

Granskning av Utbetalningsunderlag till privata vårdgivare

Dnr: Rev 54-2013

Genomförd av: BDO

Behandlad av Revisorskollegiet den 18 juni 2014



Granskning av Utbetalning till privata specialister

**Läkare och sjukgymnaster enligt
nationella taxan**

FÖRORD

BDO har av revisorerna i Västra Götalandsregionen fått i uppdrag att genomföra en granskning om Västra Götalandsregionen har tillräcklig kontroll av utbetalningsunderlag från externa vårdgivare - läkare och sjukgymnaster på nationella taxan - för att säkerställa att den utbetalning som görs är korrekt.

Vårt arbete och våra bedömningar grundar sig på dokumentanalys, genomförd journalgranskning och intervju med företrädare för hälso- och sjukvården i regionen. Vårt arbete bygger på det grundmaterial som vi har tagit del av och de journaler vi har granskat som varit underlag för våra bedömningar.

Vi vill tacka samtliga personer som medverkat i uppdraget.

Direktör
Öyvind Sunde

Projektledare
Gunn-Henny Dahl

SAMMANFATTNING

Revisorerna i Västra Götalandsregionens har gett BDO AS (BDO) i uppdrag att granska hur fakturor från externa vårdgivare (läkare och sjukgymnaster) kontrolleras så att rätt debitering sker och att inte omedvetna eller medvetna fel förekommer.

Syftet med denna granskning är därför att utreda om Västra Götalandsregionen har tillräcklig kontroll av utbetalningsunderlag från externa vårdgivare med avtal för att säkerställa att den utbetalning som görs är korrekt.

Följande revisionsfrågor har besvarats.

- Finns ett gemensamt regelverk för uppföljning och utbetalning till externa vårdgivare i Västra Götalandsregionen?
- Finns ett tydligt regelverk vid fakturering om vilka uppgifter som ska vara med vid fakturering i samband med utbetalning?
- Görs någon risk- och väsentlighetsanalys som underlag för uppföljning och kontroll där hänsyn tas till resultatet av dessa kontroller?
- Vilka kontrollåtgärder genomförs och vilken kvalitet har dessa? Är kontrollerna ändamålsenliga?
- Vilka åtgärder vidtas vid felaktigheter? Dokumenteras felaktigheter?
- Vilka sanktionsmöjligheter finns vid allvarliga felaktigheter? Har det hänt att sanktioner vidtagits?
- Genomförs några förebyggande åtgärder för att undvika felaktigheter?
- Genomförs kontroller av att de externa vårdgivarnas ekonomiska förvaltning och hantering av skatter och avgifter? Genomförs kontroller ur belastningsregistret för externa vårdgivare?

Vi har funnit att det finns ett gemensamt regelverk för uppföljning och utbetalning till externa vårdgivare i Västra Götalandsregionen i form av en Granskning och attestrutin för Privera . Enligt vår bedömning är den dock inte tillräcklig eftersom vi efterlyser en tydlighet från regionledningen avseende vikten av att utveckla och vidmakthålla en god kontrollmiljö präglad av integritet och etiska värden och att denna kontrollmiljö genomsyrar verksamheten. Vi menar vidare att Granskningsrutinen inte ger ett tillräckligt stöd för vilka åtgärder som ska vidtas om avvikelser upptäcks. Granskningsrutinen bör också omfatta vidareutbildning för tjänstemän med ansvar för granskning av externa vårdgivare och hur man upptäcker omständigheter som avviker i viktiga avseenden.

Vi noterar också att det enligt uppgift saknas samverkansavtal med flera av taxeläkarna och sjukgymnasterna. Även om det inte är nödvändigt med samverkansavtal enligt övergångsbestämmelserna som framgår bl.a. lag om läkarvårdsersättning är situationen bristfällig. Det blir svårt att avgöra vilka villkor som skall gälla för läkarna m-fl.

Vår bedömning är att rutinen för fakturagranskningen som nu föreligger som förslag till beslut inte är tillräcklig för att tydliggöra vilka underlag som skall finnas med för områden som inte omfattar medicinsk service och tolk. Denna slutsats stöds av det faktum att priverahandläggarna uppger att de saknar styr- och stödsystem. Det är enligt vår mening viktigt att priverahandläggarna behandlar alla fakturor och bedömer dess underlag på ett konsekvent och riktigt sätt.

Det förekommer enligt vår bedömning inte någon egentlig risk- och väsentlighetsanalys. Den löpande analysen som genomförs i verksamheten motsvarar inte flera av de krav som man bl.a. enligt COSO bör kunna ställa på en risk- och väsentlighetsanalys.

Kontrollaktiviteterna varierar mellan kontoren. I Göteborg görs exempelvis endast stickprov. Det saknas enligt vår bedömning en strukturerad rutin för hur kontrollerna ska genomföras vilket innebär att kvalitén blir beroende av den enskilde priverahandläggarens erfarenheter och skicklighet. De kontroller som huvudsakligen utförs är av ekonomisk natur och inte medicinsk revision.

BDO hävdar utifrån COSO:s krav på kontrollaktiviteter att Regionen brister i att tillse att det finns en fungerande kontrollmiljö där tjänstemän får tillräcklig upplärning för de uppgifter de är satt att utföra. Det är inte heller tillräckligt att Regionen inte genomför medicinska revisioner, utifrån framtagna analys och prioritering, i syfte att vidta korrigerande och förebyggande åtgärder vid brister och avvikelser hos externa vårdgivare. Resultat av stickprovsgranskning visar att kvaliteten i de granskade journalerna varierade. Bäst var kvaliteten i läkarjournalerna.

Stödsystem saknas för närvarande avseende utförande av kontroll av fakturaunderlag och konsekvensen blir att priverahandläggaren blir utlämnat till att göra egen rimlighetsbedömning av vad som kan anses vara en avvikelse i inkomna underlag.

BDOs slutsats mot denna bakgrund är att kontrollerna inte är tillräckligt ändamålsenliga.

Vi bedömer att de åtgärder som vidtages vid felaktigheter inte är enhetliga och strukturerade. Det är enligt vår bedömning också en allvarlig brist att det i många fall tycks saknas dokumentation om vidtagna åtgärder.

De intervjuade uppger att det saknas sanktionsmöjligheter förutom att hålla inne betalningen om den berörde förlorar sin legitimation. Rätten att hålla inne betalning framgår bl.a. av 17 § lagen om läkarvårdsersättning. Vid intervjuerna har det framkommit att Regionen hittills inte har vidtagit några sanktioner. I det fall avtal finns, skriftligt eller inte, kan avtalslagen tillämpas. Vilka sanktionsmöjligheter som finns är därför beroende av på vilken grund läkaren eller sjukgymnasten får ersättning. Detta faktum stödjer vår tidigare rekommendation om att utreda respektive läkarens och sjukgymnasts juridiska förhållande med Regionen. Det är annars inte möjligt att uttala sig om villkoren för utbetalningen av ersättningen och sanktionsmöjligheterna. I det fall brott har begåtts kan dock alltid sanktioner tillämpas enligt brottsbalken. Det är dock inte Regionen som gör detta utan åklagaren. Regionen kan emellertid i samband med brott begära skadestånd för ekonomisk skada .

Regionen har inte utfört några uppföljande kontroller de senaste fem åren och har inte fastställt några planer på förebyggande åtgärder för att undvika felaktigheter. Det noteras dock att arbetet med förebyggande insatser har påbörjats. Vi vill dock gärna se fastställda rutiner för förebyggande insatser både för etablerade taxeläkare och sjukgymnaster som för nyetableringar. Vi anser att Regionen bör prioritera även förebyggande insatser för att undvika felaktigheter.

I verksamheten finns en informell checklista avseende kontroller av vårdgivarna vid träffande av avtal. Det saknas dock , som vi förstår, en beslutad rutin för vilka kontroller som ska genomföras.

Regionen genomför kontroller av skatter och avgifter vid nyetableringar. Vi bedömer kontrollen i detta avseende tillräcklig. Kontrollen bedöms inte helt tillräcklig vad gäller de som redan har etableringar och praktiserar inom Regionen eftersom Regionen inte har som

rutin att kontrollera dessa avseende skatter och avgifter. Regionen bör också enligt vår bedömning, då det är möjligt, begära upplysningar från belastningsregistret. Detta görs inte idag.

Granskningen av de patientjournaler som genomförts hos de slumpmässigt utvalda externa vårdgivarna har visat på att det stora flertalet vårdgivare både dokumenterar och kassaregistrerar sina vårdkontakter på ett tillfredsställande sätt. Samtidigt har det framkommit brister i journalföringen hos vårdgivare, varav enstaka är av en sådan allvarlig karaktär att patientsäkerheten äventyras och kraven enligt patientdatalagen inte uppfylls.

Vår slutsats är att Västra Götalandsregionen inte har en tillräcklig kontroll av utbetalningsunderlag från externa vårdgivare med avtal för att säkerställa att den utbetalning som görs är korrekt men vi har noterat att ett arbete pågår för att förbättra denna kontroll.

Rekommendationer

Med utgångspunkt i vad som framförts och det underlag i övrigt som redovisas i rapporten lämnar vi följande rekommendationer med sikte på förbättringar av arbetet med att kontrollera och följa upp fakturorna från externa vårdgivare på nationella taxan:

- Utveckla ett systematisk analys- och uppföljningssystem som underlag för uppföljning och kontroll.
- Utveckla kriterier för vad som är väsentligt ur patientsäkerhetssynpunkt och även för vad som är att betrakta som betydande belopp i ersättningssammanhang.
- Vidta åtgärder för att säkerställa patientsäkerheten hos vårdgivare där brister uppmärksammas.
- Utveckla rutiner för olika slag av åtgärder som kan bli aktuella i de fall brister och felaktigheter uppmärksammas.
- Utveckla rutiner för att dokumentera konstaterade avvikelser behöver utvecklas.
- Utveckla en fortlöpande seriositetskontroll av vårdgivare som baseras på aktuella och officiella data behöver utvecklas.
- Utred den juridiska situationen avseende vilka villkor som gäller för respektive läkare och sjukgymnaster för att dessa ska utfå ersättning då samverkansavtal saknas.
- Systematiken i uppföljningen bör också enligt vår mening förbättras. BDO anser att det bör genomföras fler stickprov och granskningar hos vårdgivarna för att uppmärksamma eventuella brister eller motstridande uppgifter i kassaregistrerade vårdkontakter jämfört med vad som har antecknats i patientjournalerna.

Avslutningsvis anser BDO att de vårdgivare som i den här granskningen uppvisar brister bör bli föremål för kompletterande åtgärder.

Innehållsförteckning

Rekommendationer	V
1. INLEDNING	1
1.1. Syfte	1
1.2. Avgränsningar	1
1.3. Revisionsfrågor	1
1.4. Revisionskriterier	2
1.5. Ansvariga nämnder	2
1.6. Projektorganisation	2
1.7. Jävsprövning.....	3
1.8. Metod och genomförande	3
2. ALLMÄNT OM LÄKARE OCH SJUKGYMNASER PÅ NATIONELLA TAXAN.....	4
2.1. Nationella taxan	4
2.2. Förordning om ersättning för fysioterapi (FoF)	5
2.3. Regionens ersättningssystem	6
2.4. Regionens kostnader för läkare och sjukgymnaster - nationella taxan	6
2.5. Ansvariga för kontrollprocessen.....	6
3. DOKUMENT STUDIER OCH INTERVJUER	6
4. Finns ett gemensamt regelverk för uppföljning och utbetalning till externa vårdgivare i västra götalandregionen?.....	7
4.1 Beskrivning.....	7
4.2 Bedömning	7
5. Finns ett tydligt regelverk vid fakturering om vilka uppgifter som ska vara med vid fakturering i samband med utbetalning?	8
5.1 Beskrivning.....	8
5.2 Bedömning	9
6. Görs någon risk- och väsentlighetsanalys som underlag för uppföljning och kontroll där hänsyn tas till resultatet av dessa kontroller?.....	9
6.1 Beskrivning.....	9
6.2 Bedömning	9
7. Vilka kontrollåtgärder genomförs och vilken kvalitet har dessa? Är kontrollerna ändamålsenliga?.....	10
7.1 Beskrivning.....	10
7.2 Bedömning	11
8. Vilka åtgärder vidtas vid felaktigheter? Dokumenteras felaktigheter?	11
8.1 Beskrivning.....	11
8.2 Bedömning	11
9. Vilka sanktionsmöjligheter finns vid allvarliga felaktigheter? Har det hänt att sanktioner vidtagits?	12
9.1 Beskrivning.....	12
9.2 Bedömning	12
10. Genomförs några förebyggande åtgärder för att undvika felaktigheter?	12
10.1 Beskrivning.....	12
10.2 Bedömning	13
11. Genomförs kontroller av att de externa vårdgivarnas ekonomiska förvaltning och hantering av skatter och avgifter? Genomförs kontroller ur belastningsregistret för externa vårdgivare?.....	13
11.1 Beskrivning.....	13
11.2 Bedömning	13
12. Journalgranskning	14
12.1 Inledning	14
12.2 Överensstämmer fakturerade åtgärder med journalanteckning?	14
12.3 Stämmer antalet åtgärder med dem på fakturan?.....	14
12.4 Stämmer antalet besök enligt journal med dem som anges på fakturan?.....	15
12.5 Är uppgivit antal besök rimligt?.....	15
13. SLUTSATS.....	16

1. INLEDNING

En stor del av budgeten som finansierar hälso- och sjukvården fördelas till hälso- och sjukvårdsnämnderna. I Västra Götalandsregionen finns tolv hälso- och sjukvårdsnämnder. Ledamöterna utses av regionfullmäktige.

Hälso- och sjukvårdsnämnderna "beställer" hälso- och sjukvård av olika "utförare" och ska se till att medborgarna har tillgång till den sjukvård de behöver. Vidare träffar nämnderna överenskommelser och sluter avtal med olika verksamheter om det utbud och de insatser som behövs.

Den hälso- och sjukvård som sker i privat regi och är finansierad genom offentliga medel regleras genom avtal av olika slag med regionen som ena parten och vårdgivaren som den andra parten.

Västra Götalandsregionens insyn av externa vårdgivare som ersätts enligt nationell taxa är begränsad jämfört med insynen hos regionens egna vårdgivare. På grund av den begränsade insynen samt att det är väsentliga belopp som utbetalas varje månad görs bedömningen att det här är ett prioriterat riskområde i revisorernas riskbedömning.

Enligt kommunallagen (KL 6 kap, 7 §) ska ansvarig nämnd se till att den interna kontrollen är tillräcklig samt att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredsställande sätt. Det senare gäller oavsett om verksamheten bedrivs i egen regi eller av extern utförare.

1.1. Syfte

Syftet med granskningen är att utreda om Västra Götalandsregionen har tillräcklig kontroll av utbetalningsunderlag från externa vårdgivare med avtal för att säkerställa att den utbetalning som görs är korrekt.

1.2. Avgränsningar

Granskningen avser privata vårdgivare enligt Lag (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LoL), Lag (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LoS). I granskningen ingår inte vårdgivare som är anslutna till vårdvalssystemet.

1.3. Revisionsfrågor

Granskningen har utgått från de revisionsfrågor som preciserats i avropsförfrågan (projektplanen):

- Finns ett gemensamt regelverk för uppföljning och utbetalning till externa vårdgivare i Västra Götalandsregionen?
- Finns ett tydligt regelverk vid fakturering om vilka uppgifter som ska vara med vid fakturering i samband med utbetalning?
- Görs någon risk- och väsentlighetsanalys som underlag för uppföljning och kontroll där hänsyn tas till resultatet av dessa kontroller?
- Vilka kontrollåtgärder genomförs och vilken kvalitet har dessa? Är kontrollerna ändamålsenliga?
- Vilka åtgärder vidtas vid felaktigheter? Dokumenteras felaktigheter?
- Vilka sanktionsmöjligheter finns vid allvarliga felaktigheter? Har det hänt att sanktioner vidtagits?
- Genomförs några förebyggande åtgärder för att undvika felaktigheter? Genomförs kontroller av att de externa vårdgivarnas ekonomiska förvaltning och hantering av skatter och avgifter? Genomförs kontroller ur belastningsregistret för externa vårdgivare?

Revisionsfrågor vid stickprovskontroll av fakturor/fakturaunderlag från externa vårdgivare:

- Överensstämmer fakturerade åtgärder med journalanteckning?
- Stämmer antalet åtgärder med dem på fakturan?
- Stämmer antalet besök enligt journal med dem som anges på fakturan?

-
- Är uppgivet antal besök rimligt?

1.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens slutsatser och bedömningar. Kriterierna kan hämtas i lagar och föreskrifter eller från interna kommunala regelverk, policyer och beslut. Följande revisionskriterier kommer att användas i denna granskning:

1.4.1. Lagar

- Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763).
- Patientdatalagen (2008:355).
- Patientsäkerhetslag (2010:659).
- Lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning (LOL).
- Förordning (1994:1121) om läkarvårdsersättning.
- Lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi (LoF).
- Förordning (1994:1120) om ersättning för fysioterapi.
- Offentlighets- och sekretesslagen (2009:400).

1.4.2. Föreskrifter

- Ändring i föreskrifterna om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvård (SOSFS 2008:14 och SOFS 2013:7)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2011:9) om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete.
- Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2008:14) om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvård.

1.4.3. Interna riktlinjer och styrdokument, exempelvis:

- Budget 2014
- Granskning och attestrutin för Privera, 2014-03-37
- Patientsäkerhetsberättelse 2012

I övrigt har BDO arbetat i enlighet med SKYREVs riktlinjer och vägledning vad gäller revisionsarbete, god sed etc. Vid granskning och bedömning tillämpar vi lagar, föreskrifter och riktlinjer som gäller för aktuell period.

1.5. Ansvariga nämnder

I granskningen kommer följande nämnder att granskas:

- Hälso- och sjukvårdsnämnden Trestad (HSN 3) Uddevalla
- Hälso- och sjukvårdsnämnden Göteborg, centrum-väster (HSN 5) Göteborg
- Hälso- och sjukvårdsnämnden Sjuhärad (HSN 8) Borås
- Hälso- och sjukvårdsnämnden östra Skaraborg (HSN 10) Mariestad
- Hälso- och sjukvårdsnämnden Västra skaraborg (HSN 9) Mariestad

1.6. Projektorganisation

Kontaktrevisorer för revisorskollegiet är Ulf Sjösten och Birgitta Eriksson. Maria Björn på revisionsenheten har det övergripande ansvaret för projektets genomförande. Uppdragsansvarig vid BDO har varit Öyvind Sunde. De konsulter och experter från BDO som har utgjort arbetsgruppen i granskningen har varit Gunn-Henny Dahl, projektledare, Göran Mellbring, Karolina Stridh och Knut Kavli. Journalgranskning har utförts av följande personer med medicinsk expertis: Göran Mellbring och Karolina Stridh. Kvalitetssäkring har gjorts av Öyvind Sunde och Joakim Eriksson.

1.7. Jävsprövning

Särskild prövning av granskningsteamets oberoende har gjorts. Den visar att det inte finns omständigheter som kan rubba förtroendet för teamets opartiskhet och självständighet. Ingen av de medicinska experterna som genomfört journalgranskningarna är heller verksamma inom Västra Götalandsregionen.

1.8. Metod och genomförande

Inledning

Granskningen har genomförts i överensstämmelse med de direktiv som uppdragsgivaren angivit. Vi har analyserat dokument, genomfört intervjuer och stickprov. Vi har vidare tillämpat COSO modellen vid analysen.

COSO

Granskningen har genomförts med en kombination av metoder och med utgångspunkt från COSO-ramverkets krav som är ett vedertaget, globalt ramverk för intern kontroll som innefattar vägledande principer för effektiv riskhantering och intern kontroll. Följande funktioner kommer särskilt uppmärksammas i granskningen: kontrollmiljön, förekomsten av riskbedömning, riktlinjer, ansvars- och arbetsfördelning, kontrollaktiviteter, kommunikation och information samt ansvar för uppföljning.

Kontrollmiljön utgör grunden på vilka de övriga kontrollkomponenterna vilar. Kontrollmiljön skapar de grundläggande förutsättningarna för den interna kontrollen. Viktiga aspekter är riktlinjer, ansvars- och befogenhetsfördelning men även tekniska system och personalens erfarenhet och kompetens.

Riskbedömning handlar om att analysera befintliga risker och att vidta åtgärder för att minimera dessa.

Kontrollaktiviteter är de åtgärder och rutiner som utformats för att förebygga uppkomsten av fel respektive upptäcka och åtgärda fel som inträffat. Kontrollfunktionen innefattar olika typer av åtgärder och ska finnas inbyggda i såväl organisationen som rutiner.

För att enskilda arbetsuppgifter ska kunna utföras på ett tillfredsställande och avsett sätt krävs att personalen har tillgång till aktuell och relevant information och kunskap. Av denna anledning behövs system och rutiner som fångar upp, förmedlar och återför relevant *information* om vad som händer dels internt, dels externt och som har betydelse för verksamheten.

En effektiv *uppföljning* och förvaltning förutsätter att det finns rutiner för att brister rapporteras till ledningen så att åtgärder kan vidtas. Det är ledningens ansvar att göra en lämplig avvägning mellan övervakande funktioner och punktinsatser. I arbetet ingår också att ompröva risksituationen och anpassa kontrollstrukturen till nya förutsättningar.

Intervjuer

Intervjuer har skett med representanter för beställaren för de fyra nämnder som har granskats. Intervjupersoner har varit priverahandläggare, planeringsledare och representanter för hälso- och sjukvårdsledningen. Vi har vid sakgranskningen noterat att det har funnits flera benämningar på de som vi i denna rapport kallar priverahandläggare. Vi har dock valt att behålla begreppet priverahandläggare i brist på ett gemensamt begrepp på denna funktion. Totalt har tolv personer intervjuats.

Stickprovgranskning

Utöver dokumentstudier och intervjuer har granskningen omfattat stickprovgranskning av ett antal journaler. Sekretessförbindelser har upprättats och undertecknats av journalgranskande läkare/sjukgymnast och respektive extern vårdgivare. Granskningen har genomförts utifrån ett granskningsprotokoll. Ett slumpmässigt stickprov innefattande 15 vårdgivare (5 vårdgivare inom sjukgymnastik och 10 läkare) har valts ut med hänsyn till bland annat geografisk spridning och olika slag av avtal. Urvalet har genomförts i samråd med tjänstemän vid de granskade beställarkontoren. En sjukgymnast valdes från HSN 9. Ett utdrag av de 50 första kassaregistreringarna med start från den första arbetsdagen i november månad år 2013, för varje vårdgivare, har jämförts mot journalanteckningar för motsvarande vårdkontakt. Detta innebär att 696 journaler har granskats avseende patientbesökets överensstämmelse mellan kassaregistrerad vårdkontakt och journalanteckning, samt om det medicinska innehållet i vårdkontakten bedömts vara adekvat. I samband med att kontakt togs med de externa vårdgivarna angående journalgranskning bifogades ett frågeformulär för vårdgivarna att besvara kring regelverk och rutiner rörande faktureringsprocessen.

De granskade hälso- och sjukvårdsnämnderna har totalt 254 läkare och sjukgymnaster på Nationella taxan varav 144 är sjukgymnaster och 110 är läkare. Fördelningen är 15 sjukgymnaster och 8 läkare (HSN 3), 91 sjukgymnaster och 91 läkare (HSN 5), 29 sjukgymnaster och 9 läkare (HSN 8) och 9 sjukgymnaster och 2 läkare (HSN 10).

Journalgranskning har skett på plats hos berörda externa vårdgivare i Göteborg, Borås, Mariestad och Uddevalla.

2. ALLMÄNT OM LÄKARE OCH SJUKGYMNASTER PÅ NATIONELLA TAXAN

2.1. Nationella taxan

Nationella taxan enligt *Lagen (1993:1651) om läkarvårdersättning (LOL)* och nationella taxan enligt *Lagen (1993:1652) om ersättning för sjukgymnastik (LOS)* har funnits sedan 1993. LOL och LOS innebär att vårdgivaren har en etablering knuten till egen fysisk person även om själva verksamheten sedan bedrivs i bolagsform. Villkoren för vårdgivarens verksamhet regleras i den aktuella lagen (LOL/LOS) och den ekonomiska ersättningen fastställs i *Förordning (1994:1121) om läkarvårdersättning* och *Förordning (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik*.

Ersättningsnivåerna i taxan förhandlas mellan Sveriges Läkarförbund/Fysioterapeuten och Sveriges Kommuner och Landsting med vissa årliga intervall.

Sedan 1995 har det i princip inte skett några nyetableringar enligt LOL/LOS. Däremot är det sedan 2009 tillåtet att ersättningsetablera, d.v.s. överlåta sin etablering till högstbjudande kollega. Överlåtelseprocessen vid ersättningsetablering hanteras av landstingen/regionen efter anmälan från den säljande parten. Enligt lagen så är det en sluten budgivning och den som lagt högsta budet samt övrigt uppfyller alla villkor vinner upphandlingen. Efter att upphandlingen är avslutad så ska köparen teckna ett samverkansavtal med landstinget/regionen där ytterligare villkor kan regleras. Villkoren får dock inte vara annorlunda än vad som gällt för den säljande parten. Ändras villkoren så måste säljaren ha godkänt detta.

Kraven för att vara verksam enligt LOL/LOS är att verksamheten bedrivs på heltid. Det går inte att samtidigt arbeta för landstinget/regionen eller inom vårdvalet. Möjlighet till vikarie är tillåten vid sjukdom, forskning, vidareutbildning, fackliga eller politiska uppdrag samt inför förestående ålderspension.

Landstingen har laglig rätt enligt lagen om läkarvårdsersättning (§ 25) och lagen om ersättning för fysioterapi (§26) att följa upp verksamheten genom att granska och kontrollera taxeläkarna samt i vissa fall även granska deras patientjournaler.

Enligt förordningen om läkarvårdsersättning (FOL) och förordning om ersättning för sjukgymnastik (FOS) utgår ersättning för olika arvodestyper. De olika arvodena varierar med omfattningen av vårdinsatsen. Privata specialistläkare med ersättning enligt nationella taxan utgör en väsentlig del av den öppna specialiserade sjukvården i Västra Götalandsregionen och speciellt i Göteborgsområdet.

Normalarvode

För att normalarvode ska utgå ska läkarens vårdinsatser ska uppgå till minst ett angivet antal minuter. Tidskravet varierar mellan 20 och 50 minuter per besök i genomsnitt under månaden beroende på läkarens specialitet. Läkarbesöket ska dessutom omfatta patientens egen redogörelse för sin sjukdom samt läkarens bedömning och rådgivning eller information eller behandling med för specialiteten vedertagna behandlingsmetoder.

Enkelt arvode

För enklare undersökningar, behandlingar och rådgivning än vad som anges som normalarvode, som utförs av läkare eller under dennes överinseende, utgår enkelt arvode. Sker rådgivningen per telefon utgår ett lägre arvode för detta.

Särskilt arvode

För särskilt tids- eller kostnadskrävande åtgärder utgår särskilt arvode.

2.2. Förordning om ersättning för fysioterapi (FoF)

Enligt förordningen om ersättning för fysioterapi (FoF) utgår ersättning för olika arvodestyper. De olika arvodestyperna varierar med tidsåtgång och omfattning av åtgärd.

För att normalarvode ska utgå ska sjukgymnastens behandling uppgå till minst 25 eller 20 minuter per besök i genomsnitt under månaden beroende på om sjukgymnasten får ersättning i arvodeskategori A eller B¹.

För enklare undersökningar och behandlingar, som utförs av sjukgymnasten eller av assisterande personal, lämnas enkelt arvode. Särskilt arvode lämnas under förutsättning att sjukgymnasten uppfyller kompetenskraven som finns beskrivna i FOS samt att åtgärderna är särskilt tids- eller kostnadskrävande.

Antalet sjukgymnaster inom Västra Götalandsregionen med möjlighet att debitera särskilt arvode uppgick till 60 vid uppföljning 2009 jämfört med 57 år 2008. Av de sjukgymnaster som har möjlighet att debitera särskilt arvode 2009 varierar andelen mellan noll och 100 procent av det totala antalet besök hos respektive sjukgymnast.

¹ ”Arvodeskategori B avser ensampraktiserande eller samverkande sjukgymnaster med assisterande personal, flera behandlingsrum och kvalificerad utrustning. Arvodeskategori A avser övriga sjukgymnaster.....” (Förordning (1994:1120) om ersättning för sjukgymnastik, 3 §). Den totala ersättningen är högre i kategori B än i kategori A.

2.3. Regionens ersättningssystem

Privera är ett IT-verktyg som används för uppföljning och utbetalning av ersättning till privata vårdgivare. I Privera samlas de uppgifter som vårdgivarna varje månad rapporterar till regionen som underlag för utbetalning av ersättning. Privera innehåller både information om prestationsdata i form av antal besök och åtgärder, vilka patienter som är relaterade till besöken/åtgärderna samt uppgifter om utbetald ersättning. Genom bearbetning av data i Privera går det att för varje läkare ta fram antal besök och åtgärder samt att relatera dessa till en viss tidsperiod.

2.4. Regionens kostnader för läkare och sjukgymnaster - nationella taxan

Läkare och sjukgymnaster med ersättning enligt nationella taxan ersätts per besök. Kostnader för laboratorier- och röntgenverksamhet (medicinsk service) samt läkemedelsförskrivning är så kallad "fria nyttigheter" för läkare enligt nationella taxan, vilket innebär att kostnaderna täcks av hälso- och sjukvårdsnämnderna. Hälso- och sjukvårdsnämndernas totala kostnader 2009 uppgick till 155 MSEK

Total kostnad för HSN 3,5,8 och 10 för läkare 2013 uppgick till 109 MSEK. Totala kostnader för sjukgymnaster för HSN 3,5,8 och 10 för 2013 uppgick till 101 MSEK. I bilaga 2 tabell 1 och 2 ges en översikt över kostnader för läkare och sjukgymnaster för HSN 3,5,8 och 10 för 2013.

2.5. Ansvariga för kontrollprocessen

Kontrollprocessen omfattar flera olika aktiviteter och olika funktioner på operativ och övergripande nivå i regionen. Nedan följer en beskrivning av kontrollprocessorganisation som den har uppgivits av de intervjuade. Deras åsikter om hur den ser ut och funktionerna skiljer sig dock något åt.

Priverahandläggare vid de olika beställarkontoren ansvarar för granskning och kontroll av fakturorna och betalningsunderlag från läkare och sjukgymnaster på nationella taxan.

Planeringsledaren ansvarar för olika beställnings- och avtalsområden. I ansvaret ingår även att genomföra olika former för revision som t ex medicinska revisioner. Vid beställarkontoret i Göteborg finns fyra planeringsledare med ansvar att följa upp och granska läkare och sjukgymnaster på nationella taxan. En av regionens planeringsledare ansvarar för försäljning av etableringar från läkare/sjukgymnaster på nationella taxan. En av planeringsledarna ansvarar även för att hantera ansökan från läkare/sjukgymnaster som av olika skäl har önskemål att reducera tjänstgöringsgraden. Vid Boråskontoret har en av planeringsledarna ansvar för att hantera ansökningar från sjukgymnaster om särskilt arvode.

Regionen har ett team - upphandling privata vårdgivare (UPV) som startades 2010 i Göteborg. UPV teamet är ett sätt att organisera Hälso- och sjukvårdsnämndernas kansli. Hösten 2013 fick teamet ansvar att arbeta med utveckling och förbättring av kontrollen och uppföljning av läkare och sjukgymnaster på nationella taxan för hela regionen. Syftet med teamet är bl. a att främja ett likartat arbetssätt som är regionövergripande med förbättring av uppföljning av vårdgivare på nationella taxan och vårdgivare med vanliga vårdavtal.

3. DOKUMENT STUDIER OCH INTERVJUER

I avsnitt 1.3 redogörs för den metod som är använt i genomförande av uppdraget. I detta avsnitt redovisas resultatet av dokumentstudierna och intervjuerna med tjänstemän i regionen. Det har varit svårt att ta del av aktuella styrdokument och riktlinjer.

Våra svar utgår ifrån revisionsfrågorna med tillämpning av angivna revisionskriterier. BDO bedömer *fakta* mot de *krav/revisionskriterier* som föreligger och sammanfattar analysen under *bedömning*.

Fakta är vad som har framkommit under intervjuer med tjänstemän vid HSNK och vid de granskade beställarkontor för de fyra nämnder som omfattas av uppdraget.

Bedömningen görs utifrån en tregradig skala:

Tillräcklig

Krav/Revisionskriterier bedöms i allt väsentlig vara uppfyllda. Brister kan förekomma.

Inte helt tillräcklig

Krav/Revisionskriterier delvis vara uppfyllda. Det finns allvarliga brister.

Otillräcklig

Krav/Revisionskriterier bedöms inte vara uppfyllda. Det finns mycket allvarliga brister som måste åtgärdas snarast.

4. Finns ett gemensamt regelverk för uppföljning och utbetalning till externa vårdgivare i västra götalandregionen?

4.1 Beskrivning

Regionen har den 27 mars 2014 fattat beslut om ett regelverk i form av en rutin "Granskning och attestrutin för Privera" (nedan Granskningsrutinen).

Granskningsrutinen innehåller de kontrollmoment/attester, och vilken funktion som ansvarar för dem, som ska göras innan vårdgivaren får sin ersättning. Rutinen riktar sig mot de vårdgivare som i dag lämnar sin fil via internet. Dessa vårdgivare ska i dag godkänna densamma i Privera. Filen ska sedan granskas och attesteras för utbetalning. När det gäller de vårdgivare som skickar in kvitton och där SÄS skannar underlagen är det Priverahandläggaren som gör både godkännande av filen samt granskar².

Av intervjuerna har framkommit att flera saknar kännedom om Granskningsrutinen.

Utöver Granskningsrutinen finns enligt de intervjuade samverkansavtal med ett fåtal av taxeläkarna och sjukgymnasterna (som omfattas av granskningen). Orsaken till att det inte finns fler uppges vid intervjuerna vara att många läkare och sjukgymnaster var med från början när taxsystemet infördes. Någon vedertagen rutin att upprätta samverkansavtal fanns enligt uppgift vid intervjuerna inte vid införandet av taxsystemet. Enligt lagen om läkarvårdsersättning m.fl. får ersättning endast utgå om det finns ett samverkansavtal. Enligt övergångsbestämmelser i dessa lagar gäller dock att läkare m.fl. som hade rätt till ersättning innan lagen trädde ikraft behåller denna rätt trots att det saknas samverkansavtal.

I övrigt framgår av intervjuerna att Regionens tillämpar den enligt deras uppfattning strikta regleringen av lagar och förordningar för att styra och följa upp läkare och sjukgymnaster på den nationella taxan.

4.2 Bedömning

Det finns ett gemensamt regelverk för uppföljning och utbetalning till externa vårdgivare i Västra Götalandregionen. Vi bedömer dock att detta regelverk, Granskning och attestrutin för Privera, punkt 1, granskningsansvar, (Granskningsrutinen) inte är tillräckligt på grund av följande orsaker:

² Attestrutin Privera

-
1. Vi anser utifrån COSO modellen att Regionen saknar en god kontrollmiljö för uppföljning och utbetalning till externa vårdgivare eftersom regionledningen inte har markerat att det finns viktiga ruiner att följa. Vi efterlyser en tydlighet från regionledningen i vikten av att utveckla och vidmakthålla en god kontrollmiljö präglad av integritet och etiska värden och att denna kontrollmiljön genomsyrar verksamheten. Vi menar vidare att Granskningsrutinen inte ger ett tillräckligt stöd för vilka åtgärder som ska vidtas om avvikelser upptäcks. Granskningsrutinen bör också omfatta vidareutbildning för tjänstemän med ansvar för granskning av externa vårdgivare och hur man upptäcker omständigheter som avviker i viktiga avseenden.

Vi noterar också att det enligt uppgift saknas samverkansavtal med flera av taxeläkarna och sjukgymnasterna. Även om det inte är nödvändigt med samverkansavtal enligt övergångsbestämmelserna är situationen bristfällig. Det blir svårt att avgöra vilka villkor som skall gälla för läkarna m-fl. Vi rekommenderar att den juridiska situationen utreds avseende vilka villkor som gäller för respektive läkare och sjukgymnaster för att dessa ska utfå ersättning då samverkansavtal saknas.

5. Finns ett tydligt regelverk vid fakturering om vilka uppgifter som ska vara med vid fakturering i samband med utbetalning?

5.1 Beskrivning

Det finns ett förslag till rutin för fakturagranskning. Den är dock varken daterad eller fastställd men enligt uppgift har den lämnats till ekonomichefen på HSNK för godkännande. Även den omnämnda Granskningsrutinen ovan har betydelse avseende faktureringen. Fakturors innehåll regleras i övrigt av bl.a. mervärdesskattelagen och EU-direktiv.

Rutinen för fakturagranskning avser bl.a.

- Gemensamma rutiner för att säkerställa utbetalningar
- Rutinen för fakturagranskning reglerar i första hand granskningen av fakturor avseende medicinsk service och tolk förskrivna av privata vårdgivare som inte har eget kostnadsansvar för dessa tjänster.

Rutinerna är inte specificerad att enbart gälla specialister på nationella taxan. Av intervjuerna med övriga tjänstemän framkommer att handläggare efterlyser styr- och stödsystem i utförande av de kontroller som ska göras av underlag från läkare/sjukgymnaster. Var och en av priverahandläggarna gör sin bedömning av vad och hur kontrollen utförs.

Av lagarna avseende läkarvårdsersättning och ersättning till fysioterapeuter finns viss reglering vad deras rapportering skall innehålla.

Av 17 § lagen om läkarvårdsersättning framgår bl.a.

” En läkare som har läkarvårdsersättning är skyldig att i fråga om all sådan vård visa läkarvårdsräkning för landstinget och redovisa arbetstid, antalet vidtagna åtgärder samt uppgift om patientens bosättningsort. Sådan provtagning och undersökning som avses i 14 § andra stycket 1 skall dock, utan uppgifter om patientens identitet, redovisas särskilt. Läkaren är även skyldig att rapportera till respektive landsting om han eller hon är verksam i två eller flera landstingsområden och skall därvid även ange beräknad omfattning i respektive landstingsområde. Därutöver är läkaren skyldig att själv bevaka när han eller hon når ersättningstak 1 eller ersättningstak 2 och att underrätta landstinget om detta.

Läkarvårdsersättning i motsvarande mån kan innehållas i avvaktan på att sådana uppgifter lämnas som avses i första stycket. Förordning (1997:94).”

Motsvarande bestämmelse finns för fysioterapeuter enligt 16 § lagen om ersättning för fysioterapi:

“16 § En fysioterapeut som har fysioterapiersättning är skyldig att i fråga om all sådan behandling visa räkning för landstinget och redovisa arbetstid, antalet vidtagna åtgärder samt uppgift om patientens bosättningsort. Fysioterapeuten är även skyldig att rapportera till respektive landsting om han eller hon är verksam i två eller flera landstingsområden och ska därvid även ange beräknad omfattning i respektive landstingsområde. Därutöver är fysioterapeuten själv skyldig att bevaka när han eller hon når ersättningstak 1 eller ersättningstak 2 och underrätta landstinget om detta.

Fysioterapiersättning i motsvarande mån kan innehållas i avvaktan på att sådana uppgifter lämnas som avses i första stycket. Förordning (2013:1151).”

5.2 Bedömning

Vår bedömning är att rutinen för fakturagranskningen inte är tillräcklig för att tydliggöra vilka underlag som skall finnas med för områden som inte omfattar medicinsk service och tolk. Denna slutsats stöds av det faktum att priverahandläggarna uppger att de saknar styr- och stödsystem. Det är enligt vår mening viktigt att priverahandläggarna behandlar alla fakturor och bedömer dess underlag på ett konsekvent och riktigt sätt.

6. Görs någon risk- och väsentlighetsanalys som underlag för uppföljning och kontroll där hänsyn tas till resultatet av dessa kontroller?

6.1 Beskrivning

Av intervjuerna har framgått att varken HSNK eller UPV gör någon risk- och väsentlighetsanalys som utgör underlag för kontroll och uppföljning av externa vårdgivare. Verksamheten gör istället en löpande analys och bedömning av vilka åtgärder som ska verkställas mot bakgrund av vad som framkommit i granskning av underlag från läkare/sjukgymnaster. Oftast handlar åtgärderna enligt de intervjuade om att kontakt tas med läkare eller sjukgymnast för att få förklaringar på eventuella avvikelser. Enligt uppgift skickas även brev för att få förklaringar på avvikelser.

6.2 Bedömning

Vår bedömning är den löpande analysen som genomförs i verksamheten inte motsvarar kraven enligt:

COSO: Riskbedömning handlar om att analysera befintliga risker och att vidta åtgärder för att minimera dessa, eller enligt

SOSFS 2011:9, 5 kap 1§, Fortlöpande bedöma om det finns risk för händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet.

Vi menar att Regionen enligt dessa regelverk systematisk behöver analysera risker i syfte att identifiera vilka åtgärder som ska verkställas på kort och lång sikt. En strukturerad och systematisk analys underlättar planering och prioritering av hur resurser i uppföljningen ska användas. Detta är enligt BDOs bedömning nödvändiga faktorer i en risk- och väsentlighetsanalys men som den löpande analysen i huvudsak saknar.

Eftersom den löpande analysen i huvudsak inte omfattar vissa viktiga faktorer menar vi att en risk- och väsentlighetsanalys saknas eller i vart fall inte är tillräcklig.

7. Vilka kontrollåtgärder genomförs och vilken kvalitet har dessa? Är kontrollerna ändamålsenliga?

7.1 Beskrivning

Varje år ska varje taxeläkare och sjukgymnast inkomma med en årsredovisning och patientsäkerhetsberättelse. Enligt uppgift vid intervjuerna saknas tid och resurser i dagsläget för att följa upp detta och det efterfrågas inte heller från HSNK.

Kontoren har olika praxis i sin kontroll och av hur uppföljning och utredning av ev. felaktigheter hos taxeläkare/sjukgymnaster ska genomföras. I Göteborg finns så många taxeläkare/sjukgymnaster att endast stickprov görs av underlagen.

Några krav eller särskild specifikation på hur priverahandläggarna ska granska underlagen från vårdgivarna finns inte. I dagsläget finns inga stödsystem i genomförande av kontrollen. Dock har Regionen fastställt en gransknings - och attestrutin, Granskningsrutinen, se ovan. Det är upp till den enskilda handläggaren att göra bedömningen om vilka underlag som ska finnas och tolkas.

Priverahandläggarna och planeringsledarna får lära sig genom egen erfarenhet men det tar tid att lära sig alla avtalsområden och känna sig trygg i sin bedömning av vad som ”sticker” ut och vad som verkar ”onormalt” i förhållande till tidigare underlag. Nya handläggare har endast stödet från kollegor att tillgå vid osäkerhet. Tjänstemännen uppger att de upplever osäkerhet i utförandet av kontrollen i dag.

Den nationella taxan för läkare och sjukgymnaster ger olika möjligheter för ersättning. Om en priverahandläggare mottager en faktura på kliniska prov och röntgen från en av läkarna, måste priverahandläggaren ha kännedom om de avtal läkaren har med regionen innan fakturan godkänns. Det förekommer att t ex läkare kan få ersättning enligt nationella taxan och även har ett annat avtal med regionen. Den enskilde priverahandläggaren gör en ”rimlighetsbedömning” av det underlag som privata läkare skickar in. Med det menas att de gör en bedömning av om det är ett rimligt antal besök som läkaren har angivit för ersättning.

De som har intervjuats efterlyser mer information och kunskap inom avtalsområdet för att öka sin egen medvetenhet och kompetens i kontrollen och uppföljningen av privata vårdgivare. Priverahandläggarna har initierat ett förbättringsarbete och har utvecklat en rutin som stöd för hur kontrollen ska genomföras. Rutinen har lämnats till Ekonomicheferna på HSNK för godkännande.

De kontrollåtgärder som genomförs har huvudsakligt fokus på kontroll av underlagen för ekonomisk ersättning och utbetalning i enlighet med Granskningsrutinen. Det är enligt uppgift vid intervjuerna, tveksamt i vilken omfattning priverahandläggarna genomför stickprov på utbetalningsunderlag varje månad som de granskar särskilt noga. Vi bedömer det även tveksamt om priverahandläggarna avvaktar med attestering av utbetalningsunderlagen innan de fått återkoppling från planeringsledarna när avvikelser upptäcks. Regionen gör ingen kontroll av den medicinska kvalitén hos taxeläkare/sjukgymnaster. Kontakt tas med vårdgivare om orimligheter upptäcks, som t ex ett högt antal besök/månad per patient. Den vanligaste kontaktformen är per telefon, men även besök genomförs. I samband med besök hos läkare/sjukgymnast får tjänstemännen förklaringar som styrker avvikelser i de underlag som läkaren/sjukgymnasten har skickat in. I vissa fall kontaktas även planeringsledarna för diskussion om hur den fortsatta uppföljningen av vårdgivaren ska genomföras.

Granskningsrutinen omfattar även attestering. Trots det uppges vid intervjuerna att Regionen inte heller har någon likartad praxis för attestering av underlagen som priverahandläggarna granskar. Olika ”funktioner» som ekonom, planeringsledare och även priverahandläggare attesterar underlaget från handläggaren. Efter attestering återgår underlaget till priverahandläggarna för vidare hantering och utbetalning.

De styrkor regionledningen lyfter fram i arbetet med uppföljning och kontroll av taxeläkare/sjukgymnaster är den kompetens de besitter inom området. Systematiken i kontrollen och uppföljningen uppges av de intervjuade vara icke tillfredsställande.

7.2 Bedömning

Kontrollaktiviteterna varierar mellan kontoren. I Göteborg görs exempelvis endast stickprov. Det saknas en strukturerad rutin för hur kontrollernas ska genomföras vilket innebär att kvalitén blir beroende av den enskilde priverahandläggarens erfarenheter och skicklighet. De kontroller som huvudsakligen utförs är av ekonomisk natur och inte medicinsk revision.

BDO hävdar att utifrån COSO:s krav på kontrollaktiviteter att Regionen brister i att tillse att det finns en fungerande kontrollmiljö där tjänstemän får tillräcklig upplärning för de uppgifter de är satt att utföra. Det är inte heller tillräckligt att Regionen inte genomför medicinska revisioner, utifrån framtagna analys och prioritering, i syfte att vidta korrigerande och förebyggande åtgärder vid brister och avvikelser hos externa vårdgivare. Resultat av stickprovsgranskning visar att kvaliteten i de granskade journalerna varierade. Bäst var kvaliteten i läkarjournalerna.

Stödsystem saknas för närvarande avseende utförande av kontroll av fakturaunderlag och konsekvensen blir att priverahandläggaren blir utlämnat till att göra egen rimlighetsbedömning av vad som kan anses vara en avvikelse i inkomna underlag.

BDOs slutsats mot denna bakgrund är att kontrollerna inte är tillräckligt ändamålsenliga.

8. Vilka åtgärder vidtas vid felaktigheter? Dokumenteras felaktigheter?

8.1 Beskrivning

Regionens priverahandläggare upptäcker, enligt uppgift vid intervjuerna, sällan felaktigheter i den löpande granskningen av fakturaunderlag från taxeläkare och sjukgymnaster. I de fall då avvikelser upptäcks i underlagen kontaktar priverahandläggaren planeringsledaren som ansvarar för kontakten med läkare/sjukgymnast. I vissa fall kan priverahandläggaren också kontakta läkare/sjukgymnast för att få förklaring på avvikelser i underlaget.

Det finns enligt uppgift i dagsläget inget dokumentationskrav för upptäckta avvikelser eller felaktigheter.

Priverahandläggarna efterlyser regelbundna möten med planeringsledarna och även återkoppling i samband med att de har rapporterat felaktigheter/avvikelser i de granskade underlagen.

Priverahandläggarna vid kontoret i Göteborg har sådana möten varje vecka.

Det föreligger skillnader inom regionen hur frekvent och vilken kontakt priverahandläggare och planeringsledare har i uppföljning av läkare/sjukgymnast, t ex har de veckomöten vid kontoret i Göteborg. Vid övriga kontor får priverahandläggarna "fånga" planeringsledarna när de är på plats.

Se även vad som ovan har anförts under revisionsfrågan om kontrollåtgärder.

8.2 Bedömning

Vi bedömer att de åtgärder som vidtages vid felaktigheter inte är enhetliga och strukturerade. Det är enligt vår bedömning också en allvarlig brist att det i många fall tycks saknas dokumentation om vidtagna åtgärder.

BDO anser att Regionen har ett förbättrings- och utvecklingsarbete framför sig vad gäller att skapa system för dokumentation och intern kommunikation/ informationsförmedling samt att säkerställa ett likartat arbetssätt och förmedla de rutiner som är fastställda så att de efterlevs i verksamheten.

Vidare saknar vi som nämnts tidigare fler interna och medicinska revisioner. Vi rekommenderar Regionen att prioritera även detta område.

9. Vilka sanktionsmöjligheter finns vid allvarliga felaktigheter? Har det hänt att sanktioner vidtagits?

9.1 Beskrivning

De intervjuade uppger att det saknas sanktionsmöjligheter förutom att hålla inne betalningen om den berörde förlorar sin legitimation. De intervjuade uppger vidare att endast om någon läkare eller sjukgymnast skulle förlora sin legitimation kan avtalet sägas upp. Den ända sanktionsmöjlighet Regionen har enligt dem, är att "hålla" inne utbetalning till vårdgivaren. Enligt de genomförda intervjuerna har detta hittills inte skett.

Vid ett av beställarkontoren har uppföljning av läkare på nationella taxan genomförts i syfte att granska följsamhet till gällande lagar och regelverk (HSN 8). Resultatet av granskningen resulterade i framtagandet av en rapport till ansvarig nämnd men rapporten överlämnades enligt uppgift aldrig till nämnden av ansvarig chef.

Vi har försökt finna dokumentation avseende samverkansavtalen. Det finns en mall för samverkansavtal, om denna är antagen framgår inte. I mallen regleras få villkor utan istället hänvisas till aktuell lagstiftning.

9.2 Bedömning

Rätten att hålla inne betalning framgår bl.a. av 17 § lagen om läkarvårdsersättning, se ovan.

I det fall avtal finns, skriftligt eller inte, kan avtalslagen tillämpas. Avtalslagen innehåller bl.a. villkor för jämkning av oskäligen avtalsvillkor. Det finns också avtalsrättsliga principer med innebörden exempelvis att ett avtal kan hävas vid väsentligt avtalsbrott.

Vilka sanktionsmöjligheter som finns är därför beroende på vilken grund läkaren eller sjukgymnasten får ersättning. Detta faktum stödjer vår tidigare rekommendation om att utreda respektive läkarens och sjukgymnastens juridiska förhållande med Regionen. Det är annars inte möjligt att uttala sig om villkoren för utbetalningen av ersättningen och sanktionsmöjligheterna.

I det fall brott har begåtts kan dock alltid sanktioner tillämpas enligt brottsbalken. Det är dock inte Regionen som gör detta utan åklagaren. Regionen kan emellertid i samband med brott begära skadestånd för ekonomisk skada.

10 Genomförs några förebyggande åtgärder för att undvika felaktigheter?

10.1 Beskrivning

Regionen har enligt uppgift genomfört uppföljning och kontroll vid två tillfällen, år 2007 och 2009. Vid den senaste uppföljningen noterades enligt de intervjuade en markant förbättring av följsamhet till regelverk hos de granskade vårdgivarna. Efter den senaste granskningen år 2009 genomfördes ett möte med Göteborgs privat läkarförening och responsen var positiv. Sedan 2009 har Regionen inte genomfört några särskilda uppföljningar av taxeläkare och sjukgymnaster.

Det finns enligt uppgift planer på att genomföra fler uppföljningar av allmänläkare på nationella taxan.

Av intervjuerna har det framkommit att utmaningen för Regionen är att genomföra målinriktade uppföljningar. Från 2009 tills i dag har de inte haft resurser till det. Orsakerna uppges bero på arbetet med omorganisering av beställarkontoren från fyra till ett beställarkontor och att resurserna för andra delar av sjukvården prioriteras.

I samband med försäljning av etableringar har ansvarig tjänsteman för processen identifierat förbättringsområden som kommer att prioriteras i syfte att förebygga framtida missuppfattningar, felregistreringar och felaktiga utbetalningar till läkare/sjukgymnaster. Områden som kommer att beaktas vid kommande försäljningar är bl. a att tydliggöra krav på köparna om att vara inlästa på lagar och förordningar samt aktuella styrdokument för taxeområdet inför mötet med Regionen i samband med avtalsskrivningen. Tjänstemannens uppfattning är att köparna oftast är dåligt insatta i aktuella lagrum och inte har förstått att en etablering är personlig och således inte ska vara kopplad till företaget.

10.2 Bedömning

Regionen har inte utfört några uppföljande kontroller de senaste fem åren och har inte fastställt några planer på förebyggande åtgärder för att undvika felaktigheter. Det noteras att arbetet med förebyggande insatser har påbörjats. Vi vill dock gärna se fastställda rutiner för förebyggande insatser både för etablerade taxeläkare och sjukgymnaster som för nyetableringar. Vi anser att Regionen bör prioritera även förebyggande insatser för att undvika felaktigheter.

11. Genomförs kontroller av att de externa vårdgivarnas ekonomiska förvaltning och hantering av skatter och avgifter? Genomförs kontroller ur belastningsregistret för externa vårdgivare?

11.1 Beskrivning

I samband med försäljning av etableringar görs enligt uppgift vid intervjuerna kontroller av köparen inför avtalsskrivningen. Under granskningen har det informerats om en checklista som används vid avtalsskrivning med vårdgivare. Checklistan är framtagen som stöd för en person som genomför försäljning av etableringar och uppges endast vara ett internt stöddokument som inte är fastställt av ett kommunalt organ.

Det görs enligt uppgift två legitimationskontroller, dels till Socialstyrelsen för att undersöka om köparen har giltig legitimation och dels till IVO³ för att undersöka om varningar/anmälningar har noterats på köparen. Slutligen görs en kontroll till Skatteverket för att undersöka om vederbörande har obetalda skatter. Det genomförs enligt uppgift ingen kontroll från belastningsregistret.

Vidare framgår av intervjuerna att kontroll av skatter och avgifter ej genomförs av de taxeläkare och sjukgymnaster som redan är etablerade.

11.2 Bedömning

I verksamheten finns en informell checklista avseende kontroller av vårdgivarna vid träffande av avtal. Det saknas dock, som vi förstår, en beslutad rutin för vilka kontroller som ska genomföras.

Regionen genomför kontroller av skatter och avgifter vid nyetableringar. Vi bedömer kontrollen i detta avseende tillräcklig.

Kontrollen bedöms inte helt tillräcklig vad gäller de som redan har etableringar och praktiserar inom Regionen eftersom Regionen inte har som rutin att kontrollera dessa avseende skatter och avgifter.

³ IVO

Regionen bör också enligt vår bedömning, då det är möjligt, begära upplysningar från belastningsregistret eftersom det inte görs idag.

12. Journalgranskning

12.1 Inledning

Hos en vårdgivare genomfördes ingen journalgranskning då denna vårdgivare inte var villig att delta utan att få en skriftlig förklaring från högsta ledningen i regionen. Hos samtliga vårdgivare förutom en har totalt 50 journalanteckningar granskats. Hos en vårdgivare granskades endast 46 journalanteckningar (på grund av slut på reservpatienter- läkare f).

Bedömningen görs utifrån följande skala;

Tillfredsställande

Krav/Revisionskriterier bedöms i allt väsentlig vara uppfyllda. Brister kan förekomma.

Ej helt tillfredsställande

Krav/Revisionskriterier delvis vara uppfyllda. Det finns allvarliga brister.

Otillfredsställande

Krav/Revisionskriterier bedöms inte vara uppfyllda. Det finns mycket allvarliga brister som måste åtgärdas snarast.

12.2 Överensstämmer fakturerade åtgärder med journalanteckning?

Krav/Revisionskriterie	Fakta	Bedömning
Patientdatalagen: 3 kap. 1§. Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. 3 kap. 3§. Skyldighet att föra patientjournal har den som enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt förordnande att utöva visst yrke. VGRs rutin: Granskning och attestrutin för Privera.	Läkare De fakturerade åtgärderna överensstämmer med journalanteckningarna för samtliga granskade läkare. Sjukgymnaster Fakturerade åtgärder överensstämmer för fyra av de granskade sjukgymnasterna. För en sjukgymnast fanns inga journaler - det var inget att granska fakturerade åtgärder mot vad som skulle finnas i journal.	Bedöms <u>tillfredsställande</u> . Granskningen av de nio läkare ger ingen misstanke om att dessa läkare använt taxan på ett otillbörligt sätt. Bedöms tillfredsställande för 4 av 5 sjukgymnaster. För en sjukgymnast bedöms fakturerade åtgärder som <u>otillfredsställande</u> . Vederbörande får kritik då denna bryter mot patientdatalagen genom inte ha upprättat patientjournaler.

12.3 Stämmer antalet åtgärder med dem på fakturan?

Krav/Revisionskriterie	Fakta	Bedömning
Patientdatalagen: 3 kap. 1§. Vid vård av patienter ska det föras patientjournal. 3 kap. 3§. Skyldighet att föra patientjournal har den som enligt 4 kap. patientsäkerhetslagen (2010:659) har legitimation eller särskilt	Läkare I samtliga fall stämmer antalet åtgärder med vad som har debiterats. Däremot är det svårt att exakt bedöma om återbesöken är motiverade. Vissa patienter kräver uppmärksamhet och har en hög vårdkonsumtion. Detta kan noteras även i annan offentlig verksamhet, inte minst på akutmottagningar.	Bedöms <u>tillfredsställande</u> .

förordnande att utöva visst yrke.

Sjukgymnaster

Fakturerade åtgärder stämmer för tre av fem vårdgivare (sjukgymnast a-b-e) och för merparten av journalanteckningar för sjukgymnast d (saknas endast 1 journalanteckning, kan vara iförd på fel datum). En vårdgivare hade inga journaler alls (sjukgymnast c). Det fanns således inget att granska.

Bedöms tillfredsställande för 4 av 5 sjukgymnaster.

Bedöms otillfredsställande för en sjukgymnast. Vederbörande får kritik då denna bryter mot patientdatalagen genom inte ha upprättat patientjournaler.

VGRs rutin:
Granskning och
attestrutin för Privera

12.4 Stämmer antalet besök enligt journal med dem som anges på fakturan?

	Fakta	Bedömning
VGRs rutin: Granskning och attestrutin för Privera	För de granskade läkare och sjukgymnaster stämmer besöksregistreringen mot vad som är angivet på granskningsunderlaget.	Bedöms tillfredsställande

12.5 Är uppgivit antal besök rimligt?

Krav/Revisionskriterie	Fakta	Bedömning
VGRs rutin: Granskning och attestrutin för Privera	<p>Läkare I inget av de nio fall som har granskats dominerar dubbeltider. Beträffande psykiatri finns inget säkert underlag att konstatera att dubbel tid krävts för patientens vård.</p> <p>Sjukgymnaster Tre av de granskade sjukgymnasterna (sjukgymnast a-b och e) bedöms ha ett rimligt antal besök och det stämmer väl när de angett särskild ersättning. Av journaldokumentation bedöms att de haft en ny besöksbedömning som tar mer tid eller en test/uppföljande bedömning som tar mer tid i anspråk. Vad gäller antal besök för sjukgymnast c och d bedöms det för vissa dagar inte vara rimligt av vad som dokumenterad i journal. <u>Sjukgymnast d</u> hade 30 besök per dag (normalarvode) för de två granskade dagarna (1/11, 4/11) vilket innebär 10-12,5 h patientarbete per dag. <u>Sjukgymnast c</u> hade 9 besök (1/11) och 27 besök (4/11) och 20 besök (5/11). Denna sjukgymnast berättade i samband med journalgranskningen att flera parallellbehandlings hade genomförts för flera patienter men missat ange det på underlagen och</p>	<p>Bedöms tillfredsställande.</p> <p>Bedöms <u>ej helt tillfredsställande</u>.</p> <p>Av granskningen framkommer att 2 av 5 granskade sjukgymnaster hade många besök per dag.</p>

ville gärna rätta till det i efterhand om så önskas. Om parallellbehandling anges blir det mer rimligt att hinna med 27 patienter på en dag.

13. SLUTSATS

Syftet med denna granskning är att utreda om Västra Götalandsregionen har tillräcklig kontroll av utbetalningsunderlag från externa vårdgivare med avtal för att säkerställa att den utbetalning som görs är korrekt.

Vi har funnit att det finns brister i Regionens rutiner avseende kontroll och uppföljning av externa vårdgivare som omfattas av denna granskning. Vi har dock noterat att det på tjänstemannanivå vid beställarkontoren pågår ett förbättrings- och utvecklingsarbete. Beställarkontoren har också ett pågående arbete med att få till ett likartat arbetssätt inom Regionen för hur kontroll och uppföljning ska genomföras.

Processen med försäljning av etableringar framstår som tydlig och med ett klart syfte att förebygga felaktigheter och missförstånd när nya vårdgivare köper en etablering.

Granskningen av de patientjournaler som genomförts hos de slumpmässigt utvalda externa vårdgivarna har visat på att det stora flertalet vårdgivare både dokumenterar och kassaregistrerar sina vårdkontakter på ett tillfredsställande sätt. Samtidigt har det framkommit brister i journalföringen hos vårdgivare, varav enstaka är av en sådan allvarlig karaktär att patientsäkerheten äventyras och kraven enligt patientdatalagen inte uppfylls.

Vår slutsats är att Västra Götalandsregionen inte har en tillräcklig kontroll av utbetalningsunderlag från externa vårdgivare på nationella taxan för att säkerställa att den utbetalning som görs är korrekt men att ett arbete pågår för att förbättra denna kontroll.

Bilaga 1 Resultat Stickprovsgranskning

Tabell 3: Fördelningen av besökstyp i kassa totalt för alla granskade läkare

Besökstyp i kassa	Antal journaler
Enkelt arvode	2
Normalarvode	317
Särskilt arvode	74
Telefonrådgivning	46
Övrigt	7
Summa	446

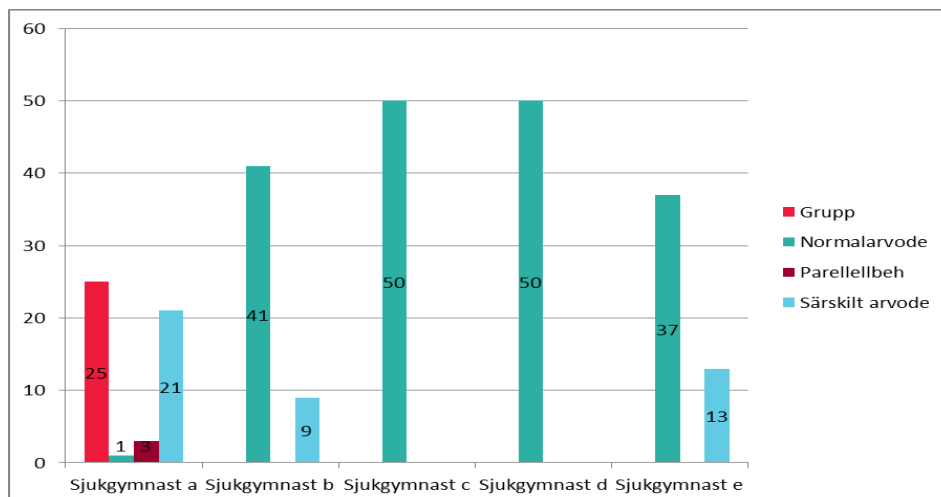
Tabell 4: Fördelningen av besökstyp i kassa för varje läkare

Verksamhet	Enkelt arvode	Normalarvode	Särskilt arvode	Telefonrådgivning	Övrigt	Totalsum
Läkare a	0	44	6	0	0	50
Läkare b	0	39	11	0	0	50
Läkare c	1	15	6	21	7	50
Läkare d	0	48	2	0	0	50
Läkare e	0	34	16	0	0	50
Läkare f	0	2	23	25	0	50
Läkare g	0	39	7	0	0	46
Läkare h	0	50	0	0	0	50
Läkare i	1	46	3	0	0	50
Summa	2	317	74	46	7	446

Tabell 5: Fördelningen av besökstyp i kassa totalt för alla granskade sjukgymnaster

Besökstyp i kassa	Antal journaler
Grupp	25
Normalarvode	179
Parellbeh	3
Särskilt arvode	43
Summa	250

Figur 1: Fördelningen av besökstyp för varje granskad sjukgymnast



Tabell 6: Fördelningen av besökstyp i kassa för varje sjukgymnast

Verksamhet	Grupp	Normalarvode	Parelllellbeh	Särskilt arvode	Totalsum
Sjukgymnast a	25	1	3	21	50
Sjukgymnast b	0	41	0	9	50
Sjukgymnast c	0	50	0	0	50
Sjukgymnast d	0	50	0	0	50
Sjukgymnast e	0	37	0	13	50
Summa	25	179	3	43	250

Bilaga 2

Tabell 1: HSN 3,5,8 och 10 kostnader för läkare (2013)

Gällande HSN 9 redovisas inga kostnader i och med att endast en person ingick i granskningen

Läkare på nationella taxan			
Nämnd	Specialitet	Nettokostnad	Total kostnad
HSN 3	Allmänmedicinare	450 180,00	583 100,00
	Gynekologi	1 193 080,00	1 389 400,00
	Ortopedi	135 942,00	180 342,00
	Ögon	812 413,00	1 040 473,00
	Öron, näsa, hals	2 593 465,00	2 984 305,00
HSN 3 Summa		5 185 080,00	6 177 620,00
HSN 5	Allmänmedicinare	13 087 987,00	16 172 147,00
	Anestesi	945 084,00	948 684,00
	Barnmedicin	2 672 755,55	2 694 762,00
	Gynekologi	11 946 359,00	13 606 678,00
	Hud	4 585 481,00	5 432 631,00
	Invärtes medicin	6 758 119,00	7 934 149,00
	Kirurgi	8 559 456,00	9 685 356,00
	Ortopedi	3 676 563,00	4 315 913,00
	Psykiatri	8 601 764,00	9 333 484,00
	Ögon	4 504 238,00	5 333 983,00
	Öron, näsa, hals	5 779 637,00	6 533 637,00
HSN 5 Summa		71 117 443,55	81 991 424,00
HSN 8	Allmänmedicinare	6 320 809,00	7 737 287,00
	Gynekologi	2 016 892,00	2 315 152,00
	Hud	4 269 320,00	4 968 030,00
	Invärtes medicin	1 900 832,00	2 192 532,00
HSN 8 Summa		14 507 853,00	17 213 001,00
HSN 10	Gynekologi	1 900 551,00	2 185 331,00
	Psykiatri	1 511 598,00	1 588 398,00
HSN 10 Summa		3 412 149,00	3 773 729,00
Totalsumma		94 222 525,55	109 155 774,00

Tabell 2: HSN 3,5,8 och 10 kostnader för sjukgymnaster

Sjukgymnast på nationella taxan			
Nämnd	Specialitet	Nettokostnad	Total kostnad
HSN 3	Sjukgymnastik a Summa	625 320,00	687 060,00
	Sjukgymnastik b Summa	13 858 554,00	15 266 184,00
03 Summa		14 483 874,00	15 953 244,00
HSN 5	Sjukgymnastik a Summa	13 268 420,00	14 266 530,00
	Sjukgymnastik b Summa	30 680 266,00	33 066 096,00
HSN 5 Summa		43 948 686,00	47 332 626,00
HSN 8	Sjukgymnastik a Summa	10 309 790,00	11 095 790,00
	Sjukgymnastik b Summa	15 235 188,00	16 699 378,00
HSN 8 Summa		25 544 978,00	27 795 168,00
HSN 10	Sjukgymnastik a Summa	356 654,00	367 184,00
	Sjukgymnastik b Summa	9 153 467,00	9 984 087,00
HSN 10 Summa		9 510 121,00	10 351 271,00
Totalsumma		93 487 659,00	101 432 309,00

Bilaga 3

Sammanfattande bedömning av läkarna

Vid granskningen fås en god uppfattning om vederbörandes kompetens och seriositet. Det kan inte uteslutas vid journalgranskning att besöket inte är påhittat. Total kontroll innebär kontakt med patienten vilket inte låter sig göras.

Kvaliteten på journalerna bedöms överlag vara av god kvalitet.

Helhetsbedömning: 442 journaler bedöms vara adekvat, tre tveksamma och uppgift saknas på en.

Vårdgivare: Läkare a, HSN 8. 20140424

Samlad bedömning:

Mottagningen bedrivs i för verksamheten lämpliga lokaler. Läkare a dikterar sina journaler. Journalföringen är av god kvalitet, lättläst och innehåller vad som kan krävas. Det finns en tendens att patienter som varit kända under många år får lapidariska anteckningar. I två fall har anteckning inte skett vid tidpunkten för besöket. De har rekonstruerats men innehållet är fragmentariskt. Det finns dock tillfredsställande anteckningar före och efter respektive besök. Samtliga anteckningar är signerade.

Man får intrycket av ett kvalificerat medicinskt omhändertagande. Remitteringar ter sig adekvata. Även återbesöksfrekvensen ter sig adekvat.

Såsom kan bedömas vid journalgranskning fås intrycket att patienterna får en god vård vid mottagningen. Det finns inga indikationer på otillbörlig tillämpning av nationella taxan (SFS 1994:1121 med uppdateringar).

Vårdgivare: Läkare b, HSN 10. 20140422

Samlad bedömning:

Mottagningen bedrivs i för verksamheten lämpliga lokaler. Läkare b dikterar sina journaler. Journalföringen är av god kvalitet, lättläst och innehåller vad som kan krävas. Samtliga anteckningar är signerade. Det ska konstateras att en journalanteckning är oklar och svårförstådd. Mottagningsanteckningar finns både före och efter.

Man får intrycket av ett kvalificerat medicinskt omhändertagande. Remitteringar ter sig adekvata. Även återbesöksfrekvensen ter sig adekvat.

Såsom kan bedömas vid journalgranskning fås intrycket att patienterna får en god vård vid mottagningen. Det finns inga indikationer på otillbörlig tillämpning av nationella taxan (SFS 1994:1121 med uppdateringar).

Vårdgivare: Läkare c, HSN 10. 20140423

Samlad bedömning:

Mottagningen bedrivs i för verksamheten lämpliga lokaler. Läkare c dikterar sina journaler. Journalföringen är av god kvalitet, lättläst och innehåller vad som kan krävas. Samtliga anteckningar är signerade utom ett telefonsamtal med recept. Granskningsmaterialet innehåller sju barnmorskebesök. Anteckningarna ter sig adekvata. En anteckning saknar signering.

BDO får intrycket av ett kvalificerat medicinskt omhändertagande. Remitteringar ter sig adekvata. Även återbesöksfrekvensen ter sig adekvat.

Såsom kan bedömas vid journalgranskning fås intrycket att patienterna får en god vård vid mottagningen. Det finns inga indikationer på otillbörlig tillämpning av nationella taxan (SFS 1994:1121 med uppdateringar).

Vårdgivare: Läkare d, HSN 5. 20140502

Samlad bedömning:

Mottagningen bedrivs i för verksamheten lämpliga lokaler. Läkare d skriver själv sina journaler i datasystem. Samtliga granskade anteckningar är signerade. Terapin bedrivs i form av samtal. Vid förstagsbesöket skrivs noggrann och omfattande grundjournal. Dokumentering av respektive samtal är mer kortfattad. När terapin upphör skrivs en sammanfattande "slutanteckning". Journalföringen är av god kvalitet, omsorgsfull, fyllig och lättläst samt innehåller vad som kan krävas. Dock saknas i stort sett genomgående en tydlig nedtecknad diagnos. Diagnosnummer finns i debiteringsunderlaget. Hos tre patienter kan man i grundjournalen inte finna någon tydlig diagnos.

Man får intrycket av ett kvalificerat medicinskt omhändertagande.

Såsom kan bedömas vid journalgranskning fås intrycket att patienterna får en god vård vid mottagningen. Det finns inga indikationer på otillbörlig tillämpning av nationella taxan (SFS 1994:1121 med uppdateringar). Det ska dock konstateras att tidsåtgången, som kan medföra högre taxa, är svår att bedöma vid journalgranskning. Dock tillämpas "Besök överstigande 2 x 50 minuter bara vid två tillfällen i granskningsmaterialet.

Vårdgivare: Läkare e, HSN 3. 20140417

Samlad bedömning:

Mottagningen bedrivs i för verksamheten lämpliga lokaler. Läkare e dikterar sina journaler. Journalföringen är av god kvalitet, lättläst och innehåller vad som kan krävas. Samtliga anteckningar är signerade. Det ska konstateras att en journalanteckning saknas på en patient som varit på mottagningen. Mottagningsanteckningar finns både före och efter. Det finns ingen notering i journalen att anteckningen saknas.

Man får intrycket av ett kvalificerat medicinskt omhändertagande. Remitteringar ter sig adekvata och innefattar även second opinion. Återbesöksfrekvensen ter sig adekvat

Såsom kan bedömas vid journalgranskning fås intrycket att patienterna får en god vård vid mottagningen. Det finns inga indikationer på otillbörlig tillämpning av nationella taxan (SFS 1994:1121 med uppdateringar).

Vårdgivare: Läkare f, HSN 10. 20140422

Samlad bedömning:

Mottagningen bedrivs i för verksamheten lämpliga lokaler. Läkare f skriver själv sina journaler, som förvaras i pappersformat. Journalföringen är av god kvalitet, omsorgsfull, fyllig och lättläst samt innehåller vad som kan krävas. Det ska konstateras att en journalanteckning är otydlig och svårtolkad.

Man får intrycket av ett kvalificerat medicinskt omhändertagande. Remitteringar ter sig adekvata och innefattar även second opinion genom diskussion med en privatpraktiserande kollega. Återbesöksfrekvensen ter sig adekvat för patienternas behov

Såsom kan bedömas vid journalgranskning fås intrycket att patienterna får en god vård vid mottagningen. Det finns inga indikationer på otillbörlig tillämpning av nationella taxan (SFS 1994:1121 med uppdateringar). Det ska dock konstateras att tidsåtgången, som kan medföra högre taxa, är svår att bedöma vid journalgranskning.

Vårdgivare: Läkare g, HSN 8. 20140422

Samlad bedömning:

Mottagningen bedrivs i för verksamheten lämpliga lokaler. Läkare g dikterar sina journaler. Journalföringen är av god kvalitet, lättläst och innehåller vad som kan krävas. Samtliga anteckningar är signerade. De granskade journalanteckningarna är i princip invändningsfria. Granskningsunderlaget består av fjorton sjuksköterskebesök. Det visar sig att det rör sig om ordinerade ljusbehandlingar av psoriasispatienter. Dessa sker på standardiserat sätt i serie och besöken noteras för hand i en särskild bok. När serien avslutats skrivs en journalanteckning. Det är knappast rimligt att bedöma dessa besök. Då det endast finns tio reservpatienter (varav en är ljusbehandlad) består bedömningsmaterialet av 46 besök.

Man får intrycket av ett kvalificerat medicinskt omhändertagande. Remitteringar ter sig adekvata. Även återbesöksfrekvensen ter sig adekvat.

Såsom kan bedömas vid journalgranskning fås intrycket att patienterna får en god vård vid mottagningen. Det finns inga indikationer på otillbörlig tillämpning av nationella taxan (SFS 1994:1121 med uppdateringar).

Vårdgivare: Läkare h, HSN 3. 20140429

Samlad bedömning:

Mottagningen bedrivs i för verksamheten lämpliga lokaler. Läkare h dikterar sina journaler. Journalföringen är mestadels av god kvalitet, lättläst och innehåller vad som kan krävas. Dock saknas oftast rubriken diagnos. Detta innebär att man måste söka diagnosen i texten eller gå till en tidigare journalanteckning. I tre fall föreligger en otydlig diagnos. Journalanteckningarna är inte signerade. Dock har läkare h signerat samtliga laboratoriesvar som granskats.

Man får intrycket av ett kvalificerat medicinskt omhändertagande. Remitteringar ter sig adekvata. Återbesöksfrekvensen ter sig adekvat.

Såsom kan bedömas vid journalgranskning fås intrycket att patienterna får en god vård vid mottagningen. Det finns inga indikationer på otillbörlig tillämpning av nationella taxan (SFS 1994:1121 med uppdateringar). Till exempel har flera spirometriundersökningar korrekt debiterats enligt normaltaxa. Det kan också påpekas att läkare h inte debiterar telefonsamtal

Vårdgivare: Läkare i, HSN 5. 20140505

Samlad bedömning:

Mottagningen bedrivs i för verksamheten lämpliga lokaler. Läkare i var vid aktuella tiden deltid barnledig. Läkarens mottagning har därför i stor omfattning uppehållits av läkare NN, som haft 36 av de granskade mottagningsbesöken. Läkare i har haft 13 besök. Ett besök har skett hos barnmorska.

Journalföringen är av god kvalitet, lättläst och innehåller vad som kan krävas. Det är ingen väsentlig skillnad mellan de två läkarna. Dock är inte alltid diagnosen direkt utskriven. I tre fall av läkare NNs anteckningar och i ett fall av läkare i finns dåligt underlag för diagnos. Journalerna är dikterade. Samtliga anteckningar är inte signerade. Man får intrycket av ett kvalificerat medicinskt omhändertagande. Remitteringar ter sig adekvata. Även återbesöksfrekvensen ter sig adekvat.

Såsom kan bedömas vid journalgranskning fås intrycket att patienterna får en god vård vid mottagningen. Det finns inga indikationer på otillbörlig tillämpning av nationella taxan (SFS 1994:1121 med uppdateringar).

Bilaga 4

Sammanfattande bedömning av sjukgymnaster

Journalanteckning finns i 644 fall vilket motsvarar 92,5 procent av samtliga granskade fall. Journalanteckning saknas i 52 fall, varav 50 kommer från samma vårdgivare. Innehållet i journalerna bedöms vara tunt och kortfattat för 33 av de granskade 644 journalerna där journalanteckning finns, alla från samma vårdgivare - sjukgymnastik (sjukgymnast d).

Det medicinska innehållet i vården anses vara adekvat i 642 fall. I tre utav journalerna saknas en bedömning. I 50 granskade journalanteckningar bedöms dessa vara bristfälliga. Samtliga är från en och samma vårdgivare.

Sjukgymnast a - HSN 5

Sjukgymnast a är sjukgymnast sen många år tillbaka och har vidareutbildat sig inom Feldenkrais. Sjukgymnasten har två olika mottagningar och jobbar således några dagar i veckan på varje plats.

Mottagningen ligger i en lägenhet. Det finns ett stort rum där sjukgymnasten kan ha gruppverksamhet samt ett behandlingsrum för bedömning och individuell behandling. Lägenheten inrymmer även väntrum samt ytterligare ett behandlingsrum som sjukgymnasten tidigare haft uthyrt till annan terapeut, men i nuläget har sjukgymnasten bara sin egen verksamhet i lägenheten. I det stora rummet som används för gruppverksamhet har sjukgymnasten även träningsutrustning med en hel del dragapparater och sekvensutrustning för styrketräning.

Sjukgymnast a arbetar huvudsakligt med komplexa patienter med långvarig smärtproblematik och psykosomatiska besvär. Eftersom många patienter har långvariga och komplexa problem finns det ofta inga snabba lösningar, sjukgymnasten har därmed många patienter som går i längre perioder. Feldenkraismetoden bygger på att man jobbar mycket med gruppverksamhet, vilket sjukgymnasten ser är bra för patienterna då man ger varandra mycket i gruppen. Grupperna är löpande och enligt metodiken behöver alltså inte alla börja och sluta samtidigt, vilket bedöms bra eftersom det ger en större flexibilitet att slussa in nya patienter i grupperna och avsluta dem när det är lämpligt.

Sjukgymnast a har datorjournalssystemet "Wineazy", men använder dock enbart datorjournalen för att registrera patientbesöken och har i övrigt alla journalhandlingar i pappersform. I samband med nybesöket tar sjukgymnasten en ordentlig anamnes, undersökningstatus samt sammanfattar en bedömning och lägger upp en behandlingsplan. Sjukgymnast a skriver löpande dag anteckningar om behandlingsåtgärder, hur det går för patienten samt uppföljning. Jag bedömer att sjukgymnastens pappersjournaler innehåller väsentliga uppgifter såsom anamnes, undersökningstatus, bedömning, mål, planering, åtgärd. I några enstaka fall är nybesöksanteckningen flera år gammal och det finns ingen färskt undersökningstatus. Kan vara så att det inte har förändrat sig avseende patientens problematik och det är anledningen till att det inte är gjort en ny status. Sjukgymnasten har en del kompletterande status i dagteckningarna.

Sjukgymnast b - HSN 10

Arbetar med 5 andra sjukgymnaster samt 1 assistent/receptionist. Har ett stort och välutrustat gym samt tillgång till bassäng i närheten. Har en del avancerad testutrustning för bättre möjlighet till specifik utvärdering. Sjukgymnasterna på rehab centret har mycket vidareutbildning

Många av patienterna kommer på remiss från ortopedkliniker t.ex. korsbandsrekonstruktioner, frakturer, plastiker mm. De har mycket idrottare som går på rehab efter olika skador.

Sjukgymnast b ger ett mycket seriöst intryck och verkar vara en välutbildad och mycket strukturerad sjukgymnast. Sjukgymnast b jobbar mycket med bedömning, test och träning har även akupunktur

Journalerna är kortfattade men tydliga bra. Nybesöksanteckningar finns alltid med **Anamnes, Status, Bedömning, Åtgärd och Planering** samt ibland förtydligande gällande Målsättning. Sjukgymnast b har mycket specifika tester och följer upp och utvärderar träningen under träningsperiodens gång. Skriver tydligt i dag anteckningarna hur träningen fungerar och vilka förändringar som görs i programmet. Sjukgymnast b jobbar med evidensbaserade metoder och det går tydligt att följa i journalen vilken bedömning hon gör samt vad behandlingsserien ska syfta till.

Remisser, journalkopior och andra inkommande handlingar som rör patienterna sparas i pärmar då de i nuläget inte kan scanna in sådana dokument i datorjournalen. Även alla träningsprogram sparas i dessa pärmar med samtliga ändringar och olika versioner.

Sjukgymnast b har god ordning på när hon tar ut särskild ersättning för vissa besök, dessa besök syns det tydligt i journalen att hon antingen gjort en nybesöksbedömning eller genomfört särskilda tester som tar mer tid. Sjukgymnast b har också rimligt antal besök per dag för att verkligen ge patienterna den tid de har rätt till.

Sjukgymnast c - HSN 10

Sjukgymnasten driver eget företag. Mottagningen ligger i ett privat hus. Sjukgymnastens sammanboende hjälper med bokföringen/registrering av patienter i datasystemet. Sjukgymnast jobbar ensam på mottagningen. Sjukgymnasten har 3 behandlingsrum så att det kan behandlas flera patienter parallellt. Sjukgymnasten jobbar i stort sett uteslutande med elektroterapi, såsom kortvåg, stötvåg, laser, TENS mm. Sjukgymnast c har nästan bara patienter med långvariga/kroniska besvär och många av de patienter som går till sjukgymnasten går där nästan jämt. Eftersom patienterna har besvär av den karaktär som de inte blir av med, blir behandlingen en sorts kortsiktig lindring av besvären. Sjukgymnast c har nästan inga patienter som kommer på remiss (1 på 1000) utan flertalet av patienter som kommer har hört talas av sjukgymnasten via vänner och bekanta. Många av de som kommer till sjukgymnast c har tidigare gått hos andra sjukgymnaster och behandlare.

Sjukgymnast c jobbar alltså helt med passiv behandling, sjukgymnast c har ingen träningsutrustning på mottagningen och instruerar inte heller några hemträningsprogram. Kan dock uppmuntra patienten till fysisk aktivitet t.ex. stavgång.

Sjukgymnast c har ingen direkt vidareutbildning och har inget avtal om särskild ersättning.

Sjukgymnast c har endast registrering av besök i sitt datasystem, sjukgymnasten har ingen datorjournal. Den enda journal som finns är i en liten plastlåda med kort i A-5 format där patienternas personnummer, adress, telefonnummer finns angivet. På dessa kort finns också ofta 2-3 rader angivet om vad patienten söker för, på vissa kort finns bara personnummer, adress och telefon. Korten är inte daterade varför man därmed inte kan säga när de upprättades och om det fortfarande är samma åkomma som patienten kommer för som den sökte för första gången (när kortet skrevs) eller om patienten nu går för några andra besvär. Det finns inget angivet om undersöknings status och vilken bedömning som gjorts. Om patienten lämnat in en kopia på ett röntgenutlåtande har denna kopia häftats ihop med kortet. Eftersom i stort sett inga patienter kommer på remiss har sjukgymnasten inga remisser att hantera.

Sjukgymnast c berättar att de har upptäckt att de gjort fel i registreringarna i samband med denna granskning. Dom har angett alla besök som normalarvode trots att många besök borde ha satts upp som parallellbehandling. Sjukgymnasten meddelar dock att ekonomiskt har det ingen betydelse då de får ut samma ersättning. Den ena dagen (4/11) som BDO granskade sjukgymnasten hade de 27 besök och för att hinna så många besök på 1 dag förstår man att sjukgymnasten måste ha haft många parallellbehandlingar.

Sjukgymnast d - HSN 8

Sjukgymnast d driver Rehab direkt tillsammans med sin kollega. De är 3 sjukgymnaster som arbetar tillsammans. De har en välutrustad träningslokal samt 4 behandlingsrum.

De har även en KBT-terapeut som de samarbetar med och erbjuder multimodal rehabilitering (MMR) för patienter med smärta inom ramen för Rehabiliteringsgarantin och därmed får särskild ersättning. Jag hittade dock inga patienter i denna granskning som fått insatser i form av MMR.

De får patienter från många olika läkare samt även många patienter som söker utan remiss. Inkommande handlingar såsom remisser mm scannas in i journalen. De använder journalsystemet WinEazy. Träningsprogram skrivs på papper och sparas i pärm.

Sjukgymnast d har god ordning och all kassaregistrering stämmer helt korrekt. Sjukgymnast d gör en nybesöksanteckning med en kort anamnes och status samt en planering av åtgärder vid varje ny behandlingsserie. Det finns också dag anteckningar som är signerade vid samtliga besök. (förutom ett missat besök, vilket kan inträffa)

Behandlingsåtgärderna som erbjuds är oftast individuell träning samt akupunktur, TEMS och värme. Sjukgymnast d utvärderar inte behandlingsinsatserna på något strukturerat sätt t.ex. med olika typer av tester eller andra utvärderingsinstrument. Som ett exempel finns patient med axelfraktur där det inte finns någon tydlig beskrivning av rörelseförmåga och funktion under eller efter rehabiliteringsperioden. De utvärderingar som går att finna i journalen består endast i uttalanden om att patienten upplever sig bättre.

Flera besök bedöms tveksamt vid bedömning av **status** och **bedömning** och det beror på att undersökningsstatusen ofta är mycket tunna och kortfattade och där det inte finns angivet vilka tester som genomförts. Likaså anges inte vilken bedömning av patientens problem som är kommit fram till (t.ex. det finns bara en beskrivning av var patienten har ont men inte någon funktionsdiagnos eller tydlig bedömning) När dessutom många dagars anteckningar endast består av texten: *"Individuell träning med viss assistans/övervakning"*, blir det svårt att följa hur träningen fungerar och vilket syfte och mål som träningen/behandlingen har. Om dagteckningarna hade varit mer fylliga hade man där kunnat få mer information. I några av de granskade journalerna är nästan alla dag anteckningar *"Behandling som tidigare"* eller *"Individuell träning med viss assistans/övervakning"*

Eftersom journalen är så tunn och övergripande skriven så är det svårt att bedöma kvaliteten på innehållet i behandlingsinsatserna. Den första dagen BDO granskar finns 30 patienter på samma dag; den 1/11, och ytterligare 30 patienter den 4/11. Om sjukgymnast d avsätter minst 20-25 minuter per patient så skulle det innebära en arbetsdag på mellan 10 -12,5 timmar.

Sammanfattningsvis kan man väl säga att sjukgymnast d uppfyller kraven på journalföring enligt lagen men BDO tycker ändå att man måste rikta kritik mot sjukgymnastens journaler då de är mycket tunna och dag anteckningarna består av mycket automatanteckningar med exakt samma formulering ibland flera månader i sträck.

Sjukgymnast e - HSN 3

Arbetar tillsammans med ytterligare 1 sjukgymnast. Lokalerna ligger belägna i en träningsanläggning och de använder alltså det gym som finns i träningsanläggningen för sina patienter.

Sjukgymnast e ger ett mycket seriöst och kunnigt intryck och har god vidareutbildning. Sjukgymnasten får många patienter på remiss samt vissa som söker direkt. Remisser journalkopior och andra inkommande handlingar samt träningsprogram som rör patienterna sparas i pärmar.

Sjukgymnast e jobbar med bedömning, träning och annan behandling i form av mobilisering, akupunktur, stötvåg mm.

Vid Nybesök anger sjukgymnasten tydligt Anamnes, Undersökningsstatus, Bedömning och Behandlingsplan. Sjukgymnast e följer upp patienterna och använder specifika tester i samband med bedömning och uppföljning.

Sjukgymnast e har god ordning på när det tas ut särskild ersättning för vissa besök, dessa besök syns det tydligt i journalen att sjukgymnasten antingen gjort en nybesöksbedömning eller genomfört särskilda tester som tar mer tid. Sjukgymnast e har också rimligt antal besök per dag för att verkligen ge patienterna den tid de har rätt till.

Tydliga och bra journaler.