





Revision av registreringar inom psykiatrisk öppenvård

- 
- 
- Barn- och ungdomspsykiatri
 - Beroendevård
 - Vuxenpsykiatri

Hälso- och sjukvårdsförvaltningen

Sigrun Garay-Sevelin
08-123 134 73
sigrun.garay-sevelin@sll.se

Berit Ekedahl
08-123 134 57
berit.ekedahl@sll.se

Innehållsförteckning

Sammanfattning	3
Bakgrund.....	3
Förvaltningens bedömning	4
Revisionens genomförande.....	6
Pågående och planerade åtgärder.....	8
Bilageförteckning.....	9

Sammanfattning

Psykiatrienheten har under våren 2011, med hjälp av ett fristående konsultföretag genomfört en revision av besöksregistreringar och journaldokumentation som under 2010 utförts inom vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri samt beroendevården.

Revisionen genomfördes utifrån två frågeställningar:

- följer journaldokumentationen Patientdatalagens krav och
- är vårdkontakten registrerad i enlighet med de registreringsanvisningar som finns i SLL?

Revisorerna konstaterar att det bland de granskade besöken saknas journaldokumentation i 15 % av vårdkontaktarna. Det förekommer även brister i besöksregistreringarna.

Några viktiga åtgärder som revisionen föranleder är att beställaren måste göra tydligare registreringsanvisningar samtidigt som vårdgivarna behöver förbättra dokumentationen i patientens journal. Revisionsresultatet kommer också att utgöra ett underlag när det gäller att förbättra psykiatrins ersättningsmodeller.

Bakgrund

Ersättningsmodellerna för barn- och ungdomspsykiatri, vuxenpsykiatri och beroendevården har under de senaste åren genomgått flera förändringar. Inför 2009 infördes nya besökstyper i alla tre modellerna samtidigt som andelen rörlig ersättning ökade. Under perioden har journalsystemet Take Care successivt införts hos många av vårdgivarna. Registreringsrutiner och tolkningen av anvisningar för hur registreringar i öppenvård ska ske har därmed fått en stor betydelse.

Vid systemförändringar är det viktigt att ha kontrollstationer för korrigeringar och lärande. Genom revisionen har felaktigheter och problemområden identifierats som gör att beställaren och vårdgivarna får underlag för att förbättra arbetssätt och korrigera felaktigheter.

Förvaltningens bedömning

Följer journaldokumentationen patientdatalagens krav?

Den allvarligaste bristen som revisorerna fann är att journaldokumentation saknades i 15 % av de granskade fallen.

Journaldokumentationen behöver förbättras

Kvalitén på journaldokumentationen är generellt sett av helt acceptabel kvalitet men förbättringar kan göras. Exempelvis ska en bedömning av patientens tillstånd alltid framgå, vilken personal med ett självständigt hälso- och sjukvårdsansvar som deltagit, om patienten deltagit i ett gruppbesök samt den fortsatta handläggningen av patienten. En större enhetlighet mellan journalförande behandlare rekommenderas också i form av gemensamma rubriker och sökord för att underlätta vårdgivarens egenkontroll.

Dokumentationen ska vara individuell

Dokumentationen ska också alltid vara individuell. Revisorerna konstaterar att besök som är av dispensärkaraktär (patienten hämtar sin medicin eller får en depåinjektion av läkemedel) felaktigt har dokumenterats genom att de förtecknats i listor som omfattar flera patienter. Rutinerna behöver ändras så att dokumentationen blir individuell även för den här typen av besök. På de mottagningar där dokumentationen görs manuellt i pappersdokument bör ett utvecklingsarbete genomföras i syfte att inkludera all dokumentation i den datoriserade journalen.

Är vårdkontaktarna registrerade i enlighet med de registreringsanvisningar som finns i SLL?

Att en vårdkontakt är tillfredsställande dokumenterad har setts som en grundförutsättning för att den ska kunna bedömas som korrekt registrerad. Registreringsanvisningarna ger inte alltid nödvändig vägledning samtidigt som det finns felaktigheter i besöksregistreringarna.

Registreringen av data kring enskilda besök och kontakter ska utgå från den enskilde patientens kontakt med hälso- och sjukvården. Registreringen ska också göras i medvetande om att registrerade data

rapporteras till Socialstyrelsens Patientregister och därmed utgör grunddata för att beskriva den svenska hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att slå fast att beställaren utifrån konstaterade felaktiga registreringar inte kan säga att fusk förekommit i syfte att tillskansa sig högre ersättning.

Registreringsanvisningarna behöver förbättras

Registreringsanvisningarna är i vissa avseenden ofullständiga och otydliga. Ett exempel gäller patienter som skrivs in i slutenvård i anslutning till ett öppenvårdsbesök. Vidare finns exempel på uppenbara sammanblandningar i anvisningarna när det gäller registrering för verksamhetsbeskrivning respektive ersättning. Att göra en extra besöksregistrering när tolk deltar i samtal för att mottagningen ska kunna få, den med beställaren överenskomna, ersättning för tolken är ett exempel på sammanblandning.

Vårdgivare har vid oklarheter gjort registreringar utifrån beställarens muntliga instruktioner. Att det förekommer muntliga överenskommelser kring registreringar ger anledning att införa dokumentationskrav kring eventuella avsteg från anvisningarna eller förtydliganden. I brist på kompletta registreringsanvisningar finns exempel där vårdgivare själva har utformat definitioner och svar på frågor, där avgörande annan vägledande information har saknats.

Patienten ska vara utgångspunkten

Exempel finns på besöksregistreringar som felaktigt görs med utgångspunkt i behandlarna och inte i patienten. En patient kan exempelvis ha 3-4 gruppbesök registrerade samma datum på grund av att varje i gruppbesöket deltagande behandlar gjort varsin besöksregistrering. Samma typ av felregistrering förekommer även i andra typer av besök. Besök där fler behandlare deltar samtidigt är inget nytt fenomen inom psykiatrin varför det inte kan uteslutas att både landstingets och Socialstyrelsens patientregister även tidigare varit behäftade med den här typen av fel .

Kunskapen behöver öka hos användarna

Det går inte att utesluta att felaktiga registreringar till viss del beror på okunskap hos användarna. Framst förefaller det finnas oklarheter kring att registreringen inte ska utgå från behandlaren utan från patient. Men även kring registrering av besökstyp förefaller oklarheter föreligga.

Synpunkter från vårdgivarna

Inför konsultrapportens färdigställande har leverantörerna haft möjlighet att lämna synpunkter på revisionens genomförande, resultat och slutsatser både på övergripande nivå och när det gäller resultatet för varje mottagning. Klinikerna har även till beställaren uppmanats att redovisa handlingsplaner i syfte att åtgärda konstaterade brister.

I några vårdgivares skriftliga kommentarer framgår att revisorernas slutsatser kring ett antal vårdkontakter är ifrågasatt. Revisorerna har vid en kontroll av dessa inte funnit några uppenbara skäl att ändra sina bedömningar. För att uppnå full säkerhet skulle en förnyad granskning krävas, något som beställaren har avstått från. Anledningen är att dessa fall inte har någon avgörande betydelse för beställarens sammanfattande slutsatser och förslag på åtgärder.

Revisionens genomförande

Granskade verksamheter

De granskade verksamheterna drivs av:

- Sju leverantörer inom vuxenpsykiatri – fyra landstingsdrivna och tre privata,
- Två leverantörer inom beroendevården – en landstingsdriven (vuxen- och ungdomar) och en privat (vuxna)
- Tre leverantörer inom barn- och ungdomspsykiatri – en landstingsdriven och två privata.

Samtliga kliniker som har ett likartat uppdrag inom respektive vårdområde har ingått förutom vuxenpsykiatri i Södertälje som inte ingick alls. Revisionen omfattade 2 357 vårdkontakter utförda vid 65 öppenvårdsmottagningar.

Urval

Beställaren svarade för urvalet och det gjordes på två sätt:

1. Ett slumpmässigt urval av samtliga patienter för vilka mer än en vårdkontakt samma datum var registrerad. Samtliga 1330 vårdkontakter i detta urval granskades.
2. Ett slumpmässigt urval av samtliga registrerade vårdkontakter oavsett om patienten hade en eller flera besök samma datum. Om det för en patient med en vårdkontakt i detta urval fanns ytterligare

registrerade kontakter samma datum har samtliga kontakter granskats. 1027 kontakter i detta urval granskades.

Vårdkontakterna bestod av mottagningsbesök, hembesök och telefonkontakter.

Tidsperiod

Vården har utförts och fakturerats under hela 2010 med undantag för den privata beroendevården där vårdkontakter utförda under november och december 2010 ingick .

Regelverk

Följande regelverk har i första hand varit vägledande för bedömningarna:

- Landstingets eget regelverk för psykiatrisk vård är de registreringsrutiner som finns för vuxenpsykiatrisk öppenvård och motsvarande för beroendevården respektive barn- och ungdomspsykiatri
- Socialstyrelsens föreskrifter om uppgiftsskyldighet till patientregistret. (SOSFS 2008:26 och 2009:26)

I ett fåtal fall när ovanstående regelverk inte varit tillräckliga för hur besök ska registreras har revisorerna stämt av mot SLLs ”Regelverk för registrering av vårdkontakter samt tillhörande Registreringsfrågor och svar” som gäller inom somatisk vård.

Revisorerna har ibland gjort en rimlighetsbedömning alternativt gjort en bedömning i samråd med beställaren hur besök ska registreras, i de fall där dokumenterade anvisningar inte har gett vägledning.

Pågående och planerade åtgärder

En målsättning med revisionen var att utgöra ett stöd för beställaren och vårdgivare att göra de korrigeringar som behövs. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen kommer med utgångspunkt i revisionsresultatet att vidta ett antal åtgärder:

- Förtydliga anvisningarna för registrering av vårdkontakter. Arbetet har redan påbörjats gällande vuxenpsykiatri. För beroendevården och barn- och ungdomspsykiatri inleds arbetet under hösten.
 - ❖ Anvisningarna ska ha en ökad överensstämmelse med Socialstyrelsens förordning, om rapportering av öppenvårdsdata till Patientregistret.
 - ❖ SLLs regelverk för registrering av vårdkontakter inom somatisk vård och regelverket för psykiatrisk vård och beroendevård behöver överensstämma med varandra i större utsträckning än idag.
 - ❖ Ambitionen är att anvisningarna ska minimera sammanblandningen av registrering för verksamhetsbeskrivning respektive ersättning
- Registreringsanvisningen kommer att utgöra en del av vårdavtalet.
 - ❖ Avvikelser från avtalat regelverk ska vara skriftligt överenskommet.
- Erbjudna introduktionsgenomgångar med nyckelpersoner hos vårdgivarna av registreringsanvisningarna.
- Inleda ett strukturerat samarbete med vårdgivarna när det gäller regelverket. Vartefter behov uppstår och registreringsanvisningarna inte räcker till, ska vägledning dokumenteras och fastställas i form av ”frågor och svar”.
- Gå igenom och följa upp vårdgivarnas handlingsplaner och vid behov begära kompletteringar.
- En uppföljande revision är planerad att genomföras under 2012 för att följa upp resultaten av de insatta åtgärderna.

Bilageförteckning

Bilaga Emendor Consulting AB, Slutrapport Revision av
registreringsanvisningar inom psykiatrin i Stockholms läns
landsting, oktober 2011