

Nationella tillgänglighetsarbetet, Vårdgaranti

# Rapport, remisshantering

*Uppföljning av remisshantering*



**Sveriges Kommuner och Landsting**

118 82 Stockholm. • *Besök* Hornsgatan 20

*Tfn* 08-452 70 00. • *Fax* 08-452 70 50 • [info@skl.se](mailto:info@skl.se) • [www.skl.se](http://www.skl.se)

*Upplysningar om rapportens innehåll lämnas av:*

Harald Grönqvist

Projektledare

Författare: Harald Grönqvist

*Förbundets trycksaker beställs på*

[www.skl.se/publikationer](http://www.skl.se/publikationer) • *tfn* 020-31 32 30 • *fax* 020-31 32 40

# Innehåll

---

Innehåll .....	3
Sammanfattning .....	4
Uppdrag .....	4
Några resultat.....	4
Slutsatser .....	5
Aktiviteter i en handlingsplan .....	6
Projektet.....	8
Uppdrag .....	8
SOFS 2004:11, Socialstyrelsens författning ang. "Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m." .....	11
Resultat.....	16
Redovisning/summering av svar, iakttagelser och slutsatser .....	16
Internationell utblick, EU-perspektiv .....	22
Handlingsplan .....	24
Hösten 2007.....	24
Slutsatser .....	24
Aktiviteter i en handlingsplan .....	27

# Sammanfattning

---

## Uppdrag

### Bakgrund

Inom ramen för SKL:s arbete med Vårdgarantin har remisshanteringen uppmärksamats som en faktor som påverkar patientens väntetid negativt. I handlingsplanen för vårdgarantiarbetet 2007 beslutade man därför att initiera ett särskilt projekt. Dess uppgift skulle vara att genomföra en kartläggning av remisshanteringen i landsting/regioner och att föreslå en handlingsplan innehållande aktiviteter med utgångspunkt från analysen av resultatet av kartläggningen.

Alla delar av remisshantering ska belysas av kartläggningen, såväl remissens flöde och process som dess innehåll. En väsentlig del handlar om inventering av befintligt eller planerat IT-stöd för remissflödet.

### Genomförande

Den 25 juni är besök i alla landsting/regioner genomförda.

Vårdgarantirepresentanterna i resp. landsting/region har varit kontaktpersoner inför besöken i landstingen/regionerna.

De har organiserat möten och/eller kontakt med ansvariga, intresserade och kunniga personer för att ge tillfälle till frågor och diskussion.

Mottagandet vid besöken och övriga kontakter har varit mycket positivt, såväl i de stora regionerna som i de mindre landstingen. Man uttrycker en önskan om att frågan ska uppmärksammas nationellt då man hoppas att det ska göra det möjligt att finna lösningar som man inte lyckats med själva.

## Några resultat

Många landsting/regioner har uppmärksammat problem och planerat eller genomfört aktiviteter för att förbättra remisshanteringen.

*Här ges några exempel.*

- Genombrottsprojekt, med remisshantering som fokusområde inom ”Bra mottagning” och ”Bättre flyt”
- Styrdokument med regler för remisshanteringen.
- Lokala rutiner för vissa diagnoser/indikationer för besök och behandling.
- Planerade eller pågående projekt för utveckling av IT-stöd.
- Införande av stöd för remisshantering i befintligt IT-stöd

Flera representanter för landstingen/regionerna beskriver att man trots många aktiviteter inte lyckats lösa problemen på det sätt man önskat. Man anger bl.a. att det beror på att verksamhetsansvariga inte alltid prioriterar detta inom sin organisation, trots att frågan har lyfts såsom mycket viktig av landstings- och förvaltningsledningar. Det är sällsynt att man idag har kontinuerlig uppföljning av remissflödet. Man har därför inte möjlighet att följa och uppmärksamma avvikelser och därefter genomföra förbättringar där det behövs.

De planerade eller genomförda IT-lösningarna är inte generella i den meningen att de följer gemensam standard så att ett utbyte av information mellan systemen kan göras på ett enkelt och säkert sätt.

De beskrivningar, t.ex. informationsmodeller, som ligger till grund för utvecklingen skiljer sig markant mellan de skilda projekten och systemen. De är ofta framtagna av specifik leverantör med kundgrupp eller av projekt inom den egna organisationen med referens till den egna verksamheten resp. egna applikationer och utan nationella hänsyn.

## Slutsatser

### Tankar om det fortsatta arbetet

Vissa slutsatser av kartläggningen framträder tydligt och det ger anledning till att starta planeringen av aktiviteter och påbörja arbetet med en handlingsplan.

*Intern processutveckling bör ske i nationell samverkan och samordning.*

Den landstingsinterna remisshanteringen omfattar såväl processer som ”ägs” av patienter och medarbetare i den egna verksamheten som processer med remisser där remittent eller adressat finns utanför den egna organisationen.

Oavsett vem som är processägare så ställer Vårdgarantin med krav på tillgänglighet och föreskrifterna, *SOFS 2004:11 - Remisshantering*, *SOFS 2005:12 - God Vård*, samma krav på regler och rutiner med honnörsord som säkerhet och kvalitet och det är vårdgivarens ansvar att det uppfylls.

Remisshanteringen är inget som en vårdgivare kan välja att låta bli att uppmärksamma och kvalitetssäkra. Det ska finnas klara rutiner och det är naturligtvis också mycket viktigt att vårdgivare säkerställer att de enskilda medarbetarna verkligen följer dessa.

*Ett erfarenhetsutbyte på nationell nivå mellan landstingen/regionerna av såväl analyser av risker som goda exempel på lösningar kommer att vara mycket värdefullt för det egna arbetet.*

Kartläggningen har visat att det finns en stor kunskap i landstingen om att remisshanteringen i många fall inte är optimal utan att den har brister, samtidigt som det finns idéer och initiativ till att finna lösningar som genomförts med gott resultat.

*Flödesmodellen ([www.flodesmodellen.se](http://www.flodesmodellen.se)) som tagits fram på nationell nivå är till stor nytta för att säkerställa att man kan följa upp de väsentliga stegen i vårdprocessen, där remisshanteringen utgör en viktig del.*

Man bör införa den som grund för sina rutiner och i IT-stödet.

”Öppna jämförelser” bör bli ett verktyg för att effektivisera remisshanteringen.

”Öppna jämförelser” kan vara ett bra verktyg för att sätta fokus på onödigt långa handläggningstider mellan olika beslutspunkter i remisshanteringen och därigenom ett medel för att nå en effektivisering och en kvalitetssäkring.

En ökad grad av nationell samordning behövs.

Vilken är den ”gemensamma nämnaren” för landstingen/regionerna för dessa i grunden gemensamma processer?

De legala kraven på goda rutiner är alltså desamma oavsett vårdgivare och därmed kan resultatet av ett gemensamt nationellt arbete vara till stort stöd för de enskilda vårdgivarna, även när det handlar om interna processer.

## Aktiviteter i en handlingsplan

I utredningsarbetet har några viktiga inslag i en handlingsplan tydliggjorts.

- *Behovet av mötesplatser för frågor ang. remisshantering måste tillgodoses.*

Många uttrycker en önskan om mötesplatser för att få tillfälle att diskutera/dela med sig av och ta del av andras erfarenheter av problem och lösningar. Detta kan leda till lokala åtgärder och förbättringsarbeten, men kan också initiera gemensamma projekt och det kan utgöra grunden för att bygga nätverk.

- *Åtgärder bör vidtas för att ge möjlighet till landstinget att aktivt följa och lära av varandras pågående projekt för specificering, upphandling och införande av IT-stöd för remisshantering.*
- *Behov av nationella process- och informationsmodeller som grund för bättre IT-stöd.*

Varje projekt, systemleverantör gör sin egen analys av process och informationsinnehåll. Resultatet blir att de realiserade lösningarna bygger på skilda informationsmodeller och att det uppstår stora svårigheter när man ska utbyta data.

- *Former för att fortlöpande sprida information om vad de nationella initiativen innebär för landstingens egna arbete måste skapas.*

Det gäller Flödesmodellen, Nationell Informationsstruktur, TIS, RIV, BIF, NPÖ m.fl. Kunskapen är inte särskilt väl spridd om dessa initiativ bland dem som hanterar frågorna om remisshantering i landstingen. Det är väsentligt att de IT-stöd som realiserats bygger på de förutsättningar som de nationella projektens arbete anger.

Det finns en stor medvetenhet om att IT-stöden ska utformas så att det är möjligt att byta information mellan skilda system på ett enkelt och säkert sätt.

Om man planerar och genomför egna lösningar som inte harmonierar med resultaten från de nationella projekten, kan det istället leda till att IT-stöden kommer att utgöra ett allvarligt hinder för ett effektivt och säkert informationsutbyte.
---

- *Det är väsentligt att starta en analys och diskussion för att definiera en gemensam nationell nämnare för remisshanteringen.*

I den diskussionen bör alla tre områden som kartläggningen omfattar beaktas:

- Flöde/ process
- Information/innehåll
- IT-stöd/teknik.

# Projektet

## Uppdrag

### Bakgrund

*(ur handlingsplanen för vårdgarantiarbetet 2007)*

Remissens innehåll och hantering har stor betydelse för den enskilde patientens vårdförlopp som informationsbärare och arbetsinstrument vid initiering av ett vårdåtagande och mellan vårdgivare.

Det finns idag uppenbara brister i innehåll och hantering som orsakar att den enskilde patientens väntetid till bedömning och behandling förlängs. Det kan t.ex. vara att informationen inte är adekvat för mottagarens bedömning, att den skickas sent eller den kommer till fel vårdgivare.

Landstingen har valt att möta dessa problem med olika typer av insatser och hunnit olika långt med att etablera sina förslag till lösningar. För att få en översikt över nuläget i landstingen är det viktigt att genomföra en nationell kartläggning av hur man ser på problemen och dess orsaker.

Med den kartläggningen som grund kan sedan en analys och diskussion ge underlag till en handlingsplan för fortsatt arbete. Sannolikt kommer skilda problemområden att kräva olika lösningar där rutiner och regelverk kan vara en av lösningarna och elektronisk hantering en annan.

Remisshanteringens ska inte vara en faktor som påverkar patientens väntetid negativt och den ska följa Socialstyrelsens föreskrifter<sup>1</sup> (se kap 2.2).

### Inriktningsmål

- En nationell kartläggning har visat vilka problemområden som ska uppmärksammas i en plan för fortsatta aktiviteter.
- Det pågår ett aktivt arbete i alla landsting/regioner med problemlösning kring remisshantering som utgår från en gemensam handlingsplan.

### Aktiviteter

- En nationell kartläggning genomförs kring erfarenheter och förutsättningar för att skapa effektiva remissflöden i samband med remittering (klart våren -07).

---

<sup>1</sup> SOFS 2004:11

- Fungerande arenor/nätverk för diskussion och erfarenhetsutbyte av problem och lösningar skapas (klart hösten -07).
- Framtagande av en handlingsplan med fortsatta aktiviteter som baseras på diskussion och analys av resultatet av den nationella kartläggningen.

## Begränsning

Kartläggningen ska omfatta frågeställningar som fokuserar på hantering av remissen i processer som är nödvändiga för att uppfylla vårdgarantin.

Den handlingsplan som ska upprättas efter kartläggningen ska syfta till att ”Remisshantering inte ska vara en faktor som påverkar patientens väntetid negativt och att den ska följa Socialstyrelsens föreskrifter.”

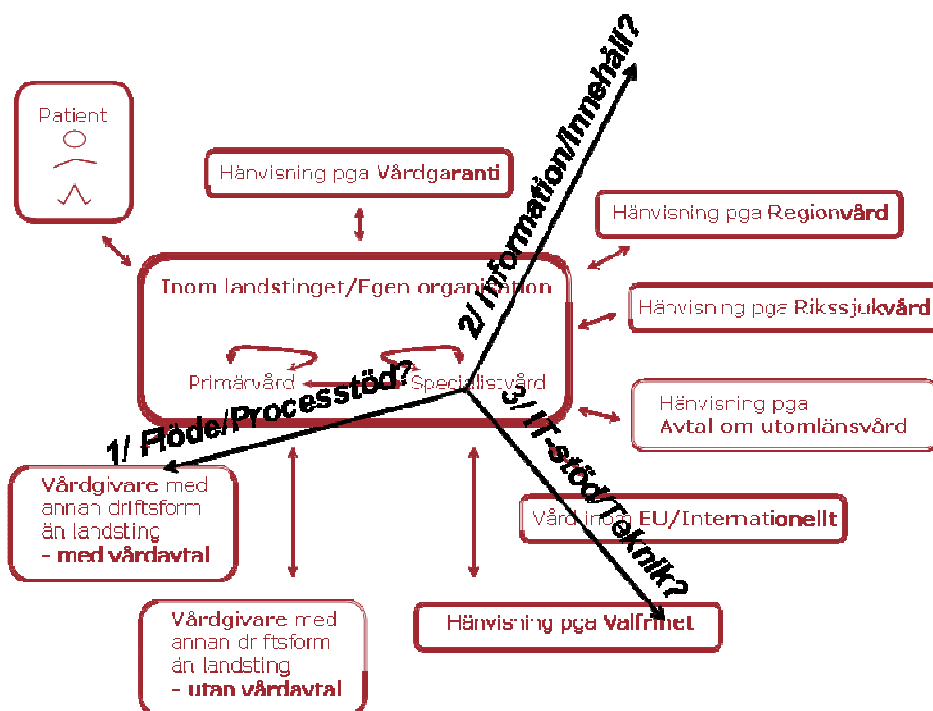
## Metod/Genomförande

Kartläggningen sker genom personliga intervjuer med ansvariga i respektive landsting/region.

Landstingens vårdgarantirepresentanter är kontaktpersoner.

*De specifika frågeställningarna delas in under 3 rubriker.*

1. Remissflöde/Processtöd
2. Information/Innehåll
3. IT-stöd/Teknik där alla, såväl interna som externa, typer av vårdbegäran respektive svar belyses.



Avsikten är att resultatet av kartläggningen ska följa denna struktur.

# SOFS 2004:11, Socialstyrelsens författning ang. ”Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.”

## **Vårdgivarens ansvar**

- 3 § Vårdgivaren skall ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser skall utformas och hanteras.

## **Verksamhetschefens ansvar på den remitterande enheten**

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

Dokumenterade rutiner skall finnas för

1. vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser,
2. hur remisserna skall registreras och sändas,
3. bevakning av att remissvar kommer in inom godtagbar tid,
4. vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss dröjer eller uteblir, och
5. hur remissvaren skall tas emot och registreras.

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

## **Verksamhetschefens ansvar på den mottagande enheten**

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

Dokumenterade rutiner skall finnas för

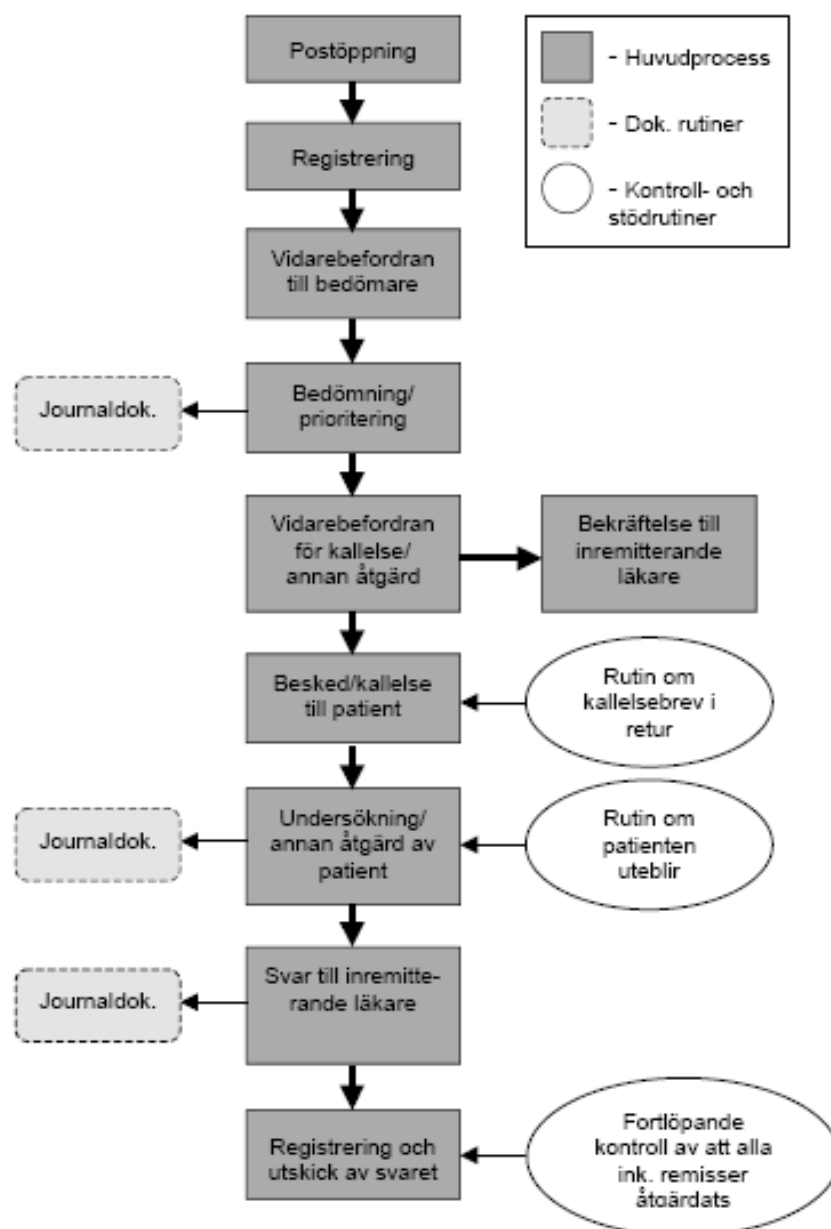
1. hur remisser skall tas emot och registreras,
2. hur och i vilka fall den remitterande enheten och patienten skall få besked om att remissen mottagits och när den kommer att åtgärdas,
3. vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss inte kan ges inom meddelad tid, och
4. hur remissvaren skall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

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

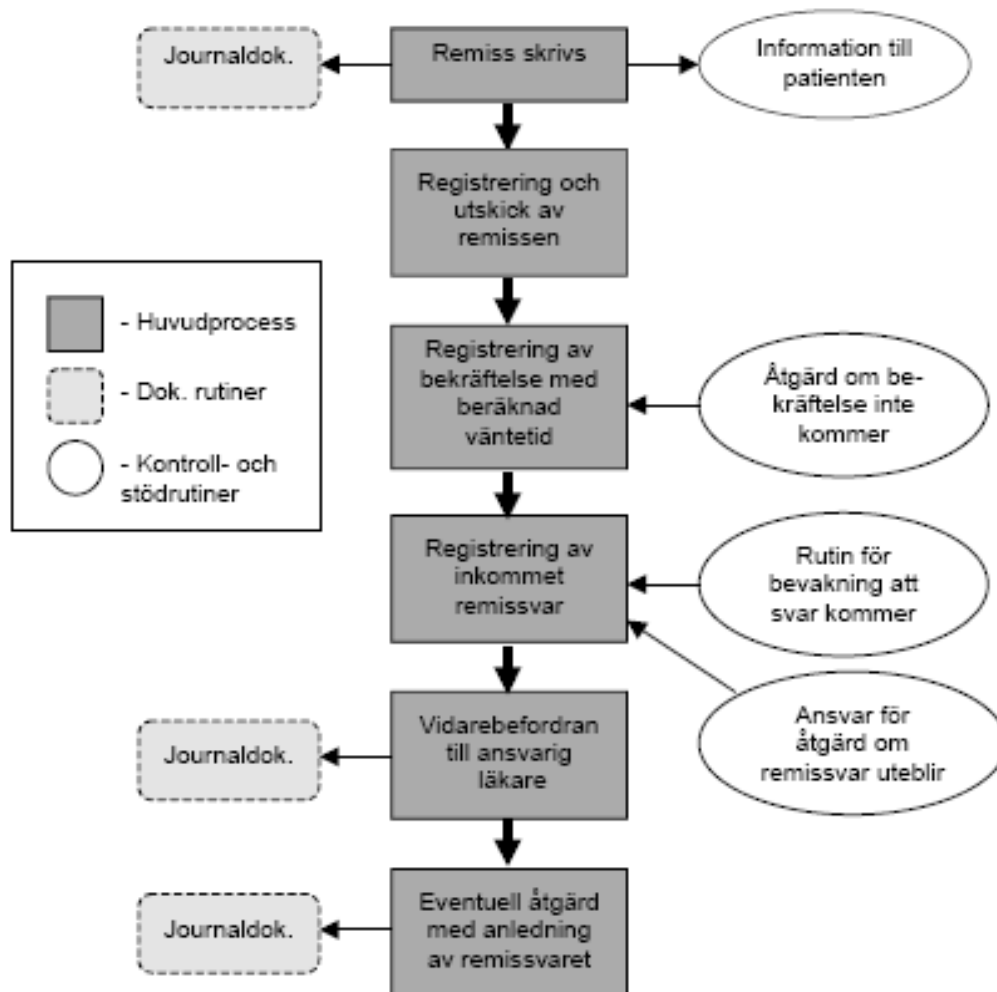
## Flödesschema för remisser – ur Socialstyrelsens rapport

”Remisshantering - en riskfylld väg från ord till handling” (Artikelnr: 2003-109-23)

Figur 1. Flödesschema avseende inkommande remisser



Figur 2. Flödesschema avseende utgående remisser



## Socialstyrelsens tillsyn

Socialstyrelsen utövar tillsyn ang. SOFS 2004:11 via sina regionala tillsynsenheter.

Enheterna har genomfört aktiviteter med utgångspunkt från de förutsättningar som råder i de regioner där man utövar tillsyn.

Här ges några exempel:

- I Göteborg genomförde man en granskning vid Sahlgrenska 2003 och avser åter genomföra detta under 2008 med ett vårdkedjeperspektiv.
- I Umeå har man genomfört man av alla landsting och resultatet finns publicerat i rapporter.
- I Örebro har man genomfört en serie granskningar och där kvarstår Landstinget i Uppsala.
- I Jönköping har man uppmärksammat bl.a. kirurgkliniker under december 2006.
- I Stockholm genomför man en fortlöpande tillsyn.

Man påpekar att trots att det genomförts förbättringsarbeten i verksamheterna så har man fortfarande många ärenden där brister i remisshantering finns bland orsakerna till händelserna.

En orsak är att man brister i att bevaka att remissen/svaret verkligen tas om hand av adressaten och att patientens omhändertagande till följd av detta blir fördröjt.

Det är viktigt att ett IT-stöd för remisshantering verkligen är författningsenliga i den bemärkelsen att de stöder de intentioner som SOFS 2004:11 och 2005:12, God Vård, uttrycker.

### *Informationsöverföring och kommunikation<sup>2</sup>*

”Informationsöverföringen i vårdprocessen kring en patient måste också fungera. Remisser som hamnar hos fel läkare, provsvar som kommer bort eller journalanteckningar som inte skrivs ut i tid innebär väl kända risker och kan leda till fördröjd, felaktig eller utebliven vård. Tydliga rutiner för registrering och bevakning av inkomna och utskickade remisser har visat sig vara viktiga faktorer för en säker remisshantering.

---

2

([www.socialstyrelsen.se/Patientsakerhet/specnavigation/Erfarenheter/Risker/informationsoverforing\\_kommunikation.htm](http://www.socialstyrelsen.se/Patientsakerhet/specnavigation/Erfarenheter/Risker/informationsoverforing_kommunikation.htm))

Med utgångspunkt från en processkartläggning och riskanalys kan säkra och verksamhetsanpassade rutiner utformas också för annan informationsöverföring i vårdkedjan såsom provsvarshantering och journaldokumentation.”

# Resultat

## Redovisning/summering av svar, iakttagelser och slutsatser

### Flöde/Processer

#### *Rutiner/Registrering*

- De beslutspunkter/status i remissflödet som registreras är inte gemensamma för alla landsting eller verksamheter. Flödesmodellen är inte etablerad hos alla.
- Tiden från beslut till att remissen skickas kan vara upp till 14 dagar om den dikteras och ska skrivas ut innan den skickas.
- Rutiner hos mottagaren varierar stort.

Registrering av inkommande sker oftast varje dag. I vissa fall finns namngivna bedömare, vilket kan innebära väntetid om denna inte finns på plats. I vissa fall sker bedömningen av inkomna remisser samlat ex 1g/vecka eller var 14:e dag.

För att inte missa ev. behov av akuta insatser så har vissa en snabb bedömning efter mottagandet och avvaktar med en grundligare bedömning av de som sorteras som icke akuta.

- Rutinerna för att skicka brev med remissbekräftelse till patient respektive remittent varierar stort.
- Planering av behandlingar, som operationer, görs ofta av specifik person eller i vissa fall i ett annat IT-stöd som inte är integrerat. Det innebär att man när man bedömer remiss och planerar behandling så har man oftast inte tillgång till alla uppgifter som behövs för en komplett plan.
- Om IT-stöd används så styr ofta systemets funktioner arbetssättet, med de begränsningar och möjligheter detta innebär.
- Inför införande av IT-stöd för remisshantering så genomförs oftast flödesanalyser och rutinförändringar.

#### *Regler/Dokument*

- I landstingen finns oftast regler/rutiner för remisshanteringen som utgår från SOFS 2004:11 och i vissa fall med tillägg som anger gränser för handläggningen i antal dagar.

Enligt SOFS 2004:11 ska även varje verksamhet ha lokala rutiner för hur de hanterar remisser. Verksamhetschefer inom samma landsting agerar mycket olika. Vissa verksamhetschefer prioriterar inte alls frågan trots att den ska prioriteras enligt landstingsledningarna.

- Vissa landsting/regioner eller enskilda verksamheter har styrdokument för delar av sin verksamhet som kan innehålla föreskrivna rutiner för remisshantering.
- Lokala genombrottsprojekt har gett förbättrade rutiner, men det begränsas oftast till lokala förbättringar i den del av verksamheten där de genomförs. Resultatet blir då en suboptimering.
- Regler/rutiner följer ofta linjeorganisationen vertikalt och inte det horisontella flödet i vårdkedjan.

#### *Uppföljning*

- I landstingen/regionerna har man kunskap om att remisshanteringen förlänger väntetider, men oftast inte i vilken grad.
- I de flesta landsting/regioner genomför man ingen regelbunden uppföljning eller avvikelserapportering. Det har inte ansetts vara möjligt att genomföra.
- Man rapporterar inte samma status och beslutspunkter ur olika system och man kan därför inte ha en jämförande uppföljning. Om alla använde flödesmodellen skulle det vara möjligt.
- Region Skåne har under 2007 startat med aktiviteter med kontinuerlig uppföljning av ledtider i förhållande till ett nytt regelverk för regionen.
- I Sörmland har man genomfört en riskanalys av remisshanteringen.
- Vissa landsting har överenskommelser, mellan beställare och utförare, som innehåller krav på områden som omfattar remisshanteringen.

#### Innehåll

##### *Formulär/Blanketter*

- Man använder oftast generella remissformulär med innehållsfält som "Frågeställning" och "Anamnes", förutom de administrativa uppgifterna. Man har normalt inte specifika förtryckta eller interaktiva formulär.

##### *Samarbete allmänläkare och specialist*

- I de fall där allmänläkare och specialistläkare tillhör samma organisation eller har etablerade mötesplatser så finns ofta även ett samarbete om remisshanteringen.
- Det finns specialister som regelbundet möter sina "remittenter" för att ge tillfälle att diskutera och besvara frågor ang. sina patientgrupper.
- På flera enheter har man ett särskilt telefonnummer som är avsett för allmänläkares frågor ex före remittering.
- Det finns en särskild "allmänläkarkonsult" vid vissa sjukhus och det har inneburit att regler för indikationer och innehåll för remisserna gjorts tydligare.

##### *Riktlinjer*

- I vissa fall har man landstingsgemensamma vårdprogram för de vanligast förekommande diagnoserna omfattar regler för remissens innehåll. Dessa vårdprogram har oftast arbetats fram gemensamt av allmänläkare och specialistläkare och är väl förankrade.
- Vissa specialiteter inom ett landsting/verksamheter kan ha publicerat föreskrifter om förberedelser och remissinnehåll för vissa diagnoser där man också klargör vilka indikationer som detta gäller.
- Flera specialistverksamheter har direkta organiserade kontaktvägar bl.a. via en öppen telefonlinje där remittent kan nå specialist för diskutera frågeställningar.
- Många betonar vikten av att remissens innehåll med frågeställning ska vara tillräckligt tydlig så att remissmottagaren/specialisten kan göra en rätt bedömning och medicinsk prioritering. Det kan annars finnas risk för att t.ex. en patient med behandlingsbar allvarlig sjukdom inte får behandling i tid.
- Flera uttrycker att det är krävs ett mycket aktivt arbete för att policys, föreskrifter etc. ska vara kända för medarbetarna i verksamheterna. De behöver regelbundet aktualiseras.
- Remisser med ofullständigt innehåll returneras till remittent vilket förlänger väntetiden betydligt.
- Det förekommer att remittenten inte genomfört nödvändiga undersökningar innan remittering därför att man vill att kostnaden för undersökningarna ska belasta specialisten. I vissa fall får kostnader för undersökningar som remittenten genomför faktureras specialisten för att de ska genomföras före remitteringen.

#### *Sortiment/utbud*

- Man saknar ofta en sortiments-/utbudskatalog som beskriver ”vem som utför vad”. Om remissen sänds till fel adressat, returneras den till remittenten vilket kan förlänga väntetiden betydligt.

#### **IT-stöd**

##### *Inget komplett IT-stöd*

- Mycket få landsting har idag IT-stöd för konsultremiss i drift.

##### *Skilda IT-stöd hos samma vårdgivare*

- Många har skilda IT-stöd för Primärvård och Specialistvård och sänder pappersremisser mellan systemen. Det innebär att man skriver remisser i ett IT-stöd, de skrivs sedan ut på papper för att skickas. Specialisten mottar dem och skriver ibland in dem i nästa IT-stöd, med risk för fel när de skrivs in.

##### *Planerade/pågående projekt*

- Många har pågående IT-projekt som omfattar remisshantering. Man har valt mellan 2 alternativ för att nå en lösning:

**1/ Ett komplett IT-stöd med "all funktionalitet"**

Ett gemensamt system från en leverantör, med alla funktioner som PAS (patientadministration), vårdokumentation, läkemedel och RoS/remisshantering i samma IT-stöd.

**2/ En särskild modul/funktion för remisshantering**

En särskild funktion för RoS/remisshantering som inte ingår i annat IT-stöd, som kan nås via Portal och integreras med befintliga systemlösningar.

*Nationella initiativ*

- Man har inte särskilt god kunskap om vad de nationella initiativen som Flödesmodellen, Nationell Informationsstruktur, TIS, BIF, NPÖ m.fl. innebär. Det finns en stor risk att man inte tar tillräcklig hänsyn till detta när man realiserar sina lösningar. *Gemensamma definitioner*
- Varje projekt, systemleverantör gör sin egen analys av process och informationsinnehåll.

Resultatet blir att de realiserade lösningarna bygger på skilda informationsmodeller och att det uppstår stora svårigheter när man ska kommunicera med andra system.

Gemensamma och kända definitioner, modeller av processflöden och beslutspunkter krävs för att de skilda IT-stöden ska kunna:

- "förstå" den information som tas emot från andra IT-stöd
- rapportera och ta emot statusrapporter från andra IT-stöd
- ge möjligheter till ledningsinformation, bevakning och uppföljning där data sammanställs från olika IT-stöd

## Aktiviteter i landstingen/regionerna avseende IT-stöd för remisshantering

### *Stockholm*

Under våren 2007 har ett för alla verksamheter gemensamt projekt startats, med uppgift att utarbeta en kravspecifikation på ett nytt IT-stöd för remisshantering i GVD miljön.

Avsikten är att det ska integreras med alla system i Stockholm.

### *VGR*

Ett projekt pågår för att utarbeta en kravspecifikation på ett nytt IT-stöd för remisshantering i alla verksamheter i VGR.

Man har idag skilda system i primärvård (Profdoc) och slutenvård (Elvis/Melior).

### *Halland*

Under hösten 2007 startar man införandet av "Norrbottens VAS" inom all verksamhet. Det innehåller funktion för remisshantering som man avser att använda.

### *Skåne*

Skilda IT-stöd inom regionen.

Ett gemensamt regelverk, "God klinisk praxis", för remisshantering i Region Skåne införs under 2007. Detta innebär bl.a. att en regelbunden uppföljning via befintliga IT-stöd genomförs.

Frågan om gemensamt IT-stöd för remisshantering vilar tills vidare.

### *Blekinge*

Införande av SYSteam Cross inom all verksamhet under 2008.

### *Sörmland*

SYSteam Cross är gemensamt IT-stöd för alla verksamheter.

Man planerar att införa EDI-remissfunktion i SYSteam Cross under 2007 för att hantera konsultremisser som en följd av en generell riskanalys för remisshantering.

### *Gotland*

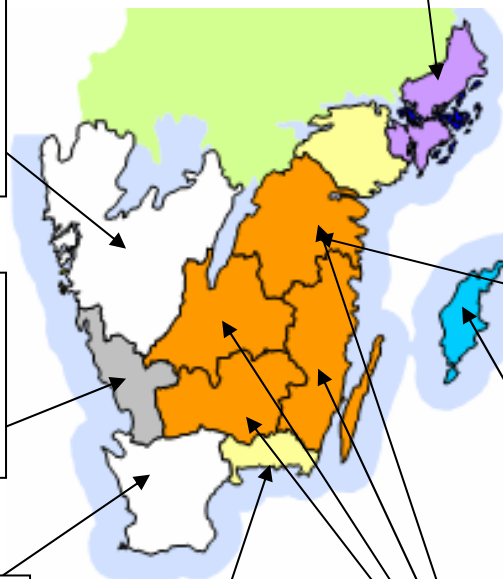
TakeCare finns på sjukhuset. Det innehåller funktion för remisshantering.

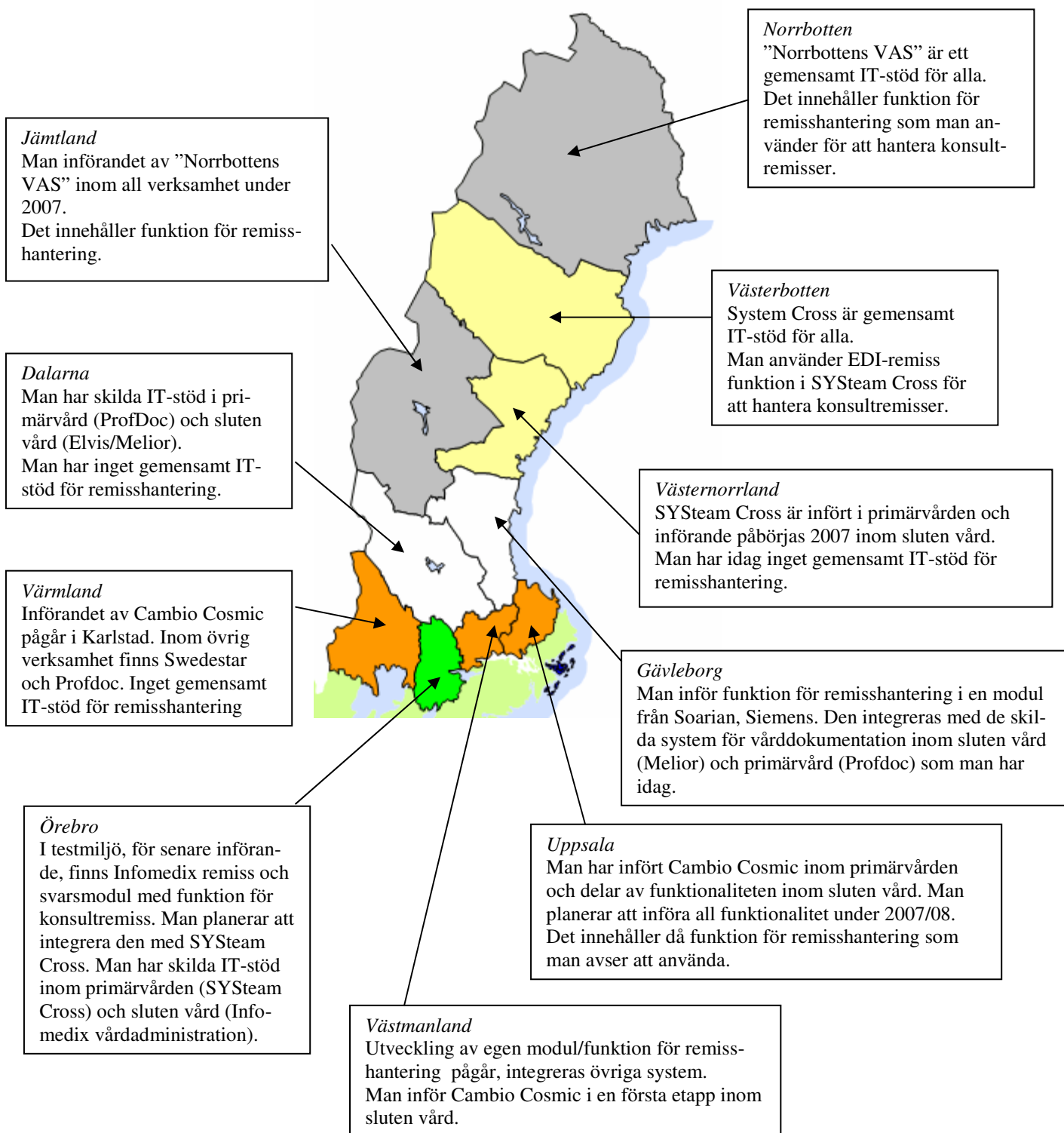
Man har särskilt utvecklat rutiner för att följa och bevaka utomlänsvård.

### *Kronoberg, Jönköping, Kalmar, Östergötland*

Man inför Cambio Cosmic inom all verksamhet.

Det innehåller funktion för remisshantering som man avser att använda





## Internationell utblick, EU-perspektiv

Frågan om remissshantering har inte varit föremål för särskild uppmärksamhet inom EU, dock finns det nationella initiativ. Jag ger här exempel från England och Norge.

### EU

Inom EU diskuteras inte specifikt om remissshantering. Den fråga som även omfattar remisshanteringen handlar om att i mer generella termer beskriva behovet av att kunna dela information mellan medlemsstaterna. E Health Interoperabilitet diskuteras som ett generellt begrepp inom EU.

I ett arbetsmaterial *on eHealth Interoperability*, Recommendation of the commission, Brussels, 30.4.2007 deklarerar följande i inledningen:

”The ultimate goal of the Recommendation is to enable access to the patient’s electronic health record, patient summary and emergency data from any place in Europe in respect of data privacy and security.”

### England

I England lanseras en vårdgaranti “18 weeks from referral to start of treatment”<sup>3</sup>, detta ska vara realiserat i december 2008. Man uttrycker att arbetet med att förbättra remisshanteringen en väsentlig del i arbetet för att uppnå detta mål.

BMA (British Medical Association representerar alla medicinare i Storbritanien) har publicerat ett dokument som handlar om ”Referral management principles”<sup>4</sup> där man skriver ”Referral management’s prime purpose is to improve the patient care pathway to deliver tangible benefits for patients”.

“Choose and Book” är webb-baserat IT-stöd där patienten ska kunna välja vårdgivare och boka tid tillsammans med allmänläkare eller själva. Det har medfört att vägen till specialist förkortats jämfört med manuell remiss enligt tidigare rutiner.<sup>5</sup>

### Norge

S@mspill2007 är en strategisk plan utarbetad av Helse och Sosialdepartementet som ska ”gi sammenheng i og retning for nasjonale satsinger på IT i sosial og helse frem til og med 2007”. Där fastslår man i avsnittet ”3.5 Konsolidere utbredelse av elektronisk meldingsutveksling” att ett ”*Bedre informasjonsflyt mellom*

---

<sup>3</sup> [www.nodelaysachiever.nhs.uk/NR/rdonlyres/1559D25E-99C3-4D11-89A4-EF470154E235/0/20061118NoDelays\\_A4.pdf](http://www.nodelaysachiever.nhs.uk/NR/rdonlyres/1559D25E-99C3-4D11-89A4-EF470154E235/0/20061118NoDelays_A4.pdf)

<sup>4</sup> [www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Referralmanagement?OpenDocument&Highlight=2,Referral,Management](http://www.bma.org.uk/ap.nsf/Content/Referralmanagement?OpenDocument&Highlight=2,Referral,Management)

<sup>5</sup> [www.chooseandbook.nhs.uk/staff/reference/communication/fewer-steps-in/at\\_download/file](http://www.chooseandbook.nhs.uk/staff/reference/communication/fewer-steps-in/at_download/file)

*ulikebehandlingsledd kan bidra til å redusere unødig ventetid og forsinkelser i pasientforløpet.”<sup>6</sup>*

Den slutsatsen stammer väl med våra egna erfarenheter från arbetet med vårdgarantin.

---

<sup>6</sup> [www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/pla/2004/0004/ddd/pdfv/201808-s@mspill\\_2007.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/hd/pla/2004/0004/ddd/pdfv/201808-s@mspill_2007.pdf) sid 16

# Handlingsplan

## Hösten 2007

*Framtagande av en handlingsplan med fortsatta aktiviteter ska baseras på diskussion och analys av resultatet av den nationella kartläggningen.*

Under hösten 2007 kommer resultat av kartläggningen att kommuniceras i olika sammanhang, för intressenter i arbetet med vårdgarantin.

Den diskussion, analys och förslag till åtgärder som det ger upphov till ska ligga till grund för de aktiviteter som ska finnas i handlingsplanen.

Handlingsplanen innehåll ska sedan förankras i styr- och ledningsgrupper och ev. direktiv för uppdrag ska formuleras.

## Slutsatser

### Tankar om det fortsatta arbetet

Vissa slutsatser av kartläggningen framträder tydligt och det ger anledning till reflexioner inför diskussionen om aktiviteter i handlingsplanen.

*Intern processutveckling bör ske i nationell samverkan och samordning.*

Den landstingsinterna remisshanteringen omfattar processer som "ägs" av patienter och medarbetare i den egna verksamheten, medan processer med remisser där remittent eller adressat finns utanför den egna organisationen har ett mer komplicerat "ägarförhållande".

Oavsett vem som är ägare så ställer Vårdgarantin med krav på tillgänglighet och föreskrifterna, SOFS 2004:11 - Remisshantering, 2005:12 - God Vård, samma krav på regler och rutiner med honnörsord som säkerhet och kvalitet och det är vårdgivaren som ansvarar för att det uppfylls.

Remisshanteringen är inget som en vårdgivare kan låta bli att uppmärksamma och kvalitetssäkra. Det ska finnas klara rutiner och det är naturligtvis också mycket viktigt att vårdgivare säkerställer att de enskilda medarbetarna verkligen följer dessa.

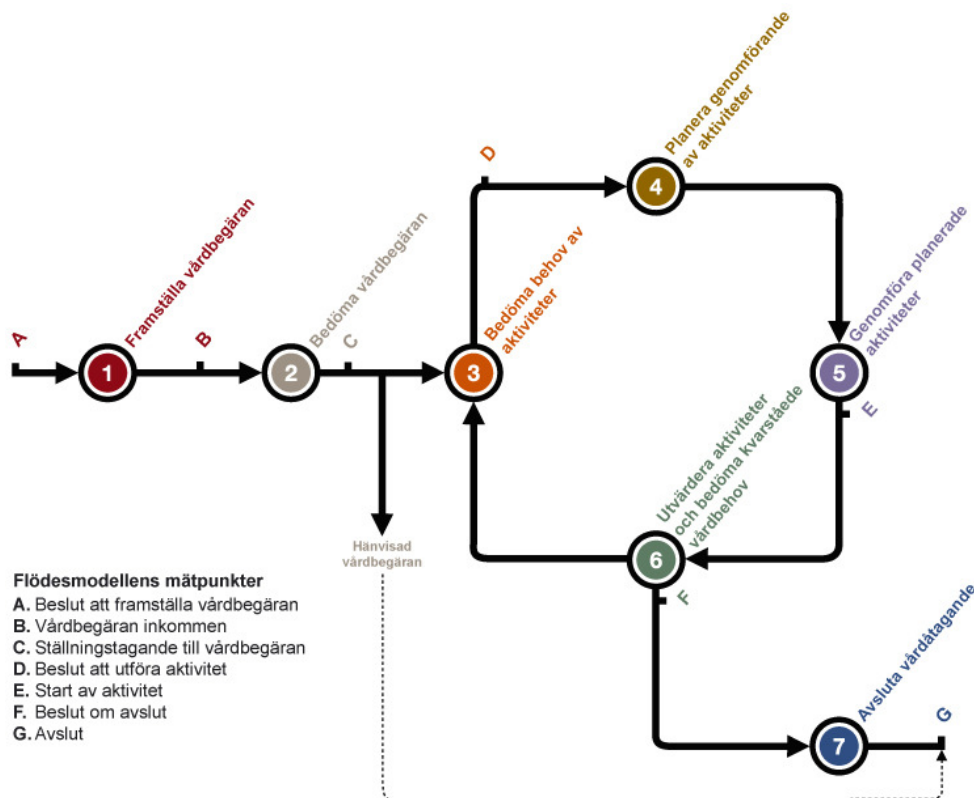
Bristande rutiner försämrar tillgängligheten då den ökar andelen "passiv väntetid", dvs. den tid som inte innebär något som helst mervärde för patienten. Istället kan den "passiva väntetiden" riskera patientens hälsa genom försenad diagnostik och behandling.

Socialstyrelsen ser exempel på detta i flera av de anmälningsärenden som de handlägger.

Ett erfarenhetsutbyte på nationell nivå mellan landstingen/regionerna av såväl analyser av risker som goda exempel på lösningar kommer att vara mycket värdefullt för det egna arbetet.

Kartläggningen har visat att det finns en stor kunskap i landstingen om att remisshanteringen i många fall inte är optimal utan att den har brister. Kartläggningen har också visat att det finns idéer och initiativ till att finna lösningar som genomförts med gott resultat.

Flödesmodellen ([www.flodesmodellen.se](http://www.flodesmodellen.se)) som tagits fram på nationell nivå är till stor nytta för att säkerställa att man kan följa upp de väsentliga stegen i vårdprocessen, där remisshanteringen utgör en viktig del.



Man bör införa den som grund för sina rutiner och i IT-stödet. Man kan då kvalitetssäkra processen såväl vad gäller logistiken som innehåll i varje steg. Det blir då möjligt att jämföra och följa upp handläggningstider som t.ex. mellan beslut hos remittent till mottagande eller bedömning av specialist.

”Öppna jämförelser” bör bli ett verktyg för att effektivisera remisshanteringen.

”Öppna jämförelser” kan vara ett bra verktyg för att sätta fokus på onödigt långa handläggningstider mellan olika beslutspunkter i hanteringen av remisser. Det kan vara ett medel för att nå en effektivisering och en kvalitetssäkring.

Region Skåne visar exempel på detta i ”God klinisk praxis” för remisshantering genom att följa upp och publicera handläggningstider med utgångspunkt från flödesmodellen.

*En ökad grad av nationell samordning av remisshanteringen behövs.*

Det blir därför viktigt att diskutera och komma överens om den ”gemensamma nämnaren” för dessa i grunden gemensamma processer.

Det gäller att hitta en god balans mellan det egna interna arbetet med att utveckla rutiner/arbetssätt och behovet av nationell samverkan/samordning med tillämpning av föreskrifter och intentioner från regering och myndigheter.

De legala kraven på goda rutiner är alltså desamma oavsett vårdgivare och därmed kan resultatet av ett gemensamt nationellt arbete vara till stort stöd för de enskilda vårdgivarna, även när det handlar om interna processer.

## Aktiviteter i en handlingsplan

I utredningsarbetet har några viktiga inslag i en handlingsplan tydliggjorts.

- *Behovet av mötesplatser för frågor ang. remisshantering måste tillgodoses.*

Många uttrycker en önskan om mötesplatser för att få tillfälle att diskutera/dela med sig av och ta del av andras erfarenheter av problem och lösningar. Detta kan leda till lokala åtgärder och förbättringsarbeten, men kan också initiera gemensamma projekt och det kan utgöra grunden för att bygga nätverk.

Idag förekommer nästan inget samarbete i dessa frågor över landstingsgränserna.

- *Åtgärder bör vidtas för att ge möjlighet till landstingen/regionerna att aktivt följa och lära av varandras pågående projekt för specificering, upphandling och införande av IT-stöd för remisshantering.*

Många projekt har just startat, andra har nått breddinförande, det betyder att frågan om IT-stöd för remisshantering är mycket aktuell i de flesta landsting.

Det finns en stor medvetenhet om att IT-stöden ska utformas så att det är möjligt att byta information mellan skilda system på ett enkelt och säkert sätt. Man uttrycker att det därför finns ett stort intresse att delta i gemensamma nationella aktiviteter i SKL:s regi.

I Stockholm och VGR pågår projekt för att specificera/upphandla ett för resp. region gemensamt IT-stöd för remisshantering. I Skåne pågår för tillfället inga aktiviteter men man förklarar att förväntningarna från chefläkarna är mycket stora på initiativ i frågan. Projektledningarna har tackat ja till ett möte i SKL:s regi för att ta del av de nationella initiativen och diskutera gemensamma frågor

I Västmanland har man upphandlat utveckling av ett eget IT-stöd för remisshantering. I Gävleborg inför man under året ett IT-stöd för remisshantering i en modul från Siemens. I Örebro testas funktion för remisshantering i en separat modul från TietoEnator.

Flera av de landsting som upphandlat Cambio Cosmic väljer att införa de funktioner för remisshantering som finns i produkten.

SYSteam Cross avser att utveckla modul för remisshantering under 2008.

- *Former för att fortlöpande sprida information om vad de nationella initiativen innebär för landstingens egna arbete måste skapas.*

Det gäller Flödesmodellen, Nationell Informationsstruktur, TIS, RIV, BIF, NPÖ m.fl. Kunskapen om dessa är inte särskilt väl spridd bland de som hanterar frågorna om remisshantering i landstingen. Det är väsentligt att de IT-stöd som realiserats bygger på de förutsättningar som de nationella projektens arbete anger.

Om man planerar och genomför egna lösningar som inte harmonierar med resultaten från de nationella projekten, kan det istället leda till att IT-stöden kommer att utgöra ett allvarligt hinder för ett effektivt och säkert informationsutbyte.

- *Det är väsentligt att starta en analys och diskussion för att definiera en gemensam nationell nämnare för remisshanteringen.*

I den diskussionen bör alla tre områden som kartläggningen omfattar beaktas, flöde/ process, information/innehåll och IT-stöd/teknik.

- *Behov av nationella process- och informationsmodeller som grund för bättre IT-stöd*

Varje projekt, systemleverantör gör sin egen analys av process och informationsinnehåll. Resultatet blir att de realiserade lösningarna bygger på skilda informationsmodeller och att det uppstår stora svårigheter när man ska utbyta data. Det är därför viktigt att gemensamt ta fram gemensamma modeller av processflöden, gemensamma definitioner av innehåll och beslutspunkter.

Behovet av gemensamma definitioner kan beskrivas så här:

**Om de skilda IT-stöden ska kunna:**

”förstå” den information som tas emot från andra



**så krävs:**

gemensamma och kända definitioner av innehåll

rapportera och ta emot statusrapporter



gemensamma och kända modeller av processflöden

ge möjligheter till ledningsinformation, bevakning och uppföljning



gemensamma och kända definitioner av beslutspunkter



Sveriges  
Kommuner  
och Landsting

118 82 Stockholm • Besök Hornsgatan 20  
Tfn 08-452 70 00 • Fax 08-452 70 50  
info@skl.se • www.skl.se