

Revisionsrapport
Stockholm Clinic — Stay Active, STAYAC AB
2013-12-06

Lars-Bertil Arvidsson
Ann-Mari Arvidsson

Innehållsförteckning

INNEHÅLLSFÖRTECKNING	2
UPPDRAGET	3
METOD	3
LÄGE/TILLGÄNGLIGHET/LOKALER	3
HYGIEN	4
LEDNINGSSYSTEM/KVALITETSARBETE	4
KOMPETENSUTVECKLING/ UTBILDNINGÅTAGANDE/ KUNSKAPSUTVECKLING	4
AVTAL/ERSÄTTNINGSMODELL	4
VÅRDPROCESS	6
JOURNALGENOMGÅNG	7
Kvalitet, ändamålsenlighet	7
Säkerhet	7
Bedömning av om regelverket för multimodal rehabilitering nivå 2 följs.	7
Bedömning om avtalet och ersättningsmodellens regelverk följs	9
SAMMANFATTNING	11
BILAGOR	12
REFERENSER	12

Uppdraget

Ledningen för STAYAC önskar en djuprevision av verksamheterna knutna till Lidingö med adress Stockholmsvägen 33 och Stockholm, Arenavägen 21.

För närmare specifikation av uppdraget se bilaga 1.

Uppdraget skall ge ledningen en bedömning av klinikens arbete i förhållande till Hälso- och sjukvårdslagen (ref 1), Patientdatalagen (ref 2), Läkarförbundets etiska regler (ref 3) och socialstyrelsens kvalitetsföreskrift (ref 4) och de regelverk som gäller för de avtal som finns med Stockholms läns landsting.

Uppdraget har gått till AMIAB med uppdragsledare Lars-Bertil Arvidsson, specialist i allmänmedicin, managementkonsult med erfarenhet från liknande revisioner och konsult Ann-Marie Arvidsson högskoleekonom och managementkonsult.

Metod

Intervjuer med ledning och medarbetare – syftet är att utröna hur vårdprocesser och administrativa processer ser ut samt att klargöra värdegrund och delaktighet.

Dokumentgenomgångar – med syfte att säkerställa att rutiner, policys, riktlinjer finns för olika situationer.

Journalgenomgångar – med syfte att kontrollera följsamhet till vårdprogram, riktlinjer, vetenskap och beprövad erfarenhet och att säkerställa att journaler förs enligt regler och föreskrifter samt innehåller relevant information för vårdens bedrivande.

Faktureringsunderlag – med syfte att säkerställa att rutiner finns för internkontroll och att underlagen är utformade så att rätt ersättning erhålls från uppdragsgivarna.

Besök på enheten – för att klargöra tillgänglighet för alla patienter, lokalernas funktion och ändamålsenlighet.

Läge/tillgänglighet/lokaler

STAYAC:s två olika enheter ligger vid Lidingöbronns norra fäste och vid Globen. Båda enheterna har utmärkta förbindelser inom Lidingö och Stockholms stad. På Lidingö är det ca 100 meter från närmaste busshållplats till ingången. Ingången har en ramp för personer med funktionsnedsättning. Parkering finns i källarplanet. Hissar med utformning för att även personer med funktionsnedsättning skall kunna hantera dem finns i direkt anslutning till ingång.

I Globenområdet finns kliniken på bottenplanet i delade lokaler med annan vårdgivare. Även här finns kollektivtrafik av olika slag i närområdet. STAYAC förhandlar just nu om nya lokaler för verksamheten i samma område.

Lokalerna är väl utformade för verksamheten och i utmärkt skick. Receptionen ligger i direkt anslutning till ingången och har uppsikt över denna. Det finns handikapptalett.

Rummen är tydligt utmärkta med namn på den som använder rummet och personalen bär namnbrickor.

Vår bedömning är att kliniken väl uppfyller de krav som ställs på en verksamhet med inriktning mot rehabilitering

Hygien

Det finns inneskor att låna alternativt finns plastsockor tillhanda. Det finns handdesinfektion tillgängligt på ett flertal platser. Personal bär reglementsensliga kläder. Vår bedömning är att hygienrutinerna är väl anpassade till verksamheten.

Ledningssystem/kvalitetsarbete

STAYAC deltar i kvalitetssystemet Kvalprak. Det finns dokumenterade, skriftliga rutiner för olika händelser, vårdprogram etc samlade i en pärm tillgänglig för alla medarbetare. Avvikelse samlas i en pärm och finns tillgänglig för alla. Incidenter (klagomål från patienter/anhöriga) finns samlade och tas upp på arbetsplatsträffar. Vår bedömning är ledningssystemet är adekvat utformat.

Kompetensutveckling/ Utbildningsåtagande/ Kunskapsutveckling

Kompetensprofiler på medarbetarna finns samlade i bilaga 2. Medarbetarnas kompetensutveckling finns i bilaga 3 där genomgången fortbildning finns listad. Alla medarbetare deltar i regelbunden handledning av psykiatriker/psykoanalytiker. Kliniken deltar i fortbildning av sjukgymnaster och läkare. Kliniken har genomfört och genomför universitetsförankrade studier på olika nivå. För tillfället pågår tre olika studier som syftar till publicering. Vår bedömning är att kliniken har adekvat kompetensprofil och att den fortlöpande utvecklas.

Avtal/ersättningsmodell

STAYAC har avtal med Stockholms läns landsting kring rehabilitering. Avtalet har ett årligt tak som kan påverkas av hur många patienter som tas om hand på kliniken inom den nationella rehabiliteringsgarantins ramverk bilaga 4. Taket höjs med ca 25 000 kronor per patient över 200. Kliniken räknas som specialistnivå varför den rehabilitering som sker inom garantin räknas som multimodal rehabilitering 2 (ref 5, 6). Ett landsting erhåller 45 000 kronor från försäkringskassan för varje patient som behandlas inom garantin.

Ersättningen till kliniken är helt rörlig och har sin utgångspunkt i den nationella taxan dvs varje besök ger en viss ersättning beroende på innehåll och vilken kompetens som används hos utföraren bilaga 5. Denna konstruktion skiljer sig från flera andra aktörer som får en ersättning för en rehabiliteringsperiod och har sitt ursprung i att läkare och sjukgymnaster från start av kliniken (första vårdavtal 1996) hade nationella taxanslutningar. Modellen ger också vissa speciella förutsättningar för redovisning i landstingets system för privata vårdgivare ARV som närmare kommer att beskrivas senare.

Avtalssituationen synes något oklar efter årsskiftet 2013-12-31, något som vi inte bedömer ytterligare.

Vår bedömning är att ersättningssystemet är svåröverskådligt och i viss mån svårt att följa upp då det krävs stor kunskap för att förstå vissa fenomen som uppstår i redovisning och fakturering.

PAS - patientadministrativt system

Patienter kommer i de allra flesta fall till kliniken genom att remiss skickas från primärvården. När remiss anländer bedöms den inom några dagar av bedömningsansvarig läkare (utsedd för denna uppgift) som bedömer prioriteringsgrad som i stort sett består i akut alternativt icke akut. Väntetiderna är korta för alla patienter. Läkaren gör också en bedömning om denna patient kan vara aktuell för rehabiliteringsgarantin. Bedömningen journalförs. Remissen går därefter till STAYAC:s rehabchef (sjukgymnast) som har som uppdrag att koordinera vården inom garantin – ny rutin under 2013. Tidigare var det varje enskild sjukgymnast som ansvarade för koordineringen vilket bla ledde till att vissa moment blev försenade och rehabiliteringen drog ut på tiden. Koordinatören fördelar patienterna till sjukgymnast som kallar patienten – oftast per telefon – och bestämmer tid för ett första bedömningsbesök. Alla på kliniken använder en tidbok på intranätet som kan kontrolleras i efterhand. Patienten anmäler sig i receptionen och betalar sedvanlig patientavgift alternativt har frikort. Journalsystemet Profdoc 3 kassamodul används för registrering av detta. Detta första besök är alltid minst 60 minuter långt och innebär utförlig anamnes, status och i allmänhet manuell behandling. Besöket journalförs och motivation till varför rehabiliteringsgarantin är aktuell anges. Fortsatt handläggning planeras tillsammans med patienten och tider ges till fler återbesök hos sjukgymnast och läkare. Om garantin skall användas fyller patienten i livskvalitetsformulär EQ5D alt SF 36 samt VAS skala för smärta. Dessa dokument samlas centralt på kliniken för senare uppföljning. Koordinatören följer nu veckovis de olika patienternas planering och slår larm om något fattas eller drar ut på tiden.

Vid varje besök görs ett kvitto i ARV systemet och detta ligger sedan till grund för fakturering till landstinget. Kvittot kan skrivas av respektive vårdgivare alternativt av en sekreterare. I journalen och i notatlistan i journalsystemet anges vilken typ av besök som utförts.

Alla noteringar i journalsystemet signeras och alla ändringar etc syns och kan verifieras i en loggfunktion.

Allt efter att patientens behov tydliggörs sätts olika åtgärder in tex manuell behandling, föreläsningar, patientutbildning (en form av beteendemedicinskt fokuserad terapi i grupp), psykologisk behandling, injektioner, läkemedel och träning mm.

De samlade kvitton i ARV bildar en månatlig faktura per anställd medarbetare – kombikakod där varje enskilt besökskvitto kan identifieras.

Kliniken tillställs ett beslut per medarbetare om ersättnings storlek som sedan utbetalas till kliniken.

Här ser vi några möjligheter till missförstånd.

1. Psykologer kan enligt landstinget inte få en egen kombikakod varför alla besök hos psykolog registreras på verksamhetschefens kod som öppnats för de åtgärder som psykologer kan debitera. Detta faktum medför att det är lätt att uppfatta verksamhetschefens debiteringslista som avvikande om man inte kan bakgrunden.
2. Eftersom nationella taxans regelverk för vikariat gäller kommer det att i vissa fall lätt bli så att flera olika sjukgymnasters besök hamnar på den sjukgymnast som står som innehavare av en etablering. Detta leder också till att besöksprofilen kan se avvikande ut om man inte känner till bakgrunden.
3. Nybesök kan inte förekomma mindre än 6 månader efter avslutad behandlingsserie hos samma vårdperson men kan mycket väl göra det hos en annan person på kliniken. En patient kan alltså ha flera nybesök hos en vårdkategori på kort tid helt inom regelverket. Detta sker vid tex ledigheter.

Vår bedömning av PAS är att det är adekvat utformat och att det finns möjligheter till intern och extern kontroll men att det krävs manuell handläggning. Kontrollen har enligt vår bedömning varit undermålig både från klinikens och landstingets sida. Ersättningsystemets utformning ger möjligheter till feltolkning och oavsiktlig felanvändning.

Rekommendationer

1. Vid nyinvestering i stödsystem bör en mer sammanhållen lösning väljas där kontroll kan ske genom fasta rapporter.
2. Ta upp frågan om kombikod för psykologer med landstinget
3. Gör stickprov i notat och ARV för att säkra att debiteringar blir rätt

Vårdprocess

STAYAC har en tydlig modell för sin verksamhet som utgår från en helhetssyn på människan. Alla medarbetare är väl införstådda med bakgrunden till modellen och den evidensbaserade behandlingsfilosofi som råder.

Som tidigare beskrivits har kliniken en remissansvarig läkare som bedömer remisserna och journalför denna bedömning. I de allra flesta fall går remissen därefter till en koordinator-sjukgymnast som fördelar arbetet mellan de övriga sjukgymnasterna. Nu börjar en bedömningsperiod som kan vara olika lång beroende på patientens behov och komplexitet. En strukturerad journal skapas där olika problem listas ("problemorienterade journaler"), anamnes och status noteras. Mål för patienten och fortsatt planering växer fram. För varje patient designas vården efter de behov som framkommer. Kliniken har tillgång till olika manuella tekniker, psykologiska terapier, föreläsningar, gruppbehandlingar, patientutbildning, träning, specialiserad smärtbehandling osv.

Centralt är informationshanteringen där alla medarbetare dokumenterar i samma journal i kronologisk ordning. All information finns alltså samlad och teamets hela kunskap kan enkelt inhämtas. Alla åtgärder och bedömningar journalförs.

Alla patienter inom garantin tas upp på regelbundna teamkonferenser. Samedömningar är vanligt för att säkra en gemensam syn på olika fynd och symtom och bedöma vilka rehabiliteringsstrategier som skall användas.

Remissvar ges alltid efter första besök och efter avslutad behandling men vid behov blir kontakterna med remitterande enhet betydligt tätare.

Det finns en viss osäkerhet i när en rehabiliteringsperiod enligt garantin avslutas – något som åtgärdats via den nya funktionen med koordinator.

Vår bedömning är att kliniken har kompetens och arbetssätt som är förenliga med arbete med multimodal rehabilitering nivå 2. Det arbete som påbörjats med en tydligare koordinering av de samlade insatserna inom garantin är viktiga för att minska rehabiliteringsperiodens längd. Fortsatt utveckling av innehållet i journalen med ffa tydligare bedömningar och mål för patienterna bör komma till stånd.

Rekommendationer

1. Dokumentera teamkonferenser utförligare
2. Fortsätt utveckla koordinatorfunktionen

Journalgenomgång

Sammanlagt 109 journaler har granskats i vilka mer än 2000 besök med anteckningar återfunnits.

Kvalitet, ändamålsenlighet

Journalanteckningar är förda med stor noggrannhet och är mycket utförliga vad gäller anamnes och status.

Patientens olika behov är listade och numrerade vilket gör att de enkelt kan följas i journaltexten. Dessutom kan sökfunktionen i Prof Doc utnyttjas så att varje problem kan läsas var för sig vilket minskar risken för att journalnoteringar missas inte minst vid återbesök där anteckningar från flera yrkeskategorier ingår i den totala informationen. Ofta finns det över 10 olika problemnummer och då blir det viktigt att kunna strukturera informationen. Alla vårdkategorier använder samma löpande journal vilket ökar teamens samlade effektivitet.

Journalanteckningarnas innehåll är genomgående av hög kvalitet.

Vår bedömning är att journalföringen väl följer de krav som lagar och regelverk ställer på dokumentation inom hälso- och sjukvården.

Det finns smärre förbättringar att göra när det gäller tydlighet i bedömningar och i de mål som sätts för patienternas rehabilitering samt vad gäller sjukskrivningshistoria.

Rekommendationer

1. Tydliggör kraven på dokumentation av bedömningar av inkludering i rehabiliteringsgarantin med tex en mall.
2. Tydliggör kraven på dokumentation av sjukskrivningshistorik.
3. Tydliggör kraven på dokumentation av mål för rehabiliteringsinsatserna

Säkerhet

Journalssystemet Profdoc 3 är ett väl beprövat system. På kliniken skyddas åtkomst via lösenord.

Adekvat backup finns.

Kontroll av logg är möjlig för att se vilka som använt systemet.

Signering av alla notat sker.

Vår bedömning är att säkerheten är god.

Rekommendationer

1. Införande av SITS kort för inloggning
2. Stickprovskontroller av loggar

Bedömning av om regelverket för multimodal rehabilitering nivå 2 följs.

Fram till och med 2011 anmäldes påbörjade patienter inom rehabiliteringsgarantin till landstinget. Detta ändrades 2012 till att genomförda rehabiliteringar skulle anmälas. Kliniken hade inte helt anpassat sina system till denna förändring – detta har åtgärdats under 2013 enligt nedan. Koordinatorfunktionen som beskrivits tidigare och införts under 2013 är en åtgärd som syftar till att regelverket ska följas.

Granskningen har i denna del skett genom att 95 journaler gått igenom för att visa vilka kategorier som varit med i rehabiliteringen, hur teamets resurser använts och hur olika åtgärder registrerats och debiterats landstinget.

Vi har i denna del funnit att ett antal patienter inte borde anmäls som garantipatienter även om de initialt bedömts som sådana och de kan delas upp i fyra grupper.

1. Diagnosen är inte helt säkert med i garantiåtagande – 3 patienter
2. Rehabiliteringen är inte multimodal fullt ut – en bedömningsfråga se redovisning nedan.
3. I journal anges inte sjukskrivningshistorik enligt uppställda krav.
4. Långa rehabiliteringsperioder med för glesa åtgärder – bedömningsfråga se nedan.

Orsakerna till punkt ett är tex att diagnos förändrats från remiss till senare bedömningar.

Patienterna har ofta ett flertal diagnoser där smärta och psykisk ohälsa blandas.

Punkten 2 beror ibland på att patienten blivit bättre och avslutar behandlingen eller att patienten avbryter av annan orsak. Med denna komplexa patientkategori får man vänta sig många återbud där tex läkar- eller psykologbesök inte blir av. Detta problem har minskat under 2013 genom ett tydliggjort ansvar på alla medarbetare och koordinators arbete för att fånga upp alla patienter.

Spannet för hur mycket resurser en patient får tillgång till varierar starkt från drygt 100 kontakter till ett fåtal.

Antalet kategorier som haft individuella kontakter med varje patient fördelar sig enligt följande:

Antal kategorier	1	2	3
Antal patienter	4	58 (varav 17 deltar i gruppaktivitet)	33

Alla patienter tas upp minst en gång på teamkonferens där alla kategorier deltar.

Medeltalet besök för rehabiliteringspatienter i materialet är:

Medeltal läkarbesök	Medeltal sjukgymnastikbesök	Medeltal psykologbesök
3,3	18	1.5

Regelverket är något oklart vad gäller hur många kategorier som krävs i varje enskild garantibehandlingsperiod. En vårdgivare skall ha tillgång till minst tre kategorier.

STAYAC har en tydlig modell som utgår från patientens symtom, noggrann bedömning och en för varje individ unik behandlingsuppbyggnad. Olika resurser kopplas till insatserna allt efter behov enligt ett väl utvecklat flödesschema (bilaga 6).

Punkten 3 är en bedömningsfråga. Det går att hitta sjukskrivningsstatus i journalerna på de flesta patienter men det är inte systematiskt angivet.

Punkten 4 beror på den ofta långa och omfattande bedömningsperiod som ingår i klinikens arbetssätt. Varje individ har ett unikt behandlingsupplägg vilket också tenderar att dra ut på tiden. Detta har till viss del åtgärdats genom den koordinatorfunktion som inrättats men är också en del i den behandlingsmodell som kliniken arbetar med. Enligt verksamhetschefen är detta något som landstinget vetat om under lång tid och som diskuterats och godkänts eftersom klinikens patienter har hög komplexitet.

Några patienter borde ha avförts från rehabiliteringsgarantin under de granskade åren. Att detta inte gjorts beror på att förändringen 2012 om när en patient ska anmälas till garantin inte hunnit implementeras fullt ut. Detta har succesivt åtgärdats under 2012 och 2013. Landstinget har pga detta felaktigt höjt klinikens tak vartefter rehabpatienter registrerats. Storleken på denna höjning beror på hur regelverket för MMR2 tolkas.

Vår bedömning, med erfarenhet av hur regelverket historiskt byggts upp och hur strikt det skall tolkas, är att det under perioden 2012-2013 i de genomgångna 95 journalerna varit färre än 10 patienter där det kan ifrågasättas om de borde anmälts som genomförda rehabiliteringsgarantiåtgärder och att klinikens tak i så fall felaktigt höjts med ca 200 000 kronor. Detta har inneburit att kliniken kunnat producera mer vård med ersättning. Ersättningsmodellen utformning gör att alla resurser i det höjda taket går till behandling av patienter.

Rekommendationer

1. Fortsätt utveckla koordinatorfunktionen för att få mer sammanhållna och kortare rehabiliteringsperioder.
2. Tydliggör kraven för att kunna anmäla en rehabilitering som avslutad inom garantin.
3. Tydliggör kraven på dokumentation av sjukskrivningshistoria i journal genom tex en mall.
4. Ta upp en diskussion med landstinget kring tolkning av regelverket för MMR2

Bedömning om avtalet och ersättningsmodellens regelverk följts

För dessa bedömningar har alla 109 journaler legat till grund.

Vi har jämfört debiteringar med journalnotat och noteringslista för alla 109 patienterna.

Vi ser olika typer av feldebiteringar i materialet:

1. Feltryckning vid kvittoframtagande i samband med besök - det är relativt enkelt att göra ett felaktigt kvitto i systemet.
2. Felaktig uppfattning av regelverkets betydelse – registreringsmodellen har förändrats över åren. (uppmärksammat och åtgärdat av klinikledningen)
3. Felaktig åtgärds kod har använts.
4. Oppmärksamhet på olika tidsgränser för när ett besök kan betecknas som ett nybesök – tex om en annan läkare eller sjukgymnast haft ett besök - hur gör jag då med mitt besök som sker 6 månader efter mitt senaste notat.
5. Direkt felanvändning på grund av att ett besök dragit mycket stor resurser.
6. Besök har inte registrerats i ARV systemet.

När vi jämför antalet debiterade åtgärder med antalet åtgärder angivna i journalerna (95) ser vi att felen i antal fördelar sig enligt nedan:

	Färre debiterade än journalfört	Fler debiterade än journalfört	Lika antal	Total
Antal journaler/patienter med feldebiteringar	79	8	18	95
Besök som debiterats fel-antal	267	25 (1%)	2144	2436

Totalt för perioden 2012-01-01 till 2013-10-31 rör det sig om netto ca 242 besök/åtgärder som inte debiterats SLL med ett värde av ca 120 000 kronor i de aktuella journalerna. Skulle samma förhållande med underdebitering gälla alla journaler av samma typ, rehabiliteringsgarantin, för de båda åren skulle klinikens ersättning ha ökat med drygt en miljon kronor totalt för perioden.

Vi har funnit ca 50 besök 2012 och 30 besök 2013 som kan betecknas som felkodning av besök som gett kliniken mer ersättning än vad avtalet anger. Varje besök ger i medeltal ca 500 kronor för mycket i ersättning vilket ger en total överersättning med 25 000 kronor 2012 och 15 000 kronor, 2013. Det finns också ett antal besök där kliniken felkodat och debiterat för lite för ett besök men detta har inte beräknats men bedöms vara i samma storlek som överdebiteringen.

Verksamhetschefen är den som har störst andel felkodade debiteringar. Han anger att detta beror på att han inte uppmärksammat att ersättningsmodellen förändrats och att det införts en tidsgräns där nybesök inte kan registreras förrän 6 månader efter att en patient avslutats. 14 journaler där feldebiteringar skett av den aktuella läkaren har analyserats noggrant och alla typer av fel finns representerade dessa journaler har tagit fram av kliniken för revision. Dessa 14 patienter har mycket komplexa sjukdomsbilder. De har fått mycket stora insatser från sjukvården i stort och även från kliniken.

Den stora anledningen till feldebitering är att sexmånadersgränsen för nybesök inte följts enligt ovan – mycket strikt skulle detta gälla totalt ca 50 besök. Skulle dessa besök istället debiterats som återbesök skulle ersättningen minska med i medeltal ca 600 kronor per besök eller totalt med 30 000 kronor för del av 2011-hela 2012 och större delen av 2013.

Några av besöken ovan har angetts som återbesök i journal och notatlista men troligen genom feltryckning blivit ett nybesök men ökar alltså inte på numerären feldebiteringar. Det finns 4 anteckningar i journal om ett medvetet avsteg från regelverket och det har gällt mycket omfattande åtgärder med saccralplexusblockader där patienten behövt kontrolleras, angående bla blodtryck, allmänstatus och anestesiens utbredning, på kliniken i 4-5 timmar efter åtgärden. I det övriga beståndet av journaler, 95 stycken, finner vi enstaka feldebiteringar som summerar till de siffror som presenterats tidigare.

Vår bedömning är att kliniken behöver förbättra den interna kontrollen så att både under- och överdebitering undviks. En trolig anledning till att vi hos vissa patienter funnit debiteringar utan journalnotat är rent slarv då mycket av behandlingen blir rutin med återkommande besök med i stort sett likartat innehåll. Det stora problemet för kliniken är att debitering inte görs för alla besök.

Rekommendationer

1. Tydliggör ersättningssystemet och säkerställ att alla kan det
2. Vid investering i nytt journalsystem ska kassafunktion, notatlista och kvittofunktion kunna samköras.
3. Stickprov bör göras på ca 10 % av journalerna varje år för att säkra att debiteringar görs på rätt sätt.
4. Diskussion bör tas upp med landstinget kring möjligheter att införa speciell kod för särskilt resurskrävande besök.
5. Diskussion med landstinget bör tas upp för att utveckla ersättningssystemet så att det mer speglar den verksamhet som kliniken bedriver med mycket komplexa patienter och många kontakter med arbetsgivare, försäkringskassa och vården i övrigt.

Sammanfattning

STAYAC är en välfungerande enhet med en mycket tung case mix. Patienternas behov är mycket komplexa med ibland upp till 50 olika problem noterade. Journalföringen är omfattande och strukturerad med tydlig problemuppdelning.

Den behandlingsfilosofi som kännetecknar kliniken utgår från respekten för varje individs unika behov och situation där olika åtgärder anpassas till just den enskildes problem. Arbete i team är utpräglat och en grund för insatserna. Kompetens och struktur är väl förenlig med rehabilitering av MMR2 typ.

Vi har funnit feldebiteringar åt båda håll och inga tecken på ett systematiskt medvetet felaktigt utnyttjande av ersättningssystemet. Inrapporteringen till landstinget av garantirehabiliteringar kan ifrågasättas för ett antal patienter och åtgärder för att säkerställa rätt hantering har satts in och bör stärkas. Kliniken förlorar avsevärda belopp på underrapportering av besök vilket måste åtgärdas.

Vi har inte funnit några tecken på att kliniken försökt dölja något i dokumentationen eller rapporterings och debiteringssystemen snarare har allt redovisats öppet och landstinget har kunnat kontrollera både innehållet i rehabiliteringsgarantipatienter och debitering i övrigt. Kliniken behöver stärka sin interna kontroll, arbetet är påbörjat, för att säkra följsamheten till olika regler för rehabiliteringsgaranti och ersättning. Kliniken förlorar ekonomiskt på att de administrativa stödsystemen inte fungerar ihop och inte kan samköras så att feldebitering kan undvikas. Kliniken och landstinget behöver se över avtalet och ersättningsmodellen för att den bättre skall spegla klinikens verksamhet.

Vår bedömning är att kliniken inte utnyttjat avtalet med landstinget på något systematiskt sätt. Andelen feldebiteringar, som vi noterat, är på en låg nivå (förutom underdebitering) jämfört andra revisioner vi genomfört.

Bilagor

1. Uppdragsbeskrivning
2. Kompetensprofil kliniken
3. Fortbildning kliniken
4. Avtal SLL
5. Ersättningsmodell SLL
6. STAYAC behandlingsschema

Referenser

1. Hälso- och sjukvårdslagen
2. Patientdatalagen
3. Läkarförbundets etiska regler
4. Socialstyrelsens kvalitetsföreskrift
5. Socialstyrelsen rapport Nationella indikationer 2011:2
6. Överenskommelse om Rehabiliteringsgaranti 2013 Regeringen- SKL Dnr 12/6879.