

Regionens revisorer 2023-03-16

Till Regionstyrelsen  
Driftnämnden Hallands Sjukhus  
Driftnämnden Psykiatri  
Driftnämnden Närsjukvård

Regionfullmäktiges presidium för kännedom  
Patientnämnden för kännedom

### Revisionsrapport Granskning av remisshantering

Regionens revisorer har vid sitt sammanträde 2023-03-15 behandlat och godkänt bifogad revisionsrapport Granskning av remisshantering.

Granskningens syfte har varit att bedöma om Regionstyrelsen, Driftnämnden Hallands sjukhus, Driftnämnden Psykiatri och Driftnämnden Närsjukvård, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, säkerställt en ändamålsenlig remisshantering. Vi har i vår granskning biträttats av sakkunniga från PwC.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att Regionstyrelsen, Driftnämnden Hallands sjukhus, Driftnämnden Psykiatri och Driftnämnden Närsjukvård utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden **inte helt** säkerställt en ändamålsenlig remisshantering.

Granskningen visar att det finns rutiner för remisshantering men att dessa inte fullt ut följer gällande föreskrifter. Rutinen behöver också bli mer känd hos verksamhetschefer och nyckelpersoner för en ökad följsamhet.

Det finns ett utvecklingsarbete för att säkerställa att lokala rutiner har en följsamhet till Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2004:11 4 § och 5 §. Det finns vidare behov av att tydliggöra verksamhetschefens uppdrag med att fastställa rutiner för remisshantering som bygger på Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2004:11 4 § och 5 §.

Granskningen synliggör också ett antal utvecklingsområden i nuvarande remisshantering. Det finns tidsatta mål för remissprocessens olika ledtider i regiongemensam rutin VAS - remisser och remissvar. Kännedomen om ledtider varierar mellan granskade verksamheter. Det finns tillräcklig information för patienter som vill göra en egen vårdbegäran till specialist. Det finns också rutiner i verksamheten för att hantera egenremisser från patienter.

Bevakning av remissprocessen sker manuellt. Det finns bevakningsrutiner i form av bevakningsformulär och egenkontrollprogram. Vi anser att det är en svaghet att det inte går att plocka ut avvikelser kopplat till remisshantering. Det sker inte någon uppföljning av att tidsatta mål för ledtider följs varken av respektive förvaltning eller av ansvarig nämnd.

Utifrån genomförd granskning lämnar vi följande rekommendationer:

- Säkerställ att en gemensam rutin för remisshantering fastställs som fullt ut bygger på Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11).
- Säkerställ att samtliga verksamheter har dokumenterade rutiner för remisshantering som överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) och regionens gemensamma rutin för remisshantering samt att den är känd och tillämpas.
- Stärk uppföljningen av remisshanteringen. Uppföljning bör lämpligen hanteras inom ramen för organisationens övriga system för styrning och intern kontroll.

Yttrande samt redogörelse om vilka åtgärder regionstyrelsen och driftnämnderna avser att vidta med anledning av resultatet i granskningen önskas senast 2023-08-01.

För regionens revisorer

Jan-Erik Martinsen

Lena Olofsdotter

Eva Hudin

Gösta Gustafsson

Tobias Eriksson

Lars Oskarsson

Bilaga: Revisionsrapport Granskning av remisshantering.

Svar sänds till: [regionen@regionhalland.se](mailto:regionen@regionhalland.se)

# Deltagare

REGION HALLAND 232100-0115 Sverige

## Signerat med Svenskt BankID

Namn returnerat från Svenskt BankID: JAN-ERIK MARTINSEN

Jan-Erik Martiensen  
Förtroendevald revisor

2023-03-16 15:35:47 UTC

Datum

Leveranskanal: E-post

## Signerat med Svenskt BankID

Namn returnerat från Svenskt BankID: Rasmus Emil Tobias Eriksson

Tobias Eriksson  
Förtroendevald revisor

2023-03-16 13:26:27 UTC

Datum

Leveranskanal: E-post

## Signerat med Svenskt BankID

Namn returnerat från Svenskt BankID: LENA OLOFSDOTTER

Lena Olofsdotter  
Förtroendevald revisor

2023-03-22 14:12:34 UTC

Datum

Leveranskanal: E-post

## Signerat med Svenskt BankID

Namn returnerat från Svenskt BankID: GÖSTA GUSTAFSSON

Gösta Gustafsson  
Förtroendevald revisor

2023-03-19 21:19:25 UTC

Datum

Leveranskanal: E-post

## Signerat med Svenskt BankID

Namn returnerat från Svenskt BankID: EVA HUDIN

Eva Hudin  
Förtroendevald revisor

2023-03-16 08:51:36 UTC

Datum

Leveranskanal: E-post

## Signerat med Svenskt BankID

Namn returnerat från Svenskt BankID: LARS OSKARSSON

Lars Oskarsson  
Förtroendevald revisor

2023-03-20 07:07:13 UTC

Datum

Leveranskanal: E-post

# Granskning av remisshantering

**Region Halland**

Mars 2023

*Louise Tornhagen, certifierad kommunal revisor*

*Amanda Guerra, revisionskonsult*









*Marie Lindblad, certifierad kommunal revisor*

# Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Halland genomfört en granskning av remisshantering. Granskningens syfte är att bedöma om Regionstyrelsen, Driftnämnd Hallands sjukhus, Driftnämnd Psykiatri och Driftnämnd Närsjukvård, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, säkerställt en ändamålsenlig remisshantering.

Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att Regionstyrelsen, Driftnämnd Hallands sjukhus, Driftnämnd psykiatri och Driftnämnd Närsjukvård utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden **inte helt** säkerställt en ändamålsenlig remisshantering.

Nedan ses bedömning för varje revisionsfråga. För fullständiga bedömningar se respektive revisionsfråga i rapporten eller det avslutande avsnittet "Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor".

Revisionsfrågor	Bedömning
1. Finns rutiner för remisshantering som bygger på Socialstyrelsens föreskrift?	Delvis 
2. Har verksamhetschefer inom aktuella verksamheter fastställt rutiner avseende remisshantering?	Delvis 
3. Är rutinerna kända i verksamheten?	Delvis 
4. Finns det tidsatta mål för remissprocessens olika ledtider?	Delvis 
5. Finns det tillräcklig information för patienter som vill göra egenvårdbegäran (s.k. egenremiss) till specialist?	Ja 
6. Får patienten tillräcklig information om remissprocessens olika faser?	Delvis 
7. Finns det system för att upptäcka remisser som inte skickas, icke besvarade remisser, antalet avböjda remisser eller andra fel i remissprocessen?	Delvis 
8. Följs remisshanteringen upp av ansvarig styrelse/nämnd och används resultatet som en del i att säkerställa tillgänglig och patientsäker vård inom regionen?	Nej 

## Rekommendationer

- Säkerställa att en gemensam rutin för remisshantering fastställs som fullt ut bygger på Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11).

- Säkerställa att samtliga verksamheter har dokumenterade rutiner för remisshantering som överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) och regionens gemensamma rutin för remisshantering samt att den är känd och tillämpas.
- Uppföljning av remisshanteringen stärks. Uppföljning bör lämpligen hanteras inom ramen för organisationens övriga system för styrning och intern kontroll.

# Innehållsförteckning

<b>Sammanfattning</b>	1
<b>Inledning</b>	4
<b>Granskningsresultat</b>	6
<b>Rutiner för remisshantering</b>	6
<b>Rutiner för remisshantering på verksamhetsnivå</b>	8
<b>tidsatta mål</b>	11
<b>Information om egenvårdbegäran</b>	13
<b>Information om remissprocessen</b>	13
<b>System för att upptäcka fel i remissprocessen</b>	15
<b>Uppföljning av nämnden</b>	16
<b>Samlad bedömning</b>	18
<b>Rekommendationer</b>	18
<b>Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor skrivs efter sakavstämning</b>	19
<b>Bilagor</b>	20

# Inledning

## Bakgrund

En säker och effektiv hantering av remisser är nödvändig för en hög patientsäkerhet. En remiss måste innehålla de uppgifter som behövs för en säker bedömning och prioritering så att patienten inte utsätts för risker, onödiga väntetider, felaktig bedömning eller en ofullständig vård. Om remisser skickas fel eller är ofullständiga förlängs väntetiderna för patienterna, vilket kan innebära patientsäkerhetsrisker.

Vårdgivaren ska ha skriftliga riktlinjer som säkerställer att det finns rutiner för hur remisser ska utformas och hanteras. Regionala medicinska riktlinjer/regionala rutiner reglerar ansvarsfördelning inom respektive ämnesområde mellan primärvård och specialistsjukvård. Det åligger verksamhetschefen att fastställa rutiner för de remisser som ska användas inom verksamheten, för hanteringen av utgående remisser och inkommande remissvar.

Bestämmelser och rekommendationer för remisshantering framgår av Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården. Denna författning gäller remisshantering vid såväl remitterande som remissmottagande enhet.

I Region Halland finns inga formella remisskrav för att söka öppen specialistvård. Trots att det inte finns några formella remisskrav kan den vårdgivare som patienten söker vård hos behöva få information om patientens hälsotillstånd och anledning till varför patienten söker vård. Denna information kan lämnas av vårdgivare som patienten tidigare besökt eller av patienten själv genom så kallad egenremiss. Detta kan behövas för bedömning av vårdbehovet och för prioritering.

Mot bakgrund av de risker som är förenade med remissförfarande har revisorerna i Region Halland uppmärksammat detta i sin riskanalys och beslutat sig för att genomföra en granskning av hur regionen arbetar med remisshantering i vården.

## Syfte och revisionsfrågor

Granskningens syfte har varit att bedöma om Regionstyrelsen, Driftnämnd Hallands sjukhus, Driftnämnd Psykiatri och Driftnämnd Närsjukvård, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, säkerställt en ändamålsenlig remisshantering.

Revisionsfrågor:

### Styrning

- Finns rutiner för remisshantering som bygger på Socialstyrelsens föreskrift?
- Har verksamhetschefer inom aktuella verksamheter fastställt rutiner avseende remisshantering?
- Är rutinerna kända i verksamheten?
- Finns det tidsatta mål för remissprocessens olika ledtider?

### Tillgänglighet



- Finns det tillräcklig information för patienter som vill göra egenvårdbegäran (egenremiss) till specialist?
- Får patienten tillräcklig information om remissprocessens olika faser och delaktighet?

### **Uppföljning och kontroll**

- Finns det system för att upptäcka remisser som inte skickas, icke besvarade remisser, antalet avböjda remisser eller andra fel i remissprocessen?
- Följs remisshantering upp av ansvarig styrelse/nämnd och används resultatet som en del i att säkerställa tillgänglig och patientsäker vård inom regionen?

### **Revisionskriterier**

Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som bildar underlag för revisionens analyser och bedömningar. Revisions Kriterierna för denna granskning utgörs av:

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- 7 kap. 2 § patientsäkerhetslagen (2010:659)
- Patientlag (2014:821)
- Socialstyrelsens föreskrift Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (SOSFS 2011:9)
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om journalföring och behandling av personuppgifter i hälso- och sjukvården (HSLF-FS 2016:40)
- Ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. (SOSFS 2004:11)

### **Avgränsning**

Granskningen omfattar inte så kallade standardiserade vårdförlopp det vill säga 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, och som rör patienter i Region Halland och omfattar inte utomlänremisser. Remittering sker även mellan andra yrkesgrupper.

Granskningen har också avgränsats till primärvården, ortopedkliniken och öppenvård psykiatri.

### **Metod**

Granskningen har genomförts genom intervjuer, dokumentstudier, stickprov av rutiner för remisshantering. Se bilaga 1 för intervju personer och dokument. De intervjuade har beretts möjlighet att sakgranska rapporten.

Rapporten har kvalitetssäkrats av Marie Lindblad, certifierad kommunal revisor, i enlighet med PwCs rutiner för kvalitetssäkring.

# Granskningsresultat

**Remiss:** Handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient.

**Konsultation:** Vårdkontakt där patienten bedöms av hälso- och sjukvårdspersonal från annat medicinskt verksamhetsområde (klinik/basenheter/motsvarande) och där vårdansvaret kvarstår hos remitterande hälso- och sjukvårdspersonal.

**Vårdbegäran:** Begäran om erhållande av hälso- och sjukvård ska övertas.

**Vårdgivare:** Statlig myndighet, region och kommun i fråga om sådan hälso- och sjukvårdsverksamhet som myndigheten, region eller kommunen har ansvar för (offentlig vårdgivare) samt annan juridisk person eller enskild näringsidkare som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (privat vårdgivare).

**Verksamhetschef:** Befattningshavare som svarar för verksamheten enligt 4 kap. 2 § hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) eller 16 a § tandvårdslagen (1985:125)

## Rutiner för remisshantering

*Revisionsfråga 1: Finns rutiner för remisshantering som bygger på Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2004:11)?*

### *lakttagelser*

I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser inom hälso- och sjukvården, tandvården med mera finns grundläggande krav på remisshantering. Vårdgivaren (för Region Halland) skall ge skriftliga direktiv och säkerställa att det finns rutiner för hur remisser skall utformas och hanteras. Enligt Socialstyrelsens författningssamling är en remiss en beställning av en tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar. Det finns inga formella krav på en remiss, men remissen ska redogöra för symtom och tidigare sjukdom och ska vara av sådan kvalitet att mottagande vårdgivare kan bedöma det medicinska behovet.

### *Region Halland- regionövergripande rutin*

Region Halland har i enlighet med Socialstyrelsens författning (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården med mera utarbetat en rutin för remisshantering "VAS - Remisser och remissvar" fastställd av regional samordnande chefläkare. Rutinen finns tillgänglig för alla medarbetare på vårdgivarwebben. Enligt dokumentet är rutinen skapad för att öka säkerheten i remisshanteringen.

Rutinen är delvis baserad på Socialstyrelsens föreskrift, däremot saknas information om vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser samt vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss dröjer eller uteblir. Det bör också tydligare framgå att rutinen ska användas för remisshantering inom Region Halland och regionens finansierade verksamheter.

Som ett komplement till rutinen finns en tillämpningsanvisning som beskriver bland annat administrativa delar kring inkommande och utgående remisser i journalsystemet VAS. Av intervjuerna följer att det hos de flesta som intervjuats finns en kännedom om att det finns en gemensam rutin för remisshantering. Kunskap om vad rutinen innehåller varierar bland de intervjuade. Någon känner till den väl. Andra uppger att de vet att den finns, men inte vad den innehåller.

Det finns ett flertal vårdöverenskommelser som i Region Halland benämns som handlägningsöverenskommelse mellan primärvården och den specialiserade vården. Flera av dessa är från 2014 och 2015. Enligt intervjuade upplevs handlägningsöverenskommelse mellan närsjukvården och ortopedisk specialistvård aktuell. Fler lyfter att det finns behov att se över handlägningsöverenskommelse mellan närsjukvården och psykiatri. De intervjuade beskriver vidare att följsamheten till handlägningsöverenskommelsen varierar, vilket ibland kan resultera i att remisserna returneras. Det kan handla om patienter som är på fel vårdnivå, eller om utredningar eller provtagningar som ska vara gjorda innan en remiss skickas.

VAS används idag inom alla Region Hallands vårdenheter samt flera privata vårdenheter. Värt att notera är att Region Halland har upphandlat ett nytt vårdinformationssystem som kommer att ersätta bland annat VAS. Implementering av det upphandlade vårdinformationssystemet Cambio Cosmic kommer att påbörjas under 2024.

I riktlinje *Vård- och behandlingsgarantin - tillämpning i specialiserad vård* beskrivs hur slutenvården ska hantera inkomna remisser utifrån vårdgarantins gränser, men riktlinjen beskriver inte specifikt remisshantering. Syftet är att riktlinjen ska fungera som en vägledning till hur medarbetarna ska hantera vårdgarantins olika delar.

I Region Halland kan patienten själv kontakta den specialiserade öppenvården via 1177 och skriva en egen vårdbegäran, det vill säga en egenremiss.

### *Bedömning*

*Revisionsfråga 1: Finns rutiner för remisshantering som bygger på Socialstyrelsens föreskrift?*

#### **Delvis.**

Vi bedömer att det finns en skriftlig och giltig regionövergripande rutin för remisshantering som delvis är utformade på ett ändamålsenligt sätt i enlighet med (SOSFS 2004:11).

Vi anser dock att rutinen också bör tydliggöra verksamhetschefens ansvar för att fastställa rutiner för remisshantering samt vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss dröjer eller uteblir. Det bör också tydligare framgå att rutinen ska användas för remisshantering i Region Halland och av regionens finansierade verksamheter.

Vi vill poängtera vikten av att de övergripande rutiner blir kända hos verksamhetschefer och nyckelpersoner för att skapa bättre förutsättningar för följsamhet.

## Rutiner för remisshantering på verksamhetsnivå

*Revisionsfråga 2: Har verksamhetschefer inom aktuella verksamheter fastställt rutiner avseende remisshantering?*

*Revisionsfråga 3: Är rutinerna kända i verksamheten?*

### *lakttagelser*

I Socialstyrelsens författningssamling (SOSFS 2004:11) om ansvar för remisser för patienter inom hälso-och sjukvård, tandvården med mera finns grundläggande krav på remisshantering, där det bland annat framgår:

- att verksamhetschefen på den remitterande enheten skall fastställa rutiner för de remisser som skall användas inom verksamhetsområdet, för hantering av utgående remisser och inkommande remissvar. (4 §)
- att verksamhetschefen på den mottagande enheten skall fastställa rutiner för de remisser som skall användas inom verksamhetsområdet, för hanteringen av inkommande remisser och utgående remissvar. (5 §)

I §§ 4 och 5 beskrivs också vad som ska anges i dokumenterade rutiner. Därtill att personal med formell och reell kompetens för uppgiften skall bedöma remissvaren och ta ställning till vilka åtgärder som skall vidtas.

I tabellerna nedan har vi bedömt hur de lokala rutinerna är i linje med (SOSFS 2004:11 4 § och 5 §).

### Region Halland

#### *Hallands sjukhus*

*Remisser vid vårdens övergång internt och externt* är en rutin som beskriver ansvaret för remisser och remissvar i vårdens övergångar och gäller för Hallands sjukhus. I rutinen beskrivs ansvarsfördelning kopplat till remisser och remissvar utifrån Socialstyrelsens föreskrift (SOSFS 2004:11). Rutinen inkluderar alla avdelningar på Hallands sjukhus. Det är alltid läkare som vid utfärdande av remiss ansvarar för åtgärd och uppföljning av remissvar.

*VAS - bevakningsformulär* beskriver vilka bevakningsformulär som är obligatoriska att bevaka samt hur ofta det ska ske. Ytterst är det verksamhetschefen på respektive klinik som beslutar vad som ska bevakas, hur ofta det ska ske samt tydliggör vilken funktion som ansvarar för vilket formulär.

Vi har inom ramen för granskningen intervjuat Ortopedmottagningen Hallands sjukhus och tagit del av dokumenterade rutiner för remisshantering. Den ena rutinen beskriver hur remisserna fördelas, vem som bedömer dem samt hur de bedöms. Den andra rutinen är en arbetsbeskrivning för hur man delar ut remisser i journalsystemet. I förhållande till SOSFS 2004:11 4 § och 5 § finns behov att tydliggöra de flesta delar.

Enligt intervjuer är rutinerna väl kända i verksamheterna, och arbetet kring att bedöma inkommande och hanteringen av utgående remisser beskrivs som välfungerande. De

medicinska sekreterarna fördelar inkommande remisser beroende på subspecialitet, och akuta remisser.

Det är endast specialister som bedömer remisser enligt intervjuer. Bedömning av lokala rutiner görs i förhållande till (SOSFS 2004:11 4 § och 5 § ) i tabell 1.

### Psykiatri

En variant av dokumentet VAS - remisser och remissvar finns hos Psykiatri Halland. *VAS och LifeCare - Remisser, meddelanden och informationsöverföring mellan öppenvård och heldygnsvård vuxenpsykiatri* beskriver kommunikation och informationsöverföring i VAS och LifeCare mellan vuxenpsykiatri och öppenvård. Dokumentet beskriver sammanfattningsvis vem som får utfärda remisser, ansvar för signering, hur remissen ska skickas, remissbekräftelse till patienter samt remissvar till öppenvårdsmottagning. Det som saknas är bevakning av att remissvar kommer in inom godtagbar tid och vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss dröjer eller uteblir.

Remisser där information är otillräcklig eller där patienten inte bedöms uppfylla kriterier för vård inom specialistpsykiatri enligt handläggningsöverenskommelsen återremitteras. Remiss kan även skickas åter med önskan om komplettering. Enligt intervjuer är det en god kunskap om rutiner och handläggningsöverenskommelsen i remiss- och bedömningsteam. Bland annat har förvaltningen haft interna utbildningar kring handläggningsöverenskommelsen.

Bedömning av lokala rutiner görs i förhållande till (SOSFS 2004:11 4 § och 5 § ) i tabell 1.

**Tabell 1: Stickprov rutiner specialiserad öppenvård**

Inkommande/Utgående remisser enligt Socialstyrelsen	Ortopedkliniken	Psykiatri
<b>Inkommande remisser</b> 1. vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda inkommande svar	Delvis	Ja VAS och Lifecare
2. hur remisserna skall registreras och sändas	Ja	Ja
3. bevakning av att remissvar kommer in inom godtagbar tid	Nej	Nej
4. vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss dröjer eller uteblir	Nej	Nej
<b>Utgående remisser</b> 1. vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser	Delvis, muntligen men inte i rutinen	Ja
2. hur remisserna skall registreras och sändas	Ja	Ja

3. bevakning av att remissvar kommer in inom godtagbar tid	Nej	Nej
4. vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss dröjer eller uteblir	Nej	Nej
5. hur remissvaren skall tas emot och registreras	Nej	Ja

### Vårdcentraler

Granskningen visar att en av tre vårdcentraler har dokumenterade rutiner för remisshantering. Även om vårdcentralerna saknar dokumenterade rutiner kan berörd verksamhetschefer och medicinska sekreterare redogöra för arbetssätt för hantering av utgående och inkommande remisser.

**Tabell 2: Stickprov rutiner vårdcentraler**

Inkommande/Utgående remisser enligt Socialstyrelsen	Vårdcentral 1	Vårdcentral 2	Vårdcentral 3
<b>Inkommande remisser</b> 1. vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda inkommande svar	Ja	Nej	Nej
2. hur remisserna skall registreras och sändas	Ja	Ja	Ja
3. bevakning av att remissvar kommer in inom godtagbar tid	Ja	Nej	Nej
4. vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss dröjer eller uteblir	Ja	Nej	Nej
<b>Utgående remisser</b> 1. vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser	Nej	Nej	Nej
2. hur remisserna skall registreras och sändas	Nej	Nej	Nej
3. bevakning av att remissvar kommer in inom godtagbar tid	Ja	Nej	Nej
4. vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss dröjer eller uteblir	Ja	Nej	Nej

5. hur remissvaren skall tas emot och registreras	Nej	Nej	Nej
---	-----	-----	-----

### *Bedömning*

*Revisionsfråga 2: Har verksamhetschefer inom aktuella verksamheter fastställt rutiner avseende remisshantering?*

#### **Delvis.**

Vi bedömer att verksamhetscheferna i de granskade verksamheterna i varierad utsträckning fastställt rutiner avseende remisshantering enligt lagstiftning, föreskrifter och Region Hallands regelverk. Inga av rutinerna på verksamhetsnivå motsvarar fullt ut de krav som ställs enligt Socialstyrelsens föreskrifter 2004:11 4 § och 5 §.

Det är viktigt att verksamhetscheferna tar sitt ansvar för att fastställa och upprätta lokala rutiner som bygger på Socialstyrelsens föreskrifter 2004:11 4 § och 5 §. Det är i sammanhanget tillika viktigt att ansvarig politisk nivå genom styrning och kontroll löpande säkerställer att föreskrifternas krav efterföljs i verksamheterna.

Remisshantering är central i verksamheterna och har en stark koppling till patientsäkerheten. Dokumenterade rutiner är förutsättningen för att skapa en robust och icke personberoende styrning och kontroll samt förutsättningar för ett enhetligt arbetssätt i verksamheten.

### *Bedömning*

*Revisionsfråga 3: Är rutinerna kända i verksamheten?*

#### **Delvis.**

Granskningen finner att det finns kännedom om verksamhetens upprättade rutiner i de fall det finns lokala rutiner. Vi bedömer dock att det finns behov av att tydliggöra verksamhetschefens uppdrag med att fastställa rutiner för remisshantering som bygger på Socialstyrelsens föreskrifter 2004:11 4 § och 5 §.

Granskningen synliggör också ett antal utvecklingsområden i nuvarande remisshantering:

- Omvandla muntliga rutiner till skriftliga arbetssätt
- Kommunicera lokala rutiner till verksamheten och säkerställ att de följs.

### **Tidsatta mål**

*Revisionsfråga 4: Finns det tidsatta mål för remissprocessens olika ledtider?*

#### *lakttagelser*

På regionövergripande nivå finns tidsatta mål för remissprocessens olika delar i rutinen VAS - remisser och remissvar. Av rutinen framgår tidsgränser för utgående remisser, inkommande remisser, inklusive bedömning av remiss och resultat av remissbedömning, samt för remissvar. Nedan anges de tidsatta mål som finns i den regionövergripande rutinen:

- Beslut om remiss ska ske i samråd med patient och ska sändas senast dagen efter beslut.
- Vid mottagande av inkommande remisser ska medicinsk bedömning ske snarast, dock senast inom tre arbetsdagar efter att remiss inkommit och registrerats.
- Resultat av remissbedömning ska skickas till patient och remittent, dock senast inom två arbetsdagar efter att remissen medicinskt bedömts.
- Remissvar skrivs antingen efter 1:a besök, operation, PAD-svar eller när utredning avslutats.

Det förs ingen uppföljning av om dessa tidsramar hålls på övergripande nivå i regionen.

Granskningen visar att tidsatta mål för remissprocessen varierar mellan olika verksamheter. Vid intervjuer framgår att Psykiatrin Halland endast har tidsgränser för bedömning och remissvar där bedömning av remisser sker inom 2-3 dagar och ska besvaras inom en vecka.

För Ortopedmottagningen Hallands sjukhus framgår av rutin för remisser att remisserna ska bedömas inom en vecka. Av intervju framgår att patient även ska få återkoppling inom en vecka. Inga fler tidsgränser nämns varken i rutiner eller vid intervjuer med Ortopedmottagningen.

I Närsjukvårdens egenkontrollprogram som gäller vårdcentraler i egen regi framgår att remissvar ska signeras av ansvarig vårdpersonal inom 3 kalenderdagar. Inga fler tidsgränser nämns i dokumentet. Vårdcentralerna har inga dokumenterade tidsatta mål för remissprocessens olika ledtider. Vid intervjuer framgår däremot att tidsgränser finns för vissa delar av remissprocessen. För den privata vårdcentral som intervjuats i granskningen finns inte motsvarande egenkontrollprogram, utan istället lokala rutiner där det inte finns några tidsgränser. Vid tid för granskningen var den under uppdatering, och skulle enligt uppgift kompletteras med att osignerade remisser kontrolleras 1 gång/vecka.

### *Bedömning*

#### *Revisionsfråga 4: Finns det tidsatta mål för remissprocessens olika ledtider?*

#### **Delvis.**

Vi bedömer att det finns tidsatta mål för remissprocessens olika ledtider i regiongemensam rutin *VAS - remisser och remissvar*. Kännedomen om ledtider varierar mellan granskade verksamheter.

Närsjukvården har ett egenkontrollprogram för vårdcentraler i egen regi som respektive vårdcentral ska arbeta efter, men det görs ingen uppföljning av att det faktiskt utförs.

I den privata vårdcentralens lokala rutiner finns inga angivna tidsgränser.

Vår bedömning är att det inte sker någon uppföljning av att tidsatta mål av ledtider följs upp varken av respektive förvaltning eller av ansvarig nämnd.



## Information om egenvårdbegäran

*Revisionsfråga 5: Finns det tillräcklig information för patienter som vill göra egenvårdbegäran (s.k. egenremiss) till specialist?*

### *lakttagelser*

I Region Halland kan patienten själv söka öppen specialistvård. Det innebär att en person kan kontakta en öppen specialistvårdsmottagning och skicka en egenremiss genom e-tjänsterna på 1177.se, via pappersblankett eller ringa till mottagningen. På 1177.se finns det information om hur man begär en egenremiss. Samtliga mottagningar som ingår i granskningen tar emot egenremiss.

Av rutinen VAS - Remisser och remissvar framgår att alla inkommande egenremisser oavsett om det kommer via 1177 eller på papper ska registreras i VAS som en inkommande remiss och skannas in i e-arkivet (HSLF-FS 2016:40 5 kap. 5 §). Remiss ska registreras på utfärdandedatum. Remissen besvaras som remissvar i VAS och svaras ut via 1177 alternativt skrivs ut och skickas via post. Egenremisser som inkommer där verksamheten direkt ser att bedömning behöver ske på annan vårdnivå läggs ändå upp i VAS som en inkommande remiss och hanteras därefter enligt ovan. Egenremisser till röntgen accepteras inte utan röntgenremisser utfärdas enbart av hälso- och sjukvårdspersonal.

Av intervjuer framkommer att egenremisser bedöms precis som alla andra remisser. Om remissen innehåller det den ska innehålla får patienten antingen en tid eller så ber vårdgivaren patienten att kontakta vårdgarantiservice om kliniken inte kan garantera att patienten får vård inom 60 dagar. Att skicka en egenremiss betyder inte automatiskt att patienten får komma till mottagningen, den kan bli hänvisad till sin vårdcentral. Intervjuade i den specialiserade vården beskriver att många gånger saknar patienternas egenremisser relevant information, provtagning och röntgenundersökningar. De kan också ha sökt på fel vårdnivå. Remisserna besvaras då med hänvisning till att söka kontakt med sin vårdcentral för fortsatt utredning.

### *Bedömning*

*Revisionsfråga 5: Finns det tillräcklig information för patienter som vill göra egenvårdbegäran (s.k. egenremiss) till specialist?*

**Ja.**

Vi bedömer att det finns tillräcklig information för patienter som vill göra en egen vårdbegäran till specialist. Vi anser också att det finns rutiner i verksamheten för att hantera egenremisser från patienter.

## Information om remissprocessen

*Revisionsfråga 6: Får patienten tillräcklig information om remissprocessens olika faser?*

### *lakttagelser*

Nationellt mäts tillgängligheten till nybesök och operation/åtgärd inom specialiserad vård i förhållande till vårdgarantin om 90 dagar. Måluppfyllnaden mäts i procentandelar och målnivån för samtliga tillgänglighetsmått är 100 procent. Återbesök, utredning och

undersökning är exempel på delar som inte ingår i vårdgarantin. Region Hallands målsättning är att patienten ska få ett första besök i den specialiserade vården inom 60 dagar och efter beslut få en operation/åtgärd inom 60 dagar.

Patienterna ska vara delaktiga vid remissbeslut exempelvis i samband med besök inom primärvården, vilket också tydliggörs i rutinen *VAS - Remisser och remissvar*.

Enligt dokumentet *Vårdgaranti utomlänsvård* ska en remissbekräftelse skickas direkt i samband med bedömning av remisser. När remissbekräftelse skickas per brev får patienten information om att de kommer att kallas på ett besök alternativt om vård inte kan ges inom 60 dagar hänvisas de till att nyttja vårdgarantin. För att administrera hela arbetet med att hjälpa patienterna att få tillgång till den vård som de har rätt till finns funktionen Vårdgarantiservice. I brevet som skickas till patienterna när regionen inte kan erbjuda vård finns namn på de mottagningar som regionen har avtal med och som patienten kan välja istället. Vårdgarantiservice hjälper patienten med all administration. Idag finns drygt 24 avtal inom ortopedi, urologi, kardiologi och ögon. De flesta är belägna inom Region Hallands område men regionen har även avtal med vårdgivare utanför regiongränsen. Varje år tar Vårdgarantiservice emot runt 10 000 patienter som de hjälper att komma till en annan vårdgivare. Det finns statistik hur de fördelar sig mellan olika verksamheter. Ögonsjukvård och ortopedisk vård skickar flest antal patienter. Det är inte alla patienter som har möjligt att få specialiserad vård utanför regionen utan deras hälsotillstånd måste medge det. Enligt intervjuer är det framförallt lämpligt att remittera patienter inom ASA 1 och 2<sup>1</sup>. Vidare beskrivs att det är patienter som ska göra ett enskilt ingrepp såsom ögonoperation eller ortopedisk operation. För patienter som inte ingår i nämnda grupper ansvarar Region Halland för att genomföra ingreppen enligt medicinsk bedömning.

Om patienterna nyttjar sin vårdgaranti i en annan region tas de bort från Region Hallands väntelista. Om patienten väljer att inte nyttja vårdgarantin står de kvar på mottagningens väntelista, men då gäller inte längre de 60 dagarna, och det registreras som patientvald väntan. Om patienten inte hör av sig inom sex veckor tas de bort från väntelistan och remissen skickas som remissvar till remitterande enhet. Det senare beskrivs enligt intervjuade som problematiskt och en potentiell patientsäkerhetsrisk. Intervjuade representanter från primärvården beskriver att det också ökar deras arbetsbelastning då en ny remiss behöver skickas. För patienten kan det innebära att väntetiden för vård blir längre eftersom vårdgarantin börjar gälla på nytt när en ny remiss måste skickas. Det efterfrågas en digital lösning, exempelvis genom 1177, där patient kan logga in och svara om den vill stå kvar i kön eller nyttja vårdgarantin.

---

<sup>1</sup>American Society of Anesthesiologists ASA-klassifikationen är ett system som används för att bedöma varje patients hälsotillstånd, och huruvida behandling med anestesi är försvarbart i det enskilda fallet. Patienter i klass 1 definieras som för övrigt frisk patient. Här medför anestesi liten risk. Klass 2 är för patienter med en lindrig systemsjukdom utan påtaglig funktionell begränsning.

## *Bedömning*

### *Får patienten tillräcklig information om remissprocessens olika faser?*

#### **Delvis.**

Vi bedömer att patienten får skriftlig information när remissen är bedömd. Besked skickas vanligtvis i samband med kallelse till besök eller om patienten istället ska kontakta vårdgarantiservice.

Vi anser att det är en potentiell patientsäkerhetsrisk att patienten aktivt måste meddela om den önskar stå kvar i kö i det fall de inte väljer att acceptera vård inom ramen för vårdgarantin i hos andra aktörer.

## **System för att upptäcka fel i remissprocessen**

### *Revisionsfråga 7: Finns det system för att upptäcka remisser som inte skickas, icke besvarade remisser, antalet avböjda remisser eller andra fel i remissprocessen?*

#### *lakttagelser*

Utöver den gemensamma rutinen i VAS - Remisser och remissvar har de två specialistmottagningarna som intervjuats i granskningen rutiner för bevakningsformulär i VAS. Ytterst är det verksamhetschefen på respektive klinik som beslutar vad som ska bevakas.

Enligt intervjuer kontrolleras inkommande och utgående remisser dagligen av de medicinska sekreterarna. I arbetsuppgifterna ingår att fördela ut remisser till dedikerade bedömningsteam som därefter bedömer och prioriterar. Det innefattar också att kontrollera akuta remisser, se till så att remisser är signerade i systemet och att de skickas. De intervjuade beskriver att det sker en uppföljning av hur många remisser som inkommer, men att de inte följer upp hur många remisser som returneras. Det är enligt intervjuer möjligt att göra den uppföljning på kliniknivå. Remisser returneras för att de är i behov av komplettering eller att de befinner sig på fel vårdnivå.

För Närsjukvården det vill säga regionens offentliga vårdcentraler har vi tagit del av egenkontrollprogrammet. Egenkontrollerna avser främst olika lagkrav som åligger verksamhetschefen och är inte föremål för annan uppföljning. Av egenkontrollprogrammet framgår att osignerade remisser och ej sända remisser bevakas dagligen, obesvarade remisser ska bevakas månatligen. Motsvarande finns inte för den privata vårdcentralen i granskningen.

I VAS är det enligt intervjuer tekniskt möjligt att skicka komplettering när exempelvis information saknas. Vanligare är dock att remissen returneras och i svaret skrivs vilken typ av komplettering som behövs göras innan en ny remiss kan skickas eller om det är så att insatsen istället ska ges i primärvården.

En samstämmig bild från intervjuade är att det är ett manuellt arbete att bevaka inkommande och utgående remisser. Det kräver ett aktivt arbete med att dagligen gå igenom olika delar i VAS. Det är i dagsläget inte heller möjligt att i systemet följa remissens väg genom vården. Som tidigare beskrivet kommer Region Halland påbörja implementering av Cosmic inom kort. Vårt att nämnas är att länets kommuner inte

kommer att ha samma system. Vi har inom ramen för granskningen bett att få ta del av avvikelser kopplat till remisshantering. Det har inte varit möjligt för regionen att ta fram avvikelser, vilket gör att vi inte har kunnat ta del av dessa.

Det inkom totalt 1352 patientärenden till Patientnämnden under 2022. Patientnämnden tog under 2022 emot 123 ärenden som berörde remisshantering (ca 9 %).

Fördelning av ärenden:

- Hallands sjukhus: 52
- Närsjukvården Region Halland: 27
- Psykiatri Halland: 14
- Privata vårdcentraler (vårdval Halland): 18
- Övriga vårdavtal (privat specialistvård): 7
- Andra privata aktörer: 3
- Ambulans, diagnostik och hälsa: 1

Av information följer att ärenden handlar om uteblivna remisser, det saknas återkoppling på provsvar eller röntgen, långa handläggningstider och fel vårdnivå. Patientnämndens kansli kommer under 2023 göra en särskild fördjupningsrapport kopplat till Region Hallands remisshantering.

### *Bedömning*

*Finns det system för att upptäcka remisser som inte skickas, icke besvarade remisser, antalet avböjda remisser eller andra fel i remissprocessen?*

### **Delvis.**

Vi bedömer att det inte finns ett digitalt bevakningssystem där antalet avvisade remisser eller fel i remissprocessen kan identifieras. Bevakningen består vanligen av att enskilda personer ser över mottagningens inkomna och utgående remisser. Det finns bevakningsrutiner i form av bevakningsformulär och egenkontrollprogram.

Vi anser att det är en svaghet att det inte går att plocka ut avvikelser kopplat till remisshantering.

### **Uppföljning av nämnden**

*Revisionsfråga 8: Följs remisshanteringen upp av ansvarig styrelse/nämnd och används resultatet som en del i att säkerställa tillgänglig och patientsäker vård inom regionen?*

### *Introduktion*

Mätning och rapportering av tillgänglighet enligt den nationella vårdgarantin och regionens målsättning sker kontinuerligt på olika nivåer inom organisationen. Formellt följs tillgängligheten för kontakt med primärvården upp samma dag, medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar, och första besök och operation/åtgärd i uppföljningsrapport 1 och 2 samt i årsredovisning. Det gäller samtliga granskade nämnder. Inom ramen för granskningen har en genomgång gjorts av regionstyrelsens och nämndernas protokoll för januari 2022-december 2022. Vi har inte kunnat spåra någon punkt kopplat till remisshantering.

## *lakttagelser*

### **Regionstyrelsen**

I uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag för vårdval i närsjukvården framgår att vårdenheten ska, för att erhålla ersättning, följa hemregionens remissregler. Någon övrig styrning finns inte.

### **Driftnämnden Närsjukvård**

I ett skriftligt svar från förvaltningschef Närsjukvård framgår att remisshantering inte följts upp av driftnämnden Närsjukvård. Uppföljning av remisser görs inom ramen för egenkontrollprogrammet.

### **Driftnämnden Psykiatri**

Av intervjuer samt skriftliga svar från chefläkare framkommer att nämnden får en strukturell uppföljning av dels väntetider till besök inom Psykiatri Hallands öppenvård, dels också information av verksamhetschefer med uppgifter från de olika samarbetsforum som förvaltningen har med vårdgrannar där just remisshantering är ett fokusområde. Informationen används i förvaltningens löpande arbete med såväl tillgänglighet som patientsäkerhet.

### **Driftnämnden Hallands sjukhus**

I ett skriftligt svar från förvaltningen Hallands sjukhus framgår det att driftnämndens styrning huvudsakligen sker via nämndens verksamhetsplan där både tillgänglighet och patientsäkerhet är i fokus. Förvaltningen Hallands sjukhus redovisar uppföljning av tillgängligheten och patientsäkerheten till driftnämnden Hallands sjukhus genom uppföljningsrapporter och via fördjupad information. Remisshanteringen är en del av förvaltningen Hallands sjukhus verkställande av driftnämndens uppdrag att bedriva specialiserad somatisk specialistsjukvård. Driftnämndens viktigaste åtgärd för att säkerställa en korrekt remisshantering är att verkställandet utförs av professionell och kompetent vårdpersonal utifrån tydliga rutiner och där en stor andel av medarbetarna är legitimerade yrkesutövare. Remisshanteringen har inte varit föremål för någon särskild kontroll via nämndernas internkontrollplaner under mandatperioden.

## *Bedömning*

*Följs remisshanteringen upp av ansvarig styrelse/nämnd och används resultatet som en del i att säkerställa tillgänglig och patientsäker vård inom regionen?*

**Nej.**

Granskningen visar att det inte finns någon dokumenterad spårbarhet att ansvarig politisk nivå följt upp remisshantering. Det bekräftas också av intervjuer.

Ansvarig styrelse och nämnd följer utfallet av den nationella tillgängligheten och regionens målsättning. Uppföljning av patienter som erbjudits vård i andra regionen följs månadsvis.

# Samlad bedömning





PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Halland genomfört en granskning av remisshantering. Granskningens syfte är att bedöma om Regionstyrelsen, Driftnämnd Hallands sjukhus, Driftnämnd Psykiatri och Driftnämnd Närsjukvård, utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden, säkerställt en ändamålsenlig remisshantering.





Utifrån genomförd granskning är vår samlade bedömning att Regionstyrelsen, Driftnämnd Hallands sjukhus, Driftnämnd psykiatri och Driftnämnd Närsjukvård utifrån sina respektive uppdrag och ansvarsområden **inte helt** säkerställt en ändamålsenlig remisshantering.

## Rekommendationer

- Säkerställa att en gemensam rutin för remisshantering fastställs som fullt ut bygger på Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11).
- Säkerställa att samtliga verksamheter har dokumenterade rutiner för remisshantering som överensstämmer med Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2004:11) och regionens gemensamma rutin för remisshantering samt att den är känd och tillämpas.
- Uppföljning av remisshanteringen stärks. Uppföljning bör lämpligen hanteras inom ramen för organisationens övriga system för styrning och intern kontroll.

## Sammanfattande bedömningar utifrån revisionsfrågor

Revisionsfråga	Bedömning	
1. Finns rutiner för remisshantering som bygger på Socialstyrelsens föreskrift?	<b>Delvis</b> Rutinen behöver anpassas fullt ut till Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2004:11. Rutinen behöver bli kända hos verksamhetschefer och nyckelpersoner för att skapa bättre förutsättningar för följsamhet.	
2. Har verksamhetschefer inom aktuella verksamheter fastställt rutiner avseende remisshantering?	<b>Delvis</b> Det finns ett utvecklingsarbete för att säkerställa att lokala rutiner har en följsamhet till Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2004:11 4 § och 5 §.	
3. Är rutinerna kända i verksamheten?	<b>Delvis</b> Det finns behov av att tydliggöra verksamhetschefens uppdrag med att fastställa rutiner för remisshantering som bygger på Socialstyrelsens föreskrifter SOSFS 2004:11 4 § och 5 §. Granskningen synliggör också ett antal utvecklingsområden i nuvarande remisshantering.	
4. Finns det tidsatta mål för remissprocessens olika ledtider?	<b>Delvis</b> Det finns tidsatta mål för remissprocessens olika ledtider i regiongemensam rutin VAS - remisser och remissvar. Kännedomen om ledtider varierar mellan granskade verksamheter. Det sker ingen uppföljning av att tidsatta mål av ledtider följs upp varken av respektive förvaltning eller av ansvarig nämnd.	

<p>5. Finns det tillräcklig information för patienter som vill göra egenvårdbegäran (s.k. egenremiss) till specialist?</p>	<p><b>Ja</b> Det finns tillräcklig information för patienter som vill göra en egen vårdbegäran till specialist. Det finns också rutiner i verksamheten för att hantera egenremisser från patienter.</p>	
<p>6. Får patienten tillräcklig information om remissprocessens olika faser?</p>	<p><b>Delvis</b> Besked till patienten skickas vanligtvis i samband med kallelse till besök eller om patienten istället ska kontakta vårdgarantiservice. Det är en potentiell patientsäkerhetsrisk att patienten aktivt måste meddela om den önskar stå kvar i kö i det fall de inte väljer att acceptera vård inom ramen för vårdgarantin i hos andra aktörer.</p>	
<p>7. Finns det system för att upptäcka remisser som inte skickas, icke besvarade remisser, antalet avböjda remisser eller andra fel i remissprocessen?</p>	<p><b>Delvis</b> Bevakning av remissprocessen sker manuellt. Det finns bevakningsrutiner i form av bevakningsformulär och egenkontrollprogram. Vi anser att det är en svaghet att det inte går att plocka ut avvikelser kopplat till remisshantering.</p>	
<p>8. Följs remisshanteringen upp av ansvarig styrelse/nämnd och används resultatet som en del i att säkerställa tillgänglig och patientsäker vård inom regionen?</p>	<p><b>Nej</b> Det finns ingen dokumenterad spårbarhet att ansvarig politisk nivå följt upp remisshantering. Ansvarig styrelse och nämnd följer utfallet av den nationella tillgängligheten och regionens målsättning. Uppföljning av patienter som erbjudits vård i andra regioner följs.</p>	



# Bilagor

## Intervjuförteckning (intervjuer och skriftliga svar)

### Psykiatri

- Förvaltningschef, chefläkare psykiatriförvaltning, verksamhetschef för öppenvårdspsykiatri i Halland, Medicinskt ledningsansvarig läkare vuxenpsykiatri öppenvård och medicinsk sekreterare

### Hallands sjukhus

- Förvaltningschef, ekonomichef verksamhetschef och överläkare Ortopedi, biträdande verksamhetschef, överläkare och medicinsk sekreterare

### Närsjukvården

- Förvaltningschef,
- Vårdcentralen Andersberg: Verksamhetschef, Allmänspecialistläkare, Allmänspecialistläkare Läkarmedverkan och medicinsk sekreterare
- Vårdcentralen Särö: Verksamhetschef och läkare samt medicinsk sekreterare

### Regionstyrelsen

- Capio Vårdcentral Halmstad: Verksamhetschef, medicinsk ledningsansvarig läkare och medicinsk sekreterare Ingelstad Vårdcentra

### Region Halland regionkontoret

- Hälso-och sjukvårdsstrateg
- Strateg Huvud Journal och hälsoinformatik
- Team Vårdservice – Vårdgaranti/Sjukresor/EU-vård

Regionservice Fakturaservice - Vårdgarantiservice

### Patientnämndens kansli

- Handläggare

### Dokumentgenomgång

- Mål och budget 2022 med ekonomisk ram 2023-2026
- Region Hallands uppföljningsrapport 1 januari-april 2022
- Region Hallands uppföljningsrapport 2 januari-augusti 2022
- Verksamhetsplan Driftnämnden Psykiatri 2022, Uppföljningsrapport 1 och 2
- Verksamhetsplan Driftnämnden Hallands sjukhus Hallands sjukhus 2022, Uppföljningsrapport 1 och 2
- Vårdval Halland uppdragsbeskrivning och förfrågningsunderlag för vårdval i närsjukvården 2022

- Verksamhetsplan och internbudget 2022 för Driftnämnden Närsjukvård, uppföljningsrapport 1, april och 2, augusti
- Rutin VAS - Remisser och remissvar
- Riktlinje Vård- och behandlingsgarantin - tillämpning i specialiserad vård
- Handlägningsöverenskommelse Psykiatri
- Handlägningsöverenskommelse mellan närsjukvården och ortopedisk specialistvård
- Lokala rutiner från granskade verksamheter
- Sammanträden 2022 Regionstyrelsen, Driftnämnd Hallands sjukhus, Driftnämnd Psykiatri och Driftnämnd Närsjukvården

2023-03-15

Marie Lindblad

Louise Tornhagen

---

*Uppdragsledare*

---

*Projektledare*

---

Denna rapport har upprättats av Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB (org nr 556029-6740) (PwC) på uppdrag av Region Hallands revisorer enligt de villkor och under de förutsättningar som framgår av projektplan från 2022-09-21. PwC ansvarar inte utan särskilt åtagande, gentemot annan som tar del av och förlitar sig på hela eller delar av denna rapport.