


Granskning av remissprocessen

Region Jönköpings län

Februari 2017



Ulrika Stränge
Anders Hellqvist

EY

Innehåll

Sammanfattning	3
1. Inledning	5
1.1. Bakgrund	5
1.2. Syfte	5
1.3. Avgränsning	6
1.4. Revisionskriterier.....	6
1.5. Metod	6
2. Styrande regelverk och forum kring remissprocessen	7
2.1. Regionens styrdokument för remissprocessen.....	8
2.2. Regionen har en egen riktlinje för hur fast vårdkontakt ska erbjudas.....	8
2.3. Koordineringen mellan sjukhus och primärvård sker främst via faktadokumentet.....	9
3. Remissprocessen	10
4. Remittering från vårdcentralerna till sjukhusen	11
4.1. Bedömning	12
5. Remissmottagning vid specialistklinikerna	13
5.1. Bedömning	15
6. Egen vårdbegäran	16
6.1. Bedömning	16
7. Komplexa sökorsaker	17
7.1. Bedömning	17
8. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer	19
8.1. Sammanfattande bedömning.....	21
Bilaga 1: Förteckning över intervjuade funktioner	24
Bilaga 2: Beskrivning av remissprocessen vid granskade enheter	3

Sammanfattning

EY har på uppdrag av regionens revisorer genomfört en granskning av remissprocessen med fokus på remissflödet mellan vårdcentraler och sjukhusens specialistmottagningar.

Den sammanfattande bedömningen är att remissprocessen mellan vårdcentraler och sjukhusens specialistmottagningar i flera avseenden fungerar väl. Remisser kan enkelt skickas elektroniskt i de flesta fall, det vanligaste är att remissmottagare bedömer remisser varje vardag eller flera gånger i veckan, vårdadministratörer bevakar ofta både inkommande och skickade remisser och remisser kommer sällan på avvägar. Arbetsfördelning mellan vårdgivare och informationskraven i remisserna finns dokumenterade på ett tydligt och standardiserat sätt i faktadokumentet som uppdateras av faktagrupper.

Remissflödet kan emellertid stoppas upp om remisserna inte signeras i tid. Även om det finns reservrutiner händer det inte sällan att remisser fördröjs i veckor vilket är olyckligt ur patientens synvinkel.

Med tanke på hur viktigt detta informationsflöde är för effektiviteten i vården är remissprocessen ostyrd både centralt i regionen och på verksamhetsnivå. Med ostyrd avses brist på dokumenterade rutinbeskrivningar och målsättningar om ledtider. Vissa vårdcentraler och vuxenpsykiatri har tydliga och dokumenterade beskrivningar av hur remissprocessen ska fungera och vem som får göra vad. Men det är allt för många enheter inom sjukhusen som förlitar sig till muntlig överföring av kunskap om hur remisser ska hanteras. Socialstyrelsen ställer krav på att varje verksamhet ska ha aktuella och dokumenterade rutiner för hur remisser ska hanteras och vem som får göra vad. Detta krav är långt ifrån uppfyllt och bör åtgärdas.

Bedömningen är vidare att regionen och framför allt patienterna skulle vinna mycket på att "felaktiga" remissflöden analyserades och åtgärdas. Många remisser behöver kompletteras, vid vissa verksamheter avböjs en stor del av olika skäl och vissa av faktadokumentet tolkas olika av remittent och remissmottagare. Dessa "felaktiga eller bristfälliga" remisser tar stor tid i anspråk för kritiska kompetenser och förlänger ledtiden för patienterna.

Bedömningen är också att patienter som har komplexa sökorsaker och som behöver kontakt med flera specialiteter för att ställa diagnos och utforma lämplig behandling inte får hjälp med att koordinera och samordna vården. Vid vissa vårdcentraler tilldelas patienter som ofta besöker vården en patientansvarig läkare eller sjuksköterska. Rättigheten att begära fast vårdkontakt är dåligt känd bland sjukvårdspersonalen men regionens egna riktlinjer ger bilden av en ambitiös hållning i linje med Patientlagen.

Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer till Nämnden för folkhälsa och sjukvård

1. Säkerställ att alla verksamheter har dokumenterade och kända rutiner för hur remisser ska hanteras. Rutinerna bör vara lokala och svara upp emot kraven i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2004:11.
2. Vidtag åtgärder för att identifiera remissflöden med stora andelar avböjda remisser för att minimera dessa. Modern verksamhetslogistik visar att stora vinster kan göras även vid mindre minskningar av "felprocenten". Inom vissa remissflöden är nästan hälften av remisserna avböjda vilket genererar väsentligt mycket icke-värdeskapande arbete. Det kan även påverka tillgängligheten till besök eftersom onödiga resurser går till att bedöma sådana resurser.
3. Säkerställ att åtgärder vidtas för att efterleva vad Patientlagens stipulerar om fast vårdkontakt. Det finns redan en bra utformad riktlinje inom regionen som inte tillämpas eller följs upp.
4. Säkerställ att remisser inte stannar upp på grund av utebliven signering.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Remiss betyder ” handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient” enligt Socialstyrelsens termbank. Remissprocessen utgör därmed en för patienten mycket central administrativ process vars kvalitet kan få avgörande betydelse för diagnos och behandlingseffektivitet. Socialstyrelsen har utfärdat en föreskrift (SOSF2004:11) där både remittentens och remissmottagarens ansvar definieras. I Jönköpings län krävs ingen remiss inom den specialiserade vården, förutom till ögonsjukvården där vuxna (18 år och äldre) behöver remiss från en optiker eller läkare. Man behöver också remiss för att komma till specialisttandvården.

1.2. Syfte

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om Nämnden för folkhälsa och sjukvård har säkerställt att remisser hanteras på ett ändamålsenligt sätt utifrån patientens perspektiv.

Följande revisionsfrågor har belysts i granskningen:

- ▶ Finns rutiner för remisshantering som följs och som svarar upp emot Socialstyrelsens föreskrift?
- ▶ Finns det målsättningar på övergripande och/eller verksamhetsnivå för remissprocessens olika ledtider?
- ▶ I vilken utsträckning finns det system för att upptäcka remisser som inte skickas, icke besvarade remisser, antalet avböjda remisser eller andra fel i remissprocessen?
- ▶ Får patienten tillräcklig information om remissprocessens olika faser, delaktighet och möjligheten till fast vårdkontakt?
- ▶ Finns det tillräcklig information för patienter som vill göra egen vårdbegäran (egenremiss) till specialist?
- ▶ Är åtgärder vidtagna för att säkerställa ändamålsenligt informationsinnehåll för att undvika kompletteringar?
- ▶ Är åtgärder vidtagna för att minimera antalet remisser som avböjs och går tillbaka till remittenten utan åtgärd?
- ▶ Finns det någon koordinerande funktion för patienter vars remissprocess blir eller kan antas bli komplex och innehållande flera aktörer?
- ▶ Görs analyser av hur remissprocessen fungerar utifrån ett jämställdhetsperspektiv?

- ▶ Vilka åtgärder vidtas av remittenten om patientens tillstånd förändras under väntetiden till nybesöket hos remissmottagaren?

1.3. Avgränsning

Granskningen omfattar inte s.k. SVF-märkta remisser d.v.s. remisser där remittenten misstänker cancerdiagnos. Granskningen berör inte heller remisser till provtagning och bilddiagnostik. En ytterligare avgränsning är att granskningen endast berör remisser som skickas och bedöms av läkare. Remittering sker även mellan andra yrkesgrupper.

1.4. Revisionskriterier

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser, slutsatser och bedömningar. Revisionskriterier kan ofta hämtas från lagar och förarbeten, föreskrifter och interna regelverk, policys och fullmäktigebeslut.

I denna granskning har revisionskriterierna utgjorts av:

- ▶ Hälso- och sjukvårdslagen (1982:763)
- ▶ Patientsäkerhetslag (2010:659)
- ▶ Socialstyrelsens föreskrift Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- ▶ Informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:14)
- ▶ Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11)
- ▶ Patientlag (2014:821)
- ▶ ”Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig”, Handbok för vårdgivare, chefer och personal. Aktuell från 1 januari 2015 (Socialstyrelsen)

1.5. Metod

Granskningen bygger på analys av regionens och verksamheternas styrande dokument samt på intervjuer med chefer, remissbedömare, sjuksköterskor, vårdadministratörer, chefläkare och utvecklingsansvariga. På operativ nivå har intervjuer gjorts i Jönköping och Värnamo och valda specialiteter är neurologi, reumatologi, vuxenpsykiatri och ortopedi.

2. Styrande regelverk och forum kring remissprocessen

I detta avsnitt beskrivs Socialstyrelsens och regionens dokument som styr hanterandet av remisser

En remiss är en skriftlig (oftast digital) handling som innebär att någon som ansvarar för en patient antingen begär en tjänst från annan funktion eller begär att någon annan ska överta ansvaret för patientens omhändertagande. I det första fallet kan tjänsten vara en konsultation från annan specialist eller begäran om en röntgenundersökning eller analys av prover. I det andra fallet avser remissen en begäran om att en annan vårdinstans övertar ansvaret för vården av patienten.

I vissa fall är diagnosen ställd och remissen innebär då en begäran om behandling. I andra fall remitterar en läkare patienten till en annan specialist för att undersöka patientens tillstånd för att kunna ställa rätt diagnos.

År 2004 fastställde Socialstyrelsen en föreskrift (SOSFS 2004:11) som avser kraven på den som skickar en remiss och den som tar emot remissen. Vårdgivaren, som kan vara en fysisk eller juridisk person, skall ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser skall utformas och hanteras. Den som är verksamhetschef vid remitterande eller mottagande enhet är ansvarig för att det finns fastställda rutiner för de remisser som hanteras inom området. Tabellen nedan anger vilka dokumenterade rutiner som ska finnas inom verksamhetsområdet.

Remitterande enhet	Mottagande enhet
Vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser	Hur remisser skall tas emot och registreras
Hur remisserna skall registreras och sändas	Hur och i vilka fall den remitterande enheten och patienten skall få besked om att remissen mottagits och när den kommer att åtgärdas
Bevakning av att remissvar kommer in inom godtagbar tid	Vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss inte kan ges inom meddelad tid
Vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss dröjer eller uteblir	Hur remissvaren skall registreras och sändas
Hur remissvaren skall tas emot och registreras	

Det framgår också av föreskriften att remittering och bedömning av remisser ska ske av "personal med formell och reell kompetens". Det innebär bland annat att medicinska sekreterare kan inneha funktioner som att sortera remisser till olika subspecialiteter.

2.1. Regionens styrdokument för remissprocessen

På RJL:s intranät finns en riktlinje för hantering av remisser i Cosmic och som är generell för hela regionen. Riktlinjen är tämligen detaljerad och innehåller dels instruktioner för hur remisser ska hanteras i Cosmic dels de krav som Socialstyrelsens föreskrift ställer. Kopplingar till denna riktlinje görs i kommande avsnitt.

Det finns även en riktlinje "Samverkan mellan primärvården och övrig specialistsjukvård inom landstinget i Jönköpings län" (2012). Där betonas vikten av samtliga vårdcentralers ansvar för en väl samordnad vårdprocess. "Samverkan mellan vårdgivare ska bedrivas på ett sådant sätt att patient och närstående upplever vården som en helhet". Riktlinjen är fastställd av hälso- och sjukvårdsdirektören och generella riktlinjer är:

- ▶ *Att visa ömsesidig respekt i remissumgänget.*
- ▶ *Att patientens vård inte fördröjs eller patientsäkerheten äventyras på grund av omständlig hantering av remisser.*
- ▶ *Att såväl muntliga som skriftliga råd om handläggning både vad gäller utredning och behandling, kan ges utan att behandlingsansvaret övertas.*
- ▶ *Att remittering/vårdbegäran ska ske enligt anvisningar för Cosmic. Det innebär bland annat att enbart journalanteckning för vidimering, bevakning eller epikris inte gäller som remiss.*
- ▶ *Att den vårdgivare som initierat en undersökning eller provtagning i allmänhet själv ansvarar för uppföljning, svar och vidare handläggning. Uppföljning hos annan vårdgivare måste ske via korrekt utformad remiss*

Här finns även riktlinjer för inremitterande och remissmottagande vårdgivare som reglerar kommunikation, ansvar för information i remissen, vem som ska ta vilka prover m.m.

2.2. Regionen har en egen riktlinje för hur fast vårdkontakt ska erbjudas

I samband med att den nya patientlagen infördes 2015 klargjordes även att patienten har rätt till en fast vårdkontakt "om hon eller han begär det eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet". Det kan alltså vara relevant för de patienter som har komplexa sökorsaker och där vårdprocessen kan antas beröra ett flertal olika specialiteter. Fast vårdkontakt är inte detsamma som fast läkarkontakt inom primärvården.

RJL har tolkat lagen som att det är vårdgivarens och aldrig patientens ansvar att samordna insatser från olika enheter. Verksamhetschefen har ansvaret att utforma rutiner och modeller som gör det möjligt att uppfylla bestämmelsen om fast vårdkontakt. Riktlinjen anger att "eftersom det är verksamhetschefen som har ansvaret för den fasta vårdkontakten begränsas även vårdkontaktens ansvar till det av verksamhetschefens ansvarsområde". Lite längre fram i riktlinjen anges att om patienten har

flera fasta vårdkontakter är det den fasta vårdkontakten i den verksamhet där patienten har sin huvudsakliga vård som har ett samordningsansvar. Detta framgår även av Socialstyrelsens handbok för vårdgivare, chefer och personal (2015).

Länk till RJL Plus

<http://intra.rjl.se/infopage.jsf?childId=60931&nodeId=69822&nodeType=12>

2.3. Koordineringen mellan sjukhus och primärvård sker främst via faktadokument

Region Jönköpings län har sedan ett antal år tillbaka byggt upp ett allmänt kunskapsstöd för regionen. Det ska fungera som ett länsgemensamt beslutsstöd i det grundläggande medicinska arbetet. Faktadokumentet är praktiskt inriktade och utformas av multiprofessionellt sammansatta "Faktagrupper" som arbetar på uppdrag av de medicinska programgrupperna. Faktadokumentet fastställs efter granskning av referensgrupper och Faktas redaktion samt av respektive medicinsk programgrupp. Det finns faktadokument inom 20 områden och innehåller både medicinska riktlinjer för bedömning och riktlinjer för vårdnivåer och arbetsfördelning. Inom området för psykisk hälsa för vuxna finns det 15 dokument och två av dem handlar om samverkan och fördelning av akuta patienter mellan sjukhus och primärvård.

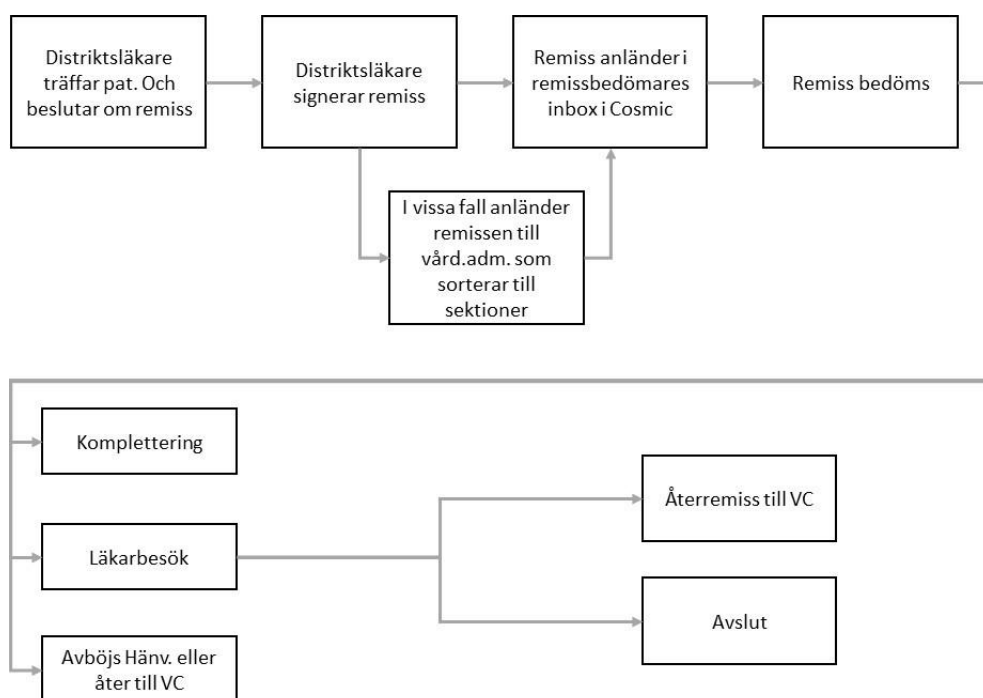
Likaså innehåller faktadokumentet för reumatologi (4 st) beskrivning av vårdnivå, d.v.s. vad primärvård respektive sjukhus ska göra, när remiss ska skickas och vad den ska innehålla för information. Samma sak gäller för faktadokumentet för neurologi och ortopedi.

I intervjuerna är de allra flesta positiva till faktadokumentet som medel för att samverka mellan primärvård och sjukhus. När samspelet inte fungerar mellan sjukhuskliniken och vårdcentral trots faktadokumentet är orsakerna i huvudsak två. En orsak är att primärvårdens läkare inte alltid känner till faktadokumentets existens och de är ju väldigt många att hålla reda på. Den andra förklaringen kan vara att remissbedömaren vid sjukhuset och distriktsläkaren inte tolkar innehållet på samma sätt. Det gäller bland annat för vuxenpsykiatri och reumatologi visar granskningen.

Faktadokumentet finns även tillgängliga för patienter på regionens externa hemsida.

3. Remissprocessen

Remissprocessen mellan primärvården och sjukhusens specialistmottagningar kan på ett övergripande plan beskrivas enligt figuren nedan.



Remisser skickas även i omvänd riktning när patienten är färdig behandlad vid sjukhuset men kan behöva besöka vårdcentralen för efterkontroller eller annan behandling. Utöver dessa remisser skickas även remisser inom sjukhuset för konsultation av annan specialist för ineliggande patient.

4. Remittering från vårdcentralerna till sjukhusen

I detta avsnitt beskrivs de viktigaste iakttagelserna från intervjuer med vårdcentraler och utvecklingsansvarig inom BRA LIV. Detaljerad beskrivning av remissförfarandet vid granskade vårdcentraler finns i bilaga 2.

Det mest omfattande flödet av remisser sker från vårdcentraler till sjukhusklinikerna. En vårdcentral kan skicka flera tusen remisser varje år men det varierar beroende på hur många läkare det finns och hur många patienter som är listade vid vårdcentralen. I regelboken som beskriver kraven på en vårdcentral framgår att vårdcentralen ska följa Socialstyrelsens föreskrift som beskrevs ovan. I övrigt finns det inga specifika krav på hur snabbt remisser ska hanteras.

Iakttagelser från vårdcentralerna:

- ▶ Det är upp till respektive vårdcentral att utforma **egna riktlinjer** för hur remisshanteringen ska ske. Vid de granskade vårdcentralerna finns rutinbeskrivningar som uppdateras varje år. På övergripande nivå finns det i regionen den riktlinje som beskrivits ovan, "Samverkan mellan primärvården och övrig specialistsjukvård...". I de riktlinjer vi granskat finns det beskrivningar som väl uppfyller de krav som finns i Socialstyrelsens föreskrift.
- ▶ När det gäller **ledtider** finns det inga formella eller generella krav på ledtider. I de övergripande riktlinjerna påtalas att remisser ska ske utan dröjsmål. Det vanliga är att remisser skickas samma dag eller dagen efter. Det händer dock att läkaren beslutar om att remittera en patient till sjukhus men att remissen signeras dröjer efter det att vårdadministratören skrivit ut diktatet. I många fall bevakar vårdcentralens vårdadministratörer att signering sker eller att remissen skickas i alla fall alternativt att en annan läkare signerar remissen. I intervjuerna med sjukhusklinikerna framgår dock att det inte är helt ovanligt att remisser blir fördröjda av detta skäl, ibland flera veckor. Det finns i Cosmic inte någon automatisk signal som indikerar att en remiss fastnat på vårdcentralen. Den remissbedömande läkaren vid sjukhuskliniken kan se att remissen är på gång men inte signerad. Denne kan även när remissen anländer se när läkarbesöket skedde på vårdcentralen.
- ▶ Andelen **remisser som avböjs** varierar starkt mellan olika specialiteter vilket beskrivs i nästa avsnitt där remissmottagande enheter beskrivs. Främst är det remisser till vuxenpsykiatri som avböjs men även till reumatologin och neurologin. Både vårdcentraler och sjukhuskliniker har tillgång till statistik över antalet avböjda remisser. Statistiken är inte uppdelad i remisser som avböjs för att de behöver kompletteras, om patienten hänvisas till annan

specialitet eller om bedömningen är att patienten lämpligast ska omhändertas inom primärvården. Statistiken för avböjda remisser används inte i det kontinuerliga utvecklingsarbetet.

- ▶ **Bevakning** av att remissvar kommer in görs av remitterande läkare. Remissvaret kan dröja avsevärd tid eftersom svaret inte skrivs förrän mottagande enhet träffat patienten. Den remitterande läkaren kan i Cosmics "beställningsstatus" se hur långt fram patienten kommit för att få en tid för remissbesök. Det behövs därför en anledning för att den remitterande läkaren ska gå in och hur långt remissen kommit. Vårdcentralen Habo har en rutin att be patienten höra av sig till vårdcentralen om denne inte hört av den mottagande enheten inom 2 – 3 veckor.
- ▶ **Faktadokumentet** är det viktigaste medlet för att kvalitetssäkra informationsinnehållet i remisserna och uppfattas i sin helhet fungera bra enligt intervjuerna med vårdcentralerna. Då det uppkommer tolkningsolikheter av dokumenten är det ofta kopplat till väntetidsproblem. I denna granskning är det främst vuxenpsykiatriens, neurologins och reumatologins faktadokument som tolkas olika vilket bland annat innebär att en stor andel remisser avböjs. Med andra ord är träffsäkerheten låg för dessa remisser.
- ▶ Vårdcentralerna arbetar på varierande sätt i de fall då **patientens tillstånd försämras** under remissprocessen. En av de granskade vårdcentralerna ber patienten komma till ett nytt besök och det kan resultera i en akutremiss till akutmottagningen om läkaren gör en sådan bedömning. Andra vårdcentraler ber patienten att själv kontakta sjukhuskliniken eller att remitterande läkare kontaktar sjukhuset för att syna på. Ibland skickas även en ny remiss där patientens förändrade tillstånd beskrivs. Dessa kallas informellt "påskyndningsremisser".
- ▶ Vid återremittering till vårdcentralerna efter sjukhusvården bevakar ofta vårdadministratörerna att remisserna tas emot aktivt av läkarna. Ibland får vårdadministratörerna "tjata" på läkarna att bedöma inkommande remisser. Även från de granskade sjukhusklinikers sida finns det synpunkter på att skickade remisser till vårdcentralerna inte bedöms och omhändertas av vårdcentralerna.

4.1. Bedömning

Enligt Socialstyrelsens föreskrift är varje verksamhetschef ansvarig för att det vid enheten finns en aktuell dokumenterad riktlinje för hur remisshanteringen ska ske och vem som får göra vad. En av vårdcentralerna i granskningen har en sådan som väl uppfyller föreskriftens krav. Bra Liv följer inte centralt upp att så är fallet.

Vårdcentralerna arbetar på olika sätt när det gäller bevakning av skickade och inkommande remisser men oftast är det ett samspel mellan

vårdadministratörer och läkare där vårdadministratörer bevakar det utgående remissflödet. Granskningen visar trots det att det inte är helt ovanligt att remisser fastnar på grund av att de inte är signerade vilket i sin tur innebär att patienten förlorar tid.

5. Remissmottagning vid specialistklinikerna

Vi har granskat sju specialiteter i Jönköping och Värnamo. Beskrivningar av respektive specialitet finns i bilaga 2. Här beskrivs de viktigaste iakttagelserna utifrån granskningens syfte.

Remissmottagarna i det mest omfattande remissflödet är specialistklinikerna vid de tre sjukhusen i länet. I huvudsak remitteras patienter till det sjukhus som ligger inom samma länsdel som den vårdcentral man sökt sig till finns. Det händer inte helt sällan att patienten vill remitteras till något av de övriga två sjukhusen eller till ett sjukhus i annat län. Vissa specialiteter finns bara vid ett av sjukhusen och då går remissen dit. Av de verksamheter som granskas i denna rapport gäller det reumatologi.

För närvarande är samtliga dessa remissflöden separata från primärvården till respektive sjukhus. Reumatologi är ett undantag då denna specialitet endast finns i Jönköping.

I regionens riktlinje kan remissen skickas som akut eller ickeakut. Akuta remisser kan bara skickas till akutmottagningarna med undantag av de mottagningar som tar akuta besök. Det är då viktigt att remissen signeras direkt på vårdcentralen. Vårdadministratör har befogenhet att skicka osignerad remiss vid behov och det är verksamhetschefen som avgör i vilka situationer det ska eller kan ske.

Granskade specialiteter är:

Jönköping Ryhov	Värnamo sjukhus
Neurologi (Medicinkliniken)	Neurologi (Medicin&Geriatriskliniken)
Reumatologi (Medicinkliniken)	Ortopedi
Vuxenpsykiatri	Vuxenpsykiatri
Ortopedi	

Centrala iakttagelser utifrån granskningens syfte är:

- ▶ Ingen av de granskade somatiska specialiteterna förutom ortopederna i Värnamo har en **specifik rutinbeskrivning** för hur remisser ska hanteras utöver den övergripande Cosmicriktlinjen. Ortopeden i Värnamos riktlinje är emellertid fem år gammal och inte uppdaterad. Det framgår därför inte vem eller vilka som får skicka och bedöma remisser vid flera enheter. I de allra flesta fall introduceras nya remissbedömare muntligen av de som har erfarenhet. I något fall (reumatologin) är det en person som bedömer samtliga remisser utom vid semesterperioder. Ortopeden vid Ryhov har en lokal riktlinje i form av en checklista men den berör främst vårdadministratörernas arbetsuppgifter. De vuxenpsykiatriska kliniker i Jönköping och Värnamo har däremot rutinbeskrivningar som i huvudsak svarar upp emot kraven.
- ▶ Det finns inga krav på **ledtider**. De olika klinikerna tillämpar olika målsättningar för när remisser ska vara bedömda. De allra flesta remisser vid de granskade enheterna blir bedömda inom någon eller några dagar men i ibland kan det ta någon vecka. Det beror på hur den enskilde läkaren väljer att arbeta. Vissa tittar i inkorgen flera gånger om dagen för att undvika köbildning medan andra kan samla bedömningarna till en dag i veckan. De ledtider som finns gäller tiden till att den remitterade patienten får träffa en läkare för bedömning vilket i flera fall kan dröja avsevärt eftersom målsättningen är att det ska ske inom tre månader. Flera av specialiteterna har dålig tillgänglighet. Konsultremisser ska bedömas inom 24 timmar vilket också sker i de flesta fall enligt intervjuade.
- ▶ I de flesta fall finns det ett **system för att bevaka** att remisser besvaras, antingen av vårdadministratör eller sjuksköterska eller av den remissbedömande läkaren. Samtliga intervjuade uppger att risken att en remiss ska försvinna är försumbar i och med att de flesta remisser kommer digitalt i Cosmic. Då remissen inkommer som pappersremiss ska den registreras i Cosmic av vårdadministratör och kan sedan bedömas i Cosmic på samma sätt som övriga remisser.
- ▶ En betydande del av remisserna avböjs av olika skäl. Det är framför allt neurologi, reumatologi och vuxenpsykiatri som avböjer inkommande remisser. Några exempel från 2016:
 - ▶ Neurologi Värnamo ca 50 % avböjda
 - ▶ Reumatologi, Ryhov, drygt 50 % är avböjda (men viss del är patienter som är bedömda utan att man träffar patienten)
 - ▶ Ortopeden Ryhov ca 15 % avböjda
 - ▶ Vuxenpsykiatrin Ryhov ca 50 % avböjda. Även i Värnamo är det en avsevärd andel som avböjs

Skälen till att de avböjs är fler som tidigare beskrivits och den statistik som finns tillgänglig visar inte de olika skälen enkelt. Manuell hantering krävs för att få fram orsakerna. I granskningen har vi inte stött på någon specialitet som systematiskt använder denna statistik i syfte att vidta åtgärder för att minska andelen avböjda remisser.

- ▶ **Då patientens tillstånd försämras** under remissprocessen kan vårdcentralen skynda på processen på olika sätt vilket beskrevs i föregående avsnitt. Ett försämrat tillstånd är emellertid inte något som objektivt kan fastställas utan är i hög grad beroende av patientens egen bedömning. Det är inte ovanligt att ett försämrat tillstånd innebär att patientens oro har ökat i väntan på bedömning av specialist. Det är bara om remissbedömarens bedömning är att det medicinska tillståndet försämrats som väntetiden och prioriteringen till nybesök kan påverkas.

5.1. Bedömning

Enligt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2004:11 är varje verksamhetschef ansvarig för att det finns en dokumenterad och uppdaterad riktlinje som beskriver hur remisserna ska hanteras, bevakas och vem som får göra vad i remissprocessen. Det är inte fallet. Här föreligger stora brister även om granskningen inte visar att bristerna i praktiken är stora vid sjukhusens specialistmottagningar.

Regionen har inte några generella krav eller målsättningar för hur lång tid inom vilken remisser ska bedömas. Sådana målsättningar och krav finns specificerade i flera andra landsting och regioner och bedömningen är att vården skulle gynnas av sådana riktlinjer.

Bevakning av remisser fungerar i praktiken väl för inkommande remisser vid de granskade enheterna.

Information till patienterna i remissprocessen brister. En specialitet, reumatologen Ryhov, skickar ett brev direkt efter remissbedömningen om att det kommer att kallas till besök inom tre månader. Om de inte kan erbjudas en tid inom tre månader får de information om att de kan söka vård hos annan vårdgivare. Vid vuxenpsykiatri i Värnamo skickas en kallelse till besök ganska snart efter bedömning vilket innebär att patienten tidigt får information. I alla övriga fall får patienten information först när kallelse till besök görs. Eftersom flera av specialiteterna har långa väntetider kan detta dröja länge. I samband med remissvaret till remittenten utgår ingen information till patienten. Bedömningen är att detta behöver förbättras. Det kan ske delvis genom att patienterna informeras om hur den kan själva skaffa sig information via deras journal som finns tillgänglig på nätet.

6. Egen vårdbegäran

Vuxna patienter kan, med undantag för ögonsjukvård och specialisttandvård, göra en egen vårdbegäran till sjukhusens specialistmottagningar utan att först söka till vårdcentral. I regionen benämns egen vårdbegäran som "egenremisser". På 1177:s hemsida finns information om den möjligheten. Där finns information om vad remissen ska innehålla samt en blankett som kan skrivas ut och skickas.

Vid mottagningen tas denna emot och registreras i Cosmic där den bedöms av remissbedömande läkare på samma sätt som övriga remisser.

De enheter vi granskat har ingen princip för att informera om denna möjlighet. Det sker oftast på patientens eget initiativ. Vissa kliniker uppger att om patienten ringer direkt till sjukhusmottagningen så ber de dem att skriva istället. Bland de intervjuade klinikerna finns det exempel på de som inte känner till att information finns på 1177 utan ber dem att skriva ett vanligt brev. Andra hänvisar just till 1177 för att hämta blanketten.

Av de remisser som inkommer till sjukhusens specialistmottagningar är det en mycket liten andel som kommer i form av egenremisser. Av de 13195 remisser (konsultremisser + vårdbegäran) som inkom till medicinkliniken Ryhov var 48 egenremisser. Vid de andra somatiska specialiteterna är andelen lika liten. Vuxenpsykiatrien får något fler egenremisser och hänvisar patienterna till 1177:s information på hemsidan.

Ingen av de intervjuade vid sjukhusen uppger att vårdcentralerna hänvisar patienterna att göra egen vårdbegäran för att undvika vårdcentralbesök. Den dominerande uppfattningen bland de intervjuade är att remisser har bättre kvalitet om de kommer från distriktsläkare.

6.1. Bedömning

Bedömningen är att den information som finns på 1177 är informativ och tillräcklig.

Det sannolika är att egenremisser kommer att öka som remissform eftersom patienters kunskap och initiativ kraft tenderar att öka inom flera samhällssektorer.

7. Komplexa sökorsaker

Vissa patienter kan komma att besöka flera specialiteter innan diagnos och lämplig behandlingsstrategi kan fastställas. Den mottagande sjukhuskliniken kan remittera patienten vidare till annan som i sin tur remitterar patienten till en tredje o.s.v. Det finns inga speciella arrangemang för sådana patienter vid sjukhusen. Läkaren kan visserligen i journalen se om patienten besökt andra specialiteter och tagit prover för samma hälsoproblem men det föranleder inte någon ändring i prioritet. När patienten är remitterad är det den mottagande specialiteten som har ansvaret och därmed bilden av patientens vårdprocess.

Vårdcentralerna har i varierande grad skapat arrangemang för att stödja patienter med komplexa sökorsaker. Vårdcentralen Habo tilldelar patienter med "multipla besvär" en sjuksköterska som ansvarar för att samordna och koordinera vården. Patienten får ett direktnummer till denna sjuksköterska. Vårdcentralerna Vråen och Rydaholm tillämpar det s.k. PAL-systemet vilket innebär att läkaren tar ett samordnande ansvar för patienten. Den patientansvarige läkaren bevakar dock inte systematiskt vårdprocessen om den spänner över flera olika specialiteter utanför vårdcentralen. Även vid dessa vårdcentraler kan patienten tilldelas en patientansvarig sjuksköterska som patienten kan vända sig till via den PLUS-mottagning som finns för dessa patienter.

Enligt intervjuad utvecklingsansvarig inom Bra Liv har vårdcentralerna sådana arrangemang i olika utsträckning beroende av hur väl bemannad vårdcentralen är. Enligt Regelboken ska vårdcentralen kunna utse "vårdsamordnare" för de mest sjuka men den rollen är främst avsedd för vården av äldre multisjuka och samordning med den kommunala vården. Det gäller även de s.k. PLUS-mottagningarna. Det finns inte några arrangemang för förvärvsarbetande vuxna som cirkulerar i vården. Det pågår ett utvecklingsarbete inom Bra Liv för att utveckla dessa samordnande funktioner.

De allra flesta intervjuade i granskningen har låg kunskap om att patienten enligt patientlagen har möjlighet att begära en fast vårdkontakt. Vi har inte stött på någon enhet som informerar om det. Om patienten ska bli medveten om detta krävs det att denne hittar den texten på regionens hemsida under rättigheter och lagar. Ingen av de intervjuade känner till att någon patient har utnyttjat denna möjlighet. Både patientlagen och regionens egen riktlinje anger att det inte bara är patientens rätt utan att det ska utses en fast vårdkontakt om personalen anser att behov föreligger.

Situationen är annorlunda inom vuxenpsykiatrin där fasta vårdkontakter är en etablerad funktion sedan några år tillbaka.

7.1. Bedömning

Bedömningen är att nämnden för folkhälsa och sjukvård inte har säkerställt att patienter med komplexa sökorsaker får en fast vårdkontakt utsedd som

kan hjälpa till att bevaka och samordna vårdprocessen. Det naturliga borde vara vårdcentralen sett till det uppdrag den har. Både regelboken och regionens egna styrdokument är ambitionen tydlig att vårdcentralen ska ta detta samordnande ansvar.

Det är emellertid inte självklart att det alltid ska vara vårdens personal som tar initiativet. Vården gynnas av aktiva patienter men det förutsätter att patienterna känner till möjligheten och rätten att begära fast vårdkontakt. Även om inte dessa patienter (äldre multisjuka undantagna) inte är så många kan vårdprocessens kvalitet avsevärt förbättras om det finns en koordinerande funktion som kan undvika att den samlade väntetiden inte blir alltför lång utan att man kommer till resultat. En patient som hänvisas runt till olika specialiteter med långa väntetider kan lida avsevärd skada utan att någon aktör i vården upptäcker problemet. Tillgängligheten mäts inte utifrån vårdprocesserna utan utifrån respektive vårdgivare, vilket är anmärkningsvärt i sig.

8. Sammanfattande slutsatser och rekommendationer

Syftet med granskningen är att ge revisorerna underlag för att bedöma om Nämnden för folkhälsa och sjukvård har säkerställt att remisser hanteras på ett ändamålsenligt sätt utifrån patientens perspektiv. Nedan följer komprimerade svar på revisionsfrågorna och därefter en sammanfattande bedömning.

Revisionsfråga	Svar
1 Finns rutiner för remisshantering som följs och som svarar upp emot Socialstyrelsens föreskrift?	<p>I huvudsak nej. Det finns regionövergripande riktlinjer i form av en handledning för journalsystemet Cosmic och som är baserad på Socialstyrelsens föreskrift. På verksamhetsnivå inom sjukhusen är det av de granskade enheterna enbart psykiatri och ortopedi Värnamo som har lokala rutinbeskrivningar av remissförfarandet. Vid de granskade övriga somatiska klinikerna finns inga dokumenterade rutiner som svarar upp emot föreskriften.</p> <p>Inom vårdcentralerna Bra Liv varierar detta. Vid två av de granskade vårdcentralerna finns uppdaterade riktlinjer som väl fyller kraven. Huruvida dessa riktlinjer finns följs inte upp centralt.</p>
2 Finns det målsättningar på övergripande och/eller verksamhetsnivå för remissprocessens olika ledtider?	<p>Nej. Regionen har inga formella målsättningar för hur lång tid det får ta att bedöma remisser eller när patienterna ska få information. De flesta enheter har arbetssätt som bygger på att remisser bedöms varje dag. För konsultationsremisser finns det oftast en vedertagen men odokumenterad princip om att dessa ska besvaras inom 24 timmar, vilket oftast sker.</p> <p>Bedömningen utifrån de granskade enheterna är att remisser bedöms inom något eller några dygn efter ankomst. Hur situationen allmänt ser ut följs dock inte upp.</p>

Revisionsfråga	Svar
<p>3 I vilken utsträckning finns det system för att upptäcka remisser som inte skickas, icke besvarade remisser, antalet avböjda remisser eller andra fel i remissprocessen?</p>	<p>Vid sjukhusen är det främst remissbedömande läkare som bevakar att remisser besvaras. Ibland kan vårdadministratörer ha en sådan bevakningsfunktion men det är inte säkerställt med formella rutiner. Vid vårdcentralerna finns det oftast en vårdadministratör som bevakar att remisser skickas men det händer ändå relativt ofta att remisser fördröjs för att de inte är signerade.</p>
<p>4 Får patienten tillräcklig information om remissprocessens olika faser, delaktighet och möjligheten till fast vårdkontakt?</p>	<p>Nej. Patienter som remitteras från primärvården till sjukhusspecialitet får information om remissprocessen beroende på remissmottagande enhets tillgänglighet. Besked skickas vanligtvis i samband med kallelse till besök vilket kan dröja för de enheter som har långa väntetider. Reumatologen Ryhov och vuxenpsykiatri skickar dock brev till patienten direkt efter remissbedömning även om kallelse till besök kan dröja.</p> <p>Patienterna har möjlighet att gå in i sin journal på nätet och se remissprocessens status.</p>
<p>5 Finns det tillräcklig information för patienter som vill göra egen vårdbegäran (egenremiss) till specialist?</p>	<p>Ja. Det finns på 1177:s hemsida. Däremot är det inte alla verksamheter som känner till detta och kan hänvisa patienter till informationen.</p>
<p>6 Är åtgärder vidtagna för att säkerställa ändamålsenligt informationsinnehåll för att undvika kompletteringar?</p>	<p>Ja. Regionens faktadokument är det medium med vilket vårdgivare kommunicerar om gränsdragningar och informationsinnehåll i remisserna. Bedömningen är att dessa åtgärder är tillräckliga men att faktadokumentens användning kan förbättras.</p>
<p>7 Är åtgärder vidtagna för att minimera antalet remisser som avböjs och går tillbaka till remittenten utan åtgärd?</p>	<p>Nej. Utöver faktadokumentet är inga andra åtgärder identifierade i granskningen. Vissa remissflöden består av en stor andel avböjda remisser eller remisser med behov av kompletterande information och har varit så under en längre tid. Statistik över andelen avböjda remisser finns tillgänglig men används mycket begränsat i utvecklings syfte. Bedömningen är att stora vinster skulle kunna erhållas om andelen avböjda kan minskas.</p>

Revisionsfråga	Svar
8 Finns det någon koordinerande funktion för patienter vars remissprocess blir eller kan antas bli komplex och innehållande flera aktörer?	<p>Vissa vårdcentraler använder systemet med patientansvarig läkare eller sjuksköterska för patienter som besöker sjukvården ofta. Bedömningen är däremot att det finns få system för att samordna vården för patienter som slussas mellan vårdgivare för att söka adekvat behandling, vare sig inom primärvården eller sjukhusvården.</p> <p>I Patientlagen, Socialstyrelsens föreskrifter och handledningar samt regionens egna riktlinjer och målsättningar är ambitionsnivån mycket högre än vad fallet är i praktiken. Möjligheten till och vårdgivarens skyldighet att tillhandahålla en fast vårdkontakt för de patienter som behöver är inom den somatiska vården mycket okänd och informationen till patienterna är outvecklad. Bedömningen är att lagar, målsättningar och verklighet ligger långt ifrån varandra. Vuxenpsykiatri har i högre utsträckning implementerat konceptet med fast vårdkontakt.</p>
9 Görs analyser av hur remissprocessen fungerar utifrån ett jämställdhetsperspektiv?	Nej, varken på lokal eller övergripande nivå. På direkt fråga uppger samtliga intervjuade att könet inte påverkar bedömningen annat än av rent medicinska skäl.
10 Vilka åtgärder vidtas av remittenten om patientens tillstånd förändras under väntetiden till nybesöket hos remissmottagaren?	Vårdcentralerna och enskilda läkare använder olika sätt; telefonkontakt med specialist, hänvisning eller ny remiss för att påskynda förloppet. Den nya remissen kan vara en akutremiss till akutmottagning som då ser att patienten tidigare remitterats elektivt. Bedömningen är att remittenten kan påskynda processen om behov föreligger.

8.1. Sammanfattande bedömning

Den sammanfattande bedömningen är att remissprocessen mellan vårdcentraler och sjukhusens specialistmottagningar i flera avseenden fungerar väl. Remisser kan enkelt skickas elektroniskt i de flesta fall, det vanligaste är att remissmottagare bedömer remisser varje vardag eller flera gånger i veckan, vårdadministratörer bevakar ofta både inkommande och skickade remisser och remisser kommer sällan på avvägar. Arbetsfördelning mellan vårdgivare och informationskraven i remisserna finns dokumenterade på ett tydligt och standardiserat sätt i faktadokumentationen som uppdateras av faktagrupper.

Remissflödet kan emellertid stoppas upp om remisserna inte signeras i tid. Även om det finns reservrutiner händer det inte sällan att remisser fördröjs i veckor vilket är olyckligt ur patientens synvinkel.

Med tanke på hur viktigt detta informationsflöde är för effektiviteten i vården är remissprocessen ostyrd både centralt i regionen och på verksamhetsnivå. Med ostyrd avses brist på dokumenterade rutinbeskrivningar och målsättningar om ledtider. Vissa vårdcentraler och vuxenpsykiatri har tydliga och dokumenterade beskrivningar av hur remissprocessen ska fungera och vem som får göra vad. Men det är allt för många enheter inom sjukhusen som förlitar sig till muntlig överföring av kunskap om hur remisser ska hanteras. Socialstyrelsen ställer krav på att varje verksamhet ska ha aktuella och dokumenterade rutiner för hur remisser ska hanteras och vem som får göra vad. Detta krav är långt ifrån uppfyllt och bör åtgärdas.

Bedömningen är vidare att regionen och framför allt patienterna skulle vinna mycket på att "felaktiga" remissflöden analyserades och åtgärdas. Många remisser behöver kompletteras, vid vissa verksamheter avböjs en stor del av olika skäl och vissa av faktadokumentet tolkas olika av remittent och remissmottagare. Dessa "felaktiga eller bristfälliga" remisser tar mycket tid i anspråk för kritiska kompetenser och förlänger ledtiden för patienterna.

Bedömningen är också att patienter som har komplexa sökorsaker och som behöver kontakt med flera specialiteter för att ställa diagnos och utforma lämplig behandling inte får hjälp med att koordinera och samordna vården. Vid vissa vårdcentraler tilldelas patienter som ofta besöker vården en patientansvarig läkare eller sjuksköterska. Rättigheten att begära fast vårdkontakt är dåligt känd bland sjukvårdspersonalen men regionens egna riktlinjer ger bilden av en ambitiös hållning i linje med Patientlagen.

Rekommendationer

Mot bakgrund av vad som framkommit i granskningen ges följande rekommendationer till Nämnden för folkhälsa och sjukvård

1. Säkerställ att alla verksamheter har dokumenterade och kända rutiner för hur remisser ska hanteras. Rutinerna bör vara lokala och svara upp emot kraven i Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2004:11.
2. Vidtag åtgärder för att identifiera remissflöden med stora andelar avböjda remisser för att minimera dessa. Modern verksamhetslogistik visar att stora vinster kan göras även vid mindre minskningar av "felprocenten". Inom vissa remissflöden är nästan hälften av remisserna avböjda vilket genererar väsentligt mycket icke-värdeskapande arbete. Det kan även påverka tillgängligheten till besök eftersom onödiga resurser går till att bedöma sådana resurser.
3. Säkerställ att åtgärder vidtas för att efterleva vad Patientlagens stipulerar om fast vårdkontakt. Det finns redan en bra utformad riktlinje inom regionen som inte tillämpas eller följs upp.

4. Säkerställ att remisser inte stannar upp på grund av utebliven signering.

Bilaga 1: Förteckning över intervjuade funktioner

- ▶ Verksamhetschefer för vårdcentralerna Vråen, Rydaholm och Habo
- ▶ Utvecklingsansvarig inom Bra Liv
- ▶ Verksamhetschef Medicinkliniken Ryhov
- ▶ Verksamhetschef Medicin&Geriatrikkliniken, Värnamo sjukhus
- ▶ Verksamhetschef vuxenpsykiatri Värnamo sjukhus
- ▶ Enhetschef för Remiss- och bedömningsenheten vuxenpsykiatri Ryhov
- ▶ Enhetschefer vid vuxenpsykiatrin Ryhov och Värnamo sjukhus
- ▶ Verksamhetschef ortopedi Värnamosjukhus och Ryhov
- ▶ Remissbedömare och administrativ chef vid handkirurgi Ryhov
- ▶ Remissbedömare vid neurologi inom medicinkliniken
- ▶ Remissorterare sjuksköterska medicinkliniken Värnamo sjukhus
- ▶ Sektionsansvariga för neurologi och reumatologi, medicinkliniken Ryhov
- ▶ Chefsöverläkare Värnamo sjukhus
- ▶ Chefläkare för patientsäkerhet avd. folkhälsa och sjukvård

Rapportutkastet har även faktagranskats av Sjukvårdsdirektör Medicinsk vård samt Direktör Vårdcentralerna Bra Liv.

Dessutom har samtal förts med sjuksköterskor sektionerna inom medicinkliniken Ryhov.

Bilaga 2: Beskrivning av remissprocessen vid granskade enheter

Vårdcentraler

Vårdcentralerna Vråen och Rydaholm, Värnamo sjukhusområde	
Finns det en remissrutin som uppdateras?	Ja. Den revideras vartannat år. Riktlinjen beskriver dels hanterandet av inkommande remisser dels utgående. Vem som får remittera vad framgår tydligt.
Målsättning om ledtider	Utgående remisser skickas oftast dagen efter (när sekr. skrivit). Senast ska remissen iväg inom 7 dagar enligt intervjuad chef.
Kontrollmekanismer	Bevakning av remissvar och åtgärder vid dröjsmål styrs av riktlinjerna. Gäller även provsvar. Beställningsstatus ska kontrolleras i Cosmic minst en gång per månad. Om remissen inte kommer iväg p.g.a. att den inte är signerad kan sekreterare skicka remissen ändå. (ex vid semester)
Patientinformation	Om inte patienten hör av sig till vårdcentralen får denne information om remissprocessen först när remitterande enhet skickar kallelse till besök.
Följs träffsäkerheten och kompletteringsfrekvensen i remisserna upp?	Andelen avböjda remisser som kommer tillbaka är ca 10 %. Vissa av dessa är komplettering medan andra beror på att mottagaren inte definierar ärendet som deras uppdrag. Det senare gäller främst psykiatri där det inte råder konsensus kring gränssnittet första linjens vård/specialistvård. Inga specifika åtgärder har vidtagits för att minska andelen. Inga ändringar har gjorts i faktadokumentet kring denna avgränsningsfråga. Den kompletteringsfunktion som kan användas i Cosmic används ej av remissmottagarna.
Tar vårdcentralen ett samordningsansvar för patienter med komplexa sökorsaker?	Vårdcentralen tillämpar PAL-systemet vilket uppges fungera bra. För patienter som har komplexa besvär tillämpas "plussmottagning" sedan ett år
Vidtas åtgärder vid försämrat tillstånd under remissprocessen?	Åtgärder sker på lite olika sätt beroende på vilken vårdpersonal som bedömer och förstås beroende på patientens besvär. Åtgärden kan vara: Ny remiss (påskyndningsremiss) eller annan kontakt med remissmottagande enhet. Ibland hänvisas patienten att själv kontakta remissmottagaren. Ibland remiss till akutmottagningen.
Övrigt	
När det gäller inkommande remisser till vårdcentralerna är det inte alltid att läkarna går in och bedömer remissen utan påstötning från chef eller sekreterare. Det är väldigt sällsynt att patienterna vill skriva egen vårdbegäran och vårdcentralerna ger inga sådana rekommendationer.	

Vårdcentralen Habo, Jönköpings sjukhusområde	
Finns det en remissrutin som uppdateras?	Ja och den svarar upp emot kraven i föreskriften.
Målsättning om ledtider	Nej det finns inga formella krav på ledtider. I regelboken finns inga sådana krav på remisstider.
Kontrollmekanismer	Vårdadministratörerna bevakar att remisser skickas och tas emot. Om remisser inte kommer iväg på grund av att den inte signeras tar vårdadministratören initiativ till att detta sker. Om läkaren är på semester kontaktas annan läkare för signering. Bevakning av skickade remisser är respektive läkare ansvarig för men behöver gå in i Cosmic för att statusen vid skickad remiss. Oklart hur ofta detta görs.
Patientinformation	Patienten får ingen information om hur en skickad remiss processas förrän remissmottagande enhet kallar till besök. Vårdcentralen har därför som rutin att be patienter att höra av sig till vårdcentralen om de inte fått brev från mottagande enhet inom 2 – 3 veckor.
Följs träffsäkerheten och kompletteringsfrekvensen i remisserna upp?	Antalet avböjda remisser är ganska betydande. Vårdcentralen har tillgång till statistik men har inte gjort någon systematisk analys och vidtagit åtgärder utifrån statistiken. Den möjlighet som finns att per telefon kontakta mottagande enhets specialist inför en remittering fungerar ofta dåligt eftersom det kan vara en annan specialist som sen bedömer remissen och avböjer fastän den kontaktade läkaren gjorde bedömningen att det var lämpligt att remittera. Oklart hur ofta detta inträffar.
Tar vårdcentralen ett samordningsansvar för patienter med komplexa sökorsaker?	Delvis. Patienter som har "multipla besvär" kan få en egen sjuksköterska på vårdcentralen som de kan kontakta via direkttelefon. Enligt intervjuad verksamhetschef finns det emellertid ett behov av att utveckla arbetssätten för dessa patienter. För de patienter som är föremål för samordnade individuella vårdplaner fungerar det dock bra samt för patienter med en rehabiliteringsplan.
Vidtas åtgärder vid försämrat tillstånd under remissprocessen?	Det vanligaste är att vårdcentralens läkare träffar patienten igen och bedömer om det finns behov att skicka en akutremiss. Den bedömningen kan påverkas av om den mottagande enheten har långa väntetider till nybesök. (akutremisser kan endast skickas till akutmottagning.

Övrigt

Enligt intervjuad verksamhetschef finns det olika tolkningar av faktadokumenterna avseende vilka prover som ska beställas av vårdcentralen respektive sjukhusklinik. Exempelvis gäller det reumatologen. Om vårdcentralen tar prover inför ett besök vid reumatologen riskerar det att bli en alltför bred sådan. Sjukhuskliniken kan utifrån sin kompetens göra mer riktade provtagningar.

Ibland återremitteras patienter till vårdcentralen med en önskan om provtagning men det blir ofta en fördröjning för patienten eftersom det ofta är sjukhuskliniken som ska bedöma resultatet.

Sjukhuskliniker

Medicinkliniken Ryhovs sjukhus, neurologisektionen	
Finns det en remissrutin som uppdateras?	Sektionen har inte utformat dokumenterade riktlinjer och intervjuad sektionschef känner inte till några. Rutinerna överförs till nya kollegor via muntlig introduktion av arbetsätten.
Målsättning om ledtider	Det finns inga fastställda ledtidsmål men de arbetar efter principen att remisser ska bedömas varje dag så det inte bildas köer. Konsultremisser ska bedömas inom 24 timmar vilket man nästan alltid klarar.
Kontrollmekanismer	Remisserna kommer huvudsakligen direkt till neurologisektionen. Vissa remisser kommer i en klinikgemensam sorteringsstation inom medicinkliniken och sorteras då av sjuksköterskor till respektive sektions inkorg där remissbedömaren tar emot remissen. Vid neurologisektionen är det tre av specialtläkarna som bedömer remisser. Det finns två övriga som kan rycka in vid behov som remissbedömare. Vem som är ansvarig framgår av klinikens schema. Remissbedömning sker varje dag. Bedömaren kan se om en remiss vid vårdcentral är registrerad men inte skickad p.g.a. utebliven registrering. Den 30 januari fanns det exempelvis en remiss som var registrerad den 11 januari men inte skickad. Eftersom dessa patienter ofta är lågt prioriterade förvärras väntetiden ytterligare. Utöver remissbedömaren finns inga andra kontrollfunktioner.
Patientinformation	Patienten får information om remissprocessen när kallelse skickas till nybesök vilket kan dröja flera månader då kliniken har långa väntetider.
Följs träffsäkerheten och kompletteringsfrekvensen i remisserna upp?	Det finns statistik för antalet avböjda men det är totaler vilket innebär att de inte kan se orsaken till att de avböjs. Inga specifika åtgärder har vidtagits för att minska antalet avböjda remisser.

Tar vårdcentralen ett samordningsansvar för patienter med komplexa sökorsaker?	Intervjuad sektionschef uppger att Cosmic ger remissbedömaren en bra överblick av patientens vårdprocess innan remitteringen till neurologin. Om en patient har varit runt till flera specialiteter så märks det och sektionen försöker ta hänsyn till det genom att göra en bedömning av om det är meningsfullt att patienten ska till neurologin. Om det är fallet prioriteras dock inte patienten högre p.g.a. den samlade väntetiden då det är det medicinska tillståndet som är grunden för prioriteringen.
Vidtas åtgärder vid försämrat tillstånd under remissprocessen?	Det vanligaste förfarings sättet är att distriktsläkaren ber patienten att ringa till medicinkliniken och informera om det försämrade tillståndet. Då gör remissbedömaren en ny bedömning. Oftast rör det sig om en ökad oro för exempelvis stroke och då ändras inte prioriteringen.
<p>Övrigt</p> <p>Tillgängligheten till neurologin är bristfällig vid Ryhov. Vissa patienter från de övriga två områdena önskar komma till Ryhov men avböjer oftast dessa remisser och rekommenderar dem att söka sig till hemsjukhuset eftersom de har bättre tillgänglighet.</p> <p>Sektionen märker då och då att remisser kan bli liggande vid vårdcentralerna på grund av att de inte är signerade.</p> <p>Det finns en funktion i Cosmic där remissmottagaren kan begära kompletterande information men den fungerar dåligt enligt intervjuad sektionschef. Istället ringer remissbedömande läkare upp remittenten eller så avböjs remissen med begäran om en ny remiss med kompletterad information.</p> <p>Alla specialister på kliniken får remittera patienter till högspecialiserad vård i Linköping men sektionschefen och verksamhetschefen ska skriva under remitteringen.</p>	

Medicin&Geriatriskliniken Värnamo sjukhus, neurologi	
Finns det en remissrutin som uppdateras?	Det finns ett antal olika rutinbeskrivningar på medicinkliniken avseende hantering av remisser. Rutinerna är mer fokuserade på hur hanteringen sker rent tekniskt i Cosmic än på själva processen. Det finns rutiner för bl.a. remissbedömning läkare, registrering av inkommande remisser, konsultremisser m.fl.
Målsättning om ledtider	Det finns inga fastställda mål avseende ledtider för remisser. Ansvarig läkare på neurologin bedömer remisser ett par gånger i veckan. Enligt uppgift är praxis en gång per vecka. Bedömningen omfattar bl.a. om det är akut och till behandlare som ska ansvara för remissen.
Kontrollmekanismer	Det är ett gemensamt inflöde av remisser på medicinkliniken. De remisser som inte kommer direkt i Cosmic scannas in. Det finns ansvariga sjuksköterskor som sorterar samtliga remisser och fördelar dem till rätt medicinskt område. Enligt uppgift inkommer det ca 10 remisser per dag till medicinkliniken.

	<p>En läkare inom neurologin är ansvarig för bedömning av inkomna remisser. Remissbedömning sker 4 gånger/vecka. Vid dennes frånvaro uppges det finnas kollegor som bedömer inkomna remisser.</p> <p>Det uppges att vårdenhetschefen vid medicinmottagningen löpande kontrollerar så det inte finns "blanka remisser", dvs. som inte är bedömda och har en registrerad läkarkontakt. Antalet inkomna remisser följs upp varje månad och statistik skicka ut till ansvariga chefer inom de olika medicinska områdena.</p>
Patientinformation	<p>Patienten får ingen löpande information om vart i remissprocessen han/hon befinner sig. En kallelse skickas enligt uppgift ut inom 4 veckor. Konsultationsremisser bokas på bakjouren och dessa går igenom dagligen.</p>
Följs träffsäkerheten och kompletteringsfrekvensen i remisserna upp?	<p>Inom neurologin har det inkommit 308 remisser under 2016. 142 av dessa avvisades. Statistik skickas månatligen avseende inkomna remisser. Det sker ingen systematisk uppföljning kring orsakerna för avvisning. Vid avvisning av remisser hänvisas till FAKTA-dokumentet, i övrigt har det inte vidtagits några åtgärder för att minska avvisningarna. Vid intervjun uppges att behovet av kompletteringar har ökat efter införandet av Cosmic.</p>
Tar kliniken ett samordningsansvar för patienter med komplexa sökorsaker?	<p>Det uppges att det vid remissbedömningen tas hänsyn till patientens hela vårdprocess. Det finns inget uttalat om detta ska påverka prioriteringen av patienten.</p>
Vidtas åtgärder vid försämrat tillstånd under remissprocessen?	<p>Vid försämrat tillstånd tar ofta patienten kontakt med ansvarig läkare och om möjligt kan patienten få en tidigare tid. Om inte den möjligheten finns hänvisas patienten till akuten.</p>
<p>Övrigt</p> <p>Egenremisser förekommer inte i någon stor omfattning, ca 1 remiss per månad. Dessa patienter ringer till rådgivningen och de uppmanas att skriva in till kliniken, det finns ingen fastställd blankett.</p> <p>Det sker ingen uppföljning av remisser ur ett jämställdhetsperspektiv.</p>	

Medicinkliniken Ryhovs sjukhus, reumatologisektionen	
Finns det en remissrutin vid sektionen som uppdateras?	Nej. Sektionschefen bedömer samtliga remisser
Målsättning om ledtider	Det finns inga fastställda ledtidsmål men remissbedömaren arbetar efter principen att remisser ska bedömas samma dag de kommer in men vid vissa tillfällen kan det ta upp emot en vecka

	men aldrig mer.
Kontrollmekanismer	Remisserna kommer till en sorteringsstation inom medicinkliniken där vårdadministratörer vidarebefordrar dem till respektive sektion.
Patientinformation	När patientens remiss är bedömd skickas ett brev med information om att de kommer att kallas inom tre månader. Om inte det kan uppfyllas kontaktar de patienten igen och informerar om möjligheten att söka vård i annat landsting.
Följs träffsäkerheten och kompletteringsfrekvensen i remisserna upp?	<p>Få remisser är fel i den meningen att de borde ha skickats till annan specialist. Däremot skickas en hel del remisser tillbaka utifrån bedömningen att patienten bör vårdas i primärvården. Cirka 40 procent av de remitterade patienterna kommer på besök till sektionen. Inga analyser har gjorts av statistiken och inga åtgärder har vidtagits utifrån andelen avböjda. Det som sker är diskussioner i faktagruppen som beslutar om innehållet i faktadokumentet.</p> <p>Tillgängligheten är bristfällig men sektionen prioriterar inte patienterna utifrån det medicinska tillståndet utan kallar de patienter som ska på nybesök i kronologisk ordning. Enligt verksamhetschefen gör de långa väntetiderna att tröskeln för att komma på nybesök har höjts.</p> <p>Det finns en specialist tillgänglig på telefon mellan 8-16 som kan svara på remittenters frågor. Denna möjlighet utnyttjas i stor utsträckning.</p>
Tar vårdcentralen ett samordningsansvar för patienter med komplexa sökorsaker?	Remissbedömaren kan se i journalsystemet (Cosmic) om patienten har besökt flera specialister men de kan inte ta hänsyn till eventuella långa samlade väntetider. Om bedömningen blir att ett besök är relevant ställs patienten i kronologisk kö.
Vidtas åtgärder vid försämrat tillstånd under remissprocessen?	Det finns inga speciella rutiner för detta.
<p>Övrigt</p> <p>När det gäller återremittering till vårdcentralerna handlar det ofta om att reumatologen begär att vårdcentralen ska följa upp patienter som fått behandling vid reumatologen men det fungerar sällan. Äldre patienter vänder sig ofta till reumatologen ändå vilken de betraktar som en vårdcentral enligt intervjuad verksamhetschef.</p>	

Ortopedkliniken Ryhov, sektion handkirurgi	
Finns det en remissrutin som uppdateras?	<p>Kunskapen om remissprocessens hanterande överförs från person till person när det gäller läkare. Vid kliniken pågår dock ett utvecklingsprojekt i syfte att göra bedömningar inom hela kliniken mer enhetliga samt göra kraven på information mer enhetliga. Det spretar för mycket nu. De nya rutinerna ska kommuniceras under våren 2017 till vårdcentralerna.</p> <p>Det finns en rutin i klinikens intranät men den är inte känd av alla läkare. Rutinen berör främst vårdadministratörens uppgifter i remissprocessen men innehåller de faktorer som föreskriften stipulerar förutom hur patienten ska informeras. Vårdadministratörerna sorterar remisserna till klinikens olika sektioner.</p>
Målsättning om ledtider	Det finns inga fastställda ledtidskrav men internt arbetar man efter målet att alla remisser ska vara bedömda inom en vecka. För sektionen handkirurgi är det vanligast med 1-2 dagar då de flesta bedömare tittar i inkorgen varje dag, ibland flera gånger om dagen.
Kontrollmekanismer	Sekreterarfunktionen bevakar att alla remisser besvaras och skickar remissvar genom att kopiera journalanteckningen om inte läkaren dikterat ett svar.
Patientinformation	Patienterna får information om vad som händer i remissförandet då kallelse skickas till nybesök hos läkare eller annan kompetens. När läkare träffat patient skickas ett remissvar till remittenten men inte till patienten.
Följs träffsäkerheten och kompletteringsfrekvensen i remisserna upp?	<p>Statistik förs. Andelen avböjda remisser är ca 12-14 % och relativt konstant. Den kanal som finns för att förbättra träffsäkerheten är faktadokumentet och chefsdagar inom primärvården där information kan ges. Det vanligaste är att remissen behöver kompletteras med information om patientens övriga tillstånd utöver det specifika ortopediska problemet.</p> <p>Ingen annan åtgärd är vidtagen för att minska andelen avböjda.</p>
Tar kliniken ett samordningsansvar för patienter med komplexa sökorsaker?	
Vidtas åtgärder vid försämrat tillstånd under remissprocessen?	Det vanligaste är att distriktsläkaren skickar en ny s.k. påskyndningsremiss (informell benämning). Då förändras prioriteringen och processen.
Övrigt	
I april 2016 diskuterades frågan om ett gemensamt remissflöde för all ortopedi i länet. Vårdcentralerna hade då meddelat att de inte kan hålla reda på vart de ska skicka remissen för	

olika slags diagnoser eller sökorsaker. Någon sådan lösning finns för närvarande inte. Enligt intervjuad chef för vårdadministrationen behöver inte vårdcentralerna hålla reda på vart de olika subspecialiteterna utförs. Om en remiss kommer till "fel sjukhus" vidarebefordras den genast till rätt sjukhus.

Ortopedkliniken Värnamo sjukhus	
Finns det en remissrutin som uppdateras?	Ortopedkliniken har rutiner som finns publicerade på intranätet så att de kan nås av samtliga medarbetare. Det finns en rutin för inkommande remiss, bedömning och svar (fastställd 2011) och en rutin för utgående remisser (fastställd 2014).
Målsättning om ledtider	Det finns inga specifika målsättningar för ledtider inom ortopedkliniken. Det är medicinskt ansvarig läkare på kliniken som bedömer remisser. Principen är att bedömning av remisser ska ske varje dag han är i tjänst. Det uppges att det vid ex. ledigheter och helger kan gå ca 4 dagar från att en inkommen remiss blir bedömd. Tillgänglighetsmålen är vägledande och de olika målvärdena 30 dagar, 60 dagar och 90 dagar är väl förankrade i verksamheten.
Kontrollmekanismer	Remisserna kommer direkt in i Cosmic alt. via brev som scannas in. Efter bedömning av läkare går remissen tillbaka till en sekreterare som skapar bokningsunderlag. Akuta remisser skickas av inremitterande till akutmottagningen och konsultationsremisser bedöms av bakjouren fram till kl. 15.00 och därefter skickas de till akutmottagningen för bedömning. FAKTA-bladen är vägledande vid bedömning av remisser. Om remissen accepteras görs ett bokningsunderlag och patienten sätts upp på en väntelista alt. bokas en tid direkt och det är bedömt som prioriterat. Ansvarig sek. bevakar att inkomna remisser hanteras. Risken för att en remiss ska glömmas bort uppges som liten.
Patientinformation	Patienten får ingen remissbekaftelse. Enligt uppgift tar det 1 - 4 veckor från inkommen remiss till att en kallelse om tid skickas ut.
Följs träffsäkerheten och kompletteringsfrekvensen i remisserna upp?	Avvisning av remisser sker enligt uppgift främst p.g.a. att den inte är komplett eller att den gått till fel klinik. Ortopedkliniken förklarar varför avvisning skett, dock sker ingen uppföljning av hur många avvisningar som sker och det genomförs inga specifika åtgärder i syfte att minska avvisningarna.
Tar kliniken ett samordningsansvar för	Ortopedkliniken tar inget specifikt samordningsansvar. Bedömning och prioritering sker på samma sätt för alla.

patienter med komplexa sökorsaker?	
Vidtas åtgärder vid försämrat tillstånd under remissprocessen?	Om det finns möjlighet att erbjuda en tidigare tid görs det vid försämrat tillstånd. Annars sker en hänvisning tillbaka till primärvårdsläkaren eller hänvisning till akutmottagningen.
<p>Övrigt</p> <p>Ortopedkliniken (inkl. akuten och vårdavd.) har under perioden 2013-2016 tagit emot mellan 3500-3900 remisser/år och utgående remisser från kliniken under samma tidsperiod uppgår till mellan 2700-3300 per år.</p> <p>Kliniken uppger att det finns ett antal utvecklingsområden gällande remissprocessen och en viktig del är utvecklingen av e-tjänster för att möjliggöra för patienten att själv se var man befinner sig i remissprocessen. Det finns även utvecklingsområden gällande hur remisser kan flyttas mellan sjukhusen på ett enklare sätt. Det poängteras att det finns ett väl fungerande samarbete både med övriga kliniker på Värnamo sjukhus samt med regionens övriga sjukhus.</p> <p>Remisserna uppges var relativt lika fördelade mellan män och kvinnor. Klinikens tillgänglighet till nybesök (inom 60 dagar) mäts varje månad. Under de sju första månaderna 2016 har tillgängligheten legat på över 90 %. I augusti 2016 var tillgängligheten 70 % och de fyra sista månaderna låg det på mellan 80-85 %.</p>	

Vuxenpsykiatri Ryhovs sjukhus	
Finns det en remissrutin som uppdateras?	Alla remisser, både akuta och icke-akuta, kommer till en speciell enhet, Remiss- och bedömningsenheten. En första bedömning av remissen görs på denna enhet. Därefter slussas patienten till lämplig enhet beroende på sjukdomens karaktär. Det finns en rutin som beskriver detta och vad respektive team och yrkesroll ska göra i remissprocessen.
Målsättning om ledtider	Det finns inga ledtidsmål fastställda men enligt intervju tar det max två dagar innan remissen är bedömd. Remisser bedöms må, on och fre men varje dag kollas det om det finns akuta remisser.
Kontrollmekanismer	All bevakning av inkommande remisser görs av den speciella remissenheten.
Patientinformation	Patienten får information om remissens mottagande då kallelse till besök sker vilket kan ta tid eftersom väntetiderna är starkt varierande. Framför allt är väntetiden till läkarbesök lång. Övriga yrkesgrupper kan genomföra besöket inom en månad.
Följs träffsäkerheten och kompletteringsfrekvensen i remisserna upp?	Träffsäkerheten är låg. Under 2016 har cirka hälften av remisserna avböjts. Enligt intervjuerna tolkas faktadokumentet olika av vårdcentralerna. Det händer att remiss skickas till vuxenpsykiatri då psykolog saknas på vårdcentralen.

Tar vårdcentralen ett samordningsansvar för patienter med komplexa sökorsaker?	Intervjuade uppger att det utses fast vårdkontakt för patienterna och att behandlarna per automatik får en samordnande roll eftersom träffar patienterna flera gånger under en längre tid.
Vidtas åtgärder vid försämrat tillstånd under remissprocessen?	De intervjuade uppger att remittenterna oftast skickar en ny remiss då patientens tillstånd försämras vilket fungerar mindre bra. Remittenten kan även remittera som akutremiss.
<p>Övrigt</p> <p>Det finns vid Remiss- och bedömningsenheten en läkare som vid vissa telefontider kan ge remittenterna råd.</p> <p>Vid frågan om skillnader mellan bedömning av kvinnor och män uppges att bedömningarna är olika men att det inte är könstillhörigheten i sig som gör skillnaden. Det kan vara graviditet eller suicidrisk i olika åldrar som bedöms olika.</p> <p>Få patienter väljer att söka vård i annan länsdel.</p>	

Vuxenpsykiatri Värnamo sjukhus	
Finns det en remissrutin som uppdateras?	Psykiatriska kliniken vid Värnamo sjukhus har en fastställd rutin för remisshantering. Rutinen är tydligt uppbyggd utifrån kraven i Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2011:9). Verksamhetschefen ansvarar för rutinen och den uppdateras löpande vid behov, senast 2013-06-10.
Målsättning om ledtider	Tillgänglighetsmålen (nybesök och utredning) är styrande vilket innebär att kliniken hanterar remisser dagligen för att inte köer ska uppstå.
Kontrollmekanismer	<p>Mottagande av remisser, från primärvården eller från annan specialistklinik, hanteras löpande varje dag. Remiserna kommer företrädesvis direkt i Cosmic. Kommer remissen i pappers-form så scannas den in i Cosmic. Det är joursjuksköterskan som tittar på dem först och sedan är det bakjourläkaren som gör den första bedömningen, om det är akut eller om remissen ska gå till remissfördelningsgruppen. Joursjuksköterskan har kontroll på att samtliga remisser hanteras.</p> <p>Akutremisser rödmarkeras i systemet och även konsultremisser är markerade på ett visst sätt i systemet.</p> <p>Det finns en remissfördelningsgrupp (funnit i ca 10-15 år), vilket innebär att det är en gemensam ingång till hela kliniken. Remissfördelnings-gruppen består av 5 personer (två enhetschefer, läkare, psykolog och vårdadministratör) och de träffas varje morgon 4 dagar i veckan. Remissfördelningsgruppen följer upp de remisser som skickas tillbaka för att se vilka kompletteringar som krävs. Gruppen består av personer/kompetenser som själva träffar patienter löpande och de är vana vid att göra bedömningar. Detta innebär att de upplever att de träffar rätt från början, dvs. gör rätt</p>

	<p>bedömning om vilken vårdinsats som krävs vilket gynnar patienten.</p> <p>När personal slutar finns det en checklista som används för att säkerställa att remisser (inkommande och utgående) som är fördelade till den person som ska sluta har flyttats över till ny ansvarig person.</p>
Patientinformation	<p>Kliniken har utökat sina tider för nybesök och det finns jourtider/akuttider varje dag. I resursfördelningsgruppen finns en vårdadministratör med och när det gäller nybesök så bokas de in direkt vid bedömning av remissen. Remisser som fördelas till olika behandlare, bokar vårdadministratören in efter resursfördelningsgruppens möte. Tiderna ligger ca 2-3 veckor framåt i tiden och kallelse skickas ut så snart tiden är bokad. Detta innebär att patienten får ett snabbt svar på remissen. När egenremisser avvisas erhåller remittenten ett svar med en förklaring till varför avvisning skett och förslag på vart man ska vända sig istället. Vid avvisning av en remiss från ex. primärvården, så sker ingen information till patienten.</p>
Följs träffsäkerheten och kompletteringsfrekvensen i remisserna upp?	<p>Det finns statistik över antalet konsultationsremisser, inkomna remisser och accepterade remisser uppdelat på både vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri. Statistiken följs månadsvis och jämförelse görs även med de två senaste åren.</p> <p>Avvisning av remisser sker främst för att patienten redan finns i systemet eller att det är fel vårdnivå. Det finns inga systematiska uppföljningar/statistik över orsaker till avvisning. När en avvisning sker förklarar kliniken på ett pedagogiskt sätt varför avvisning sker.</p> <p>Tidigare hade kliniken återkommande möten med primärvården för att bl.a. säkerställa att remisserna som skickades från primärvården var korrekta och fullständiga. Idag är bedömningen att behovet av dessa möten inte finns längre. Primärvården kan nå bakjouren dagtid för konsultationer och frågor kring remisser. Kliniken uppger att</p>
Tar kliniken ett samordningsansvar för patienter med komplexa sökorsaker?	<p>Enligt verksamhetschefen fyller ansvarig behandlare funktionen som fast vårdkontakt i de fall behovet finns. Det finns huvudriktlinjer och vårdriktlinjer för samverkan mellan psykiatri och primärvård för vuxna. Det finns information i Cosmic om patientens olika vårdkontakter som ger en bra helhetsbild över patientens vårdprocess och tillstånd, vilket ansvarig behandlare tar hänsyn till.</p>
Vidtas åtgärder vid försämrat tillstånd under	<p>Om patientens tillstånd försämras under remissprocessen så ringer de in till kliniken. Om bedömning görs att tillståndet är akut</p>

remissprocessen?	tilldelas patienten en akuttid. Det finns akuttider varje dag och det kan även patienter som är nya, dvs. inte haft sitt nybesök ännu få.
<p>Övrigt</p> <p>Kliniken följer inte remissprocessen ur ett jämställdhetsperspektiv. Det finns en remissfördelningsgrupp, dvs. en ingång för alla patienter och kliniken upplever inte att det finns något problem med jämställdheten i remissprocessen. Inom vuxenpsykiatri är ca 55 % av patienterna kvinnor och 45 % är män. Inom barn- och ungdomspsykiatri är det fler pojkar (60 %) än flickor (40 %).</p> <p>Kliniken tar emot ca 1200-1300 remisser varje år inom vuxenpsykiatri. Ca 200-300 av dessa är konsultationsremisser. Antalet accepterade remisser ligger på ca 900-1000 st.</p> <p>Vid egenbegäran av remiss hänvisar kliniken till blankett på 1177.</p> <p>Andel patienter som kommit på första besök inom 90 dagar för vuxenpsykiatri är 100 %.</p> <p>Kliniken mäter även andelen som kommit på första besök inom 30 dagar och här är målvärdet 90 %. Här nås inte målvärdet, bortsett från ett par månader.</p>	