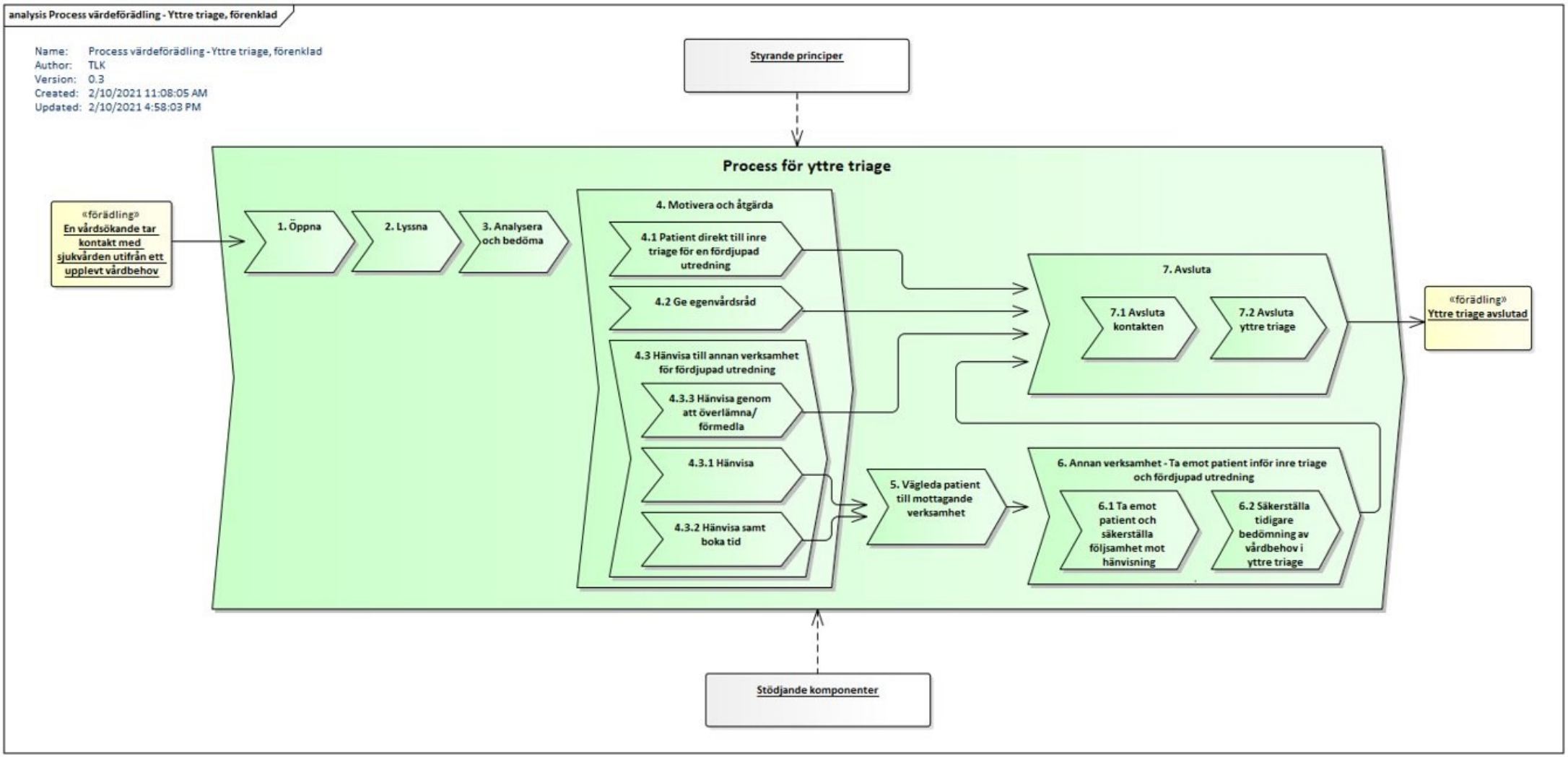
Bilaga 6 Verksamhetsrepresentanter

Bilaga 7 PM angående utbudstjänst (Jonas Dahl)

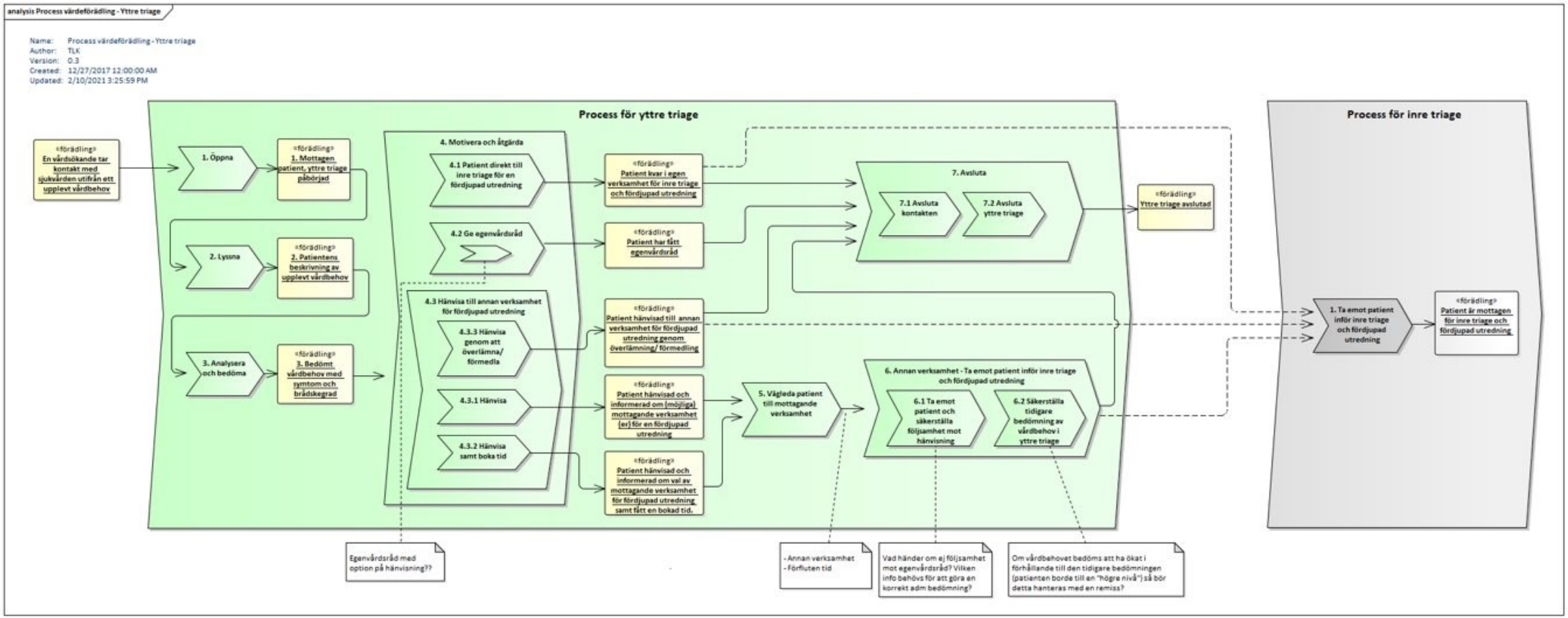
Bilaga 2


class Målmodell för Verksamhet Initial bedömning och hänvisning
«_mål_» Hälso- och sjukvården är behovsstyrd
förutsätter
«_mål_» Rätt patient på rätt plats i rätt tid - FHS
bidrar till
«_mål_» Hälso- och sjukvårdssystemet fungerar och uppfattas som sammanhållet av såväl patienter som av vårdens aktörer och medarbetare
förutsätter
förutsätter
förutsätter
förutsätter
«_mål_» Huvudmannen i Region Stockholm har en förmåga att styra vården till ett sammanhållet system
bidrar till
«_mål_» HoS i Region Stockholm använder de ledningssystem och styrsystem som finns framtagna, och använder dessa på ett korrekt sätt
«_mål_» En vårdsökande får efter initial bedömning en lämplig fortsatt åtgärd utifrån symtom och brådskegrad
förutsätter
«_mål_» Bästa kunskap finns tillgänglig och används i varje patientmöte
«_mål_» Vårdaktörer och vårdens medarbetar uppfattar sig som en del i ett sammanhållet system (oavsett utförare, regi, bolag eller verksamhet)
bidrar till
«_mål_» Patienten känner sig omhändertagen och delaktig i en förutsägbar och sammanhållen vård
förutsätter
förutsätter
«_mål_» Det finns en aktuell kunskap om hur vägen in i vården i praktiken fungerar för vårdsökande och vårdpersonal
«_mål_» Effektivitet och kvalitet samt avvikelser följs upp
«_mål_» Det finns en implementerad IT-arkitektur
bidrar till
bidrar till
bidrar till
bidrar till
bidrar till
förutsätter
«_mål_» Initial bedömning av vårdbehov ska i första hand göras på distans
förutsätter
«_mål_» Det finns en regional vårdprocess för vägen in i vården
«_mål_» Det finns ett regionalt regelverk för samverkan mellan vårdens aktörer
bidrar till
«_mål_» Vården agerar koordinerat så att den utgår från var patienten och hälsoärendet befinner sig i processen
bidrar till
förutsätter
«_mål_» Det finns en beskriven verksamhetsarkitektur
bidrar till
bidrar till
bidrar till
bidrar till
«_mål_» Nödvändig information om patient och hens hälsoärenden ska vara tillgänglig, förståelig och ändamålsenlig (interoperabelitet) för alla involverade aktörer (oavsett utförare, regi, bolag eller verksamhet) inkl patient
«_mål_» Det finns en förståelse och acceptans hos ledning för gemensamma arbetssätt och rutiner
bidrar till
«_mål_» Det finns ett gemensamt arbetssätt och gemensamma rutiner
bidrar till
«_mål_» Vården i regionen är ärendeorienterat
bidrar till
bidrar till
bidrar till
bidrar till
«_mål_» Det finns en gemensam digital rutin för triage
förutsätter
«_mål_» Det finns gemensamma informationsmängder i en regional informationsinfrastruktur
«_mål_» Vägen in i vården är ärendeorienterad
bidrar till
bidrar till
bidrar till
«_mål_» Det finns nationell överenskommelse om innehåll i dokumentation om anmanes (kodverk, exempelvis sökorsak)

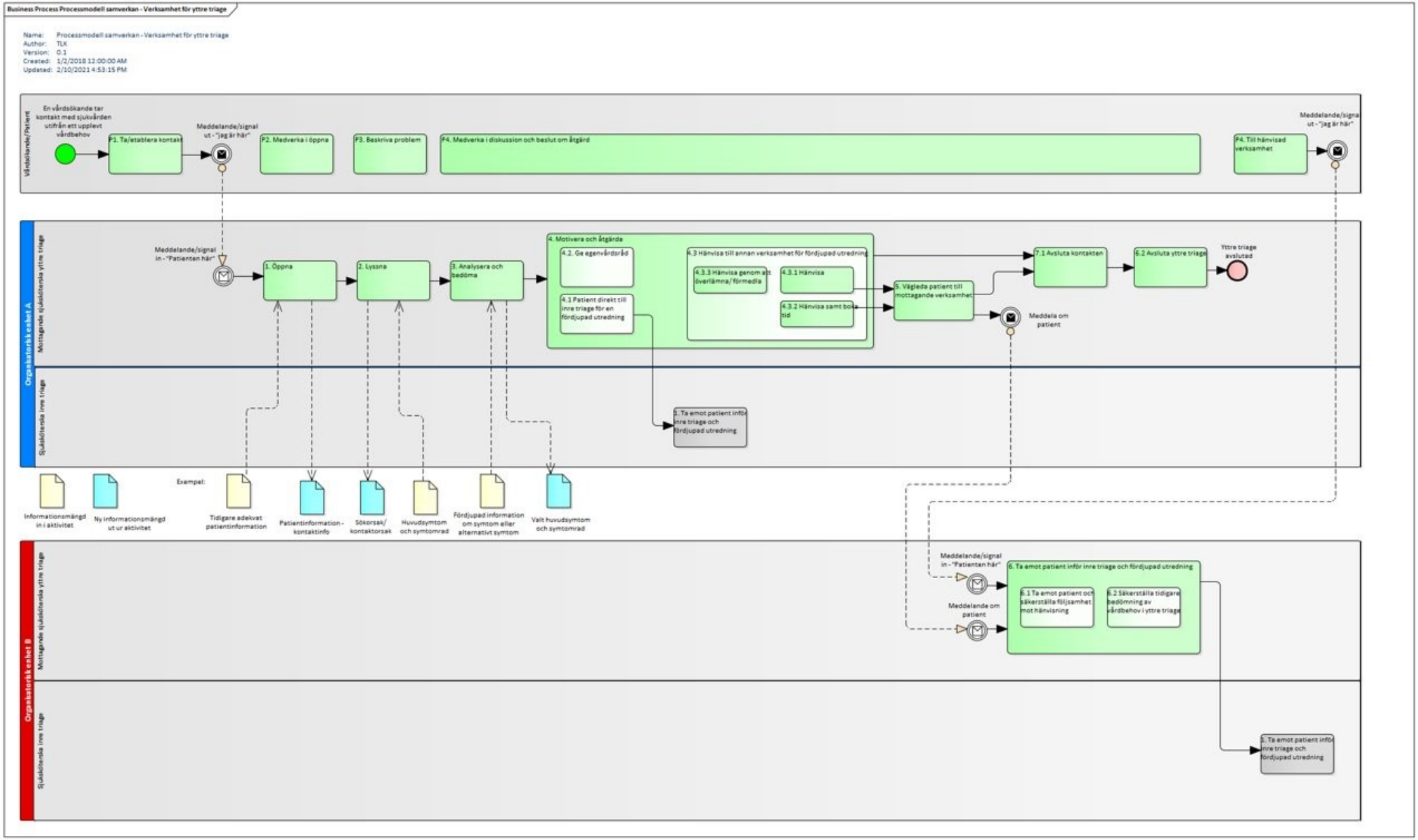
Bilaga 3


analysis Process värdeförädling - Yttre triage, förenklad
Name: Process värdeförädling - Yttre triage, förenklad
Author: TLK
Version: 0.3
Created: 2/10/2021 11:08:05 AM
Updated: 2/10/2021 4:58:03 PM
Styrande principer
Process för yttre triage
«förädling»
En vårdsökande tar kontakt med sjukvården utifrån ett upplevt vårdbehov
1. Öppna
2. Lyssna
3. Analysera och bedöma
4. Motivera och åtgärda
4.1 Patient direkt till inre triage för en fördjupad utredning
4.2 Ge egenvårdsråd
4.3 Hänvisa till annan verksamhet för fördjupad utredning
4.3.3 Hänvisa genom att överlämna/ förmedla
4.3.1 Hänvisa
4.3.2 Hänvisa samt boka tid
5. Vägleda patient till mottagande verksamhet
6. Annan verksamhet - Ta emot patient inför inre triage och fördjupad utredning
6.1 Ta emot patient och säkerställa följsamhet mot hänvisning
6.2 Säkerställa tidigare bedömning av vårdbehov i yttre triage
7. Avsluta
7.1 Avsluta kontakten
7.2 Avsluta yttre triage
«förädling»
Yttre triage avslutad
Stödjande komponenter

Bilaga 4


analysis Process värdeförädling - Yttre triage
Name: Process värdeförädling - Yttre triage
Author: TLK
Version: 0.3
Created: 12/27/2017 12:00:00 AM
Updated: 2/10/2021 3:25:59 PM
Process för yttre triage
«förädling» En vårdsökande tar kontakt med sjukvården utifrån ett upplevt vårdbehov
1. Öppna
«förädling» 1. Mottagen patient, yttre triage påbörjad
2. Lyssna
«förädling» 2. Patientens beskrivning av upplevt vårdbehov
3. Analysera och bedöma
«förädling» 3. Bedömt vårdbehov med symtom och brådskegrad
4. Motivera och åtgärda
4.1 Patient direkt till inre triage för en fördjupad utredning
4.2 Ge egenvårdsråd
4.3 Hänvisa till annan verksamhet för fördjupad utredning
4.3.3 Hänvisa genom att överlämna/ förmedla
4.3.1 Hänvisa
4.3.2 Hänvisa samt boka tid
«förädling» Patient kvar i egen verksamhet för inre triage och fördjupad utredning
«förädling» Patient har fått egenvårdsråd
«förädling» Patient hänvisad till annan verksamhet för fördjupad utredning genom överlämning/ förmedling
«förädling» Patient hänvisad och informerad om (möjliga) mottagande verksamhet (er) för en fördjupad utredning
«förädling» Patient hänvisad och informerad om val av mottagande verksamhet för fördjupad utredning samt fått en bokad tid.
5. Vägleda patient till mottagande verksamhet
6. Annan verksamhet - Ta emot patient inför inre triage och fördjupad utredning
6.1 Ta emot patient och säkerställa följsamhet mot hänvisning
6.2 Säkerställa tidigare bedömning av vårdbehov i yttre triage
7. Avsluta
7.1 Avsluta kontakten
7.2 Avsluta yttre triage
«förädling» Yttre triage avslutad
Process för inre triage
1. Ta emot patient inför inre triage och fördjupad utredning
«förädling» Patient är mottagen för inre triage och fördjupad utredning
Egenvårdsråd med option på hänvisning??
- Annan verksamhet
- Förfluten tid
Vad händer om ej följsamhet mot egenvårdsråd? Vilken info behövs för att göra en korrekt adm bedömning?
Om vårdbehovet bedöms att ha ökat i förhållande till den tidigare bedömningen (patienten borde till en "högre nivå") så bör detta hanteras med en remiss?

Bilaga 5


Business Process Processmodell samverkan - Verksamhet för yttre triage
Name: Processmodell samverkan - Verksamhet för yttre triage
Author: TLK
Version: 0.1
Created: 1/2/2018 12:00:00 AM
Updated: 2/10/2021 4:53:15 PM
Vårdsökande/Patient
En vårdsökande tar kontakt med sjukvården utifrån ett upplevt vårdbehov
P1. Ta/etablera kontakt
Meddelande/signal ut - "Jag är här"
P2. Medverka i öppna
P3. Beskriva problem
P4. Medverka i diskussion och beslut om åtgärd
P4. Till hänvisad verksamhet
Meddelande/signa ut - "Jag är här"
Organisatorisk enhet A
Mottagande sjuksköterska yttre triage
Meddelande/signal in - "Patienten här"
1. Öppna
2. Lyssna
3. Analysera och bedöma
4. Motivera och åtgärda
4.2. Ge egenvårdsråd
4.1 Patient direkt till inre triage för en fördjupad utredning
4.3 Hänvisa till annan verksamhet för fördjupad utredning
4.3.3 Hänvisa genom att överlämna/förmedla
4.3.1 Hänvisa
4.3.2 Hänvisa samt boka tid
5. Vägleda patient till mottagande verksamhet
7.1 Avsluta kontakten
6.2 Avsluta yttre triage
Yttre triage avslutad
Meddela om patient
Sjuksköterska inre triage
1. Ta emot patient inför inre triage och fördjupad utredning
Exempel:
Informationsmängd in i aktivitet
Ny informationsmängd ut ur aktivitet
Tidigare adekvat patientinformation
Patientinformation - kontaktinfo
Sökorsak/ kontaktorsak
Huvudsymtom och symtomrad
Fördjupad information om symtom eller alternativt symtom
Valt huvudsymtom och symtomrad
Organisatorisk enhet B
Mottagande sjuksköterska yttre triage
Meddelande/signal in - "Patienten här"
Meddelande om patient
6. Ta emot patient inför inre triage och fördjupad utredning
6.1 Ta emot patient och säkerställa följsamhet mot hänvisning
6.2 Säkerställa tidigare bedömning av vårdbehov i yttre triage
Sjuksköterska inre triage
1. Ta emot patient inför inre triage och fördjupad utredning

Bilaga 6

Verksamhetsrepresentanter

Projektet har genomfört ett flertal intervjuer samt fått återkoppling på modeller från följande verksamhetsrepresentanter:

Deltagare	**Verksamhet**
Tobias Selling, ssk	Haga närakut
Jörgen Sälde, tidigare verksamhetschef	SLSO
Lars Svensson	MedHelp (1177 Vårdguiden på telefon)
Annika Carlson	MedHelp (1177 Vårdguiden på telefon)
Riitta Raikula	MedHelp (1177 Vårdguiden på telefon)
Karin Sämskar Brandt, omvårdnadschef	Akutmottagningen, Karolinska Huddinge
Annika Johansson	Akutmottagningen, S:t Görans sjukhus
Helga Petrini, verksamhetsutvecklare	Akutmottagningen, Danderyds sjukhus
Patrik Georgii-Hemming	SLSO
Kristina Östling, ssk	Capio Ringen vårdcentral
Katarina Wettin	Capio
Wilhelmina Nyeland	Rotebro vårdcentral
Emmy Lien, ssk	Huddinge vårdcentral
Jonas Dahl, allmänspecialist	Hässelby vårdcentral

Bilaga 7

Angående behovet av en fristående utbudstjänst för remittenter

Bakgrund

Genom de vårdval som Region Stockholm erbjuder finns det för olika medicinska problem ofta flera remissmottagare att välja på. Även om det oftast är lätt för en remittent att förstå vad en viss mottagning bedriver för typ av vård, t.ex. ortopedi eller ögonsjukvård, kan det för en remittent ändå vara svårt att veta om vilka vårdtjänster som mottagningen tillhandahåller. Kan till exempel en viss ortopedmottagning eller ögonmottagning genomföra polikliniska operationer?

För att råda bot på detta har man internt i TakeCare skapat en intern tjänstekatalog som används när man ska skriva "konsultationsremisser". Via tjänstekatalogen är det möjligt att söka fram mottagningar både genom vårdenhetsnamnet och genom så kallade "orsaker" som närmast kan liknas vid en förteckning av olika verksamhetsområden (t.ex. Ortopedisk konsultation) och vissa relativt specifika vårdtjänster (t.ex. Ortopedisk konsultation knäkirurgi).

Inom regionen finns det också en fristående utbudstjänst som inte har någon koppling till TakeCare's interna tjänstekatalog.

Eftersom TakeCare är i slutet av sin livscykel kommer det på sikt bli nödvändigt att använda den fristående utbudstjänsten. Det kommer då krävas utveckling och anpassning av utbudstjänsten.

En utvecklad utbudstjänst skulle även kunna användas av remittenter som inte använder TakeCare för att på ett mer effektivt sätt än i dagsläget hitta remissmottagande vårdenheter inom TakeCare. Den är alltså en förutsättning för att få bort hela pappersflödet i regionen, och även för att möjliggöra ett elektroniskt nationellt remissutbyte.

Utvecklingsbehov avseende utbudskatalogen

Beskrivningen av vårdtjänster

Det är idag möjligt att göra olika typer av sökningar i utbudskatalogen men det finns ingen enkel sökmöjlighet som motsvarar tjänstekatalogen i TakeCare. Det går inte på något snabbt och enkelt sätt t.ex. att hitta vilka ögonmottagningar eller ortopedmottagningar som genomför polikliniska operationer även om informationen troligen går att hitta genom att kombinera olika typer av sökparametrar i utbudstjänstens webbgränssnitt.

Koppling av prognosticerade väntetider till vårdtjänsterna

När man remitterar patienten från primärvården till olika specialistmottagningen, t.ex. ögon- eller ortopedmottagningar, finns det två egenskaper hos mottagningarna som är absolut viktigast för patienterna i de allra flesta fall. Dels vill patienten veta var specialistmottagningen är belägen, dvs hur lång tid det kommer att ta för patienten att ta sig till mottagningen, dels hur lång väntetiden är. Som remittent är det lätt att hitta information om var varje mottagning är belägen men väntetidsinformationen saknas. I många fall kan en patient tänka sig att resa längre bort om väntetiden är kortare än för närbelägna mottagningar.

Tekniskt gränssnitt mot utbudet

Idag nås informationen som finns i utbudstjänsten via ett webbgränssnitt. För en remittent tar det betydligt längre tid att söka fram en remissmottagande enhet via webbgränssnittet jämfört med att hitta mottagningar via den inbyggda tjänstekatalogen i TakeCare. För en tillfredsställande framtida lösning måste utbudstjänsten tillhandahålla tekniska gränssnittet som tillåter journalsystem att integrera sig mot tjänsten så att sökningar mot vårdutbudet kan ske direkt från remissformuläret i det egna vårdinformationssystemet.

Förvaltning av vårdutbudet

Förutom de funktionella förbättringar som behöver genomföras i vårdutbudstjänsten krävs också att det skapas en förvaltningsorganisation som inkluderar alla vårdgivare som ser till att innehållet i utbudstjänsten alltid är aktuellt.

Förändringsarbetet kräver ledning och styrning

HSF började arbetet med en utbudstjänst 2011. Bland annat gjordes en verksamhetsanalys och det togs fram en informationsmodell som speglade vilket behov som fanns för en heltäckande utbudstjänst. Det har nu gått 10 år sedan arbetet påbörjades och fortfarande kvarstår ovan nämnda brister och ouppfyllda behov. Det kvarstår således en hel del arbete för att utbudstjänsten ska kunna fungera som en effektiv källa vid remittering.

Ska man komma vidare med mål att åtgärda bristerna och behoven krävs att man på ledningsnivå uppmärksammar frågan och att man tillsätter tillräckliga resurser under tillräcklig tid för ett förbättringsarbete ska kunna genomföras.

2021-03-09

Jonas Dahl

Distriktsläkare/Kliniskt sakkunnig

Projektet Nationell eRemiss i TakeCare