

Granskning Primärvårdsstyrelsens processer för informationsöverföring

Dnr: Rev 64-2015

Genomförd av: Anna Ljungkvist
Revisionsenheten

Behandlad av Revisorskollegiet den 20 april 2016

Innehåll

| | |
|---|-----------|
| Sammanfattning | 2 |
| 1. Inledning | 3 |
| 1.1 Bakgrund | 3 |
| 1.2 Granskningens syfte och revisionsfrågor | 3 |
| 1.3 Avgränsning | 4 |
| 1.4 Revisionskriterier | 4 |
| 1.5 Granskningsansvarig | 5 |
| 1.6 Metod | 5 |
| 2. Resultat av granskningen | 5 |
| 2.1 Granskningens genomförande | 5 |
| 2.1.1 Styrdokument och styrning | 5 |
| 2.1.2 Organisatoriska förutsättningar | 8 |
| 2.1.3 Efterlevnad och kännedom i verksamheterna | 9 |
| 2.1.4 Kontroll och uppföljning | 11 |
| 2.2 Bedömning | 12 |
| 2.2.1 Bedömningar per revisionsfråga | 12 |
| 2.2.2 Samlad bedömning | 15 |
| 2.3 Rekommendationer | 15 |
| 3. Undertecknande | 15 |
| Bilagor | 16 |
| Bilaga 1 - Revisionskriterier | 16 |

Sammanfattning

Revisorerna har i sina tidigare granskningar av hälso- och sjukvårdsverksamheter noterat brister kopplat till patientrelaterad informationsöverföring i regionen. Brister inom patientrelaterad informationsöverföring har bedömts hindra kvalitetsutveckling och medföra patientsäkerhetsrisker. Granskningen syftar till att bedöma om primärvårdsstyrelsens arbete med patientrelaterad informationsöverföring är ändamålsenligt och följer de krav som lagar och riktlinjer ställer kring informationsöverföring. Detta genom att granska om primärvårdsstyrelsen säkerställt att den har utvecklade styrningsprocesser för hur patientrelaterad information kommuniceras vid samverkan med olika vårdnivåer och vårdgivare inom VGR. En utvecklad styrningsprocess definieras av följande moment: Identifierade styrdokument och dokumenterad styrning – Organisatoriska förutsättningar och resurser – Efterlevnad – Kontroll och uppföljning.

Det finns ett flertal styrdokument på olika styrvivåer som ställer upp krav på hur både dokumentationshantering och kommunikation ska se ut för att patientrelaterad information ska kunna överföras. Ett flertal av styrdokumenten om dokumentationshantering har identifierats av styrelsen och/eller förvaltningen och det finns en tydlig styrning inom framförallt remisshantering. Styrningen vad gäller dokumentationshantering bedöms i stort vara ändamålsenlig. Vad gäller styrning mot kommunikationskrav för att överföra information bedöms denna vara något mer otydlig från styrelsen och därmed inte fullt ut ändamålsenlig. Arbete för att genomföra den styrning som styrelsen dock identifierat och satt upp åtgärder och aktiviteter för pågår i verksamheterna. Vad gäller åtgärder inom dokumentationshantering finns vissa tekniska risker, och vad gäller mer kommunikationsinriktade åtgärder är det ännu för tidigt att bedöma den fulla efterlevnaden av dessa. Däremot bedömer revisorerna att efterlevnaden i uppstartsfasen är tillfredsställande. Det bedöms finnas organisatoriska förutsättningar på övergripande nivå för att aktiviteterna ska kunna genomföras. Styrelsen bedöms inte ha säkerställt en tillräcklig uppföljning, då man inte hanterat samtliga av de risker som värderats som ”åtgärder ska vidtas” i internkontrollplanen.

Granskningens resultat visar att primärvårdsstyrelsens styrningsprocesser för hur patientrelaterad information kommuniceras vid samverkan med olika vårdnivåer och vårdgivare inom VGR inte är fullt utvecklade. Processens delar, styrning, organisatoriska förutsättningar, efterlevnad och uppföljning, är på plats, men vad gäller styrning och uppföljning är kedjan från styrelsen till verksamheten respektive verksamheten till styrelsen inte fullständig. Utifrån granskningens syfte och revisionskriterier bedöms därför primärvårdsstyrelsens arbete med informationsöverföring inte vara fullständigt ändamålsenligt och därmed uppfylls inte kommunallagen 6:7 fullt ut vad gäller informationsöverföring. Styrelsen har dock skapat vissa förutsättningar för att man ska kunna följa de krav som lagar och riktlinjer ställer kring informationsöverföring.

Rekommendationer:

- Primärvårdsstyrelsen rekommenderas att samlat på övergripande nivå identifiera och tydliggöra hur man önskar att verksamheterna ska arbeta för att uppnå Krav- och kvalitetsbokens krav och villkor.
- Primärvårdsstyrelsen rekommenderas att tillse att allvarliga risker i riskanalysen hanteras på ett ändamålsenligt sätt.
- Primärvårdsstyrelsen rekommenderas att följa upp resultatet av de planerade åtgärderna i internkontrollplanen.

1. Inledning

1.1 Bakgrund

Brister i kommunikation och informationsöverföring kan leda till allvarliga konsekvenser för patienter i sjukvården. Informationsöverföringen kan brista både mellan personal eller olika team inom en vårdenhet, men även mellan olika vårdgivare. Överlämningar och överföringar av patienter och information var 2014-2015 en av sex prioriterade förbättringsdimensioner inom Västra Götalandsregionens patientsäkerhetsarbete, då denna dimension fick ett lågt indexvärde i den patientsäkerhetskulturmätning som gjordes 2013. Indexvärdet för denna dimension på regionnivå indikerade ”stort förbättringsbehov”, vilket det även gjorde 2011. Regionens mål för år 2015 är att dimensionen ska ha förbättrats till ”visst förbättringsbehov”.

Även vid tidigare granskningar har det framkommit att det finns brister kopplat till informationsöverföringen i regionen, bland annat i granskningen Samordnad vårdplanering för de mest sjuka äldre. I denna slås fast att informationsöverföringen inte fungerar tillfredsställande generellt för denna patientgrupp. Primärvårdsstyrelsen uppmanas särskilt att säkerställa att samverkanskraven uppfylls. Även en granskning av läkemedelsgenomgångar har visat att trots att de tekniska förutsättningarna för en bra informationsöverföring torde vara på plats, försvåras överföringen av att system som ska underlätta informationsöverföring inte används, och att de system som används inte harmonierar med varandra. På grund av detta betonade revisorerna vikten av att informationsöverföringen säkras mellan vårdgivare.

Utifrån revisorskollegiets risk- och väsentlighetsanalys inför 2015 bedömdes bristande informationsöverföring hindra kvalitetsutveckling och medföra patientsäkerhetsrisker i flera av regionens nämnder och styrelser, och kollegiet beslöt att granska samtliga av regionens utförarstyrelser fördjupat. Baserat på den kunskap som erhöles i granskningen Samordnad vårdplanering, där primärvårdsstyrelsen fick en särskild rekommendation samt den grundläggande granskningen av primärvårdsstyrelsen under året valde revisorerna att endast granska primärvårdsstyrelsen. Detta då det fortsatt kvarstår oklarheter kring huruvida styrelsen tagit till sig och arbetat med de rekommendationer som tidigare ställts till dem. I och med den nya patientlagens ikraftträdande 2015-01-01 och patientens utökade möjligheter att välja vårdgivare kan behovet av en fungerande informationsöverföring dessutom antas ha blivit än större. I Västra Götalandsregionens nya Krav- och Kvalitetsbok¹ för primärvården från 2016 skärps också skrivningarna kring krav på samverkan och informationsöverföring för vårdcentralernas del. I och med de nya bestämmelserna bedöms inte endast en uppföljning av tidigare granskningar räcka, utan en ytterligare fördjupad granskning av primärvårdsstyrelsen krävs. Detta för att säkerställa att styrelsen inte brister i hörsamheten till mål och riktlinjer kring informationsöverföring eller i sin styrning, ledning och kontroll av hur dessa efterlevs.

1.2 Granskningens syfte och revisionsfrågor

Syftet med granskningen är att bedöma om primärvårdsstyrelsens arbete med informationsöverföring är ändamålsenligt och följer de krav som lagar och riktlinjer ställer kring informationsöverföring. Granskningen preciseras av följande revisionsfråga:

1. Har primärvårdsstyrelsen säkerställt att den har utvecklade styrningsprocesser för hur patientrelaterad information kommuniceras vid samverkan med olika vårdnivåer och vårdgivare inom VGR?

¹ Fortsättningsvis benämnd KoK-boken.

Denna fråga bryts ned i följande underfrågor:

- Finns dokumenterade rutiner och riktlinjer för hur patientrelaterad information ska kommuniceras mellan vårdnivåer och vårdgivare samt inom vårdenheter?
 - a. Efterlevs dessa i verksamheten?
 - i. Hur säkerställs att informationen når berörda medarbetare?
 - b. Kontrollerar primärvårdsstyrelsen att rutiner och riktlinjer efterlevs?

1.3 Avgränsning

Granskningen avser primärvårdsstyrelsen och deras ansvar för informationsöverföring. Även andra styrelser och nämnder inom hälso- och sjukvård har ett ansvar kring informationsöverföring generellt, men då granskningen behandlar primärvårdsstyrelsens hantering av sin interna kontroll kring informationsöverföring lämnas dessa utanför.

På verksamhetsnivå avgränsas granskningen till två av nio verksamhetsområden, V4 (Västra Göteborg, Mölndal, Härryda, Partille) samt V3+V6 (Kungälv, Ale, Öckerö, Hisingen, Alingsås, Essunga, Herrljunga, Lerum och Vårgårda) vilket blir styrande för vilka vårdcentraler som kommer att ingå i granskningen.

Den information som granskats är *patientrelaterad information* som överförs inom den vårdgivande enheten, mellan vårdnivåer och mellan vårdgivare. Granskningen omfattar inte informationsöverföring mellan vårdgivare och patient. Då fokus för granskningen är styrelsens hantering och interna kontroll av informationsöverföring avgränsas inte rapporten till att granska informationsöverföring vid någon specifik vårdprocess, exempelvis samordnad vårdplanering. Vidare kommer ordet *informationsöverföring* att användas som ett samlande begrepp för både kommunikation för att överföra information (information som process) och för dokumentationshantering för att överföra information (information som objekt). Inom kommunikation ingår aktiviteter avseende samverkan och organisation och inom dokumentationshantering ingår aktiviteter kring journaler, provsvar och remisser, vilka är de tre områden som Socialstyrelsen identifierat som de största riskområdena inom patientrelaterad informationsöverföring. Om det finns skillnader i hur primärvården arbetar internt (inom vårdenheter och mellan egna vårdenheter) samt externt (mellan andra vårdaktörer och vårdnivåer) anges detta särskilt.

1.4 Revisionskriterier

Följande revisionskriterier har använts i granskningen. För specifik lagparagraf eller bestämmelse, se bilaga 1.

- Kommunallagen 6 kap 7§: Om nämnders ansvar över styrningen av verksamheten.
- Hälso- och sjukvårdslag 2a§ 2st: Om krav på att olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.
- Socialstyrelsen föreskrifter 2004:11, 3§: Om vårdgivarens ansvar att skriftligt säkerställa att det finns rutiner för hur remisser skall utformas och hanteras.
- Socialstyrelsens föreskrifter 2008:14, 4 kap 3§: Om vårdgivarens ansvar att säkerställa att det finns rutiner för signering av journalanteckningar och för bekräftelse av åtgärder som rör patientens vård och behandling.
- KoK-boken 2015, 2.5: Om vårdenhetens ansvar att aktivt medverka i bl.a. informationsöverföring mellan olika vårdgivare.

1.5 Granskningsansvarig

Anna Ljungkvist, revisionsenheten, är projektledare och granskningsansvarig.

1.6 Metod

Granskningen har genomförts genom dokumentstudier av rutiner och riktlinjer framtagna av styrelsen, samt internkontrollplan och beslut fattade under 2015 med avseende på informationsöverföring. Vidare har intervjuer genomförts med följande personer:

Primärvårdsdirektör

Primärvårdschef område V4

Verksamhetschefer område V3+V6

Verksamhetschef område V4

Förvaltningens samordnande chefläkare

Förvaltningens samordnare inom patientsäkerhetskultur

Chefläkare och utvecklingsledare område V3+6

Chefläkare och utvecklingsledare område V4

2. Resultat av granskningen

2.1 Granskningens genomförande

För att revisorerna ska kunna säkerställa att primärvårdsstyrelsen inte brister i hörsamheten till mål och riktlinjer kring informationsöverföring eller i sin styrning, ledning och kontroll av informationsöverföring syftar granskningen till att bedöma om styrelsens arbete med informationsöverföring är ändamålsenligt samt om styrelsens arbete följer de krav som lagar och riktlinjer anger kring informationsöverföring. Vad gäller ändamålsenlighet definieras det i God Revisionssed som: att styrelsen har en *styrning* och *uppföljning* mot mål och beslut; att verksamheten klarar att *genomföra* sitt uppdrag med tillgängliga resurser; och *lever upp* till fullmäktiges mål, beslut och riktlinjer, samt lag och andra föreskrifter. Specifikationen av ändamålsenlighet, tillsammans med att styrelsens arbete ska följa de krav som anges, innebär att styrelsen bör ha en styrningsprocess inom området patientrelaterad informationsöverföring med följande moment: Identifierade styrdokument och dokumenterad styrning – Organisatoriska förutsättningar och resurser – Efterlevnad – Kontroll och uppföljning. Revisionsfrågan är därmed ”Har primärvårdsstyrelsen säkerställt att den har utvecklade styrningsprocesser för hur patientrelaterad information kommuniceras vid samverkan med olika vårdnivåer och vårdgivare inom VGR?”. Nedan presenteras granskningens resultat utifrån momenten i styrningsprocessen och informationsöverföringens två aspekter dokumentationshantering och kommunikation.

2.1.1 Styrdokument och styrning

Det finns ett flertal styrdokument som styr vilka rutiner och riktlinjer en vårdgivare ska ta fram avseende patientrelaterad informationsöverföring. Lagstiftning och regionövergripande beslut styr framförallt hur dokumentationshanteringen ska se ut, regionövergripande mål inom patientsäkerhet inriktar sig på både dokumentationshantering och kommunikation samlat, medan beställarens krav i KoK-boken främst verkar fokusera på kommunikation.

Lagstiftning och regionövergripande beslut - dokumentationshantering

Patientrelaterad informationsöverföring regleras genom ett flertal olika styrdokument på både statlig, regional, förvaltnings- och lokal verksamhetsnivå. Främst är det styrdokument

avseende remisser som reglerar den patientrelaterade informationsöverföringen då det är där som informationen som överförs ska finnas. Detta regleras främst i Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11). Här framgår vad verksamheten är ålagda att ta fram dokumenterade rutiner för inom remisshantering. Västra Götalandsregionen har tagit fram ett regionövergripande regelverk i syfte att tydliggöra Socialstyrelsens föreskrifter gällande remissansvar samt öka patientsäkerheten. Det utgår bland annat ifrån SOSFS 2004:11 och SOSFS 2008:14 men är mer detaljerat och verksamhetsinriktat. Regelverket gäller för hela Västra Götalandsregionen. I regelverket beskrivs främst vad en remiss ska innehålla (med tillhörande checklista för både administrativa och kliniska grunddata), vad som är remitterande enhets ansvar respektive mottagande enhets ansvar, vilka ledtider som gäller, samt regler för remissvaret. I regelverket anges också att varje verksamhet själva ska fastställa rutiner för de remisser som ska användas inom verksamhetsområdet, för hantering av utgående remisser och inkommande svar.

Utifrån de regionövergripande remissreglerna samt bland annat SOSFS 2004:11 och SOSFS 2008:14 har förvaltningens Medicinska Rådet² tagit fram förvaltningsgemensamma riktlinjer för remisshantering. Förvaltningens beskrivningar av inkommande och utgående remisser tangerar det regiongemensamma regelverket i sin helhet, men vad gäller riktlinjer för inkommande remissvar är förvaltningens riktlinjer något mer detaljerade än de regiongemensamma. Förvaltningens riktlinjer innehåller betydligt utförligare beskrivningar kring vad som ska gälla avseende bevakning av utgående och inkommande remisser och remissvar, och är inriktade på att beskriva hur bevakningen kan gå till i praktiken. Man konstaterar att bevakningssystemen i Medidoc och Profdoc Journal 3 (förvaltningens tidigare journalsystem) är bristfälliga, varför verksamheterna måste ta fram en manuell bevakningsrutin. Riktlinjerna kommer att uppdaterats efter att det nya journalsystemet AsynjaVISPH³ breddinförts (mars 2016) då systemet ger ökade möjligheter att arbeta med säkra remisshantering. Remissen ska följas tills man fått alla svar man vill ha. Förvaltningens riktlinjer innehåller förslag på både hur en rutin för manuell bevakning kan se ut, samt för hur en rutin för inkommande remissvar kan se ut. För att vårdcentralerna ska kunna skapa sina lokala rutiner har man förvaltningscentralt också tagit fram en mall för lokalt anpassade rutiner, där vårdcentralen ska förtydliga vilken övergripande riktlinje eller rutin det gäller, vem som är dokumentansvarig, vem som granskat rutinen, när och för vem rutinen gäller.

Vad gäller hantering av signering i journaler och bekräftelse av åtgärder som rör patientens vård och behandling är de formellt antagna styrdokument inte lika tydliga. Kravet på signering infördes av patientsäkerhetsskäl, och signering kan få stor betydelse när det gäller anteckningar i stora och kommunicerande journalsystem där andra vårdenheter kan använda uppgifterna för att ge behandling och medicinering. I förvaltningens remisshanteringsriktlinjer framgår avseende inkommande remissvar, att läkare på vårdcentralen slutsignerar remissen när svaret är inskrivet i journalen, men i övrigt finns inga formellt fastslagna rutiner på förvaltningsövergripande nivå avseende signering av journaler, utan detta ska respektive vårdgivare ta fram rutiner för.

Regionövergripande mål - dokumentationshantering och kommunikation

Regionens mål för år 2015 var att dimensionen ”överlämningar och överföringar av patienter och information” skulle ha förbättrats till ”visst förbättringsbehov”. Förbättringsarbetet ska i

² Se avsnitt Organisatoriska förutsättningar för mer information om Medicinska Rådet.

³ Fortsättningsvis benämnt Asynja

huvudsak bedrivs inom regionens utförarförvaltningar, varför dessa är ålagda att ta fram egna handlingsplaner. Detta har primärvårdsstyrelsens förvaltningsledning gjort under 2014 (planen gällde även under 2015), och vad gäller ”Överlämningar och överföringar av patienter och information” har man brutit ned detta på förvaltningsnivå och satt upp ett eget, något högre, målindekvärde än vad regionen satt upp.

De strategier man tagit fram för att förbättra resultatet i mätningen är inte specifika för respektive patientsäkerhetsdimension, då förvaltningen menar att flera aktiviteter påverkar flera dimensioner. Utifrån granskningens perspektiv kan dock ett flertal av åtgärderna anses förbättra informationsöverföring specifikt. En åtgärd syftar till att förbättra dokumentationshanteringen och tre till att förbättra kommunikationen. En dokumentationshanteringsåtgärd man vill vidta är att arbeta kontinuerligt med att utveckla intranätet till ett användarvänligt verktyg som stöd i patientsäkerhetsarbetet, där gällande dokument ska finnas. De åtgärder som främst berör kommunikation (information som process) är att sammanställa avvikelseren utifrån orsaksområde och redovisa detta två gånger per år, man ska ta fram Nyhetsblad efter Medicinska rådets möten som ett sätt att kommunicera patientsäkerhetsarbetet, samt utarbeta en checklista som stöd för chefer avseende det medicinska området med information om vad som ska vara känt/finnas tillgängligt för medarbetare. Handlingsplanen i sin helhet har inte anmälts till styrelsen som beslutsärende under 2014 eller 2015, däremot fastslås i detaljbudgeten för 2015 att man ska fortsätta arbetet med att utveckla patientsäkerhetsarbetet enligt handlingsplan och överföring av information och patienter nämns särskilt. Däremot beskrivs inte åtgärderna.

Föreskrifter från beställaren - kommunikation

Västra Götalandsregionens KoK-bok är ett förfrågningsunderlag enligt lagen om valfrihetssystem och beskriver det uppdrag som omfattas av valfrihetssystemet, de krav som utförare måste uppfylla, vilka administrativa rutiner som kommer att användas samt hur uppföljning ska ske. I KoK-boken återfinns två krav kopplade till informationsöverföring som främst avser kommunikationsaspekten, vilka beskriver att vårdenheten har ansvar att aktivt medverka i bland annat informationsöverföring mellan olika vårdgivare, samt att vårdenheten har ansvar att följa de beslut, riktlinjer, överenskommelser och policys som rör samverkan mellan VGR och andra huvudmän. På styrelsenivå kan styrning gentemot dessa mål spåras i detaljbudget för primärvårdsstyrelsen.

Primärvårdsstyrelsen vill genom sin detaljbudget styra mot målet ”Regionstyrelsen och Hälso- och sjukvårdsnämnderna ska erbjuda invånarna en sammanhållen vård oavsett vårdnivå eller vårdgivare”. Man beskriver att man vill erbjuda patienter en sömlös vård och ”ett samtal in” för att sedan lotsas till rätt vårdgivare, men anger inte några specifika aktiviteter eller målnivåer för att målet ska kunna uppnås. Både i årsredovisningen 2015 samt intervjuer på förvaltningsledningsnivå framkommer att man upplever kraven på representation i samverkan svåra att leva upp till, på grund av en skör bemanning samt nuvarande ersättningsmodell.

Styrelsen uppmärksammar också i sin detaljbudget att de i och med den regionala medicinska riktlinjen ”Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistspsykiatri” fått ett tydligare och i vissa hänseenden utökat ansvar för patienter med psykisk ohälsa. Man menar att konsultationsmodellen knappast fungerat någonstans i regionen, men kommer att införa Care Managers/Vårdsamordnare på vårdcentralerna för att svara upp mot primärvårdens förtydligade ansvar. Just problematik kring samverkan och

informationsöverföring för patienter med psykisk ohälsa har, förutom i Herrljunga/Vårgårda, också uppmärksammats i intervjuerna som ett av de största risk- och problemområdena, men flera av de intervjuade upplever att psykiatrin nu också sett behovet att samverka mer för att minska riskerna med framförallt remisser som sänds fram och tillbaka.

2.1.2 Organisatoriska förutsättningar

Primärvårdsstyrelsens förvaltning är en linjeorganisation med tre chefsnivåer för de verksamheter som tillhör det ordinarie vårdvalet.⁴ Chefsnivåerna är Primärvårdsdirektör (PV-direktör), Primärvårdschef (PV-chef) och Vårdcentralchef (VC-chef). PV-direktören ansvarar för den löpande driften av primärvårdsförvaltningen samt svarar för den strategiska utvecklingen av verksamheten. Regionen är indelad i nio geografiskt uppdelade verksamhetsområden (2015) och varje område har en primärvårdschef. PV-cheferna är direkt underställda PV-direktören och ingår i förvaltningsledningen. PV-cheferna ska bland annat i förvaltningsledningen verka för att primärvården successivt utvecklas i linje med fastlagda mål och givna uppdrag. Inom sitt område ska PV-chefen utöva ett ledarskap, som ger underställda chefer tydliga förutsättningar för deras verksamhetsutveckling och ledning av den operativa verksamheten, så att denna bland annat tillgodoser hög patientsäkerhet och god kvalitet. VC-chefen är direkt underställd PV-chefen och ingår i ledningsgruppen för området (PVO). VC-chefen ska i områdesledningen delta i utformningen av den strategiska affärsplan som innebär, att primärvårdsområdet och primärvården inom Västra Götalandsregionen successivt utvecklas i linje med fastlagda mål och givna uppdrag. Inom sin enhet leder, organiserar och samordnar chefen verksamheten bland annat utifrån KoK-boken för Västra Götalandsregionens vårdvalsmodell VG-Primärvård.

Parallellt med ovan beskrivna ”operativa” linje finns också en ”medicinsk linje”. I förvaltningsledningen finns den samordnande chefläkaren, som är avdelningschef för chefläkaravdelningen. Avdelningen består bland annat av 7 chefläkare och 5 utvecklingsledare som arbetar mot ett eller flera av de verksamhetsområden förvaltningen är indelad i. Man ska erbjuda ett stöd till alla enheter inom förvaltningen i patientsäkerhetsarbetet, läkemedelsfrågor och andra medicinska frågeställningar. Inriktningen är regional samordning och lokal förankring. Chefläkarna är Lex Maria-ansvariga för sina respektive områden och ansvarar också för övrig ärendehandläggning gentemot IVO. De leder arbetet i Medicinska Rådet och ingår i Sektorsrådet för allmänmedicin. Medicinska Rådet är förvaltningens forum för medicinska frågor och består av chefläkarna och primärvårdschefernas medicinska rådgivare (om PV-chefen själv är läkare kan vederbörande välja att själv sitta i Medicinska Rådet). Rådet handlägger ärenden på uppdrag från verksamheter, ledning och på eget initiativ och rapporterar till Förvaltningsledningen. Viktiga uppgifter är bland annat att ta fram övergripande PM/rutiner, att delta i implementeringen av nationella och regionala riktlinjer och att bevaka kunskapsutvecklingen. Rådets medlemmar har i uppdrag att i samråd med sin primärvårdschef kommunicera med ledning och medicinska rådgivare i sitt område.

Lagstiftning och regionövergripande beslut - dokumentationshantering

Ansvar för att ta fram lokalt anpassade remisshanteringsrutiner åligger VC-chefen enligt lag. Som tidigare nämnt har även ledningen tagit fram förtydliganden avseende lagstiftningen och regionens övergripande regelverk, samt utformat en mall för hur de lokala rutinerna kan

⁴ Primärvårdsstyrelsen omfattar också verksamheter inom Vårdval Rehab, men dessa verksamheter ingår inte i denna granskning.

se ut. Chefläkaravdelningen följer också upp rutinerna då avvikelser inom t.ex. patientrelaterad informationsöverföring rapporterats som ska utredas genom händelseanalyser. Chefläkaravdelningen och Medicinska rådet har också en viktig roll att både exempelvis ta fram och uppdatera riktlinjer men också att kommunicera ut detta i förvaltningen och vara ett stöd som PV-chefer och VC-chefer kan vända sig till. Samtidigt betonas i intervjuerna att *ansvaret* för att följa rutiner och riktlinjer följer den operativa linjeorganisationen.

Regionövergripande mål - dokumentationshantering och kommunikation

Handlingsplanen för patientsäkerhetsarbetet har tagits fram av utvecklingsledarna och chefläkarna, för att sedan stämmas av med chefläkarna. Två utvecklingsledare på chefläkaravdelningen har ett huvudansvar kring patientsäkerhet och är samordnare av patientsäkerhetskulturmätningen. Handlingsplanen har föredragits av utvecklingsledarna ute i verksamheterna, men det har också varit ett uttalat ansvar för respektive VC-chef att arbeta vidare med de åtgärder som identifierats i handlingsplanen. Då patientsäkerhetskulturmätningen skulle genomföras hösten 2015 stod samtliga utvecklingsledare till förfogande för att kunna svara på frågor från chefer eller medarbetare från "sina" områden. Varje VC-chef ansvarade för att informera sina medarbetare om mätningen, samt att möjliggöra för medarbetarna att besvara den på arbetstid.

Föreskrifter från beställaren - kommunikation

Åtgärden att införa vårdsamordnare/Care managers för psykisk ohälsa på vårdcentralerna genomförs i form av ett FoU-projekt. Intresserade vårdcentraler får anmäla sig, och avsätta tid för en medarbetare till att arbeta som vårdsamordnare. Den ekonomiska ersättningen motsvarar cirka 25 procent av en tjänst vid 10 000 listade patienter.

Vad gäller att erbjuda invånarna en sammanhållen vård angavs som tidigare nämnt inga specifika aktiviteter i detaljbudgeten. Däremot framgår i den handlingsplan styrelsen beslutat om angående revisionsrapporten "Samordnad vårdplanering för sjuka äldre" att man bland annat ämnar att börja med distansmöten via video vid vårdplanering. Samtliga av de intervjuade ingår också i olika samverkansgrupper med andra vårdaktörer, antingen regionövergripande eller inom sitt verksamhetsområde.

2.1.3 Efterlevnad och kännedom i verksamheterna

Lagstiftning och regionövergripande beslut - dokumentationshantering

För samtliga av de intervjuade är remisshanteringsriktlinjerna kända, och på de deltagande vårdcentralerna har man tagit fram lokala rutiner utifrån de regiongemensamma och förvaltningsövergripande riktlinjerna. I intervjuer med chefläkaravdelningen – som har ett övergripande ansvar att arbeta med avvikelser - framgår dock att det är ett reellt problem ute i många verksamheter att remisshanteringsriktlinjerna inte har följts. Framförallt handlar det om att den lokala anpassningen som varje vårdcentral är ålagd att göra av remisshanteringsrutinerna ibland inte gjorts, eller att de som gjorts saknar vissa delar eller är felaktiga. Då chefläkaravdelningen får in en avvikelse kopplad till remisshantering begärs alltid vårdcentralens egna riktlinjer in så att man kan bedöma dessa och vid behov hjälpa till att ta fram en säker riktlinje.

Av intervjuer med VC-chefer framgår att de rutiner man haft per vårdcentral kring signering fått ändras sedan det nya journalsystemets Asynjas införande, där systemets funktioner anger på vilket sätt man kan signera en journal. Tidigare har det funnits tekniska möjligheter att

delsignera journaler vilket inte är möjligt i Asynja. Vad gäller andra bekräftelser av åtgärder i journalen beskrivs diktat vara något av ett riskområde för verksamheterna, av några av de intervjuade VC-cheferna. Bland annat ska utgående remisser och labsvar högprioriteras i systemet så att sekreterarna ser detta med en gång, men då denna procedur ska skötas manuellt händer det att det glöms bort och att remisser och labsvar blir liggande för länge. Om detta skett ska en avvikelse göras.

Regionövergripande mål - Dokumentationshantering och kommunikation

Vad gäller arbetet med åtgärderna för att uppnå målen i handlingsplanen för patientsäkerhetskultur uppger flera av de intervjuade längst ut i organisationen att man upplevde att det var stort fokus på handlingsplanen just då den kom. Arbetet senare har antingen kommit lite i skymundan, eller upplevs ha blivit en del av det fortlöpande arbetet med patientsäkerhet men utan att man arbetat så specifikt med den på verksamhetsnivå. Utifrån dokumentstudier och intervjuer är det dock tydligt att flera av de tänkta åtgärderna har genomförts. En checklista har tagits fram för introduktion av nya medarbetare där det framgår vad varje ny medarbetare ska informeras om. Samtliga intervjuade uppger att förvaltningen lagt ned ett stort arbete på att förbättra intranätet som stöd och verktyg i patientsäkerhetsarbetet, och de intervjuade som är chefer uppger att de uppmanar sina anställda att använda intranätet som just det. På intranätet läggs också "Chefläkarnytt" ut efter Medicinska rådets möten, där man bland annat informerar om nya/uppdaterade riktlinjer och rutiner. Trots det jobb som gjorts med intranätet ligger ett antal inaktuella/icke giltiga riktlinjer vad gäller de så kallade Regionala Medicinska Riktlinjerna (RMR) där samtliga gemensamma riktlinjer att följa ska finnas. Åtgärden "att sammanställa avvikelseärenden utifrån orsaksområde och redovisa detta två gånger per år" till varje områdes ledningsgrupp har gjorts en gång årligen av berörd chefläkare och utvecklingsledare. Däremot har detta inte redovisats i delårsrapporten i augusti eller årsredovisningen, vilket anges i handlingsplanen att man ska göra. I faktagranskningen av rapporten har det dock framkommit att det aldrig var avsikten att denna rapportering skulle ske till styrelsen utan tvärtom att återföring skulle ske så nära verksamheterna som möjligt. Statistiken finns också på förvaltningens intranät.

Vad gäller den faktiska måluppfyllelsen har de intervjuade uppgett att svarsfrekvensen troligen blev för låg 2015 för att kunna dra några slutsatser. I årsredovisningen 2015 beskrivs patientsäkerhetsarbetet översiktligt men resultaten för de uppsatta målen anges inte, däremot att svarsfrekvensen varit lägre än väntat. I patientsäkerhetsberättelsen för 2015 vilken ännu inte redovisats för styrelsen, framgår att svarsfrekvensen varit 55,5 % 2015 jämfört med 81,6 % 2013, vilket beskrivs bero på att mätningen gjordes nära i tid med regionens medarbetarundersökning med viss enkät-trötthet som följd. I några intervjuer framkommer också att man upplevde att fokus "uppifrån" var större 2013 och att det inte var riktigt samma påtryckningar 2015 att alla måste svara. Den låga svarsfrekvensen gör givetvis resultatet mindre tillförlitligt, men utifrån det resultat man fått så har området patient- och informationsöverföring inte förbättrats som tänkt. Man beskriver dock att man arbetat med detta på ett flertal sätt, främst genom att ha ett fortsatt fokus på tillämpandet av Närhälsans remisshanteringsrutin. Detta ligger även i linje med vad som framkommit i intervjuer samt den beslutade internkontrollplanen.

Föreskrifter från beställaren - kommunikation

Problematik kring samverkan och informationsöverföring för patienter med psykisk ohälsa har, förutom i Herrljunga/Vårgårda, uppmärksammats i intervjuerna som ett av de största risk- och problemområdena. Flera av de intervjuade upplever dock att psykiatrin nu också sett

behovet att samverka mer för att minska riskerna med framförallt remisser som sänds fram och tillbaka. En av styrelsens åtgärder för att svara upp mot Närhälsans förtydligade ansvar inom området psykisk ohälsa, att införa care managers/vårdsamordnare, har börjat genomföras på bred front. Minst ett 50-tal av primärvårdsstyrelsens vårdcentraler har anslutit sig till projektet under 2015.

Förvaltningen försöker vara mer konsekventa generellt i att efterfråga information från sjukhusen i samband med överföring av vårdansvar. Förvaltningen har även arbetat vidare med området bättre kvalitet i medverkan i samordnad vårdplanering, främst genom att börja implementera vårdplanering på distans.

2.1.4 Kontroll och uppföljning

I riskanalysen som ligger till grund för primärvårdsstyrelsens internkontrollplan har risken ”Riktlinjer och rutiner för remisshantering följs inte” identifierats, med konsekvensbeskrivningarna ”risk för vårdskada” och ”försämrat förtroende hos patienter och samarbetspartners”. Andra risker som identifierats som också kan påverka den patientrelaterade informationsöverföringen mellan vårdnivåer och vårdgivare är risken för oklara gränssnitt mellan Närhälsan och externa vårdgivare och andra vårdgivare inom VGR, att riktlinjer och rutiner inte följs inför en åtgärd, att en avvikelse inte rapporteras eller utreds i MedControl samt ett flertal risker kopplade till IT- och telefonisystem. För flera av dessa beskrivs risk för vårdskada och försämrade patientsäkerhet kunna bli en konsekvens om det inträffar. Riskerna har alla fått en riskvärdering som innebär att åtgärd ska vidtas. Riskanalysen utgör en grund för plan för internkontroll och har arbetats fram av en arbetsgrupp utsedd av primärvårdsdirektören. Riskanalysen har sedan förankrats i förvaltningsledning och stab, och har beslutats om i styrelsen i samband med beslut om intern kontroll, men styrelsen har inte själva arbetat fram riskanalysen.

Internkontrollplanen beslutades av styrelsen 2015-10-23. Utifrån riskanalysen har ett par områden valts ut som ska granskas särskilt under året. I IK-planen framgår att risken ”Riktlinjer och rutiner för remisshantering följs inte” ska granskas genom uppföljning i MedControl och kartläggning av lokala remissrutiner. Ansvar har samordnande chefsläkare, som ska rapportera till stab och förvaltningsledning. Risken ”Avvikelse rapporteras inte eller utreds inte i MedControl” granskas genom att antal avvikelser/årsarbetare och att antal ärenden som inte är avslutade utifrån ledtid ska följas i MedControl. Även här vilar ansvaret på samordnande chefsläkare som rapporterar till stab och förvaltning. Den mer generella risken ”att riktlinjer och rutiner inte följs inför en åtgärd”, risken för oklara gränssnitt och flera av IT-riskerna är inte föremål för granskning i styrelsens internkontrollplan. Det finns därmed risker från riskanalysen där åtgärd ska vidtas (enligt värderingssystemet) men som inte återfinns i internkontrollplanen. I tjänsteutlåtandet beskrivs att de risker som bedöms som väsentliga ska bilda underlag för den årliga planen för granskning av den interna kontrollen, att de kontroller som väljs ut ska vara möjliga att granska och utvärdera, samt att kontroller inte ska utföras i onödan utan ska ge ett mervärde för verksamheten. Enligt avstämning med representant för stabschefgruppen, vilka bland annat ansvarar för att bereda granskningar och åtgärder, är de risker som valts bort i IK-planen sådana som inte anses möjliga att rent praktiskt följa upp i nuläget.

I IK-planen återfinns också en förteckning av övriga interna kontroller. Några av dessa är kopplade till informationsöverföring mellan vårdnivåer; ”Tid för utskrift av journaldiktat” samt ”Följa utvecklingen av patientsäkerhetskulturen”. Vad gäller journaldiktat är

primärvårdschefen ansvarig för kontroller, men logg-kontroll genomförs av VGR-IT som skickar resultatet till berörd PV-chef månatligen. Hur det ska följas upp på högre nivå är inte klarlagt. Ansvar för att följa utvecklingen av patientsäkerhetskulturen ligger på chefläkare inom respektive område, vilket görs genom patientsäkerhetskulturmätningen. Uppföljning görs av förvaltningsledningen.

Av tjänsteutlåtandet till internkontrollplanen framgår att primärvårdsdirektören har det yttersta ansvaret för genomförandet av granskningar samt åtgärder vid brister i kontrollmiljön och säkerhetskulturen. Uppföljning av intern kontroll ska ske löpande genom ordinarie interna och regionala kontrollmöten samt i möten med regionens revisorer. Till styrelsen rapporteras planen och handlingsplan för åtgärder efter en genomförd granskning i samband med redovisning av delårs- eller årsbokslut, minst en gång per år. Om granskningen av en risk visar på väsentliga brister ska en åtgärdsplan tas fram för att komma tillrätta med bristerna. Åtgärderna bör om möjligt integreras i den löpande operativa verksamheten. Av styrelsebeslut framgår att internkontrollplanen ännu inte återrapporterats (till och med mars 2016), och inga granskningar har ännu återrapporterats till styrelsen.

I intervjuer med chefläkaravdelningen – som har ett övergripande ansvar att arbeta med avvikelser – ser man det som positivt att det i IK-planen nu ingår som kontrollåtgärd att kartlägga samtliga lokala remisshanteringsriktlinjer, då man ansett det vara problematiskt att de lokala riktlinjerna i praktiken tidigare inte kontrollerats förrän någonting hänt. Även de intervjuade i verksamheterna (primärvårdschef och verksamhetschefer) upplever att uppföljning ovanifrån främst sker då verksamheten haft någon avvikelse (t.ex. Lex Maria) och chefläkaravdelningen då blir inkopplad för att göra en händelseanalys. Någon generell uppföljning från övergripande nivå av att man följer rutiner och riktlinjer på vårdcentralerna eller kring kännedomsnivån finns inte, utan det sker i så fall då någonting hänt.

2.2 Bedömning

I detta stycke redovisas bedömningar baserade på de iakttagelser som framkommit i granskningen utifrån frågeställning och revisionskriterier. Därefter presenteras den samlade bedömningen ställt mot syftet samt rekommendationer till granskad styrelse.

2.2.1 Bedömningar per revisionsfråga

1. Finns dokumenterade rutiner och riktlinjer för hur patientrelaterad information ska kommuniceras mellan vårdnivåer och vårdgivare samt inom vårdenheter?

Vad gäller dokumentationshanteringsaspekten av informationsöverföring ställer lagstiftningen avseende remisshantering främst krav på den specifika vårdenheten. Detsamma gäller regionens remissregler. Förvaltningen har dock utifrån dessa föreskrifter tagit fram specificerade, förvaltningsgemensamma rutiner som vårdenheterna har att följa, samt färdiga mallar för hur de lokalt anpassade rutinerna ska se ut. Förvaltningen har därmed identifierat relevanta styrdokument inom remisshantering samt styr förvaltningen utifrån dessa. Vad gäller signering av journaler har förvaltningen inte tagit fram förvaltningsgemensamma rutiner, men i remisshanteringsrutinerna ryms en del sådana åtgärder som kan anses vara hänförliga till andra delen av SOSFS 2008:14; ”bekräftelse av åtgärder som rör patientens vård och behandling”. De vårdcentraler som deltagit i granskningen har både tagit fram egna, lokalt anpassade remisshanteringsrutiner och rutiner för signering av journaler, men beskriver att övergången till Asynja innebär att de flesta lokala rutiner avseende vårdåtgärder, t.ex. för

labsvar och recept, behövde göras om för att anpassas till det nya systemet och att man då saknade övergripande manualer för hur detta skulle göras.

Den handlingsplan inom patientsäkerhet förvaltningen tagit fram uppmärksammas av styrelsen i detaljbudgeten, och man uppmärksammar särskilt överföring av patienter och information. Det finns inget krav från regionen att handlingsplanen måste antas av styrelsen.

Vad gäller kommunikation inom informationsöverföring riktar sig, i likhet med lagstiftningens krav, kraven i KoK-boken till vårdenheten. I styrelsens reglemente slås fast att styrelsen har ansvaret för att vårdenheterna uppfyller kraven och villkoren i KoK-boken. På styrelse- eller förvaltningsövergripande nivå har man dock inte antagit några samlade generella riktlinjer för hur vårdenheterna ska uppfylla KoK-bokens krav. Det går att spåra en mer uppdelad styrning gentemot just dessa krav, vilka berör informationsöverföring, men utan att just KoK-boken anges som identifierat styrdokument. De åtgärder som beskrivs torde om de utförs innebära att KoK-bokens kommunikationskrav inom informationsöverföring uppfylls.

Revisorerna bedömer att de dokumenterade rutiner och riktlinjer som tagits fram avseende remisser skapar förutsättningar för att verksamheterna ska kunna följa de krav som lagstiftning, regionfullmäktige och beställare ställt avseende informationsöverföring. Revisorerna konstaterar att styrningen är något mer fragmentarisk vad gäller andra riktlinjer som styr dokumentationshanteringen, men styrningen vad gäller dokumentationshantering bedöms i stort vara ändamålsenlig. Vad gäller styrning mot kommunikationsaspekterna av överföring av information bedöms denna vara något mer otydlig och därmed inte fullt ut ändamålsenlig.

1a. Efterlevs dessa i verksamheten?

De vårdcentraler som deltagit i granskningen följer de riktlinjer som finns avseende att ta fram egna remissrutiner utifrån de regionövergripande. Som tidigare nämnt finner dock chefläkarna, då de arbetar med avvikelser, ibland problem avseende efterlevnaden av remissriktlinjerna. Antingen att vårdcentralen inte tagit fram anpassade rutiner, att anpassade rutiner inte följer de regionövergripande eller att det finns framtagna, säkra remissrutiner men som inte följts. Chefläkaravdelningen arbetar med vårdcentraler då en avvikelse skett för att säkra, lokala rutiner ska tas fram, men det är VC-chefens ansvar att se till att framtagna riktlinjer är kända. Vad gäller efterlevnad av lokala rutiner för signering av journaler och bekräftelse av andra vårdåtgärder har ett par VC-chefer beskrivit vissa problem. Bland annat då vissa vårdåtgärder ska högprioriteras i systemet, vilket måste ske manuellt och då riskerar att glömmas även fast det finns en rutin för att det ska göras. Vidare beskrivs att då Asynja infördes och det blev ett visst tidsglapp innan samtliga nya lokala rutiner hade hunnit implementeras fick läkarna i uppgift att vara extra noggranna och bevaka sina patienters journaler så att gällande lagkrav och föreskrifter avseende dokumentationshantering fortfarande efterlevdes.

Vad gäller efterlevnaden av handlingsplanen för patientsäkerhetskultur bedöms denna ha hanterats på ett tillfredsställande sätt, utifrån att de flesta åtgärder genomförts såsom beskrivet i planen, även om detta inte påverkat måluppfyllelsen i patientsäkerhetskulturmätningen som förväntat. Att åtgärderna är kända av de intervjuade ute i verksamheterna utan att man hänvisar dem direkt till handlingsplanen indikerar att de är en del av de ordinarie

arbetsprocesserna. Revisorerna bedömer det dock som en brist att det på intranätet finns några riktlinjer som inte längre är gällande.

Vad gäller efterlevnad av KoK-bokens krav på informationsöverföring och samverkan är det tydligt att både styrelse och förvaltning har vidtagit åtgärder under 2015 för att förbättra detta inom flera områden. Både åtgärden att genomföra en del samordnade vårdplaneringar på distans och åtgärden att införa care managers/vårdsamordnare på vårdcentralerna har startats upp. Samordnade vårdplaneringar på distans startade andra halvan av 2015 och projektet med care managers/vårdsamordnare utvärderas första gången sommaren 2016 vilket gör att det inte är möjligt för revisorerna att bedöma den fulla efterlevnaden av åtgärderna. Däremot bedömer revisorerna att efterlevnaden i uppstartsfasen är tillfredsställande.

1aa. Hur säkerställs att informationen når berörda medarbetare?

Primärvårdsstyrelsens förvaltning har en organisation där både den operativa linjeorganisationen och ”medicinska linjen” används för att informera medarbetare om t.ex. riktlinjer och rutiner som berör patientrelaterad informationsöverföring. Ansvar för att medarbetare innehar kännedom om riktlinjer, rutiner med mera ligger främst i den operativa linjen från högsta chefsnivå ned till medarbetarens eget ansvar medan den medicinska linjen står för att samordna kunskap på övergripande nivå och omvärldsbevaka för att kunna uppmärksamma hela organisationen då förändringar sker. Den medicinska linjen kan arbeta med att föra ut kunskap på både förvaltningsövergripande, områdes- eller verksamhetsnivå. Samtliga av de intervjuade har beskrivit organisationen på ett likartat sätt och inga problem har beskrivits kring gränssnitt mellan de två linjerna utan samarbetet beskrivs fungera. Vissa problem finns med intranätet, både sådant som förvaltningen själva kan påverka (icke-giltiga riktlinjer och ”många klick”) och sådant som är regionövergripande problem (sökfunktionen är inte användarvänlig). Chefläkarnas händelseanalyser har visat på att det på vissa vårdcentraler uppstått avvikelser på grund av att man på arbetsplats- eller individnivå inte följt riktlinjer eller rutiner, och ett av de stora hindren för att ta till sig information beskrivs vara brist på tid och/eller resurser.

Revisorerna bedömer att primärvårdsstyrelsens förvaltningsorganisation och förvaltningsstrukturer fungerar ändamålsenligt för att säkerställa att medarbetare har kännedom om de riktlinjer och rutiner som styr verksamheten.

1b. Kontrollerar primärvårdsstyrelsen att rutiner och riktlinjer efterlevs?

Från riskanalysen har primärvårdsstyrelsen i internkontrollplanen beslutat om att särskilt granska och följa upp två av de identifierade riskerna som berör informationsöverföring. I internkontrollplanen har inte samtliga risker som värderats till ”åtgärd ska vidtas” hanterats, då förvaltningen bedömt att vissa av dem inte varit möjliga att följa upp i praktiken.

Revisorerna bedömer att beslut avseende vilka risker som ska åtgärdas bör fattas av styrelsen, då det även är styrelsen som är ansvariga om risken inträffar och innebär negativa konsekvenser. Om styrelsen delar förvaltningens riskvärdering måste styrelsen besluta om hur de allvarligaste riskerna ska hanteras och tillföra erforderliga resurser för att riskerna ska kunna reduceras eller minimeras, alternativt ansvara för konsekvenserna om man inte åtgärdar riskerna. Revisorerna bedömer att styrelsen inom vissa områden vidtagit åtgärder för att kontrollera att rutiner och riktlinjer efterlevs, men att internkontrollarbetet i sin helhet ännu inte är ändamålsenligt fullt ut då det inte är tydligt att det är styrelsen som fattat beslut om vilka risker som ska åtgärdas. Vidare bedömer revisorerna att det är av stor vikt att åtgärden

att kartlägga de lokala remisshanteringsrutinerna genomförs, för att det verkligen ska kunna finnas en övergripande kontroll och möjlighet att arbeta med förebyggande åtgärder innan en avvikelse sker. Att även kartlägga avvikelsearbetet ytterligare för att få kunskaper om hur det ser ut i verksamheterna bedöms viktigt.

2.2.2 Samlad bedömning

Granskningens resultat visar att primärvårdsstyrelsens styrningsprocesser för hur patientrelaterad information kommuniceras vid samverkan med olika vårdnivåer och vårdgivare inom VGR inte är fullt utvecklade. Processens delar, styrning, organisatoriska förutsättningar, efterlevnad och uppföljning, är på plats, men vad gäller styrning och uppföljning är kedjan från styrelsen till verksamheten respektive verksamheten till styrelsen inte fullständig.

Utifrån uppställda revisionskriterier framgår att styrningen från styrelsen är otydlig främst vad gäller KoK-boken 2.5, och styrelsen har inte heller säkerställt en tillräcklig uppföljning inom informationsöverföring enligt KL 6:7, då man inte hanterat samtliga av de risker som värderats som ”åtgärder ska vidtas” i internkontrollplanen. Arbete för att genomföra de åtgärder och aktiviteter som antagits på styrelse- och förvaltningsnivå och som kan kopplas till revisionskriterierna pågår dock i verksamheterna och det bedöms finnas organisatoriska förutsättningar på övergripande nivå för att aktiviteterna ska kunna genomföras. Utifrån granskningens syfte och revisionskriterier bedöms därför primärvårdsstyrelsens arbete med informationsöverföring inte vara fullständigt ändamålsenligt och därmed uppfylls inte kommunallagen 6:7 fullt ut vad gäller informationsöverföring. Styrelsen har dock skapat vissa förutsättningar för att man ska kunna följa de krav som lagar och riktlinjer ställer kring informationsöverföring.

2.3 Rekommendationer

- Primärvårdsstyrelsen rekommenderas att samlat på övergripande nivå identifiera och tydliggöra hur man önskar att verksamheterna ska arbeta för att uppnå KoK-bokens krav och villkor.
- Primärvårdsstyrelsen rekommenderas att tillse att allvarliga risker i riskanalysen hanteras på ett ändamålsenligt sätt.
- Primärvårdsstyrelsen rekommenderas att följa upp resultatet av de planerade åtgärderna i internkontrollplanen.

3. Undertecknande

Anna Ljungkvist
Yrkesrevisor

Bilagor

Bilaga 1 - Revisionskriterier

- Kommunallagen 6 kap 7§:
”Nämnderna skall var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten. De skall också se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt.”
- Hälso- och sjukvårdslag 2a§ 2st:
”Olika insatser för patienten ska samordnas på ett ändamålsenligt sätt.”
- Socialstyrelsen föreskrifter 2004:11, 3§:
”Vårdgivaren skall ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser skall utformas och hanteras.”
- Socialstyrelsens föreskrifter 2008:14, 4 kap 3§:
”Vårdgivaren ska säkerställa att det finns rutiner för signering av journalanteckningar och för bekräftelse av åtgärder som rör patientens vård och behandling.”
- Krav- och Kvalitetsboken 2015, 2.5 Samverkan med patienten:
”Vårdcentralen ska samverka med berörda vårdaktörer, myndigheter, samordningsförbund, organisationer och övriga engagerade personer i patientens vård så att vården uppfattas som en helhet när patientens behov inte kan tillgodoses enbart av vårdgivaren. Försäkringsmedicinska aspekter i vård, behandling och rehabilitering ska integreras i vården och samordnas. Vårdcentralen ska aktivt medverka till att skapa en sammanhållen vårdkedja i syfte att bidra till en väl fungerande vårdprocess utifrån patientens och dess närståendes perspektiv. Vårdcentralen ska aktivt medverka i samordning, samarbete och informationsöverföring mellan specialistvård, öppenvård, kommunal hälso- och sjukvård, tandvård och/eller andra berörda aktörer.”