

Öhrlings

PRICEWATERHOUSECOOPERS 

Revisionsrapport*

Granskning av medicinsk revision

Region Skåne

November 2006

Roger Wallin, Jean Odgaard

*connectedthinking

Innehållsförteckning

1	Sammanfattning	2
2	Inledning	1
3	Syfte	1
4	Metod och avgränsningar	1
4.1	Avgränsningar	1
5	Bakgrund	2
5.1	Ansvar	2
6	Förekomst av medicinsk revision	3
6.1	Bedömning	5
7	Vad skall ingå i medicinsk revision?	6
7.1	Bedömning	7
8	Medicinsk revision och patientsekretess	7
8.1	Bedömning	9
9	Kompetens att genomföra medicinsk revision	9
9.1	Organisering och planering av revisionen	9
9.2	Genomförande av revisionen	10
9.3	Bedömning	10
10	Användning av medicinsk revision i belöningsystem?	11
10.1	Bedömning	12
11	Modell för medicinsk revision i Region Skåne	12
11.1	Förslag till definition	13
11.2	Syftet med medicinsk revision	14
11.3	Ansvar för den medicinska revisionen	14
11.4	Hur hanteras resultaten av revisionen i verksamheten?	16

1 Sammanfattning

Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB har av revisorerna i Region Skåne haft uppdraget att granska dels förekomsten av medicinsk revision, dels hur arbetet med att utveckla den medicinska revisionen organiseras, planeras och genomförs.

Granskningen har genomförts i form av genomgång av relevanta styrdokument, intervjuer med företrädare för vården, seminarium och avstämning av resultat. Rapporten har sakgranskats av berörda chefer.

Granskningen har avgränsats till hälso- och sjukvårdsledningen, samtliga distriktsnämndskanslier, två sjukhuschefer och de medicinska disciplinerna kirurgi och psykiatri inom Usil, CSK, Hässleholms sjukhusorganisation och lasarettet i Ystad.

Granskningen ger följande resultat.

Det förekommer inte något systematiskt och samordnat medicinskt revisionsarbete. Under de senaste tre åren är det vanligare att inget görs än att något görs och i så fall är det ofta av karaktären ad-hoc, dvs på förekommen anledning med hänsyn till att något inte fungerar.

I granskningen framkommer vidare bl a att de intervjuade ställer sig positiva till medicinsk revision, att de som genomför revisionen bör ha motsvarande sakkompetens som det medicinska sakområde som granskas och att det inte finns några juridiska svårigheter att genomföra revisionerna med hänvisning till patientsekretess – förutom vad gäller privata vårdgivare. I dessa fall behöver denna fråga lösas i samband med att avtal om vård sluts. Flertalet av de intervjuade ser fördelar att koppla samman tanken på belöningsystem med förekomst av medicinsk revision.

Rapporten förordar en organisation av medicinsk revision som innebär att hälso- och sjukvårdsledningen bildar en stab som arbetar med modeller, system, checklistor, driver, samordnar och stödjer det lokala medicinska revisionsarbetet. Det praktiska genomförandet kan variera mellan hälso- och sjukvårdsledningen och sjukhusledningen beroende på frågans art. Hälso- och sjukvårdsledningen bör ansvara för arbetet, informerar hälso- och sjukvårdsnämnden och finansierar projekten. Det är en klar fördel om de som utför den medicinska revisionen inte har någon koppling till den undersökta verksamheten eller de resultat som framkommer.

Med medicinsk revision avses en granskning av den medicinska verksamheten utifrån framförallt två utgångspunkter:

- att säkerställa att vårdinsatsen är till nytta för patienten, dvs att den vård som ges är rätt utifrån diagnos och svarar mot uppställda kvalitetskrav
- att säkerställa att vården sker utifrån vedertagna medicinska principer, dvs görs på rätt sätt utifrån den forskning och erfarenhet som råder.

Ett bidragande syfte kan vara att säkerställa att den vård som ges är optimal utifrån insatta resurser.

Den medicinska revisionen kan handla om diagnostik, behandling, vårdresultat, rutiner, metoder och vårdprocesser. I den medicinska revisionen granskas framförallt effektivitet och kvalitet, tillförlitlighet och säkerhet i verksamheten.

2 Inledning

Öhrlings PricewaterhouseCoopers AB har av revisorerna i Region Skåne haft uppdraget att dels granska förekomsten av medicinsk revision, dels granska hur arbetet med att utveckla den medicinska revisionen organiseras, planeras och genomförs.

3 Syfte

Syftet med granskningen är att belysa:

- Vad som skall ingå i medicinsk revision
- Vilken kompetens som behövs för att genomföra medicinsk revision
- Former för genomförande av medicinsk revision med beaktande av patientsekretess
- Rapportering av utfall
- Möjlighet att använda medicinsk revision i belöningsystem

I uppdraget ingår också att göra en kartläggning av hittillsvarande omfattning av medicinsk revision.

4 Metod och avgränsningar

Granskningen har genomförts i form av genomgång av relevanta styrdokument, intervjuer med chefer för olika organisatoriska nivåer i Region Skåne, verksamhetsföreträdare för olika discipliner och avstämningar med medicinsk sakkunskap utanför Region Skåne. Ett seminarium har arrangerats med företrädare för verksamheterna där former för uppläggning och genomförande av medicinsk revision diskuterats.

Sakunderlaget har fortlöpande stämts av med uppdragsgivaren (företrädare för revisionen) och sakgranskats av de intervjuade.

Granskningen har genomförts av Roger Wallin (projektledare) och Jean Odgaard från Öhrlings PricewaterhouseCoopers.

4.1 Avgränsningar

Urvalet av intervjupersoner har gjorts i samråd med revisionen och företrädare för hälso- och sjukvårdsledningen i Region Skåne. Följande urval har gjorts.

- Representanter för hälso- och sjukvårdsledningen
- Samtliga distriktsnämndskanslier

- Verksamhetsföreträdare för kirurgi och psykiatri vid Usil, CSK, Hässleholms sjukhusorganisation och lasarettet i Ystad
- Två sjukhuschefer.

Intervjuerna har gjorts med stöd av en intervjuguide som tagits fram i samråd med företrädare för uppdragsgivaren. Kartläggningen av den hittills genomförda medicinska revisionen omfattar de senaste tre åren.

5 Bakgrund

Revisionen publicerade en rapport för ca ett år sedan som innehöll en granskning av den strukturomvandling som skett med införandet av Skånsk livskraft – vård och hälsa och i den rapporten framkom bl a följande.

- Avtalen för upphandlad vård styr mot hög produktivitet och till strukturella mål
- Avtalen styr i mindre utsträckning mot medicinsk resultat kvalitet, dvs behandlingsmål

I rapporten konstaterades att ”Möjligheterna att säkerställa den medicinska kvaliteten i den upphandlade vården bör ses över. Det gäller t ex vad som skall ingå i en s k medicinsk revision, kompetens hos den som genomför den, hitta former som står i samklang med patientsekretess, vilka enheter som skall omfattas av medicinsk revision, form för rapportering av genomförd medicinsk revision och möjligheter att använda medicinsk revision i belöningsystem”.

5.1 Ansvar

Hälso- och sjukvårdsnämnden har ansvar för att utforma och följa upp uppdrag för samtliga verksamheter som inte är närsjukvård (specialiserad akutsjukvård, specialiserad planerad vård och högspecialiserad vård). I enlighet med nuvarande organisation skall distriktsnämnderna ansvara för uppdrag och uppföljning av närsjukvården. Ungefär hälften av de totala vårdkostnaderna avser närsjukvården. Det finns fyra vårdlogiker: närsjukvård, specialiserad akutsjukvård, specialiserad planerad vård och högspecialiserad vård.

När det gäller förutsättningarna för verksamheterna att använda sig av inrapporterade uppgifter till de nationella kvalitetsregistren är bilden mörk, enligt rapporten ovan. ”Möjligheten att förvaltningen själv ska ta del av resultaten och använda det i sin verksamhetsplanering utnyttjas inte. I princip kan en vårdenhet få ett medicinskt resultat som är mycket dåligt utan att förvaltningen på något sätt håller sig informerad om detta.”

Frågan ställs i rapporten om en tillräcklig uppföljning av vårdverksamheten sker på central nivå. ”Det gäller t ex uppföljning av avvikelser, redovisning av vårdens kvalitet särskilt med avseende på medicinsk resultat kvalitet, prioriteringar av vården, väntetider, rehabilitering och läkemedelsförskrivning.” Rapporten avslutas med att ”En förbättrad central uppföljning skulle ... i högre grad säkerställa målet om vård på lika villkor inom Region Skåne.”

Den här granskningen skall ses mot bakgrund av de resultat som redovisats ovan.

6 Förekomst av medicinsk revision

I intervjuerna har företrädarna fått ta ställning till om det förekommit någon form av medicinsk revision inom deras verksamhet under de senaste tre åren. Resultaten redovisas i nedanstående tabell.

Förekomst av medicinsk revision de senaste tre åren

Verksamhet	Förekomst	Område	Genomförande	Effekt	Beslutsnivå
Hälso- och sjukvårdsledning	Nej				
Nordvästra sjukvårdsdistriktet	Nej				
Nordöstra sjukvårdsdistriktet	Nej				
Sydvästra sjukvårdsdistriktet	Ja	Psykiatri	Extern konsult	Ny ledning och ny struktur	Sjukvårdsdirektör
Mellersta sjukvårdsdistriktet	Nej				
Ystad-Österlen sjukvårdsdistrikt	Ja	Internmedicin	Intern konsult	Bättre resursutnyttjande	Distriktsnämnd
Kirurgi Hässleholm	Nej				
Kirurgi Kristianstad	Ja	1) Medicinsk teknik, 2) Prioriteringsprocesser, 3) Traumasjukv	Extern konsult	Tveksam	Regional nivå
Kirurgi Ystad	Nej				
Kirurgi Lund	Ja	1) Akutprocessen 2) Den kolorektala cancerprocessen, steg 1 3) Operationsprocessen	Intern konsult	Bättre kvalitet och bättre flöden	Verksamhetschef
Psykiatri Hässleholm	Nej				
Psykiatri Kristianstad	Nej				

Psykiatri Ystad	Ja	1) Lokalisering av akutverksamhet och slutenvård, 2) Avvikelse-systemet	Extern konsult	Ställningstagande till organisering av verksamheten	Verksamhetschef
Psykiatri Lund	Nej				
Universitetssjukhuset Lund	Ja	1) Omhändertagande av strokepatienter, 2) Översyn av behandling av bröstcancer, 3) Omhändertagande av traumapatienter, 4) Systematisk kvalitetsgranskning av rehabverksamhet	Interna och externa konsulter beroende på frågans art	Ändringar i rutiner och behandlingssätt etc	Verksamhetschef
Centralsjukhuset Kristianstad	Ja	1) Hudmottagningen, 2) Röntgenverksamheten	Extern konsult	Förändring av rutiner för röntgenverksamheten	Verksamhetschef

Som framgår av sammanställningen är förekomsten av medicinsk revision sparsam under de senaste tre åren. Det är endast sju verksamheter som redovisar exempel på medicinsk revision. Två distriktsnämnder har använt sig av möjlighet till medicinsk revision, i det ena fallet rörande psykiatrins ledning och organisering och i det andra fallet rörande verksamheten inom internmedicin. I båda fallen har revisionen enligt uppgift verksamt bidragit till att skapa bättre förutsättningar för en förbättring av god och effektiv vård. Revisionen har genomförts med intern kompetens i det ena fallet och med stöd av extern specialistkompetens i det andra fallet.

Inom psykiatri i Ystad har man under en längre tid haft en geografisk uppdelning av akutverksamhet och slutenvård vilket uppfattats olyckligt ur vårdsynpunkt. Med anledning av detta har verksamheten efterfrågat en revision av Socialstyrelsen, vilken också genomförts. Revisionen ligger numera till grund för internt ställningstagande hur verksamheten skall organiseras framöver. Kirurgin i Kristianstad uppger att man inte på egen hand genomfört några revisioner, men att det genomförts tre revisioner på regionalt initiativ. I dessa fall har revisionen genomförts av externt anlitad personal (IHE) och effekterna i personalgrupperna och verksamhet har uppfattats begränsade.

Sjukhusen i Lund och Kristianstad redovisar ett flertal projekt inom ramen för medicinsk revision utförda under de senaste tre åren.

Det är osäkert om sammanställningen ovan kan sägas redovisa en fullständig bild av förekomsten av medicinsk revision utan är exempel på projekt de intervjuade spontant redovisat i samband med intervjutillfället. Ett skäl till detta är att det saknas en enhetlig definition av vad som avses med medicinsk revision. Genomgående redovisar sjukhuscheferna goda erfarenheter av genomförda revisioner i så motto att de också resulterat i förändringar i verksamheter utifrån de resultat som framkommit.

Bland övriga företrädare redovisas inte någon förekomst av medicinsk revision under de senaste tre åren och som förklaring anförs bl a att frågan om medicinsk revision inte varit aktuell under den undersökta perioden, att frågan är komplex, svår att hantera och av det skälet inte aktualiserats. Det har funnits oklarheter om ansvarsgränser i initiativrätt, sätt att genomföra, ansvar för finansiering, kontakt med tänkbara personer att genomföra revisionerna etc – allt sammantaget resulterande i att instrumentet inte kommit till användning. En annan förklaring är att verksamheterna under de senaste åren varit fullt upptagna med översyn av hälso- och sjukvårdsstrukturen och när nu den är klar blir det aktuellt att se över frågan om medicinsk revision.

Den medicinska revisionen har haft direkta effekter i ett par fall, mer tveksamma i några fall och skapat ett beslutsunderlag för hur verksamheten skall lokaliseras. Det finns skillnader i var besluten tas. I ett par fall har den ansvarige verksamhetschefen tagit beslut, i övriga fall är det ansvarig nämnd eller av nämnd utsedd chef som tagit beslut efter samråd med nämnden.

6.1 Bedömning

Det är tydligt att det finns en brist på systematiskt uppföljnings- och utvärderingsarbete kring vårdens resultat kvalitet i Region Skåne. Instrumentet medicinsk revision har kommit till sparsam användning. När det använts har syftet varit att akut undersöka och förbättra verksamheter som fungerat mindre ändamålsenligt. Insatserna har haft ad-hoc-karaktär, dvs initierats därför att man lokalt upplevt sig behöva se över en verksamhet eller granska rutiner i det uttalade syftet att förbättra verksamheten. Ibland har revisionen skett som ett resultat av professionell vilja bland vårdpersonal att se hur den egna verksamheten hävdar sig i förhållande till nationella rekommendationer eller kvalitetsregister. Resultaten av revisionerna har inte primärt använts i syfte att sprida kunskap och erfarenhet mellan verksamheter utan mer haft karaktären att lösa uppkomna lokala problem.

Det är värt att observera att det saknas en samlad kunskap och redovisning av allt medicinskt revisionsarbete som gjorts och görs i Region Skåne. Ansvar för detta utvärderingsarbete har varit decentraliserat, ingen har tagit ett samlat grepp om frågan. I den meningen bekräftar dessa intervjuer de resultat som framkom i den ovan citerade undersökningen, dvs det saknas ett samordnat och systematiskt uppföljnings- och utvärderingsarbete i syfte att utveckla vården och sprida lärdomar mellan verksamheterna.

Det saknas också en enhetlig uppfattning om vad som avses med medicinsk revision vilket förstärker oklarheterna kring hur långt man kommit i uppföljnings- och utvärderingsarbetet. Det är en klar brist.

7 Vad skall ingå i medicinsk revision?

Flera intervjuade anser det centralt att definiera begreppet medicinsk revision för att ta ställning till hur man skall använda instrumentet. En del ser medicinsk revision som ett bland flera instrument som syftar till att fortlöpande arbeta med kvalitetsförbättringar på ett samlat och systematiskt sätt. Andra kan se en skillnad mellan medicinsk revision och reguljärt utvecklings- och kvalitetsarbete.

På frågan om vad som skall ingå i de medicinska revisionerna svarar de intervjuade bl a följande. Det är viktigt att få fram goda och dåliga exempel på hur verksamheterna fungerar i syfte att utgöra ett underlag för ömsesidigt lärande. Revisionen skall vara strikt medicinsk och bygga på en beredning. Revisionen skall avse både privata och offentliga vårdgivare. Beredningsarbetet behöver göras systematiskt och strukturerat och på ett sätt och som är förankrat. Det skall finnas en känd och accepterad modell.

Inom Region Skåne används kvalitetsregister. Dessa kan vara en källa till urvalet av områden att välja mellan för medicinsk revision. Det finns en form för beredning av frågor i de sk spesakgrupperna. Dessa grupper kan användas för att göra urvalet av områden. En annan viktig grupp för beredningsarbetet utgörs av de medicinska rådgivarna som finns inom sjukvårdsdistrikten. Det är viktigt att valen av enheter där revisionen skall ske sedan görs slumpmässigt. Områden som bör omfattas av medicinsk revision är:

- Bemötande av patienter
- Metoder för diagnostik, vård och behandling
- Kompetens
- Samverkan och samarbete
- Riskhantering
- Avvikelsehantering
- Försörjning av tjänster, produkter och teknik

Utifrån detta kan den medicinska revisionen avgränsas till att avse tillgänglighet, väntetider, kvalitet, produktivitet etc beroende på syftet i varje specifikt fall. Det är viktigt att frågorna bereds i en öppen dialog mellan verksamheterna och hälso- och sjukvårdsledningen. Utgångspunkten för revisionen är vård på lika villkor.

Exempel på frågor relevanta att ställa i den medicinska revisionen inom psykiatri formuleras i intervjun av en representant på följande sätt: Ser vi rätt patient hos oss? Är det de mest behövande som får våra insatser? Hur sker samverkan med kommuner och primärvård? Hur fungerar detta för patienten? Hur är personalstrukturen? Har vi rätt kompetens i förhållande till behov av psykiatri?

I något fall pekar en av de intervjuade på att medicinsk revision kan ske på förekommen anledning, dvs om det uppstår kritik mot något. Då kan det vara befogat att göra en revision.

En företrädare framhåller i sin intervju att det i grunden inte behövs någon medicinsk revision. ”Vi kan själva gå vidare och arbeta med våra frågor på egen hand”, enligt den intervjuade och som också framhöll att ”det är svårt att arbeta med jämförande granskning inom vårt område.” Om denna verksamhet skall arbeta med medicinsk revision har Region Skåne det formella ansvaret. Men innan de tar ställning behöver de ge ett tydligt uppdrag, dimensionera resurserna rätt i regionen, dvs ge rätt förutsättningar att hantera uppdraget innan man börjar med medicinsk revision som handlar om jämförande granskning mellan verksamheter

7.1 Bedömning

Det är uppenbart att begreppet medicinsk revision behöver definieras och ännu så länge saknas en gemensam definition av begreppet i Region Skåne. Det är en brist och tyder på att det ännu så länge inte funnits intresse/kraft att hålla samman och driva detta arbete. Medicinsk revision jämförs ibland med ett reguljärt kvalitetsutvecklingsarbete och med hänsyn till detta kan det hanteras lokalt med olika utformning. Granskningen visar på behovet att man i Region Skåne definierar medicinsk revision och klargör vilket syfte det har och hur det skall planeras, organiseras och genomföras.

8 Medicinsk revision och patientsekretess

Att genomföra medicinsk revision förutsätter att utomstående part behöver ta del av information kring patientarbetet. Sekretesslagen reglerar patientsekretessen. Sekretesslagen är stark och det finns också i princip ett utvecklat system för utvärdering av vården där Socialstyrelsen har rollen att vid behov göra tillsyn.

I Sekretesslagen (§ 7) sägs att ”sekretess gäller om inte annat följer av § 2 inom hälso- och sjukvården för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men. Detsamma gäller i annan medicinsk verksamhet.” Vidare framgår av lagen att ”Sekretess gäller i verksamhet som avser omhändertagande av patientjournal inom enskild hälso- och sjukvård för uppgift om enskilds hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden. Utan hinder av sekretessen får uppgift lämnas till hälso- och sjukvårdspersonal om uppgiften behövs för vård eller behandling och det är av synnerlig vikt att uppgiften lämnas.”

”En landstingskommunal eller kommunal myndighet som bedriver verksamhet som avses i första stycket får lämna uppgift till annan sådan myndighet för forskning och framställning av statistik eller för administration på verksamhetsområdet, om det inte kan antas att den enskilde eller någon närstående till den enskilde lider men om uppgiften röjs.”

I intervjuerna har framkommit att frågan om patientsekretess allmänt inte uppfattas innebära några svårigheter för genomförandet av medicinsk revision. Naturligtvis gäller patientsekretessen och det handlar mer om att hitta verktyg att hantera den. I något fall antyds en tveksamhet att låta annan granskande personal ta del av uppgifter i journaler. En företrädare menar att det sällan är intressant att gå in i enskilda patientärenden, utan det underlag som finns i form av officiell verksamhetsstatistik uppfattas tillräckligt för det medicinska revisionsarbetet.

Flera ger uttryck åt uppfattningen att det i många fall borde räcka med att den personal som granskar en verksamhet skriver på ett avtal/intyg eller en sk sekretessförbindelse. Om det handlar om genomgång av patientjournaler kan en variant vara att den medicinska personalen på den granskade enheten läser upp innehållet i journalerna för granskaren. Den tid som avsätts för detta behöver i så fall ersättas särskilt.

Inom psykiatri pekas på vissa svårigheter, särskilt om individerna avlidit (suicidfall). Frågan om hur patientsekretessen skall hanteras får lösas från fall till fall och det är inte ett så stort problem att det uppfattas oöverstigligt. Tanken på journalgranskning inom psykiatri uppfattas av en företrädare som främmande därför att det skulle ta för mycket tid och det är enbart den behandlande läkaren som har tillgång till journalerna.

Det kan finnas en aspekt som rör skillnaden mellan offentliga och privata vårdgivare när det gäller ev granskning av journaler. De privata vårdgivarna äger sina journaler och principiellt har enbart Socialstyrelsen och polisen rätt att gå in i dem. Om man i den medicinska revisionen vill få tillgång till journaler bland privata vårdgivare behöver frågan regleras i samband med att avtal träffas om vård. I praktiken kan det vara svårt att ändå hävda detta i ett partsförhållande i händelse att den privata vårdgivaren är avvisande.

8.1 Bedömning

Frågan om patientsekretess är viktig, men den kan hanteras i de flesta fall, företrädesvis genom att den som granskar skriver under en sekretessförbindelse. Principiellt är det enbart den behandlande läkaren och patienten som har tillgång till innehållet i journaler. Om granskningen avser genomgång av patientjournaler kan detta lösas på två sätt: genom intyg eller aidentifiering av informationen i journalerna. För att säkerställa att berörda patienter inte kan uppfattas ha invändningar mot journalgranskningen behöver en skärmenprövning genomföras. I många fall klaras granskningsarbetet av tillgänglig verksamhetsstatistik och inrapporterade uppgifter till de nationella kvalitetsregistren.

Med hänsyn till att det föreligger ett juridiskt hinder beträffande patientsekretess i de fall det är en privat vårdgivare är det viktigt att den avtalslutande parten tar hänsyn till detta i samband med att avtal om vård tecknas. Det är dock värt att observera att även om avtal träffas om att göra det möjligt med medicinsk revision kan en privat vårdgivare hävda att medicinskt revisionsarbete enbart skall utföras av Socialstyrelsen.

9 Kompetens att genomföra medicinsk revision

Frågan om vilken kompetens de som skall genomföra de medicinska revisionerna skall ha besvarades entydigt av de intervjuade med att de behöver besitta motsvarande medicinsk kompetens som den verksamhet som granskas. I några fall ansågs det tillräckligt att personalen hade likvärdig medicinsk kompetens, t ex läkare för att granska läkarverksamhet, oavsett disciplin.

I några fall har de intervjuade pekat på vikten av att ha tillgång till annan personal, t ex jurister eller erfarna projektledare för själva genomförandet av processen, eller personer som är kunniga i logistik om flödesanalyser är intressanta att göra.

Det är två aspekter som står i centrum för att arbetet med och resultaten av den medicinska revisionen skall accepteras. Det ena gäller trovärdigheten hos dem som granskar och det andra gäller öppenhet kring resultaten. Det är svårt att låta annan personal göra revisioner om de inte uppfattas besitta samma sakkompetens som den granskade verksamheten. Om resultaten redovisas öppet finns det en inbyggd kraft att arbeta med förändringar.

9.1 Organisering och planering av revisionen

Frågan om kompetens är sammankopplad med frågan om hur den medicinska revisionen skall organiseras. Någon framhåller att det behövs en särskild handläggarkompetens för att ta fram modeller, system, checklistor etc för själva granskningen. Denna kompetens skall finnas centralt placerad i hälso- och sjukvårdsledningen i form av en särskild avdelad stab.

Stabens roll är att på övergripande regionnivå administrera, driva och följa upp arbetet kring medicinsk revision, men inte nödvändigtvis att själv vara inkopplad i granskningsarbetet. Initiativrätten kan ligga på alla nivåer, dvs verksamhetsnivå, sjukhusnivå, nuvarande distriktsnämnder eller regional nivå. Chefsläkare på sjukhusen har en central roll i det lokala arbetet när det gäller val av områden etc.

Det råder delade meningar om det behövs en stab som har ett särskilt ansvar för att driva arbetet med medicinsk revision. Det är ungefär lika många som anser att det behövs som att det inte behövs. Synen på hur denna fråga skall hanteras speglas av var i organisationen den intervjuade befinner sig.

9.2 Genomförande av revisionen

Det finns en variation i synsätt. Några hävdar att den medicinska revisionen kan genomföras av personal inom Region Skåne, en sorts kollegial granskning. Andra hävdar att revisionen skall skötas av ett eller flera utomstående företag som tar på sig rollen att lägga upp, genomföra och redovisa resultaten av granskningen på uppdrag av Region Skåne. Anledningen är att de därmed kan inta en neutral ställning till resultaten. I några fall pekas på att den medicinska revisionen kan utföras som en sorts intern självgranskning. Ett antal menar att man kan använda alla former beroende på viken typ av granskning det gäller. I vissa lägen kan granskningen vara av sådan art att det inte ens finns kompetens nationellt utan man måste anlita internationell expertis för uppdragen.

Alla metoder har sina tillskyndare varför modellen avgörs av syftet med revisionen. När självgranskning och intern jämförande granskning förordas pekas på att professionen har en egen stark vilja att ständigt förbättra sin verksamhet och där själva granskningen blir ett verktyg för utvecklingsarbetet. I dessa fall ser man inte att granskningen äventyras av jävsfrågor. I dessa fall underlättas granskningsarbetet av att det finns färdiga mallar, system och metoder som används. När extern konsult förordas pekar man på vikten av att ha en person inkopplad som står fri från resultatet.

9.3 Bedömning

Det är alldeles uppenbart att de som genomför den medicinska revisionen bör ha likvärdig kompetens som den verksamhet som granskas och i de fall revisionen har annat fokus, t ex flöden och processer att det finns sakkunskap inom området. I annat fall kommer resultaten inte att ligga till grund för ett förändringsarbete.

Med hänsyn till de organisatoriska förutsättningarna i Region Skåne förordas en form av revision med en centraliserad stab knuten till hälso- och sjukvårdsledningen. Stabens roll är att ta fram modeller, verktyg, checklistor etc, som sedan kan användas i revisionen. Staben får rollen att initiera, bereda tänkbara områden aktuella för medicinsk revision,

driva egna projekt i förekommande fall och samordna och stödja lokalt drivna projekt när sådana bedrivs. Staben föreslås även svara för en övergripande rapportering av resultaten i syfte att sprida kunskap inom Region Skåne.

Det är viktigt att den medicinska revisionen görs av personer som inte har någon koppling till verksamheten eller är beroende av resultatet av granskningen. För att nå ett bra resultat av granskningsarbetet behöver särskilda team skapas bestående av olika relevanta yrkeskompetenser utifrån det uppdrag som avses. Det är viktigt med dialog kring granskningsarbetet inför, under och efter.

10 Användning av medicinsk revision i belöningssystem?

I intervjuerna ställdes frågan om belöningssystem kan användas i samband med medicinsk revision. De intervjuade ansåg genomgående att det finns fördelar med detta.

Intervjupersoner	Ja	Nej	Tveksam	Annan konstruktion
A		•		
B		•		
C	•			
D		•		
E		•		
F			•	
G	•			
H	•			
I	•			
J				•
K	•			
L	•			
M			•	
N	•			
O	•			

Anm: en av de intervjuade har inte tagit ställning till frågan

Som framgår av sammanställningen är det något fler av de intervjuade som anser att det skall/kan finnas en koppling mellan medicinsk revision och belöningssystem. En knapp handfull är emot tanken, ett par är tveksamma och en företrädare förordar en annan modell.

Argumenten bland dem som förordar belöningar är att det förändringsarbete som ofta blir följden av en medicinsk revision bör premieras eftersom kvaliteten ökar i verksamheten.

Någon pekar på den principiellt starka effekt ett välutvecklat kvalitetsarbete kan ha med hänvisning till hur situationen har utvecklats i USA. Där köper försäkringsbolagen vård av de verksamheter som redovisar den högsta kvaliteten. Även om villkoren är annorlunda i Sverige menar företrädaren att politikerna via sina beställningar skulle kunna styra vården mycket tydligare utifrån ett kundperspektiv. Mot den bakgrunden är medicinsk revision ett viktigt instrument och då blir det naturligt att belöna väl fungerande verksamheter. Belöningen kan ske i form av gratifikationer till verksamheten, i något fall hävdas också ståndpunkten att detta kan ligga till grund för lönerevisioner.

I de fall tanken på belöningar avvisas motiveras det med att förändringsarbete ingår i hälso- och sjukvårdens grunduppdrag. Belöningar sänder fel signaler i verksamheten vid jämförande granskning. Om en enhet i granskningen redan har mycket goda resultat och andra har sämre, skall då de enheter premieras som förbättrar sina resultat? Hur hanteras de som redan är framstående?

En av de intervjuade påpekade att frågan är fel formulerad. Ge alla som medverkar i medicinsk revision ett grundbidrag för medverkan i revisionen. Bidraget får täcka det eventuella produktionsbortfall som kan uppstå eller andra störningar och också ligga till grund för arbetet med de förändringar som sedermera skall genomföras.

En något annorlunda tanke kring belöningsystem kan vara att koppla en viss del av ersättningen för den vård som ges utifrån uppnådda medicinska resultat.

10.1 Bedömning

Det finns en acceptans för att se frågan om belöningar som ett verkningsfullt incitament för arbetet med medicinsk revision.

Med hänsyn till att kvalitetsarbetet är avgörande både ur finansierings- och patientsynpunkt är det bra att använda incitament som stärker detta. Belöningsystemet får inte ha någon koppling till budgeten.

11 Modell för medicinsk revision i Region Skåne

Innan en modell för medicinsk revision övervägs är det viktigt att klargöra vad som menas med medicinsk revision och varför det skall användas. Medicinsk revision uppfattas olika och det finns inte en av alla given definition. Det förslag som redovisas i denna rapport kommer inte att ändra på detta. Man skall ha respekt för att begreppet är svårdefinierat, men det får heller inte leda till att man just av det skälet helt avstår. Ett förslag till definition och modell för hur Region Skåne kan arbeta med medicinsk revision ges i det följande.

Definitionen är inspirerad av Svenska läkareförbundet som definierar medicinsk kvalitetsrevision på följande sätt. Med medicinsk avses i första hand ”diagnostik, behandling och resultat.” Med kvalitet avses ”i vilken utsträckning vården uppfyller rådande kriterier och krav.”

11.1 Förslag till definition

Med medicinsk revision skulle man förslagsvis kunna avse.

Att granska att verksamheten bedrivs i linje med vårdprogram, föreskrifter eller vad som i övrigt kan anses vara vedertagen medicinsk standard, dvs är rätt i förhållande till de metoder som är allmänt vedertagna och uppnår de kvalitetskrav som är rimliga. Den medicinska revisionen skall vidare vara optimal utifrån uppdrag, resurser, system och kontroll så att medborgarna får den vård de behöver till en kostnad som är motiverad.

Definitionen är med nödvändighet något vid, men i praktiken kan den medicinska revisionen handla om frågor som rör medicinskt evidensbaserad vård, är till nytta för patienten och kostnadseffektiv. Den medicinska revisionen kan handla om diagnostik, behandling, vårdresultat, rutiner, metoder och vårdprocesser. I den medicinska revisionen granskas framförallt effektivitet och kvalitet, tillförlitlighet och säkerhet i verksamheten. Med *effektivitet och kvalitet* avses en vård som är

- kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- säker
- patientfokuserad
- kostnadseffektiv
- jämlik/jämställd
- sker inom rimlig tid

Med *tillförlitlighet och säkerhet* avses en form av granskning av

- intern kontroll,
- att rutiner fungerar,
- att personalen har relevant och adekvat utbildning,
- att fortlöpande utbildning genomförs så att personalen upprätthåller yrkeskompetensen,
- att leverantören följer de lagar, regler, riktlinjer och vårdprogram som omgärdar verksamheten.

Den medicinska revisionen är ett sätt att systematiskt utvärdera den medicinska verksamheten i syfte att säkerställa en hög kvalitet i vårdverksamheten.

Denna definition av medicinsk revision bygger på traditionen av ett mer sjukdomsorienterat synsätt, vilket kanske inte är riktigt relevant framdeles för alla diagnosgrupper. Om man tar gruppen äldre patienter växer ett något reviderat synsätt fram numera, ett s k situationsorienterat synsätt. Det gör att befintliga vårdprogram, riktlinjer etc som finns idag och som är organorienterade inte passar på gruppen äldre i samma utsträckning. Mot den bakgrunden kan den ovan föreslagna definitionen vara mindre ändamålsenlig. En anpassning till detta kan behöva iakttas.

11.2 Syftet med medicinsk revision

I intervjuerna med företrädare för vården i Region Skåne framhålls att syftet med den medicinska revisionen skall vara att se till att vården ges på lika villkor i enlighet med intentionerna i Skånsk livskraft – vård och hälsa. Revisionerna skall bl a leda till en utveckling av vård, processer, rutiner och styrning, fungera som kvalitetssäkring och vara ett naturligt inslag i en fortlöpande uppföljning av verksamheten. Den medicinska revisionen skall fungera som ett lärande i organisationen, särskilt i samband med jämförelser mellan enheter. Mot den bakgrunden skall resultaten vara öppna. Syftet med den medicinska revisionen är framförallt tvåfaldigt:

- att säkerställa att vårdinsatsen är till nytta för patienten, dvs att den vård som ges är rätt utifrån diagnos och svarar mot uppställda kvalitetskrav
- att säkerställa att vården sker utifrån vedertagna medicinska principer, dvs görs på rätt sätt utifrån den forskning och erfarenhet som råder

Ett bidragande syfte kan vara att säkerställa att den vård som ges är optimal utifrån insatta resurser.

11.3 Ansvar för den medicinska revisionen

I intervjuerna ställdes frågan var ansvaret för den medicinska revisionen skall ligga och enligt flertalet bör det vara hälso- och sjukvårdsledningen som har det övergripande ansvaret.

Vilken nivå har ansvaret för arbetet med den medicinska revisionen?

Intervjupersoner	Regionnivå	Distriktsnivå	Sjukhusledning
A			•
B	•		•

C	•		
D			•
E	•		
F	•	•	
G	•		
H	•		
I	•	•	•
K	•		
L			•
M	•		
N			•
O	•		
P	•		

Hälso- och sjukvårdsledningen bör ha ett aktivt ansvar för arbetet med att lägga upp modeller, ta fram mallar och checklistor och skapa en verksamhet där man kanalisera tänkbara konsulter för olika uppdrag. I detta arbete kan hälso- och sjukvårdsledningen med fördel samverka med de fem medicinska rådgivare som finns i sjukvårdsdistrikten. På så sätt skapas en struktur med ett övergripande ansvar för medicinsk revision som svarar för metodstöd och metodutveckling och själv kan genomföra granskningar som är principiellt viktiga. I hälso- och sjukvårdsledningen bör skapas en mindre stab med just detta uppdrag. Hälso- och sjukvårdsledningen bör också få ansvar för att finansiera den medicinska revisionen i Region Skåne. Det kan också vara en fördel om de medicinska revisionerna samlas i en skriftserie som används för lärande i verksamheten. En viktig uppgift är också att informera Hälso- och sjukvårdsnämnden om resultaten.

Vid sidan om detta bör det finnas utrymme för enskilda sjukhus att på egen hand bedriva ett lokalt medicinskt revisionsarbete. Hälso- och sjukvårdsledningens stab fungerar då som metodstöd och hjälper till att ta fram tänkbara team för granskningsarbetet. Sjukhusen förväntas rapportera resultat till hälso- och sjukvårdsledningen.

Med en stab för medicinsk revision skapas förutsättningar att samlat analysera inom vilka områden revision skall genomföras. En utgångspunkt kan vara att analysera uppdragen och utifrån detta värdera vad i hälso- och sjukvårdsproduktionen som det kan finnas risk att vissa delar kanske inte kan genomföras på avsett sätt. En annan utgångspunkt kan vara att värdera vad som är väsentligt att det genomförs och utifrån detta göra bedömningar om så blir fallet via den medicinska revisionen. Tänkbara utgångspunkter i ett sådant mer systematiskt urvalsarbete för områden att granska kan vara följande frågeställningar.

1. På vilket sätt svarar vårdvolymerna mot dokumenterade vårdbehov inom en specificerad diagnosgrupp?
2. Hur dokumenteras överföringar av patienter mellan olika vårdnivåer?
3. Hur säkerställer leverantörerna att kvaliteten är tillräcklig vid överlämnande av patienter till andra vårdgivare i vårdkedjan?

4. Hur arbetar leverantören med patientjournaler utifrån gällande riktlinjer?
5. Hur sköts läkemedelshanteringen utifrån fastställda riktlinjer?

11.4 Hur hanteras resultaten av revisionen i verksamheten?

En viktig fråga kring medicinsk revision är hur resultaten av granskningsarbetet hanteras i verksamheten efteråt. Det är inte ovanligt att granskningar görs, förbättringsområden identifieras och sedan väntas åtgärder vidtas, men efter ett tag kan konstateras att det inte blev så mycket av med förändringarna.

I intervjuerna pekas på nödvändigheten att återkoppla resultaten till verksamheten och att man där behöver sätta upp en handlingsplan för att åtgärda de brister som revisionen visar. Detta kan sedan utvärderas efter tre år. Privata vårdgivare kan ställas inför valet att inte få ett nytt avtal, t ex om de inte genomför förändringar som den medicinska revisionen identifierat.

På sjukhuschefsnivå uppfattas denna fråga så att resultaten ligger till grund för en diskussion med underställd chef hur han/hon skall rätta till de brister som kommit fram. Ofta kan det vara en fråga om resurser. Utifrån detta sluts avtal med underställda chefer om vad som skall ingå i uppdraget framöver på enheten, när förändringar skall vara gjorda etc. På så sätt säkerställs att åtgärder vidtas. Dessa följs upp när kontraktet gått ut.

Ett annat sätt att ta hand om resultaten är att ta upp det på ett systematiskt sätt i samband med översyn av uppdragsbeskrivningarna. Ytterligare ett sätt som framhölls i intervjuerna var att driva särskilda projekt kring granskningarna på fler ställen än där de genomförts. Utvecklingscentrum kan kopplas in som stöd i ett bredare förändringsarbete.