

Remisshantering inom Region Norrbotten

Innehåll

Remisshantering inom Region Norrbotten	1
Bakgrund	1
Lagrum och styrande förutsättningar.....	1
Syfte.....	2
Omfattning.....	2
Remitterande enhet.....	2
Mottagande enhet	3
Regler för remisser	6
Ledtider.....	6
Medicinsk service.....	6
Riks- och regionvård	7
Vårdgaranti	7
Ny medicinsk bedömning.....	7
Patientens valfrihet	7
Övrig vård.....	8
Länkar till relaterande dokument.....	9

Bakgrund

Lagrum och styrande förutsättningar

Remiss är en handling om en patient som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar över remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.. (SOSFS 2004:11) och Ändring i föreskriften (HSLFS-FS 2017:25), ska vårdgivaren ansvara för att det finns rutiner för hur remisser ska utformas och hanteras.

Region Norrbotten har inte remisskrav för öppen specialiserad vård eller behandling hos fysioterapeut. Detta innebär att en patient har möjlighet att själv direkt kontakta en specialistmottagning eller fysioterapimottagning för att söka vård. Patientens berättelse/beskrivning av sitt hälsoproblem blir en egen vårdbegäran (EVB) som ska hanteras och bedömas på samma sätt som en remiss från annan remittent.

Syfte

Anvisningen syftar till att tydliggöra omfattningen av enhetlig remisshantering inom Region Norrbotten för att säkerställa patientsäkerhet samt tillgänglighet i hälso- och sjukvården.

Omfattning

Anvisningen gäller verksamhetschefer inom hälso- och sjukvård samt hälso- och sjukvårdspersonal inom Region Norrbottens verksamheter. Verksamhetschefen har ansvar för att upprätta lokala rutiner som anpassas till anvisningen, att de är förankrade och tillämpas i verksamheten. Vårdgivare med avtal enligt Lagen om valfrihetssystemet (LOV) ska ha anvisningen som grund för sina lokala remissrutiner.

Ansvarsfördelning /Remissflöde

Remitterande enhet

<p>Vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetschefen skall fastställa rutiner för remisser gällande hanteringen av utgående remisser och inkommande remissvar inom verksamhetsområdet. • Remiss får utfärdas av verksamhetschefens utsedd hälso- och sjukvårdspersonal med formell och reell kompetens för uppgiften.
<p>Hur remisserna ska registreras och sändas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remiss ska utfärdas när det behövs för beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar. • Behandlande hälso- och sjukvårdspersonals beslut om att skicka remiss sker i samråd med patienten och vid remiss till annan vårdgivare anges samtycke i remissen. • Remiss ska alltid skrivas i journalsystemet VAS remissfunktion. För remiss utanför regionen finns möjlighet att registrera kompletterande ekonomiska uppgifter i en specialistvårdsremiss - betalningsförbindelse. • När remiss bedöms nödvändig ska remitterande enhet skicka remissen inom 5 arbetsdagar efter att beslut om remiss fattas. Gäller inte för remisser när patients tillstånd kräver omedelbart omhändertagande eller när remissen avser uppföljning längre fram i tiden. • Remissen gäller ett år från utfärdandet om inte annat anges. Även särskilda bestämmelser kan anges på remissen, till exempel att om patienten har en privat försäkring innebär remissen inte något betalningsåtagande från regionens sida. • Vårdansvaret kvarstår hos remitterande vid beställning av tjänst och fram till det att mottagande har bekräftat eventuell begäran om övertagande av vårdansvar. • Behov av att komplettera eller ändra uppgifter i redan sänd remiss ordnas genom att remissmottagaren returnerar remissen varvid komplettering kan ske, se beskrivning i rutinen för Allmänremiss i VAS. • Inom verksamheter där det finns handläggningsöverenskommelser

	<p>eller motsvarande ska dessa följas men ska ha följsamhet till anvisningen som strävar mot enhetlig remisshantering inom regionen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Behandlande hälso- och sjukvårdspersonal ansvarar för att remissen är korrekt ifylld. En remiss ska innehålla uppgifter om medicinsk frågeställning och eventuella åtgärder som redan vidtagits. Innehållet i en remiss ska vara av sådan kvalitet att en säker bedömning och prioritering kan göras hos mottagande enhet. <p>Remissinnehåll:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aktuella uppgifter om patient, avsändare och mottagare. - Tydlig frågeställning – syftet med remissen. - Önskad åtgärd. - Kortfattad information som är relevant för mottagaren. - Undvik förkortningar då dessa kan missförstås.
Bevakning av att remissvar kommer in	<ul style="list-style-type: none"> • Utgående remisser ska alltid bevakas, se rutin Bevakning i VAS. • Vårdansvaret kvarstår hos remitterande vid beställning av tjänst och fram till det att mottagande har bekräftat eventuell begäran om övertagande av vårdansvar. • Remitterande enhet ska bevaka att remissvar inkommer.
Hur remissvar skall tas emot och registreras.	<ul style="list-style-type: none"> • Hälso- och sjukvårdspersonal med formell och reell kompetens för uppgiften ska bedöma remissvar och ta ställning till vilka åtgärder som skall vidtas. • Remissvaret utgör bekräftelse på att begärd tjänst är utförd eller övertagande av vårdansvar. <p>Att ett remissvar inkommit ska dokumenteras och remissvaret ska signeras efter att det tagits emot.</p> <p>Signering innebär att bedömning av svaret har gjorts och om vilken vårdåtgärd svaret föranleder. Signeringen ska göras av den som ansvarar för bedömningen och bedömningen ska dokumenteras.</p> <p>Den som signerar det inkomna svaret ska ta ställning till om svaret kan föranleda vårdåtgärder i annan verksamhet och ska i så fall vidarebefordras. Om svaret vidarebefordras ska det dokumenteras.</p>

Mottagande enhet

Hur remisser skall tas emot och registreras	<ul style="list-style-type: none"> • Verksamhetschefen skall fastställa rutiner för hanteringen av inkommande remisser, egen vårdbegäran och utgående remissvar inom verksamhetsområdet. • Inkommande remisser skall bedömas och prioriteras av verksamhetschef utsedd hälso- och sjukvårdspersonal med formell och reell kompetens för uppgiften. • Bedömning av remiss alternativt egen vårdbegäran sker enligt tillämplade indikationer och vägledande principer för urval och prioritering. Bedömning av remiss/vårdbegäran resulterar antingen i ett beslut om avslag av remiss/vårdbegäran eller att remiss/vårdbegäran
---	--

	<p>godkänns.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inkommande remiss registreras med ankomstdagen. En inkommen remiss får inte avvisas utan att en medicinsk bedömning gjorts, såvida remissen inte är uppenbart felsänd. Medicinsk bedömning ska ske snarast, dock senast inom 5 arbetsdagar efter att remiss inkommit och registrerats. • Pappersremiss och egen vårdbegäran (EVB) ska registreras i journalsystemet VAS remissfunktion och scannas in.
<p>Hur och i vilka fall den remitterande enheten och patienten skall få besked om att remissen mottagits och när den kommer att åtgärdas,</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remissbekräftelse alternativt tid för beställd tjänst ska skickas snarast till patient och remittent, dock senast inom 2 arbetsdagar efter att remissen är medicinskt bedömd. • Om remissbedömning resulterar i att patienten ska komma på besök ska det i bekräftelsen alternativt kallelsen framgå datum för när besöket senast ska ske och vilken vårdåtgärd som planeras. Remissbekräftelse utgör inte en bekräftelse på övertagande av vård. • Godkänd remiss/vårdbegäran <ul style="list-style-type: none"> – Godkänd remiss alternativt egen vårdbegäran innebär att patienten ska erbjudas ett besök inom den specialiserade vården senast inom 90 dagar efter det att beslut om remiss fattades. – Om regionen inte bedöms kunna erbjuda besök/behandling inom 90 dagar ska patienten erbjudas besök hos annan vårdgivare. – Tidpunkt för besöket meddelas patienten i samband med remissbekräftelsen alternativt genom att direkt med patienten komma överens om en tid. Inriktningen ska vara att eftersträva en överenskommen tid med patienten, i stället för att erbjuda en tid till patienten. – Patienter ska erbjudas tid med god framförhållning, vilket innebär minst 14 dagar. Alla verksamheter har möjlighet att införa SMS-påminnelser som komplement till kallelse. • Ombokning <ul style="list-style-type: none"> – Vid erbjuden tid: Om patienten i en kallelse blir erbjuden en tid för besök eller behandling, d v s ej har överenskommen tid, kan ombokning ske oavsett skäl. Patienten ska erbjudas en ny tid så snart det är möjligt. Antalet ombokningar vid erbjuden tid är obegränsat. – Vid överenskommen tid: Patienten har rätt att omboka en överenskommen tid. Däremot bör antalet ombokningar begränsas till två tillfällen. Därefter återsändes remissen till remittenten och patienten informeras samtidigt om att inkomma med ny vårdbegäran om behovet kvarstår. Om patienten önskar omboka måste han/hon informeras om när en ny tid kan erbjudas. Om den nya (ombokade) tiden inte kan erbjudas inom 90 dagar måste patienten informeras om att han/hon därmed avstår sin rätt till vårdgaranti, d v s patienten kan inte kräva att få åka utanför länet för vård inom ramen för vårdgarantin (registreras som patientvald väntan i VAS). • Uteblivna patienter <ul style="list-style-type: none"> – Vid erbjuden tid: Om patienten i en kallelse blir erbjuden en tid för

	<p>besök eller behandling, d v s ej har en överenskommen tid, ges patienten en ny tid om han/hon uteblir första gången. Om patienten uteblir en andra gång skickas remissen tillbaka till remitterande vårdgivare och patienten informeras samtidigt om att inkomma med ny vårdbegäran om behovet kvarstår.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vid överenskommen tid: Om patienten uteblir från en överenskommen tid skickas remissen tillbaka till remittent och patienten informeras samtidigt om att inkomma med ny vårdbegäran om behovet kvarstår.
<p>Vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss inte kan ges inom meddelad tid</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remiss/vårdbegäran som inte godkänns <ul style="list-style-type: none"> - Remiss som inte uppfyller indikationerna och vägledande principer för urval och prioritering för besök i den specialiserade vården återsändes till remitterande. - Remiss som inte kan bedömas på grund av ofullständiga uppgifter återsändes till remitterande med begäran om en ny remiss med kompletterande uppgifter. Observera att en ny kompletterad remiss räknas som en ny vårdbegäran. - Egen vårdbegäran som inte uppfyller indikationerna och vägledande principer för urval och prioritering för besök i den specialiserade vården återsändes/kommuniceras till patienten som hänvisas till primärvården. - Egen vårdbegäran som inte kan bedömas på grund av ofullständiga uppgifter återsändes/kommuniceras till patienten som hänvisas till primärvården för bedömning. - Remiss som inte godkänns återsändes till remittent som har ansvaret att informera patienten. • Vidarbefordring av remiss <p>Om remissmottagande enhet inte ansvarar för efterfrågat vårdutbud, eller om remissen har skickats fel, så ska remissmottagande enhet skicka tillbaka remissen. Kan den mottagande enheten med fördel vidareförmedla remissen inom verksamhetsområdet i länet, så ska remissen inte skickas tillbaka. Vårdgarantitiden startar då beslut om remiss tagits och börjar inte om i de fall då en remiss vidarebefordrats.</p> • Sena remisser <p>Remiss som anländer dagar eller veckor efter remissdatum får aldrig returneras till remittenten med begäran om en nydaterad remiss. Däremot bör remittenten informeras om konsekvensen för patienten när remissen skickas med fördröjning.</p>
<p>Hur remissvaren skall registreras och sändas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Remissvaret ska skickas snarast, senast inom 3 arbetsdagar efter beslut om svar. • Remissvaret ska innehålla svar på remittentens fråga, remissmottagarens gjorda utredningar behandlingar och bedömningar samt andra överväganden. Vidare ska det framgå om patienten delgivits information om remissvaret.

- Vid remiss som vidarebefordrats ska remissvar alltid skickas till den ursprungliga remittenten.
- Remissvaret ska signeras av den som ansvarar för innehållet i svaret.

Regler för remisser

Ledtider

Från beslut om remiss till att remiss skickas.	Tiden ska inte överskrida 5 arbetsdagar Gäller inte för remisser när patients tillstånd kräver omedelbart omhändertagande eller när remissen avser uppföljning längre fram i tiden.
Från att remiss mottagits till att remiss bedömts och prioriterats	Tiden ska inte överskrida 5 arbetsdagar.
Från att remiss bedömts till att resultat av remissbedömningen skickats (bekräftelse alternativt kallelse)	Tiden ska inte överskrida 2 arbetsdagar.
Från beslut om remiss till erbjudande av ett besök	Tiden ska inte överskrida 90 dagar inom den specialiserade vården
Från beslut om remissvar till att svar skickas.	Tiden ska inte överskrida 3 arbetsdagar.
Från remiss utfärdats till att remissen inte gäller	Ett år om inte annat anges

Medicinsk service

Medicinsk service (Bild- och funktionsmedicin och laboratorieundersökning)

- Läkare inom primärvården (vårdvalet) och inom den specialiserade vården inom regionen har rätt att remittera till bild- och funktionsundersökning (inom ramen för gällande handläggningsöverenskommelser och motsvarande) och laboratorieundersökning.
- Företagshälsovården har, vid tydlig indikation på sjukdom, rätt att kostnadsfritt remittera till bild- och funktionsmedicin och laboratorieundersökningar. Kostnadsfriheten gäller inte vid förebyggande vård
- Läkare verksamma enligt Lagen om läkarvårdsersättning (1993:1651) har rätt att kostnadsfritt remittera till undersökning inom bild- och funktionsmedicin. När det gäller laboratorieundersökning har dessa rätt att kostnadsfritt remittera (förutom för vissa enklare kliniska laboratorieundersökningar som finns angivna i Förordning om Läkarvårdsersättning (SFS 1994:1121), se även Avgiftshandboken.
- När det gäller undersökning inom Bild- och funktionsmedicin ansvarar Bild- och funktionsmedicin för kostnaderna. Remittenten står dock för kostnad för laboratorieundersökning.

Riks- och regionvård

- Med riks- och regionvård avses den vård som ges utanför Norrbotten. Vården regleras genom riks- och regionavtal. Ett hemlandsting kan remittera en patient till ett annat landsting för specialistvård, vård enligt den nationella vårdgarantin, ny medicinsk bedömning, rikssjukvård, akutvård, till följd av patientens eget val eller av andra skäl. enligt bestämmelser som beskrivs i Avgiftshandboken.

En remiss är en betalningsförbindelse. För remiss utanför regionen finns möjlighet att registrera kompletterande ekonomiska uppgifter i en specialistvårdsremiss - betalningsförbindelse.

Kapacitetsbrist vid Norrlands Universitetssjukhus (NUS).

I den norra sjukvårdsregionen finns en tudelad rutin när det gäller vidareremittering vid kapacitetsbrist. En del avser de fall då patienten vidareremitterats via besök/vårdtillfälle hos NUS. Den andra delen avser de fall då patienten inte besökt NUS. Det är viktigt att i patientens journal ange vilken överenskommelse som har tagits i samråd med Norrlands Universitetssjukhus (NUS).

- Riks- och regionvård - Högspecialiserad vård
Remiss får utfärdas av verksamhetschef eller motsvarande inom aktuell sjukhusspecialitet i regionen, som kan delegera till läkare inom ansvarsområdet att också utfärda remiss.
När en patient vidareremitteras till riks- eller regionsjukvård ska den enhet som remitterar vidare meddela den enhet som skrev den första remissen. Vid riks- och regionsjukvård står remitterande verksamhet för vårdkostnaden.
- Riks- och regionvård - IVF-/ICSI-behandling och äggdonation
Remiss för in vitro fertilisering (så kallad provrörsbefruktning) och äggdonation vid sjukhus som regionen har avtal med får endast utfärdas av medicinskt ansvarig läkare inom verksamhetsområde obstetrik och gynekologi vid Sunderby sjukhus.

Vårdgaranti

- Remiss för specialiserad vård inom ramen för vårdgarantin får utfärdas av läkare i den specialiserade vården inom den verksamhet som skulle ha erbjudit patienten vård, men som inte bedöms kunna erbjuda patienten inom 90 dagar.
Det är viktigt att det i remissen framgår att det gäller vårdgarantivård. Vid vård enligt vårdgarantin står remitterande klinik för vårdkostnaden.

Ny medicinsk bedömning

- Remiss får utfärdas av verksamhetschef eller motsvarande inom aktuell sjukhusspecialitet i regionen, som kan delegera till läkare inom ansvarsområdet att också utfärda remiss. Vid ny medicinsk bedömning står remitterande verksamhet för kostnaden.

Patientens valfrihet

- Patientens valfrihet - Öppen specialiserad vård utomläns
I de fall där patienten önskar söka vård i landsting där det krävs remiss för öppen specialiserad vård får remiss (valfrihetsremiss) utfärdas av läkare inom primärvården eller den specialiserade vården verksam inom offentligt finansierad vård.
Vård vid Norrlands Universitetssjukhus (NUS) betraktas som högspecialiserad vård.

liserad vård. Vid vård enligt patientens valfrihet ansvarar den verksamhet dit patienten skulle remitterats om den fått vård i länet för vårdkostnaden.

- **Patientens valfrihet - Öppen högspecialiserad vård utomlän**
I de fall där patienten önskar söka vård i landsting där det krävs remiss för öppen högspecialiserad vård får remiss (valfrihetsremiss) utfärdas av verksamhetschef eller motsvarande inom aktuell sjukhusspecialitet i regionen, som kan delegera till läkare inom ansvarsområdet att också utfärda remiss.
Vård vid Norrlands Universitetssjukhus (NUS) betraktas som högspecialiserad vård. Vid öppen högspecialiserad vård (riks- och regionsjukvård) står remitterande verksamhet för vårdkostnaden.
- **Patientens valfrihet - Medicinsk service utomlän**
Läkare inom primärvården (vårdvalet) och inom den specialiserade vården inom regionen med rätt att remittera till bild- och funktionsundersökning (inom ramen för gällande handläggningsöverenskommelser) och laboratorieundersökning inom länet har också rätt att beställa sådana undersökningar utanför länet (valfrihetsremiss).
När det gäller undersökning inom Bild- och funktionsmedicin ansvarar Bild- och funktionsmedicin för kostnaderna. Remittenten ansvarar för kostnad för laboratorieundersökning.
- **Patientens valfrihet - Slutenvård utomlän**
Remiss (valfrihetsremiss) får utfärdas av verksamhetschef eller motsvarande inom aktuell sjukhusspecialitet i regionen, som kan delegera till läkare inom ansvarsområdet att också utfärda remiss. Vid vård enligt patientens valfrihet står den verksamhet dit patienten skulle remitterats om den fått vård i länet för vårdkostnaden.

Övrig vård

- **Övrig vård - Specialiserad vård i utlandet**
Remiss får utfärdas av verksamhetschef eller motsvarande inom aktuell sjukhusspecialitet i regionen, som kan delegera till läkare inom ansvarsområdet att också utfärda remiss. Vid utlandsvård står remitterande verksamhet för vårdkostnaden.
- **Övrig vård - Tandvård**
Avser tandvård inom ramen för hälso- och sjukvårdens avgiftssystem. Remiss får utfärdas av verksamhetschefen för käk- och munsjukdomar i regionen, som kan delegera till läkare inom ansvarsområdet att också utfärda remiss för oralkirurgiska åtgärder som kräver sjukhus- resurser. Remiss för övrig specialisttandvård i annat län får utfärdas av ämnesföreträdare vid specialistklinik.

Länkar till relaterande dokument

- Beskrivning av journalsystemet VAS remiss och bevakningsfunktion:
 - [Allmänremiss i VAS](#)
 - [Egen vårdbegäran dokumentationsrutin](#)
 - [Bevakning i VAS](#)
- Förtydligande av regler och avtal
 - [Avgiftshandboken Kapitel 5- Riks och regionvård](#)
 - [Ny medicinsk bedömning](#)
 - [Patientens valfrihet](#)
 - [Vårdgaranti](#)