

Förvaltning

Organisationsenhet

DOKUMENTTYP

Process	Remisshantering	Godkänt datum	Ange datum
Skapad av	Marie Kestola, Pia Kirkhorn	Version	1.0
Godkänd av	Ingela Fröjd	Ärendenummer	Ange ärendenummer
Gäller för	Hälsö- och sjukvårdsverksamhet	Gäller fr.o.m.	Driftstart av SDV
		Gäller t.o.m.	Ange datum

Instruktion – Remisshantering i Region Skåne

Enhetlig hantering av remisser in Region Skåne är en förutsättning för kvalitativ och patientsäker vård. God följsamhet till rutiner blir extra angeläget på enheter med flera olika sektioner och/eller stora besöksvolym. Detta dokument utgör en instruktion för remisshantering i Region Skåne och beskriver det regelverk som råder samt hur hantering sker i systemet Millennium vad gäller: Att skapa och motta vårdbegäran, att överta vårdansvar, att hantera samordning av patient för uppfyllnad av vårdgaranti, att ordinera utförande av tjänst såsom laboratoriediagnostik, bild- och funktionsmedicinsk diagnostik och konsultation.

Innehåll

Instruktion – Remisshantering i Region Skåne	1
1 Inledning	5
1.1 Målgrupp	5
1.2 Begrepp i dokumentet	5
1.3 Skyddande av personuppgifter	7
2 Vårdgarantin och patientens rättigheter	8
2.1 Förstärkt Vårdgaranti inom Primärvård	8
2.2 Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)	9
2.3 Patientlagen och Patientnämnden	9
2.4 Fritt vårdsökande i slutenvård	10
2.5 Sjukskrivning och receptförnyelse	10
2.6 Ny medicinsk bedömning	11
3 Remiss/Vårdbegäran – övertagande av vård	12
3.1 Flödet för remiss: vårdbegäran för vårdåtagande	12
3.2 Remisshantering i Millennium	12
3.3 Regelverk vid remisshantering	15
3.4 Beslut om vårdbegäran för övertag av vårdansvar	16
3.4.1 Rutiner för information till patient i samband med remittering	17
3.5 Skapande av remiss för övertag av vårdansvar	17
3.5.1 Rutiner för att skapa remiss	18
3.6 Bevakning av utgående remiss	19
3.6.1 Mottagen remissbekräftelse	19
3.7 Motta remiss/vårdbegäran eller Egen vårdbegäran	20
3.7.1 Motta remiss/vårdbegäran inkommen på papper	21
3.8 Bedömning och prioritering av remiss/vårdbegäran	21
3.8.1 Regelverk vid bedömning och prioritering av remiss/vårdbegäran	23
3.8.2 Remiss från specialist till specialist	25
3.8.3 Regelverk för accepterad/avvisad remiss/vårdbegäran	25
3.8.4 Vidareskickad vårdbegäran/remiss	25
3.8.5 Remittent och patient ska informeras av mottagande enhet om remiss/vårdåtagande skickas vidare	26

3.8.6 Remisshantering vid långa väntetider.....	26
3.9 Väntande patienter.....	27
3.9.1 Administrativ information till patient	28
3.9.2 Inplanering, bokning, ombokning och avbokning.....	28
3.9.3 Utebliven patient	29
3.9.4 Samordning	29
3.9.5 Information till patient vid beslut om behandling	30
3.9.6 Kvalitetssäkrade väntelistor	30
3.9.7 Ersättning vid inställd operation	30
3.10 Samordna patient	30
3.10.1 Privata vårdgivare med avtal med annan region	31
3.10.2 Rutiner vid samordning	32
3.10.3 Samordning av operationspatienter	33
3.10.4 Förfrågningsrutin.....	33
3.10.5 Excelfil för samordning.....	34
3.10.6 Regelverk vid samordning av patient.....	34
3.10.7 Ansvar för läkemedel och receptförnyelse	36
3.11 Remissvar.....	36
3.11.1 Regelverk för remissvar.....	36
3.12 Avvikelse rapportering.....	37
3.13 Sjukresor och betalningsförbindelse	37
3.14 Status och Delstatus på remiss/vårdåtagande	42
4 Standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF)	42
5 Remiss av tjänst – inte överta vårdansvar	43
5.1 Laboratoriediagnostik.....	43
5.1.1 Samlat digitalt flöde	44
5.1.2 Att beställa laboratoriediagnostik.....	45
5.1.3 Ändringar, tillägg och annullera ordination	45
5.1.4 Provtagning	45
5.1.5 Utföra provtagning.....	46
5.1.6 Laboratorieresultat	47
5.1.7 Notifiering och signering	47
5.2 Bild- och funktionsdiagnostik	48

4.2.1 Att beställa till Bild- och funktionsmedicin	50
4.2.2 Samexistensbeskrivningar	52
4.2.3 Övergripande tillämpningar	53
5.3 Konsultation.....	55
4.3.1 Skapande av konsultationsordination.....	55
4.3.2 Mottagande av konsultation.....	55
4.3.3 Dokumentation av konsultation.....	56
4.3.4 Avslut av konsultation	56
4.3.5 Konsultation på akutmottagning.....	56
4.3.6 Konsultation till akutmottagning från slutenvård	57
6 Rapportering och statistik.....	57
6.1 Rapportering av tillgänglighet	57
6.2 Rapportering SVF	57
6.3 Rapportering BFM.....	57
7 Samexistens Millennium och befintliga system.....	57
8 Bilagor	58
9 Länkar.....	58

1 Inledning

Remiss definieras i Socialstyrelsens termbank enligt:

”Handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient. En remiss kan, förutom två ovanstående roller, även gälla som betalningsförbindelse.”

Instruktionen är ett dokument som syftar till att stödja verksamheten vid administrativ hantering av inkommande remiss/vårdbegäran för övertag av vårdansvar, hantering av samordningsremisser (vårdgaranti) samt remiss för tjänst (ej övertag av vårdansvar).

En regiongemensam instruktion och regelverk för hantering av remisser inom Skåne och ett enhetligt sätt att hantera indata som leder till högre kvalitet på utdata.

Dokumentet avser remisshantering för övertag av vårdansvar, hantering av samordningsremisser kopplat till vårdgarantilagen samt remiss för tjänst (ej övertag av vårdansvar).

Införandet av Skånes Digitala Vårdsystem (SDV) och systemet Millennium medför ett nytt regionalt enhetligt sätt att arbeta. För mer information om vad det innebär för hantering av remisser, se förändringsbehov [”Remissflödet”](#). För alla beskrivna förändringsbehov som övergången till Skånes Digitala Vårdsystem innebär hänvisas till det interaktiva [”Trädet”](#).

1.1 Målgrupp

Instruktionen riktar sig till medarbetare som använder systemet Millennium och har i uppdrag att:

- skapa vårdbegäran för att remittera patient till annan specialitet
- hantera vårdbegäran för övertag av vårdansvar
- samordna patient
- beställa tjänst såsom bild- och funktionsmedicinsk diagnostik, laboratoriediagnostik och konsultation.

1.2 Begrepp i dokumentet

Vanligt förekommande termer i dokumentet beskrivs i följande två tabeller. En tabell för begrepp relaterade till remisshantering och en tabell för begrepp relaterade till systemet Millennium.

Begrepp relaterade till remisshantering	Beskrivning
Avbokning	Bokad tid är inte längre aktuell och stryks därför
Avsluts- och detaljkoder	När vårdbegäran ska avslutas, ska korrekt avslutskod anges i förhållande till när i flödet vårdbegäran avslutas.
Behandling	En av åtgärdsgrupperna i Klassifikation av vårdåtgärder, avser åtgärder som syftar till att förebygga ohälsa eller bevara eller förbättra den enskildes hälsotillstånd (Socialstyrelsens termbank).
Besök	Vårdkontakt i öppen vård, nybesök, återbesök, kontrollbesök mm
Egen vårdbegäran	Egen vårdbegäran innebär att person själv kontaktar en speciell mottagning för att söka vård
Hälso- och sjukvårdspersonal	Personer som i sitt yrke utför hälso- och sjukvård (Socialstyrelsens termbank)
Inflöde	Inkommande remisser och egna vårdbegäran (externt inflöde), återbesök (internt inflöde) samt beslut om behandling
Medicinska indikationer	Regelverk som syftar till att säkerställa medicinskt motiverat behov av besök/behandling
Medicinskt måldatum	Tidpunkt i en vårdprocess då beslutade hälso- och sjukvårdsåtgärder <u>senast</u> bör inledas. (Socialstyrelsens termbank). Medicinskt måldatum är en borte gräns för medicinsk säkerhet. Medicinskt måldatum som registreras för den enskilde patienten ska inte påverkas av aktuellt väntetidsläge i verksamheten
Medicinsk prioritering	Företräde till hälso- och sjukvård grundat på en bedömning gjord av hälso- och sjukvårdspersonal (Socialstyrelsens termbank)
Ombokning	Ändring av inplanerad tid
Ordination	Omfattar alla slags åtgärder och aktiviteter som berör en patient.
Remiss	Handling som utgör beställning av tjänst eller begäran om övertagande av vårdansvar för en patient (Socialstyrelsens termbank). En remiss kan, förutom två ovanstående roller, även gälla som betalningsförbindelse
Remissbedömning	Medicinsk bedömning och prioritering
Sjukresa	Alla resor till och från sjukvård – för mer information se Skånetrafiken
Uppdrag	Av Regionstyrelsen beslutat årligt planeringsunderlag (inriktning) för förvaltningen som bryts ner på verksamhetsnivå
Utebliven patient	Patient som inte kommer på inplanerad tid utan att ha kontaktat verksamheten
Vårdbegäran	Begäran om erhållande av hälso- och sjukvård (Socialstyrelsens termbank). T ex via remiss/egen vårdbegäran, tidsbeställning eller akut öppenvårdsbesök av patient eller närstående.
Vårdåtagande	Beslut av mottagande vårdenhet att acceptera vårdbegäran (Socialstyrelsens termbank).
Väntande patient	Patient som är registrerad för vårdkontakt (Socialstyrelsens termbank) Väntande patienter omfattar både sådana som har tid avtalad och sådana som ännu inte har fått avtalad tid
Väntelista	Förteckning över väntande patienter (Socialstyrelsens termbank) Begreppet väntelista är ett övergripande begrepp för olika typer av förteckningar över patienter som väntar på vård.

Begrepp relaterade till systemet Millennium	Beskrivning
Capacity Management	Applikation för logistik
CareAware	Applikation för uppkopplad utrustning och logistik
FirstNet	Applikation för somatiska akutmottagningar för barn och vuxna
LaunchPoint	Applikation för Akutliggaren
Meddelandecenter	Central funktion i Millennium där dokument, anteckningar, laboratorieresultat, ordinationer och ordinationsförslag som ska signeras eller granskas återfinns. Möjliggör kommunikation mellan medarbetare och enheter inom Region Skåne, som använder Millennium
Millennium	Patientjournalen med administrativa verktyg
Ordination	Omfattar alla slags åtgärder och aktiviteter som berör en patient. Remiss för tjänst är en <i>Ordination</i> i Millennium.
PowerChart	Patientjournalen
Remisshantering	Modul för remisshantering. Finns både i FirstNet, PowerChart och Revenue Cycle.
Revenue Cycle	Applikation för Patientadministration.
SDV	Skånes Digitala Vårdsystem. Omfattar ny vårdgivarstruktur, ny behörighetsstyrning samt systemet Millennium.
Uppföljningsbegäran	Verktyg för hantering av uppföljningsordinationer
Vårdhändelse	Administrativ och/eller klinisk aktivitet kopplat till patientens journal

Systemet Millennium består av ett flertal moduler. Bilden nedan visar modulernas namn och ikoner i systemet.



För mer information om modulerna i systemet hänvisas till dokumentet "[Funktionell beskrivning](#)" som beskriver respektive modul.

1.3 Skyddande av personuppgifter

Personer som riskerar att utsättas för brott, förföljelser eller allvarliga trakasserier kan få skyddade personuppgifter i folkbokföringen. För mer information hänvisas

till dokumentet "Instruktion – Registrering och klassificering i Region Skåne" ([länk till DokIT](#)).

2 Vårdgarantin och patientens rättigheter

Vårdgarantin är en lagstadgad rättighet som innebär att regionen ska erbjuda den som är folkbokförd i regionen vård inom en viss tid. Vårdgarantin anger inom vilka tidsgränser olika vårdinsatser ska erbjudas, efter att beslut om vård har fattats.

Tidsgränser i vårdgarantin är 0 – 3 – 90 – 90 dagar.

- **0 – Kontakt med primärvården samma dag.**
Samma dag som man söker vård ska man få kontakt med till exempel en vårdcentral. Kontakten kan ske till exempel genom ett telefonsamtal, ett videosamtal eller ett besök.
- **3 – Medicinsk bedömning i primärvården inom tre dagar.**
Man ska få en medicinsk bedömning av en läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården inom högst tre dagar. Det är den vårdpersonal som man först har kontakt med som avgör om den medicinska bedömningen ska göras av en läkare eller av till exempel en sjuksköterska, psykoterapeut eller fysioterapeut.
- **90 – Besök inom den planerade specialiserade vården inom 90 dagar.**
Man ska få en tid för ett första besök i den specialiserade vården inom 90 dagar, om man har fått en remiss för det. Samma tidsgräns gäller om man själv har sökt vård på en öppen specialistvårdsmottagning. Ibland kan specialistmottagningen välja att hänvisa till någon annan vårdmottagning.
- **90 – Behandling/operation påbörjad inom 90 dagar.**
Efter det att läkaren tillsammans med patient har beslutat om en viss behandling, till exempel en operation, ska åtgärd erbjudas inom 90 dagar, räknat från beslutsdatum för åtgärd.
- Vårdgarantin reglerar inte om patienten ska få vård, vilken vård eller hur lång tid en utredning får ta.
- Undersökningar, till exempel röntgen- och laboratorieundersökning, omfattas inte av vårdgarantin.
- Tiden fram till besök och behandling får överstiga vårdgarantins tidsgränser, förutsatt att patient och läkare (eller annan behandlare) är överens om det.

2.1 Förstärkt Vårdgaranti inom Primärvård

Medicinsk bedömning inom tre dagar vid gäller vid:

- nytt hälsoproblem
- oväntad, kraftig försämring

- eller förändring av ett tidigare känt medicinskt problem - utebliven behandlingseffekt.
- om patientens besvär har sådan dignitet att där finns behov av fortsatt kontakt med hälso- och sjukvården.

2.2 Barn- och ungdomspsykiatri (BUP)

Bedöms patient behöva träffa en specialist inom barn och ungdomspsykiatri ska detta ske inom högst 30 dagar. Från det att beslut om behandling/utredning fattats ska detta påbörjas inom 30 dagar. I Region Skåne ingår behandling och utredning inom BUP i vårdgarantin.

2.3 Patientlagen och Patientnämnden

Om patienten inte är nöjd med vården är det i första hand aktuell verksamhet som är skyldig att ta emot och utreda klagomål. Om patienten inte vill vända sig direkt till vården kan han eller hon vända sig till Patientnämnden för att lämna klagomål och synpunkter. Mer information: [Hantering av klagomål på hälso- och sjukvården från patienter och närstående](#)

[Patientlagen](#) innebär att man kan söka all offentligt finansierad öppenvård i Sverige, även medicinsk service och högspecialiserad vård, utan en remiss/betalningsförbindelse. Några regioner har remisstvång (konsultationsremiss) till den specialiserade vården: [Remisskrav öppen vård](#).

Vårdgarantin gäller inte i annan region, undantag personer som är folkbokförda i Södra sjukvårdsregionen (Skåne, södra Halland, Blekinge och Kronoberg) där vårdgarantin gäller hela området. Medicinsk bedömning och prioritering avgör alltid om och när en patient kan få vård. Patient som står på väntelista men själv sökt och blivit omhändertagen av annan verksamhet, såväl inom som utanför regionen, ska om inte särskilda medicinska skäl finns, strykas från väntelistan och vårdåtagandet avslutas. Eventuellt remissvar utfärdas.

Den verksamhet som patient sökt på egen begäran, kan begära kopior på eventuella journalhandlingarna inklusive kopia av remiss.

Remiss/vårdåtagande skickas aldrig vidare när det gäller vård enligt *Patientlagen – Fritt vårdsökande öppen vård eller Fritt vårdsökande för sluten vård*. För mer information kring vård i andra regioner: [Utomlänsvård](#)

På riksdagens hemsida finne mer information kring [Patientlagen \(2014:821\)](#). Lagen syftar till att stärka patientens ställning och främja patientens integritet, självbestämmande och delaktighet. Lagen innehåller bland annat förtydligande

när det gäller informationsskyldigheten i hälso- och sjukvården, ny medicinsk bedömning och rättighet att välja vårdgivare i öppenvård i andra regioner.

När det gäller vård av patient enligt Patientlagen – *Fritt vårdsökande öppenvård* eller *Fritt vårdsökande för slutenvård* skickas inte remiss vidare.

Om patient väljer att, enligt "fritt vårdsökande", vänta på annan ort ska remissen skickas dit enligt patientens önskemål.

Länk till sida avseende regioner som har remisskrav till den specialiserade vården
[Remisskrav Öppen vård](#)

Patient som står på väntelista men själv sökt och blivit omhändertagen av annan verksamhet, såväl inom som utanför regionen, ska om inte särskilda medicinska skäl finns, strykas från väntelistan och vårdåtagandet avslutas. Eventuellt remissvar utfärdas. Den verksamhet som patient sökt på egen begäran, kan begära kopior på eventuella journalhandlingarna inklusive kopia av remiss.

För mer information om vård i andra regioner: [Vård i och från andra regioner - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

2.4 Fritt vårdsökande i slutenvård

Remiss/betalningsförbindelse krävs när det gäller all planerad slutenvård utanför Södra sjukvårdsregionen. Inom Södra sjukvårdsregionen (Skåne, Halland, Blekinge och Kronoberg) kan patienten fritt välja verksamhet för slutenvård med vissa undantag, exempelvis högspecialiserad vård och viss psykiatri.

Länk till mer information om vård i och från andra regioner samt information om *Remiss/betalningsförbindelse*: [Vård i och från andra regioner.](#)

2.5 Sjukskrivning och receptförnyelse

Den verksamhet som skickat remissen ansvarar för receptförnyelse, förlängning av eller ny sjukskrivning och eventuell ny bedömning av patientens hälsoproblem före första besök hos mottagande verksamhet. Om hälso- och sjukvårdspersonal bedömer att patienten är i fortsatt behov av receptförnyelse eller sjukskrivning efter avslutat vårdåtagande ska patienten remitteras till lämplig verksamhet.

2.6 Ny medicinsk bedömning

Ny medicinsk bedömning kallas ibland även *Second opinion*. *Second opinion* är ett uttryck som inte är definierat och ska inte användas synonymt med *Ny medicinsk bedömning*.

Den som ansvarar för patienten ska informera om möjligheten att få ny medicinsk bedömning samt medverka till att hen får en ny medicinsk bedömning ([Patientlagen](#) 8 kap. patientlagen 2014:821).

En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att, inom den egna regionen eller i annan region, få ny medicinsk bedömning. Patienten ska erbjudas den behandling som den nya bedömningen kan ge anledning till om:

- behandlingen står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet, och
- det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.

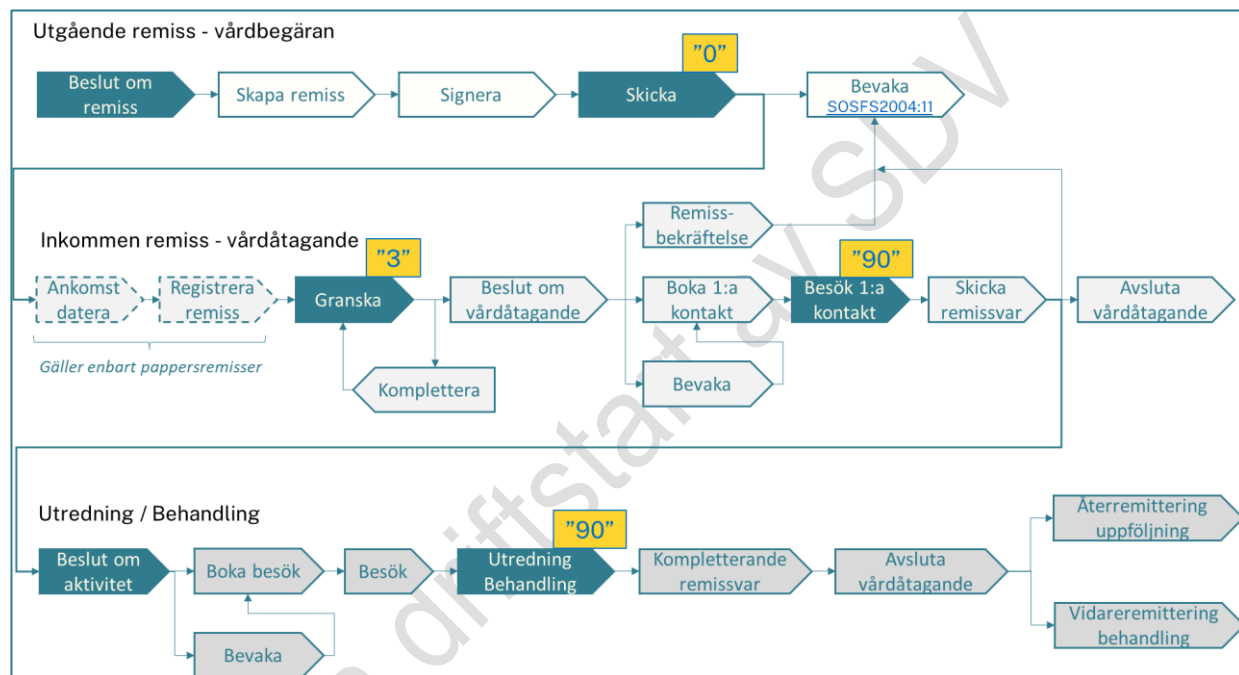
Det är hälso- och sjukvårdspersonalens bedömning som ligger till grund för om en ny medicinsk bedömning kan bli aktuell.

För mer information: [Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig](#).

3 Remiss/Vårdbegäran – övertagande av vård

3.1 Flödet för remiss: vårdbegäran för vårdåtagande

Ett beslut om att remittera patient till annan specialitet görs av läkare tillsammans med patient. När beslutet är taget, skapas remiss och skickas till mottagande specialitet för granskning. Granskning ska ske inom tre (3) arbetsdagar efter att remissen skickats enligt vårdgarantin (0 – 3 – 90 – 90 dagar).



När remissen granskas görs den medicinska bedömningen. Om beslutet innebär övertagande av vårdansvaret för patienten, ska besök för första (1:a) kontakt med patient ske inom 90 dagar från det att granskningen utfördes. När besöket leder till utredning eller behandling, ska denna ske inom 90 dagar från det att patient var på besök för första (1:a) kontakt.

3.2 Remisshantering i Millennium

Remisshantering är digitaliserat i Millennium och ställer krav på att det finns goda och välkända rutiner inom enheten för en säker hantering av remisser. Samtliga yrkeskategorier som är verksamma inom öppenvården påverkas. Viss påverkan på slutenvården kan också förekomma i och med att slutenvården kan ha rollen remittent.

Termen *Remiss* syftar i Millennium på en ordination som är en remiss/vårdbegäran från vårdpersonal till mottagningar såsom primärvårdsmottagningar, specialiserade öppenvårdsmottagningar,

akutmottagningar mm. Patienter kan skicka en egen vårdbegäran och i Millennium hanteras dessa på samma sätt som remisser från vårdpersonal.

Det finns ett antal närliggande begrepp till remiss/vårdbegäran.

- *Laboratoriemedicinska flödet*
- *Bild- och funktionsmedicinska flödet*
- *Konsultationer* inom slutenvård

Dessa flöden har separata beskrivningar och beskrivs i kapitel 5.

Remisshantering är en fristående funktion i Millennium som används för att hantera remisser vårdbegäran/vårdåtagande. *Remisshantering* nås från huvudjournalen PowerChart, patientadministrativa modulen RevenueCycle och akutmodulen FirstNet. I *Remisshantering* kan man följa var i vårdkedjan remissen befinner sig. I *Remisshantering* ses alla patientens remisser till eller ifrån enheter inom den vårdutförande enheten, exklusive de enheter där patienten spärrat sin journal.

Remittenter utan tillgång till Millennium kan fortsatt skicka pappersremisser till enheter som arbetar i Millennium. Detta blir aktuellt för enheter i Skåne som inte ska använda Millennium samt för remittenter från andra regioner.

Pappersremisser utfärdade utanför Millennium registreras manuellt i *Remisshantering*, skannas i PowerChart och länkas till remissärendet. Därefter hanteras de digitalt i samma flöde som ordinarie digitala remisser ända fram tills det är dags att skicka remissvar. Remissvaret skrivs och skickas i Millennium men får skrivas ut på papper och postas till remittent utanför Millennium.

Egen vårdbegäran hanteras på samma sätt som pappersremiss och registreras manuellt i modulen *Remisshantering*.

I Millennium finns det ett antal regionalt framtagna arbetslistor som vårdutförande enhet kan använda. Varje arbetslista kan liknas vid ett filter, exempelvis "Alla inkommande remisser till min enhet" eller "Remisser som jag ansvarar för att granska". Medarbetare som arbetar med remisser behöver använda sig av en eller flera regionalt framtagna arbetslistor i sitt arbete för att kunna se remisser i *Remisshantering*.

Olika arbetslistor används för olika ändamål. Arbetslistor för alla inkommande remisser samt alla utgående ej skickade remisser är två arbetslistor som måste finnas vid enheten. Varje användare kan utöver regionalt framtagna arbetslistor

även skapa egna arbetslistor i Millennium, om det finns specifika behov för detta hos den vårdutförande enheten eller för den enskilda medarbetaren.

Det går att kopiera arbetslistor från arbetskamrater. Medarbetare uppmuntras till informationsutbyte kring bra upplägg för arbetslistor. Vid eventuella organisations- och rutinförändringar behöver arbetslistor ses över.

JOHANSSON, R-BENGT

Remisshantering

100%

Remisshantering

Arbetslista | ert ystad mottagen

Hantera lista

Lägg till inkommande remiss

Patient	Person-ID	Notiser	Remittent	Vårdområde	Remittent...	Status	Prioritet	Tilldelad till	Senast uppdat.
JOHANSSON, R-BENGT 53 år M Person-ID: 17201010-2458	17201010-2458		RS Test, R-PC11, Allmänspecialist 2024-06-04 11:19	Otogsdi Kvalitads - operation ?	Ortopedimott...	Inkommen Inväntar remissbe...	Rutin	RS Test, R-PC11, Allmänspecialist	2024-06-04 11:37
YVEL, TORD 4 år M Person-ID: 2020103-2396	2020103-2396		2024-04-03 00:00	Otogsdi test resource	Ortopedimott...	Accepterad	Rutin	RS Test, R-PC11, Allmänspecialist	2024-04-03 16:31
BORG, TED 21 år M Person-ID: 20030111-2397	20030111-2397		2024-03-26 00:00	Otogsdi Långvarig smärta.	Ortopedimott...	Besök genomfört Remissur enbilitz	Rutin	RS Test, R-PC11, Allmänspecialist	2024-03-27 12:34

Exempel på arbetslista.

I Millennium måste remittenten själv skapa en ordination *Remiss* när beslut om remiss tas. Remissen blir daterad när remissen skapas. Det går inte att ändra detta datum eller på annat sätt bakåtdatera ordinationen i Millennium. **Den som beslutar om remiss måste därför fylla i alla obligatoriska fält i remissordinationen och signera den för att rätt remissdatum ska fångas.** Datum för remissbeslut är det datum som startar patientens vårdgarantitid.

Obligatoriska fält som måste vara ifyllda för att kunna skapa remissen är:

- Vårdområde
- Remissorsak
- Aktuell anamnes
- Prioritet

JOHANSSON, R-BENG
53 år Man Födelsdatum: 1970-09-23

Journalnummer: JN00049722 Person ID: 17201810-2458

Acceptera eller avvisa remissen.

Status: Inkommen Redigera
Debetatur: Inväntar remissbedömning Redigera Rensa

TIS Test, R-PC1... Ta bort tilldelning Uppdatera tilldelning
Ärendenummer: 419953

Oversikt Kommentarer Dokument Tilldelning

Ärendeuppgifter

Vårdcentral Ortopedi	Hälsomoralik Knoaxlade - operation ?	Vårdad orsak F	Aktuellt anamnes En lång anamnes skrivet från ett tidigare sjukhus. Huvudsymtom är smärta i höften och knäet. Smärtan har ökat under de senaste månaderna. Patienten har även haft svårigheter att gå upp och ner från golvet samt att bära tyngre saker. <i>(Texten i bilden är lite oskarplig, men det handlar om en lång anamnes med symtom som smärta i höften/knäet och svårigheter att gå/bära tyngre saker.)</i>	Tip av vårdbegäran Remiss
Remittent RS Test, R-PC11, Allmänspecialist	Remitterande plats Vårdcentralen Vsta/VCIstad	Remissdatum 2024-06-04	Begärt startdatum 2024-06-04	Direkt till behandling Direkt till undersökning Direkt till utredning Egen vårdbegäran Förskrivning Medicinsk konferens Påden aktuellt på enheten Remiss Övertag vårdansvar
Remittera till vårdpersonal Ej angivet	Remittera till plats Ortopedmottagning Vsta	Hörseltest Bjuten	Instruktioner till personal 	

Vårdgarantibatum
2024-09-02

Associerat vårdgarant
Ja Nej

Problemkod

Vårddag

Patientuppgifter

Önskat kontakttid

Tidplan, hem

Hjälpstöd

Tidplan, arbets

Besöksadress
ZVAGEN 9

Första < Förgående Nästa > Sista

Fältet *Remittera till* kan fyllas i direkt eller lämnas tomt.

Om fältet lämnas tomt hamnar remissen i enhetens arbetslista för *utgående remisser*. Både remittent och medicinsk sekreterare kan komplettera remissen

genom att bifoga dokument. När remissen kompletterats med bifogade dokument fylls mottagande enhet i av remittent eller medicinsk sekreterare och remissen skickas till mottagande enhets inkorg för *Inkommande remisser*.

Eftersom remisser som inte är kompletta hamnar i *Arbetslista för utgående remisser* med status *påbörjad* har risken för att remisser inte blir skickade nästintill eliminerats, då denna lista måste bevakas på enheten.

I *Remisshantering* går det att bifoga dokument till en sparad remiss, exempelvis utlåtande och anteckningar av olika slag. **Väsentlig information** kring bakgrunden till den ordinerade remissen **ska finnas i remisstexten** under rubriken *Aktuell anamnes*. Om fältet i aktuell anamnes inte räcker till så kan texten fortsätta i fältet för *Ordinationskommentar*. Observera att detta inte är möjligt när pappersremissens remissinnehåll ska registreras i Millennium.

Kliniska uppgifter som finns dokumenterade i strukturerad form i Millennium, så som exempelvis BMI, aktuella läkemedel, överkänslighet med mera behöver inte nödvändigtvis upprepas i remisstexten, utan denna information är tillgänglig i patientens journal.

Bakgrundsinformation om patient (exempelvis läkemedelslista, vikt, BMI, rökvanor, information om kroniska diagnoser, skattningskalor av olika slag mm) dokumenteras i strukturerad form och är därefter tillgänglig för alla användare oavsett arbetsplats. Remisstexten fokuserar på det aktuella problemet som föranleder remissen, samt vilken hjälp man önskar hos mottagande enhet.

Remisser till distriktsköterska för åtgärder till exempel suturtagning, blodtryckskontroller och hantering av urinkateter ska ordinerar som *Begäran om åtgärd i öppenvård*. Förutsättningen är att ordinatorn (remittenten) bedömer att patienten kan ta ansvar för tidbokningen för dessa åtgärder.

Det krävs goda rutiner i att enhetens arbete kring utgående remisser. Utgående remisser behöver kontrolleras minst en gång dagligen och säkra att remisserna kompletteras och skickas till rätt mottagare.

3.3 Regelverk vid remisshantering

Patient har rätt att söka vård i Skåne utan remiss. Patient har rätt att få sin vårdbegäran bedömd men det är alltid hälso- och sjukvårdspersonal som beslutar om ett vårdåtagande ska inledas. Remiss krävs dock för all utredning inom medicinsk service, till exempel bild- och funktionsmedicin och laboratoriediagnostik. För instruktion avseende remiss av tjänst se kapitel 3.1 samt 3.2.

Om patienten ska få vård och i så fall på vilken nivå avgörs vid den medicinska bedömningen. Patienten kan inte kräva vård eller vårdnivå. [Länk](#) till Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) om vilka landsting som har remisskrav.

Det ska finnas tydliga rutiner för hantering av remisser/egna vårdbegäran vid ordinarie ansvarigs frånvaro samt när anställning upphör. Remisser/remissvar får inte bli liggande i väntan på att hälso- och sjukvårdspersonal ska återkomma i tjänst eller ersättas. Vid till exempel sommarstängning måste verksamheten säkerställa att inkommande remisser tas om hand.

3.4 Beslut om vårdbegäran för övertag av vårdansvar

Remiss **ska** användas när kompetens saknas inom remitterande enhet för att bibehålla vårdansvar för det aktuella hälsoproblemet. Remiss ska också användas om insatsen som behövs inte ligger inom den egna enhetens uppdrag, och enheten önskar överlämna vårdansvaret till annan enhet.

Beslut om remiss/vårdbegäran ska tas i samråd med patienten. Datum för remissbeslut är även det datum som väntetiden för vårdgaranti startar för patienten. Det råder olika tidsramar inom vårdgarantin beroende på vårdnivå och specialitet. Vårdgarantilagens innehåll samt tidsramar finns på Vårdgivare Skåne [Vårdgaranti - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

Om patienten inte har något aktuellt, konkret behov av fortsatta insatser/åtgärder från hälso- och sjukvården ska remiss inte skickas. Vårdåtagandet avslutas med ett slutgiltigt remissvar till remittent för kännedom.

Om en patient bedöms behöva fortsatt uppföljning/åtgärd efter avslutat vårdåtagande på en vårdutförande enhet ska ny remiss skickas till lämplig vårdutförande enhet (inte remissvar eller kompletterande remissvar). Detta gäller även vid behov av receptförnyelse eller sjukskrivning efter avslutat vårdåtagande.

Patient som önskar avvakta mottagningsbesök eller behandling då de kanske inte vill komma förrän efter sommaren eller till nästa år, ska inte remitteras. Viktigt att ha en dialog med patienten innan remiss skickas. Vill inte patienten att remiss ska skickas, ska detta noteras i journalen och patienten ska informeras om eventuella konsekvenser det kan få för fortsatt vård och behandling.

Patienter ska inte remitteras "för säkerhets skull". I enlighet med *SOFS 2004:11 § 4*, ska verksamhetschefen fastställa rutiner för de remisser som skall användas inom verksamhetsområdet, för hanteringen av utgående remisser och inkommande remissvar. Dokumenterade rutiner skall finnas för

- vem eller vilka inom verksamheten som får utfärda remisser

- hur remisserna skapas och skickas
- bevakning av att remissvar kommer inom godtagbar tid
- vilka åtgärder som skall vidtas om svaret på en remiss dröjer eller uteblir
- hur remissvaren skall tas emot och registreras

3.4.1 Rutiner för information till patient i samband med remittering

Hälso- och sjukvårdspersonal ska:

- Informera om varför patienten remitteras. Det är viktigt att skapa rätt förväntningar hos patienten från början. Patienten ska vara välinformerad om att remiss skickas och varför. Om patienten till exempel remitteras för ett bedömningsbesök inför en eventuell operation är det viktigt att patienten informeras om att remissen gäller ett besök och att eventuellt beslut om operation tas av mottagande hälso- och sjukvårdspersonal.
- I samråd med patienten komma överens om vart remissen skickas. Patienten bör/ska få information om förväntad väntetid hos mottagande vårdgivare som kan vara avgörande i val av mottagande vårdgivare.
- Vem patienten kontaktar om remissbekaftelse dröjer.
- Vem patienten kontaktar vid försämring/förbättring, förnyelse av recept eller sjukskrivning före 1: a kontakt hos mottagaren enligt regionalt tillägg till SOSFS 2004:11.
- Patient måste ge sitt samtycke till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation, både inom och utom den egna vårdgivaren. Om inte patient ger samtycke till sammanhållen vård- och omsorgsdokumentation måste detta framgå av remissen och nödvändig information för att mottagaren ska kunna bedöma remissen och planera hanteringen måste då inkluderas i remissen. Avsaknad av sådant samtycke kan allvarligt försvåra bedömningen och handläggning hos en annan vårdgivare.
- Datum för remissbeslut innebär även väntetidsstart för patienten relaterat till vårdgarantilagen

3.5 Skapande av remiss för övertag av vårdansvar

Remiss/vårdbegäran skapas som en ordination *Remiss* i Millennium.

Journalkopior ska inte bifogas när man kan hänvisa till journalanteckningar i Millennium eller annat elektroniskt journalsystem. Om hänvisning till information i Millennium – tänk på att mottagaren snabbt måste kunna se vilka delar som är relevanta. Journalkopia och Triageblankett är inte en remiss, men kan bifogas som ett komplement.

Remiss får endast skickas till en remissmottagare. Remiss ska skickas till den verksamhet som man har beslutat om i samråd med patienten. Det är inte tillåtet att skicka samma remiss till flera mottagningar. Om väntetiden överskrider vårdgarantins ramar är det mottagande enhet som har skyldighet att hjälpa patienten vidare för snabbare omhändertagande.

På webbsidan: [Väntetider i vården](#) finns uppgifter om vänteläge för besök, operationer/åtgärder samt endoskopiska undersökningar. Finns tillgänglig via [Länkbibliotek](#) i Millennium. [Nätverket av Tillgänglighetskoordinatorer](#) har god kunskap om vänteläge- och vårdutbudssituationen i Region Skåne. Tillgänglighetskoordinator finns inom varje förvaltning och har ett regionalt uppdrag inom tillgänglighetsområdet.

3.5.1 Rutiner för att skapa remiss

För att skapa remiss/vårdbegäran gäller:

- Remiss ska skickas i realtid.
- Vid komplettering av remiss ska remissen registreras med Delstatus *Inväntar kompletterande information*. I kommentarsfält anges vilken komplettering som behövs till remissen. Meddelande till remittent skickas via *Meddelandecenter* till remittenter inom Millennium och via brev angående patient i *PowerChart* till remittenter utanför Millennium. Brev till remittent utanför Millennium måste skrivas ut och skickas manuellt till mottagaren.
- Överföring av patient till Multidisciplinär konferens (MDK) till exempel vid standardiserade vårdförlopp cancer (SVF). Dessa följer samma rutin som för remissordination. Ordinationen förses med delstatus efter att remissen accepterats.
 - Så länge vårdkedjan säkerställs och ansvaret avseende vårdövertag tydligt fördelas och dokumenteras behövs ingen formell remiss. Frågor avseende patientsäkerhet och ansvar ska vara tydligt reglerade och dokumenterade, man ska alltid kunna följa vad som beslutats avseende patienten.
- Om remittent har begärt en undersökning som inte på bästa sätt besvarar frågeställningen får utförande enhet ändra till mer lämplig undersökning utan kontakt med remittent. Vid osäkerhet om val av undersökning, skriv i remisstext att utförande enhet väljer undersökning.
- Undvik förkortningar då dessa kan misstolkas. Se [Medicinskt fackspråk i skrift](#)
- Utgående remisser ska alltid bevakas. Denna information finns automatiskt att tillgå via *Arbetslistor* för utgående remisser. I Millennium behöver ingen bevakning för detta skapas manuellt.

3.6 Bevakning av utgående remiss

Alla enheter behöver rutiner för att dagligen hantera *Arbetslista* för utgående remisser för att säkerställa att remisserna kompletteras och skickas till rätt mottagare. Hantering av *Arbetslista* för utgående remisser kan behöva ske flera gånger dagligen relaterat till remissvolym, akutremisser eller SVF-remisser (standardiserade vårdförlopp cancer) med mera. Ändra inte i fälten *Aktuell anamnes* och *Remissorsak* efter att remissen godkänts (accepterats) av mottagande enhet.

För de flesta enheter är det lämpligt att utse medarbetare med administrativ kompetens, förslagsvis medicinska sekreterare, som bevakar och sköter arbetslistor av olika slag i *Remisshantering*. För enheter som saknar egen administrativ personal (exempelvis barnhälsovård, fysioterapeutenheter mm) behövs andra rutiner. Vårdpersonal vid dessa enheter måste själv ansvara för att bevaka och hantera remisser i modulen *Remisshantering*.

För patientsäker hantering ska alla enheter som skickar eller tar emot remisser följa regionala och lokala rutiner för regelbunden genomgång av arbetslistorna för remisser. Lokala rutiner, anpassade till verksamheten och typ av bemanning kan behövas som komplement till de regionala rutinerna.

Remissbekräftelser för ankommen remiss utgörs av brev till remittent som är en kopia på det brev som skickas till patient. Brevet motsvaras av antingen:

- Kallelse
- Att patienten kommer att bli kallad inom vårdgarantin
- Patienten kommer inte att bli kallad inom vårdgarantin med angivande av hur lång tid vi tror det kommer att ta innan patienten blir kallad.

Utifrån patientsäkerhet är det av största vikt att bevakning sker kontinuerligt i de olika leden av remisshanteringskedjan – från skapad remiss till remissvar. Vid endoskopier är det utförande enhet som har ansvar för bevakningen av eventuella PAD svar.

3.6.1 Mottagen remissbekräftelse

Det är remitterande verksamhetsansvar att ta ställning till om den angivna väntetiden är medicinskt acceptabel. Remittenten tar kontakt med mottagande vårdgivare om väntetiden bedöms vara för lång.

3.7 Motta remiss/vårdbegäran eller Egen vårdbegäran

För ett patientsäkert och effektivt arbete med enhetens remisser krävs det mycket goda kunskaper om modulen *Remisshantering* samt noggrannhet och struktur.

Medarbetare behöver dagligen bevaka modulen *Remisshantering* för att förbereda och bevaka nyinkomna remisser. Om remissen är uppenbart felskickad kan den returneras direkt, eller skickas vidare till annan mottagare.

Remissen kan antingen ligga kvar som inkommande till hela enheten som grupp, eller tilldelas en namngiven remissgranskare. Remissgranskaren behöver ha en individuell *Arbetslista* med rätt kriterier inställda för att se inkomna remisser, både gruppens och personligt tilldelade. Daglig kontroll, ibland flera gånger per dag, samt god följsamhet till rutiner krävs för att kontrollera att alla inkommande remisser hanteras.

Alla remissmottagande enheter måste följa regionala och eventuella lokala rutiner för att säkra att inkomna remisser hanteras på ett patientsäkert sätt. Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd i [SOSFS 2004:11](#) är det verksamhetschefens ansvar att det finns fastställda rutiner för de remisser som skall användas inom verksamhetsområdet, för hantering av inkommande remisser och utgående remissvar. I och med införandet av SDV och systemet Millennium införs ett regionalt enhetligt sätt att hantera remisser.

All hantering av mottagna remisser ske elektroniskt i modulen *Remisshantering* i Millennium. Remisser förväntas fortfarande inkomma i pappersform. Dessa pappersremisser behöver skannas och skapas manuellt i *Remisshantering* för att därefter hanteras i samma digitala flöde som övriga elektroniska remisser.

Så fort en remiss är komplett hos avsändaren i systemet, inklusive uppgift om mottagare, skickas den till mottagaren och blir därmed omedelbart synlig i modulen *Remisshantering* för mottagande enhet.

Enheter som tidigare fått faxremisser för skyndsam hantering måste ändra arbetssätt från tät bevakning av fax till tät bevakning av inkomna remisser i *Remisshantering*.

Rutinerna för hantering av inkomna remisser baseras på kontinuerlig bevakning av *Arbetslistor*. För att identifiera remisser med hög medicinsk prioritet behöver nyinkomna remisser bedömas utan dröjsmål.

3.7.1 Motta remiss/vårdbegäran inkommen på papper

När remiss/vårdbegäran inkommer på papper så ska mottagen remiss skannas och registreras i Millennium. För egen vårdbegäran gäller samma arbetssätt som för remiss där remittent inte är i SDV Millennium.

I de fall en remiss/vårdbegäran inkommer på papper behöver följande kontrolleras:

- Remitterande verksamhet
- Datum för remissbeslut

I de fall remittent inte finns i Millennium, behöver denna läggas upp i systemet.

Rutin vid registrering av remiss som inkommer på papper:

- Ankomststämpla remiss. Görs av den personal som öppnar inkommande post.
- Registrera remiss/vårdåtagande i Millennium i modulen *Remisshantering*
- Scanna pappersremissen och koppla den till remissen i Millennium
- Hantera därefter remissen på samma sätt som digitalt inkomna remisser
- Ta kontakt med remittent som har långa ledtider för utgående remisser.

Egen vårdbegäran ska ankomststämplas när den kommer på papper och registreras på samma sätt som remiss inkommen på papper. Registreringen syftar till att egen vårdbegäran inkommit och för att den ska vara direkt tillgänglig i verksamheten. Vid egen vårdbegäran så räknas vårdgarantin från den dag den egna vårdbegäran ankom till mottagningen.

3.8 Bedömning och prioritering av remiss/vårdbegäran

I Region Skåne ska alla inkomna remisser/vårdbegäran medicinskt bedömas och prioriteras inom tre (3) arbetsdagar. Måtalet tre (3) arbetsdagar följs upp regionalt. Dagliga kontroller och god följsamhet till rutiner krävs för att kontrollera att alla inkommande remisser hanteras. Vid medicinsk bedömning bedöms det om remissens/vårdbegärans indikationer för vårdåtagande uppfylls och att vårdåtagandet faller inom ramen för verksamhetens uppdrag/utbud/avtal.

Mottagaren av remiss ser nyinkomna remisser i en lista som går att sortera på den prioritet som remittenten angivet på remissen (Rutin/Akut/SVF).

- *Akut* får endast användas för remisser till akutmottagning.
- *Rutin* den mest förekommande prioriteringen. Behöver bedömas skyndsamt av kvalificerad personal för att identifiera remisser med hög medicinsk prioritet.

- SVF används endast när patient har välgrundad misstanke om cancer inom något av de nationellt framtagna SVF-förloppen.

Alla inkomna remisser får ett medicinskt måldatum tillagt i *Remisshantering* i samband med remissbedömningen. Det krävs ett kontinuerligt arbete med att följa upp väntande patienter för att vidta åtgärder så att vård kan erbjudas inom beslutade tidsramar.

Behörig klinisk medarbetare bedömer och beslutar om inkomna remisser och ska avvisas eller accepteras. För godkända remisser anges medicinskt måldatum, typ av vårdbegäran och problemkoden i modulen *Remisshantering*.

Baserat på medicinskt måldatum går det att ta fram *arbetslistor* över väntande patienter. Om remissbedömningen görs korrekt får inkommen remiss en automatisk bevakning för medicinskt måldatum och inget eget arbetsmoment behöver skapas för bevakning av inkommen remiss.

Medicinsk bedömning av remiss/vårdåtagande kan inom vissa verksamheter innebära att remiss/vårdbegäran bedöms på flera nivåer (subspecialiteter). Detta ska inte förlänga ledtiden. Det är viktigt att det finns tydliga rutiner för denna hantering. Vid "flerstegsbedömning" av remiss registreras granskningsdatum först när patient och remittent kan få remissbekaftelse med förväntad väntetid.

En godkänd remiss får status *Accepterad* och kommer därefter bevakas automatiskt baserat på medicinskt måldatum. Det skapas dessutom automatiskt en förregistrerad vårdhändelse för den kommande kontakten (*Förhandsregistrering*).

Förhandsregistreringen kan användas för att ordinera exempelvis provtagning inför besöket. Ordination av provtagning eller röntgen bör dock först ske när man vet vilken vårdpersonal patienten ska träffa, annars kan inte resultat och utlåtande skickas till rätt mottagare.

Remittenten kan följa status för sin skickade remiss genom att öppna *Remisshantering*. Patienter kan inte följa remissens status via sin journal i 1177. Patienten ser endast att granskningen är gjord om det skapats en särskild anteckning vid remissgranskningen.

Remisser till akutmottagning är tillgängliga och hämtas upp i systemet när patienten anländer till akutmottagningen.

Förväntad väntetid registreras i *Remisshantering*. Baserat på uppgifter i remissärendet samt att rätt delstatus har angetts skickas det automatiskt ut ett

brev om mottagen remiss samt förväntad väntetid till patient och remittent när remissgranskning och tidsuppskattning har gjorts i *Remisshantering*. Patienter som valt via 1177.se att motta digital information från vården får informationen via 1177.se. Om patient inte motsagt sig information via papper erhåller då patienten information via ordinarie postgång. *Remittent erhåller?* Region Skåne planerar att införa en egen utskriftstjänst via Regionservice för att på så sätt kunna hantera dessa utskick till patient och remittent. Fram tills att funktionen finns på plats måste pappersinformation till patient och remittent hanteras på respektive vårdutförande enhet.

Vid avvisning av remiss/vårdbegäran ska det tydligt framgå i remissvaret anledning till att vårdbegäran avvisas. Skäl till avvisning kan bl a vara att vårdbegäran inte skickats till rätt vårdnivå, felaktig mottagare, uppdraget finns inte hos mottagande enhet med mera.

Om vårdbegäran skickats till felaktig mottagare finns det olika tillvägagångssätt att hantera vårdbegäran.

- Mottagande enhet skickar vårdbegäran till rätt mottagande enhet samt informerar remittent om att vårdbegäran omdirigerats till rätt mottagande enhet.
- Mottagande enhet avvisar vårdbegäran med information till remittent att skicka vårdbegäran till korrekt mottagande enhet, när denna information finns tillgänglig. I annat fall är det remittentens ansvar att leta upp rätt mottagande enhet. Observera att risken för förlängd väntetid för patient uppstår vid denna hantering.

Det krävs kontinuerligt arbete för att följa upp väntande patienter för att vidta åtgärder så att vård kan erbjudas inom beslutade tidsramar. Det kommer inte att vara möjligt att bakåtdatera åtgärder som vidtas för dessa väntande patienter, vilket medför att alla ändringar måste göras i realtid vid rätt tidpunkt för att få in korrekta datum i tillgänglighetsmätningarna.

Vid bokad tid ersätts remissbekaftelsen av remittentens kopia av kallelsen.

3.8.1 Regelverk vid bedömning och prioritering av remiss/vårdbegäran

För inkommen remiss/vårdåtagande gäller:

- Mottagen remiss/vårdbegäran ska medicinskt bedömas och prioriteras inom 3 arbetsdagar från mottagandet.
- Datum sätts automatiskt när remissen accepteras/avvisas i *Remisshantering*. Det är viktigt att kvalitetssäkra uppgifterna kring ledtider samt vidta åtgärder om ledtiderna avviker från måtalet.

- Mottagaren ska snarast kontakta remittenten om remissen behöver kompletteras. Vid frågor, ta i första hand direktkontakt med remitterande verksamhet för komplettering, istället för att avvisa remissen.
- Remittent och patient ska informeras om remiss skickas vidare till annan verksamhet.

Följande uppgifter ska registreras och kunna läsas i systemet:

- Datum för remissgranskning
- Signatur på remissgranskare
- Medicinskt måldatum för planerad aktivitet
- Information om vart remiss vidarekickats
- Information om remiss avslutas eller återsänds

Uppgifterna ska vara sökbara på patientnivå samt sparas för uppföljning. Om avvikelser från medicinskt måldatum uppkommer vid till exempel bokning ska remissbedömaren informeras om detta och göra förnyad bedömning. Remissbedömaren har ansvar för att bedömningen effektueras.

För god och säker kvalitet på remissbedömning krävs erfarna remissbedömare och ersättare vid frånvaro. Ställningstaganden och information om patientens valmöjligheter och vårdgarantin ska antecknas i patientens journal enligt patientdatalagen (2008:355). Om behov uppstår gällande komplettering av vårdbegäran/remiss där medicinsk bedömning av vårdbehov *kan göras*, men vårdbegäran saknar uppgifter som behövs, ta direktkontakt med remittent för komplettering.

Om medicinsk bedömning *inte kan göras* utifrån vårdbegäran, skickas remissvar med uppgift om vad som saknas och önskemål om komplettering. När remissen kompletterats slutförs den medicinska bedömningen. *Vårdgarantin räknas fortfarande från datum när vårdbegäran skickades första gången för aktuellt hälsoproblem.*

I de fall det krävs ett nytt ställningstagande från remittent i samråd med patienten ska en ny remiss skickas. Då startar vårdgarantin på nytt för patienten.

Huvudregeln gällande undersökning inför besök i specialistvården är att respektive vårdnivå svarar för undersökningar inom sitt kompetensområde. Detta innebär att primärvårdsnivån har kostnadsansvar för undersökningar vars svar man kan värdera och som därmed leder till något slags ställningstagande/åtgärd – exempelvis beslut om remiss till specialistnivå eller inte.

3.8.2 Remiss från specialist till specialist

Remissmottagare kan inte begära komplettering på remiss som inkommer från enhet där remissens frågeställning inte är inom remittentens ansvarsområde. Till exempel om ortoped som misstänker hjärtåkomma och skriver remiss till kardiolog.

3.8.3 Regelverk för accepterad/avvisad remiss/vårdbegäran

För en medicinskt bedömd remiss/vårdbegäran gäller:

- Remissbekräftelse bekräftar att remiss kommit fram, blivit bedömd och accepterad samt prioriterad hos mottagaren.
- Remissbekräftelse skickas till remittent även i de fall då patienten bokas direkt.
- Remissbekräftelsen ska innehålla uppgift om aktuell väntetid samt information om vårdgarantin när tidpunkt för vårdkontakt inte är beslutad.
- Remissbekräftelsen ska innehålla uppgift om tidpunkt för vårdkontakt eller beräknad väntetid samt vem patienten kan kontakta vid behov.
- Om den angivna väntetiden ändras (blir längre) än den som angetts i remissbekräftelsen ska patient och remittent informeras om detta för att nytt ställningstagande ska kunna göras.
- Verksamheter med en väntetid som sträcker sig längre än vårdgarantins borte gräns på 90 dagar ska informera sina patienter om att samordning påbörjas. [Text remissbekaftelser](#)
- Om patienten bokas direkt utan bevakning skickas remissbekaftelse automatiskt till remittent förutsatt att remisskod angivits korrekt.
- Om patienten uppmanas ringa verksamheten för att boka en tid och inte gör så får vårdåtagandet inte avslutas utan en medicinsk bedömning.
- Det är viktigt att remittenten får korrekt uppgift om beräknad väntetid för att kunna ta kontakt om den anses vara för lång av medicinska skäl.
- För patienten börjar väntetiden vid beslut om remiss.
- Accepterad remiss bekräftar övertag av vårdansvar och att patient kommer att kallas enligt medicinsk prioritering.
- Remissbekaftelse från primärvården kan vara en kombination av remissbekaftelse/remissvar.

3.8.4 Vidareskickad vårdbegäran/remiss

Vårdbegäran/remiss får inte automatiskt skickas vidare eller avvisas med anledning av:

- närmaste sjukhus utifrån patientens bostadsort.
Exempel; Om sjukhus A får en remiss och patienten bor närmare sjukhus B, får inte remiss automatiskt skickas vidare till sjukhus B. Det är en patientsäkerhetsrisk att skicka tillbaka en remiss till remittenten med

hänvisning att skicka ny remiss till närmsta sjukhus utifrån patientens bostadsort.

- på grund av långa väntetider. Se mer information under rubrik *Remisshantering vid långa väntetider.*
- remissen ska skickas till den verksamhet som man har beslutat om i samråd med patienten.
- i de fall remissflöden styrs genom tillgänglighetssatsningar eller andra överenskommelser i Region Skåne kan mottagande enhet vidare skicka remiss enligt fattat beslut.
- i de fall vårdutbudet saknas hos mottagande enhet kan remiss vidare skickas till rätt mottagare.
- vid Bild- och funktionsmedicinska och klinisk fysiologiska undersökningar samordnas även dessa till viss del i regionen och om remissen inte tydligt anger att undersökningen av speciella skäl önskas på speciell avdelning så kan den utföras på annan avdelning, se också avsnitt "Beslut om remiss tas i samråd med patienten".

3.8.5 Remittent och patient ska informeras av mottagande enhet om remiss/vårdåtagande skickas vidare

I de fall en remiss/vårdbegäran skickas vidare till annan specialitet ska:

- Verksamhet som skickar vidare remiss ska informera, patient och remittent att remissen skickas vidare. Remissen ska förses med korrekt delstatus.
- Den nya mottagaren meddelar patienten via 1177.se eller via papper samt med kopia till ursprunglig remittent att remiss är mottagen.
- Remissvar ska inte skickas till den enhet som skickat remissen vidare, i och med att verksamheten inte varit delaktig i vården av patienten, utan endast skickat remissen vidare.

3.8.6 Remisshantering vid långa väntetider

I de fall det är långa väntetider för att ta emot patient ska följande beaktas:

- Det är inte tillåtet att skicka tillbaka remiss till inremitterande verksamhet på grund av att mottagande verksamhet har långa väntetider.
- Samordning ska ske på sedvanligt sätt via förvaltningens tillgänglighetskoordinator.
- Om mottagaren inte kan ta emot patienten inom vårdgarantins tidsramar ska patienten informeras om:
 - Vårdgarantin och motiveras till vård hos annan mottagare.
 - Vårdgarantin gäller inte Medicinsk service, t ex Bild- och Funktionsmedicin och Laboratoriediagnostik
 - Sjukresor
 - Möjligheten att söka öppenvård i hela Sverige enligt patientlagen.

- Möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz.

3.9 Väntande patienter

Beslut om besök/behandling tas inom ramen för verksamhetens aktuella uppdrag/utbud/avtal samt utifrån medicinskt motiverat behov i samråd med patienten. Patienten ska vara välinformerad samt acceptera planerat besök/behandling. Patienter ska inte sättas upp på väntelista:

- om de önskar avvakta besök/behandling.
- "för säkerhets skull" t ex vid långa väntetider.

Verksamhet ska ha rutin för kvalitetssäkring av bevakad patient som uppmanas höra av sig för bokning och inte återkommer.

Vid beslut om behandling ska patienten vara färdigutredd frånsett *sedvanlig preoperativ undersökning/provtagning* som av medicinska skäl måste göras i direkt anslutning till behandlingen, såsom EKG.

Enligt [Hälso- och sjukvårdslagen \(2017:30\)](#) och [Patientlagen \(2014:821\)](#) ska en patient ges individuellt anpassad information om bland annat:

- sitt hälsotillstånd
- de metoder som finns för undersökning, vård och behandling
- de hjälpmedel som finns för personer med funktionsnedsättning
- vid vilken tidpunkt han eller hon kan förvänta sig att få vård
- det förväntade vård- och behandlingsförloppet
- väsentliga risker för komplikationer och biverkningar, eftervård
- metoder för att förebygga sjukdom eller skada
- möjligheten att välja behandlingsalternativ, fast läkarkontakt samt utförare av offentligt finansierad hälso- och sjukvård
- möjligheten att få en ny medicinsk bedömning och en fast vårdkontakt
- vårdgarantin
- om möjligheten att hos Försäkringskassan få upplysningar om vård i ett annat EES-land eller i Schweiz.

Om patienten inte vill bli inbokad för planerad åtgärd förrän vid ett senare tillfälle, till exempel efter sommaren, ska patienten inte sättas på väntelista. Väntelistor ska enbart innehålla patienter som är aktuella. Bevakning utanför den aktuella väntelistan kan göras istället.

Fördjupad utredning, såsom UKG eller CT, som kan ge kontraindikationer för behandlingen ska göras innan beslut om behandling tas. Patienten ska inte sättas på väntelista för åtgärd i väntan på denna utredning. Kompletterande utredning,

till exempel för val av behandlingsmetod, ska vara klar innan patienten sätts på väntelista. Observera att beslut om behandling utlöser vårdgarantin och skapar förväntningar hos patienten.

3.9.1 Administrativ information till patient

Patienten ska informeras om:

- väntetid. Patienten ska informeras om den korrekta väntetiden för besök/undersökning/behandling. Det är viktigt att vi skapar rätt förväntningar hos patienten och att patienten kan utnyttja sina valmöjligheter baserade på ett så bra faktaunderlag som möjligt.
- att besök/behandling ibland kan ske på annan ort
- sina rättigheter och valmöjligheter, om väntetiden är längre än tidsramarna i vårdgarantin ska patienten informeras om samordning och motiveras till vård hos annan mottagare
- telefonnummer och eventuella telefontider samt andra kontaktvägar dit patienten kan vända sig vid behov
- att ta kontakt om åtgärd inte längre är aktuell; t ex om patienten har blivit omhändertagen av annan verksamhet, inte är intresserad, har blivit förbättrad
- sjukresa. För mer information om sjukresa; [Skånetrafiken](#)

Patient och remittent ska informeras om väntetiden blir längre än vad som tidigare angetts. Informationsskyldigheten gäller hela vårdförloppet.

3.9.2 Inplanering, bokning, ombokning och avbokning

Inplanering av tid ska göras i samråd med patient för att undvika av- och ombokningar samt uteblivet besök/undersökning/behandling. Patienten kan informera verksamheten om vilka dagar/tider som passar bäst och verksamheten försöker anpassa bokningen efter detta.

Om patienten uppmanas ringa verksamheten för att boka en tid och inte gör detta får vårdåtagandet inte avslutas utan en medicinsk bedömning.

Information om vilka patienter som kan komma med kort varsel kan underlätta när tomma mottagnings- eller operationstider ska fyllas. Om patient vid enstaka tillfälle trots detta inte kan ska patienten inte avföras från väntelistan.

Om man bedömer att patienten behöver en undersökning före första besöket ska patienten rapporteras som väntande även under väntetiden till undersökningen.

Om tid bokats i samråd med patienten och patienten ombokar mer än två gånger, ska nytt ställningstagande till besök/undersökning/behandling ske av ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal. Patient och eventuell remittent ska informeras om förändrat ställningstagande.

Ombokning orsakad av enheten ska så långt möjligt undvikas. Rutiner för uppföljning på verksamhets-/förvaltningsnivå ska finnas.

Om patienten inte önskar någon tid utan vill återkomma vid behov avbokas tiden. Om inte särskilda medicinska skäl finns, avslutas vårdåtagandet och remissvar utfärdas (avser inte egen vårdbegäran). Detta ska noteras i journalen och patienten ska informeras om eventuella konsekvenser det kan få för fortsatt vård och behandling.

Tänk på att patient som avbokar kan ha missförstått eller fått ofullständig information i samband med beslut om besök/behandling.

OBS! Avboka inte patienter som ska ombokas. Avbokning innebär att besök/behandling som är inbokad inte längre är aktuell.

3.9.3 Utebliven patient

Om inte särskilda medicinska skäl finns för uteblivet besök, avslutas vårdåtagandet och eventuellt remissvar utfärdas (avser inte egen vårdbegäran).

Det måste i varje enskilt fall göras en bedömning om det finns medicinska skäl att:

- ta kontakt med patient och/eller remittent
- erbjuda patient ny tid
- avsluta vårdåtagandet och skicka remissvar

Tänk på att patient som uteblir kan ha missförstått eller fått ofullständig information i samband med beslut om besök/behandling. Om patienten hör av sig inom rimlig tid kan det vara mer lämpligt att ge patienten en ny tid än att hänvisa till remittent. Detta får avgöras från fall till fall.

Vid avbokning i Millennium ska detaljkod registreras ...

Riktlinje för hantering av störningar i Orbit: [Störning i Orbit](#)

3.9.4 Samordning

Om väntetid för planerat första besök eller behandling förväntas bli längre än 90 dagar ska patient informeras om vårdgarantin och motiveras till samordning. Vårdgarantin gäller samtliga vårdgivarkategorier. Samordning av

vårdgarantipatienter och information om ledig kapacitet ska kommuniceras med *Region Skånes nätverk för tillgänglighetskoordinatorer*.

Praxis för samordning av patient i Region Skåne med tillhörande rutinbeskrivning.

3.9.5 Information till patient vid beslut om behandling

Om förväntad väntetid överstiger 90 dagar ska verksamheten använda en remissbekräftelse/bekräftelser inför beslutad operation där patient erbjuds samordning – [Text remissbekräftelser](#)

3.9.6 Kvalitetssäkrade väntelistor

Väntelistor ska vara aktuella och endast innehålla patienter som är klara för besök/undersökning/operation. En kontinuerlig genomgång och uppdatering av väntelistorna ska göras. Rutiner för kontinuerlig kvalitetssäkring av verksamhetens vänte- och bevakningslistor ska finnas.

Riskerar väntetiden att överstiga den som patient och eventuell remittent tidigare fått besked om, ska ny medicinsk bedömning göras. Därefter tas ny kontakt med patient och eventuell remittent för att informera om ny förväntad väntetid. Patient ska då också informeras om sina rättigheter och valmöjligheter. Detta ska dokumenteras i journal.

Inom varje verksamhet ska finnas en utsedd huvudkontaktperson för kvalitetssäkring av väntelistor. Uppdrag som administrativt ansvarig för väntelista se: [Uppdrag som administrativt ansvarig för väntetlista](#)

Orbit, Manual för kvalitetssäkring: [Kvalitetssäkring Orbit](#)

3.9.7 Ersättning vid inställd operation

Ersättning kan utgå när poliklinisk operation ställts in eller när slutenvårdstillfället blivit uppskjutet/avbokad samma dag som operationen eller inskrivningen skulle ägt rum. Regelverk och blankett: [Inställd operation](#) Inställd operation - Patientavgifter - Region Skåne

3.10 Samordna patient

Ingen patient ska behöva vänta orimlig tid på de vårdinsatser som patient har behov av. Enligt [Hälso- och sjukvårdsförordningen \(2017:80\)](#) ska regionen erbjuda vård inom vårdgarantin för de som är folkbokförda i regionen. *Detta gäller även patienter som är folkbokförda inom Södra sjukvårdsregionen (Blekinge, Halland och Kronoberg)*. Om regionen inte uppfyller vårdgarantin till besök (*första kontakt?*) och/eller behandling ska regionen se till att patienten erbjuds vård hos

annan vårdgivare med kortare väntetid. Det är verksamhetens ansvar att hjälpa patient till vård hos annan vårdgivare om vårdgarantin inte kan uppfyllas.

Region Skånes gemensamma resurser för besök, undersökning och behandling ska utnyttjas så effektivt som möjligt för att Skånes patienter ska få vård i rimlig tid inom den offentligt finansierade vården i Region Skåne inom tidsramarna i vårdgarantin.

Region Skåne har ett regionalt nätverk av tillgänglighetskoordinatorer (TK) som arbetar på uppdrag av hälso- och sjukvårdsdirektören. I nätverket ingår *förvaltningsövergripande* tillgänglighetskoordinatorer från respektive förvaltning *samt regional funktion tillgänglighet från Hälso- och sjukvårdsstyrning (HSS).*

Tillgänglighetskoordinatorerna har ett regionövergripande ansvar för samordning av patienter med anledning av vårdgarantin. Nätverket har också mandat att samordna väntande patienter mot ledig kapacitet i offentlig och privat regi i Region Skåne inom ramen för verksamheternas tilldelade uppdrag och avtal. Målet är att optimera Region Skånes gemensamma resurser för besök, undersökning och behandling och syftar till att Skånes patienter ska få vård i rimlig tid inom den offentligt finansierade vården i Region Skåne.

Tillgänglighetskoordinatorerna hanterar även regelverk för remisshantering och väntande patienter i syfte att skapa enhetliga rutiner och öka förutsättningarna för en god tillgänglighet.

Region Skånes nätverk för tillgänglighetskoordinatorer har i uppdrag att samordna vårdgarantipatienter till vårdgivare i följande ordning:

1. Vårdgivare i offentlig och privat regi i Region Skåne inom ramen för verksamheternas tilldelade uppdrag och avtal.
2. Vårdgivare med avtal för vårdgarantipatienter.
3. Vårdgivare utan avtal med Region Skåne (offentlig verksamhet eller privat verksamhet som har avtal med annan region och som medger avrop från andra regioner), i första hand inom Södra sjukvårdsregionen och därefter i övriga regionen.

Alla avtal för vårdgarantipatienter hanteras av TK. Region Skåne har slutit vårdgarantiavtal med ett antal vårdgivare inom olika vårdområden. Avtalen får endast nyttjas om det inte finns vård i Region Skåne inom ramen för verksamheternas tilldelade uppdrag och avtal, offentligt eller privat.

3.10.1 Privata vårdgivare med avtal med annan region

När patient remitteras för vård hos privat vårdgivare som har avtal med annan region kan remiss skickas direkt till privat vårdgivare under förutsättning att de i sitt avtal kan ta emot utomlänspatienter. Ta kontakt med respektive TK, som i sin

tur kontaktar [central funktion](#) i berörd region. Remiss/betalningsförbindelse ska därefter skickas till central kontaktfunktion med kopia till mottagande vårdgivare. För mer information se rubrik Remiss/betalningsförbindelse.

3.10.2 Rutiner vid samordning

Patient kan åberopa vårdgarantin i alla regioner som ingår i Södra sjukvårdsregionen. I vissa fall krävs en remiss/betalningsförbindelse vid samordning. Detta är beroende på vilka avtal det gäller och var patienten är folkbokförd. För mer information se rubrik *Remiss/betalningsförbindelse*.

För att medarbetaren ska kunna utföra sitt arbete och skicka relevanta uppgifter till mottagande verksamhet är det tillåtet att ta del av journaluppgifter från annan medicinsk enhet. Det finns en framtagen blankett; [Uppdrag för samordning av vårdgarantipatienter](#) som stöd i medarbetarens arbete.

Har patienten skyddad identitet skickas inga handlingar/uppgifter via e-post (inte heller säker e-post). Det är viktigt att inga kontaktuppgifter till patient eller dess anhöriga röjs i remiss eller andra handlingar. På intranätet finns mer information om [skyddade personuppgifter](#). Se även avsnitt 1.5 *Skyddande av personuppgifter* i detta dokument. För kortfattad checklista över samordningsprocessen se [Checklista för samordning](#)

Samordning av remisspatient görs på följande sätt:

1. Remiss, alternativt egen vårdbegäran, inkommer, bedöms och accepteras
2. Remissbekaftelse skickas via 1177
3. Använd någon av remissbekaftelsetexterna som finns i Millennium
 - Håller inte tidsramarna för vårdgarantin. Finns ingen vårdgivare att samordna till. Patient väntar kvar i egen kö
 - Håller inte tidsramarna för vårdgarantin. Samordning möjlig.
 - Patient tar kontakt med verksamheten om samordning önskas, antingen via 1177 eller telefon.
 - Patient tar kontakt med verksamheten om samordning inte önskas, svar ska ges inom en vecka från mottaget brev.

I remissbekaftelse ska information/länk om var regional patientinformation om vårdgaranti och samordning finns. Om patient inte har tillgång till dator ska kontaktuppgifter till verksamheten framgå så att patient kan ta kontakt och få denna information utskickad per post. Regional patientinformation om vårdgaranti och samordning finns på [Vårdgivare Skåne](#)

När samordning är möjlig väljs något av följande tillvägagångssätt beroende på vilken remissbekaftelse som använts:

- Inväntar 2 veckor efter att remissbekaftelse skickats, därefter samordnas patient.
- Särskild rutin för endoskopienheter
 - o Remissbekaftelse skickas ut att patient samordnas utan att invänta återkoppling från patient. Detta gäller endast endoskopi då det är ett mer brådskande flöde.
- Administrativ anteckning skrivs i Millennium under sökord Vårdgaranti. Denna anteckning skickas även för kännedom till inremitterande, förslag på textmall finns på Vårdgivare Skåne
- Patient informeras om vart remissen skickats, förslag på textmall finns på Vårdgivare Skåne
- Vårdåtagandet avslutas i Millennium...
- Varje printad remiss stämplas med vårdgaranti. I de fall leverantörer har två typer av avtal måste det dessutom framgå till vilket avtal samordningen gäller. När detta är aktuellt får verksamheten information från respektive TK. Utprintad remiss/remisser läggs i kuvert som stämplas med vårdgaranti, kuvertet skickas sedan till mottagande verksamhet.

Som stöd till verksamheten finns en [Checklista för samordning](#) med stegen i samordningen.

3.10.3 Samordning av operationspatienter

Information om samordning ges till patient när operationsanmälan görs eller när patient själv tar kontakt och vill samordnas. I första hand ska patient hänvisas till regional skriftlig information angående vårdgaranti och samordning. Information ska ges via 1177 i de fall det är möjligt, annars i pappersform.

3.10.4 Förfrågningsrutin

1. Patient gör om möjligt val av vårdgivare och rangordnar dessa 1-3. Patient meddelar sedan verksamheten i första hand via 1177 och i andra hand via telefon/brev.
2. Verksamheten skriver ut aktuella handlingar för att mottagande vårdgivare ska kunna göra en medicinsk bedömning: hälsodeklaration, operationsanmälan, aktuellt hälsostatus och eventuella bedömningar/utredningar på annan klinik som är av vikt, länkning av röntgenbilder, provsvar m.m.
3. Handlingar skickas per post, (avser vårdgivare som finns utanför Millennium) patientens förstahandsval tillsammans med regionalt framtaget försättsblad. Flera förfrågningar kan skickas i samma kuvert, men det ska finnas ett försättsblad per åtgärd. Kuvertet ska märkas med Vårdgaranti.

4. På försättsbladet kopieras rader in från Excelfil med namn, personnummer, samordningsnummer och åtgärd för varje patient vars handlingar finns i kuvertet.
5. Privat vårdgivare (avser vårdgivare som finns utanför Millennium) avidentifierar och skannar in försättsbladet som sedan mejlas till den adress som framgår av försättsbladet för att informera verksamheten att handlingar är mottagna.
6. Nekande svar på förfrågan ska skickas skyndsamt, senast 10 arbetsdagar efter att brevet skickats, via mejl till samordnade verksamhet där samordningsnummer anges. Det ska också framgå av mejlet varför förfrågan nekats.
7. Vid nekande svar ska förfrågan skyndsamt skickas till patientens andrahandsval.
8. Tio arbetsdagar från förfrågan skickats avslutas operationsanmälan i Orbit om inget nekande svar inkommit. Ange nedan störningsorsak i Orbit:
 - Störningstyp: Administrativ
 - Störningsorsak: Vårdgaranti/samordning
 - Åtgärd: Ingen förändring

Mer information kring registrering av bevakning, väntelista och störningar i Orbit:

- [Bevakning och väntelista Orbit](#)
- [Störningar Orbit](#)

3.10.5 Excelfil för samordning

Alla samordnande verksamheter i Region Skåne ska använda sig av en regionalt framtagen Excelfil för registrering av samordningsärende. Excelfilen ska ligga på en gemensam säker lagringsyta som kräver särskild behörighet. Verksamheten ska upprätta egen logg över vilka medarbetare som har behörighet till lagringsytan.

När en medarbetare slutar beställs borttag av behörighet.

Verksamhet som startar upp samordning tar kontakt med respektive TK för genomgång av rutiner och arbetsmaterial.

3.10.6 Regelverk vid samordning av patient

Verksamhetschefen ansvarar för att:

- *Praxis för samordning av patient i Region Skåne* inklusive rutinbeskrivning, tillämpas och att all berörd personal har kunskap om gällande regelverk, rutiner och ansvarsfördelning
- kompletterande verksamhetsrutiner för samordning av patient finns framtagna och tillämpas

- det finns rutiner för hur verksamheten säkerställer att alla patienter får information om sina rättigheter och valmöjligheter i samband med vård och behandling
- det finns tydlig information om kontaktvägar dit patienten kan vända sig vid behov och att tillgängligheten till dessa är god

Verksamheten ansvarar även för information till patient enligt:

- patient informeras om förväntad väntetid till aktuellt besök eller behandling
- patient motiveras till att samordnas till annan vårdgivare om väntetiden överstiger eller riskerar att överstiga, tidsramarna i vårdgarantin
- ställningstagande tas till om patienten är lämplig för samordning till annan vårdgivare – *övriga ska i första hand omhändertas i den egna verksamheten. Det är den medicinska bedömningen som avgör om patienten är lämplig för samordning till vård hos annan vårdgivare*
- patient som anmäls för samordning är införstådd med vad samordning innebär och att det kan bli aktuellt med vård på annan ort, i första hand Region Skåne och därefter landet i övrigt. Annan vårdgivarkategori kan också bli aktuell.
- patient informeras om att samordning oftast omfattar hela vårdförloppet. Det kan till exempel innebära första besök/kontakt, behandling och återbesök.
- patient informeras om att särskilda önskemål kan beaktas men inte garanteras.
- patient informeras att beslut om samordning kan ändras efter bedömning hos mottagande vårdgivare om patient av hälsoskäl visar sig vara olämplig för samordning. Ansvaret kvarstår då hos anmälande verksamhet. Återtagen patient kan i vissa fall behöva en ny medicinsk bedömning och/eller prioritering. Om ingen ny medicinsk bedömning eller prioritering behövs, så återgår patienten till sin ordinarie plats i kön både vad gäller väntande till besök och operation. Patientens ursprungliga datum för remissbeslut och ursprungliga anmälningsdatum i Orbit gäller.
- vid brist på mottagande vårdgivare informera patient kontinuerligt angående aktuell väntetid och eventuell möjlighet till samordning.
- patient informeras om vårdgarantiresa/sjukresa, till exempel om färdsätt, ersättning, egenavgift, högkostnadsskydd mm. Sjukresa är inte lika med servicefordon (taxi)
- TK får den information som behövs för att kunna söka vårdgivare med rätt kompetens för aktuell patientgrupp
- Vid ledig kapacitet anmäla detta till förvaltningens TK, så att utrymmet kan nyttjas för samordning av patienter som riskerar att *vänta längre än vårdgarantins tidsramar* på besök och behandling
- kvarstå som medicinskt ansvarig fram till dess att mottagande vårdgivare accepterat att de tar över ansvaret för aktuell åtgärd

- i de fall planerad samordning inte genomförs ska verksamheten kontakta TK enligt lokala rutiner och patient registreras som återtagen i TK:s uppföljningssystem.

3.10.7 Ansvar för läkemedel och receptförnyelse

Ansvar för aktuella läkemedel inklusive receptförnyelse, bedömning av patientens hälsoproblem och förlängning av sjukskrivning/ny sjukskrivning samt utfärdande av läkarintyg och läkarutlåtande om hälsotillstånd är kopplat till den enhet som har vårdansvaret för aktuellt hälsoproblem.

Grundregeln är att fram till första vårdkontakt hos mottagande enhet är det remitterande enhet som har vårdansvaret. I samband med första vårdkontakt hos mottagande enhet är det denna som tar över vårdansvaret för aktuellt hälsoproblem. Med första vårdkontakt avses att patienten fysiskt eller digitalt träffar läkare eller annan vårdkategori. (Försäkringsmedicinska rådet i Region Skåne, 2018-08-20. Länk: [Tillämpningsanvisningar sjukskrivningsansvar \(skane.se\)](https://www.skane.se/regionen/om-regionen/regionens-verksamheter/regionens-verksamheter-i-regionen/regionens-verksamheter-i-regionen/tillampningsanvisningar-sjukskrivningsansvar))

3.11 Remissvar

Efter genomförd medicinsk bedömning på mottagande enhet ska remissvar utfärdas och laddas upp i modulen *Remisshantering*. Det måste finnas rutiner vid varje enhet för att säkerställa att det skickas svar på alla remisser. Både remittent och remissmottagare kan bevaka att remissvar har utfärdats.

Medarbetare behöver vara uppmärksam på att patienten kommer på remiss och att remissvar därför ska utfärdas. Efter en kontakt kopplad till remiss skapar medarbetaren först en besöksanteckning och därefter ett separat remissvar. När remissvaret är signerat skickas det till remittent. Antingen digitalt för de enheter som använder systemet Millennium eller på papper till remittent som inte använder systemet. Remissvaret bifogas också till remissärendet i *Remisshantering*.

Bevakning av att remissvar skickats eller mottagits sker med hjälp av *Arbetslistor* på både remitterande och mottagande enhet. Mottagande enhet skickar även remissvaret till remittenten via *Meddelandecenter* i Millennium. Remitterande enhet behöver regelbundet kontrollera sina skickade remisser.

Remissärendet stängs ner av remitterande enhet när remissvar inkommit.

3.11.1 Regelverk för remissvar

Remissvaret är en bekräftelse på att den planerade aktiviteten utförts. Kompletterande remissvar kan i många fall förekomma efter ytterligare utredning

eller behandling. Det måste då tydligt framgå att det är en komplettering av tidigare svar.

Om en patient bedöms behöva fortsatt uppföljning/åtgärd efter avslutat vårdåtagande ska remiss skickas till verksamheten (inte remissvar eller kompletterande remissvar).

Remissvar/kompletterande remissvar ska innehålla svar på frågeställning i remissen, om journalkopior bifogas – tänk på att mottagaren snabbt måste kunna se vilka delar som är relevanta.

Om optiker remitterar patient ska denne erhålla remissvar.

Remissvar till optiker och andra vårdgivare (ej läkare) ska enbart besvara frågeställningen, utan att delge journalanteckningar som patient ej gett samtycke till.

Information som ges i remissvar ska vara relevant för vård och behandling av patient.

Remissvar är en del av patientens journal och ska skrivas in i patientens journal.

3.12 Avvikelse rapportering

Avvikelse rapportering ska göras enligt sedvanliga rutiner inom verksamheten. Rutiner för avvikelse rapportering vid remisshantering ska finnas inom varje verksamhet.

Om patienten inte är nöjd med vården är det i första hand aktuell verksamhet som är skyldig att ta emot och utreda klagomål. Om patienten inte vill vända sig direkt till vården kan han eller hon vända sig till Patientnämnden för att lämna klagomål och synpunkter. Mer information – [Hantering av klagomål på hälso- och sjukvården från patienter och närstående](#).

3.13 Sjukresor och betalningsförbindelse

Verksamheten ska informera patient om sjukresor, till exempel om ersättning, egenavgift, högkostnadsskydd samt färdsett. För att patient ska få den lägsta egenavgiften för sin sjukresa måste Skånetrafiken erhålla underlag för samordnad patient. Information om vilket underlag som krävs finns här: [Vårdgarantiresa](#) (lathund).

- Patient som ska resa inom Region Skåne bokar själv sin resa via Skånetrafikens app *Serviceresor*, via mejl eller telefon, på telefonnummer 0771-77 44 11.

Patienten ansöker i efterhand om ersättning via 1177 eller på blanketten *Begäran om ersättning* för sjukresa som finns på Skånetrafikens hemsida.

- Patient som ska resa utanför Region Skåne bokar sin resa och eventuell övernattnig via resetjänsten på telefonnummer 0771-77 17 73. Patient kan även boka sin resa och eventuell övernattnig själv och ansöker då om ersättning i efterhand via 1177 eller på blanketten *Begäran om ersättning för sjukresa* som finns på Skånetrafikens hemsida.
- Om patient av hälsoskäl behöver *ledsagare* på resan är det den verksamhet som har kännedom om patientens hälsotillstånd som utfärdar ett sjukreseintyg. Patient under 18 år och över 85 år har alltid rätt att ha med sig en (1) ledsagare utan intyg. Finns behov av fler ledsagare oavsett ålder på patient, maximalt två (2) stycken, måste detta stå angivet på intyget om sjukresa. Det är en medicinsk bedömning som görs av den verksamhet som har kännedom om patientens hälsotillstånd.
- Vårdgivare som inte är anslutna till tjänsten webbintyg (och därmed inte kan utfärda avancerade intyg) kan i stället skicka blanketten Vårdgarantiresa via vanlig post till nedanstående adress:
 - Skånetrafiken sjukresor
281 83 Hässleholm
 Blanketten beställs på Skånetrafiken, telefon 0771-77 80 90 eller per mejl: sjukresor@skanetrafiken.se. Mer information om vårdgarantiresblanketten finns i [Vårdgarantiresa](#) (lathund)
- Patient ska få Skånetrafikens broschyr Sjukresor i Skåne.
- Patient som inte är folkbokförd i Skåne kontaktar sin hemregion för information och bokning av resa.
- Mer information om sjukresor finns på [Skånetrafikens hemsida](#)

Remiss/betalningsförbindelse

Remiss/betalningsförbindelse är ett dokument, som framför allt behövs vid slutenvård inom offentlig och privat regi utanför Södra sjukvårdsregionen (gäller ej vårdgivare som har vårdgarantiavtal med Region Skåne och som har sin geografiska placering utanför regionen). Remiss/betalningsförbindelsen intygar att patientens hemregion står för kostnader för utförd vård samt eventuell resa och övernattnig. Remiss/betalningsförbindelse registreras i Millennium (instruktion behövs).

Remiss/betalningsförbindelse ska godkännas och signeras av verksamhetschef i den specialiserade vården på offentligt sjukhus.

För privata vårdgivare som behöver samordna patient till annan vårdgivare så ska remiss/betalningsförbindelse godkännas och signeras av regional funktion för tillgänglighet när samordning sker från privata vårdgivare i Skåne där det krävs remiss/betalningsförbindelse. Skicka underlaget/underlagen till:

*Regional funktion för tillgänglighet
Koncernkontoret Region Skåne
Dockplatsen 26 plan 4C
205 25 Malmö.*

Remiss/betalningsförbindelse krävs vid samordning av Region Skånes patienter till annan region utanför Södra sjukvårdsregionen (gäller ej vårdgivare som har vårdgarantiavtal med Region Skåne och som har sin geografiska placering utanför regionen) och utfärdas av verksamheten. Det krävs också vid samordning till andra regioners avtal.

Patient folkbokförd inom Södra Sjukvårdsregionen

För patient folkbokförd inom Södra sjukvårdsregionen (Skåne, Blekinge, Halland och Kronoberg) som väntar på något av Region Skånes sjukhus behövs *ingen* remiss/betalningsförbindelse vid samordning. Innan samordning påbörjas måste dock hemregionen tillfrågas om de accepterar att samordning sker för att Region Skåne ska kunna fakturera patientens hemregion.

Vid samordning till Region Skånes avtal av patient folkbokförd i Södra sjukvårdsregionen som väntar på sjukhus i sin hemregion behövs remiss/betalningsförbindelse.

Patient folkbokförd utanför Södra Sjukvårdsregionen

Vid samordning till vårdgarantiavtal av patient folkbokförd utanför Region Skåne och Södra sjukvårdsregionen krävs remiss/betalningsförbindelse oavsett var patienten väntar. Verksamheten/patient tar kontakt med hemregionen för godkännande innan samordning till annan vårdgivare påbörjas för utfärdande av remiss/betalningsförbindelse.

Vid samordning till annan typ av avtal, exempelvis LOU, för öppenvård och remiss finns, behövs ingen remiss/betalningsförbindelse från hemregionen. Om patient behöver remitteras vidare till annan vårdgivare utanför Södra sjukvårdsregionen är det hemregionen som är ansvarig för hantering av sjukresa samt ersättning för sjukresa. Den läkare som är behörig att remittera en patient kan på hemregionens bekostnad också vidareremittera. Detta gäller både öppen och sluten vård. Förutsättningen är att en vidarekickad remiss avser sådan vård eller sådana åtgärder som anges i den ursprungliga remissen. I annat fall krävs ett godkännande av hemregionen. Mer information kring detta finns på SKR:s hemsida: [Utomlänsvård, riksavtal](#)

Öppenvård/Fritt vårdsökande

Enligt Patientlagen har patient rätt att fritt söka offentligt finansierad öppenvård i primärvård, specialiserad och högspecialiserad vård i Sverige. Det krävs ingen

remiss/betalningsförbindelse för dessa patienter. Då det är fritt vårdsökande kan patient kan inte få någon ersättning för sjukresa eller eventuella merkostnader. En patient som söker vård i annan region betalar vårdregionens patientavgifter och högstkostnadsskyddet gäller i hela landet.

Vissa regioner har remisskrav (inom specialistvård) och då måste patienten kunna uppvisa en remiss, även om hemregionen inte har remisskrav. Om patientens hemregion har remisskrav så gäller detta även i den region som patient söker vård, även om vårdregionen inte har remisskrav för sina invånare. Rätten att söka öppenvård gäller oavsett om vårdutbudet finns i hemregionen eller inte. På

[Sveriges Kommuner och Regioner](#) (SKR) finns aktuell förteckning över remisskraven i de olika regionerna.

Medicinsk service

Medicinsk service är till exempel röntgen- och ultraljudsundersökningar, vissa endoskopiska undersökningar och kliniskt fysiologiska undersökningar som utförs av annan än patientens behandlande läkare, samt laboratorieanalyser. Remiss krävs för all utredning inom medicinsk service, men patient kan välja vid vilken enhet detta ska utföras. Hemregionen eller vårdregionen ska då ordinera och beställa laboratorie- och röntgenundersökning hos önskad medicinsk serviceverksamhet under förutsättning att den är offentligt finansierad (offentligt bedriven eller privat verksamhet med avtal med en region). Vid samordning av medicinsk service gäller samma regler för remiss/betalningsförbindelse som beskrivits i avsnittet **Remiss/betalningsförbindelse**

Slutenvård

Inom Södra sjukvårdsregionen gäller nedan:

- Ingen remiss/betalningsförbindelse behövs vid offentlig slutenvård fränsett samordning till privat vårdgivare, högspecialiserad vård och viss psykiatri inom Södra sjukvårdsregionen.
- Har en patient sökt vård enligt fritt vårdsökande och patienten bedöms kräva sluten högspecialiserad/regionvård och viss psykiatri ska behandlande läkare utan dröjsmål kontakta hemregionen för ställningstagande till remiss/betalningsförbindelse.
- Vid oklarheter kontakta respektive förvaltnings tillgänglighetskoordinator.

Utanför Södra sjukvårdsregionen

Utanför Södra sjukvårdsregionen gäller nedan:

- En patient ska erbjudas möjlighet att få sin behandling i sluten vård i annan region i Sverige efter det att behovet har fastställts och godkänts av patientens hemregion.
- Vid slutenvård eller risk för slutenvård i offentlig regi skickas remiss/betalningsförbindelse till mottagande verksamhet, om denna är ett

offentligt sjukhus, tillsammans med övriga handlingar. Mer information kring detta finns på SKR:s hemsida: [Utomlänsvård, riksavtal](#).

- Om patient remitteras till eller om patient sökt slutenvård hos privat vårdgivare med avtal med annan region än Södra sjukvårdsregionen, ska remittent alternativt patienten själv ta kontakt med hemregionen för utfärdande av remiss/betalningsförbindelse. Hemregionen skickar undertecknad remiss/betalningsförbindelse till [central kontaktfunktion](#) i vårdregion som har avtal med den privata vårdgivaren och en kopia till mottagande vårdgivare. Patienthandlingarna skickas direkt till mottagande vårdgivare.

Nyttjande av vårdgarantiavtal - patient från andra regioner

Användning av Region Skånes avtal med privat vårdgivare med vårdgarantiavtal gäller enbart vårdgarantipatienter, ej fritt vårdsökande. Det går inte heller att direktremittera till privat vårdgivare med vårdgarantiavtal.

Extern region kontaktar vid nytt samordningsbehov regional funktion tillgänglighet via e-post, för att efterfråga möjlighet att använda Region Skånes vårdgarantiavtal. Vid godkännande från regional funktion tillgänglighet tar extern vårdgivare kontakt med privat vårdgivare för att säkerställa att patient/er kan tas emot. Externa vårdgivaren skickar originalet på remiss/betalningsförbindelse till GSF samt kopia på remiss/betalningsförbindelse till privata vårdgivaren. GSF registrerar patient/erna i extern fil.

Remiss/betalningsförbindelse skickas till:
Region Skåne
Gemensam servicefunktion Vårdfakturerings
Medicon Village Byggnad 203
223 81 Lund

Ny medicinsk bedömning

En patient med livshotande eller särskilt allvarlig sjukdom eller skada ska få möjlighet att få en ny medicinsk bedömning hos offentligt finansierad vårdgivare i hemregionen eller i annan region. Den som ansvarar för patienten ska informera om möjligheten samt medverka till att så sker. Det finns inte något hinder i lagstiftningen att i vissa fall medverka till att en patient får ny medicinsk bedömning trots att villkoren för regionens skyldighet att medverka till detta inte är uppfyllda.

Vård i annat EU/EES-land

En patient som väljer att få planerad vård i annat EU/EES-land kan få ersättning för vårdkostnaderna, information om detta finns på [Vårdgivare Skåne](#). Obs! Det

inte är möjligt att remittera en patient till vård i annat EU/EES-land enligt gällande lagstiftning. Försäkringskassan kan ge patienten information om regelverket samt hur man gör för att ansöka om ersättning.

Tidsgränser i vårdgarantin finns beskrivet i avsnittet 2.18 *Lagstadgad vårdgaranti*.

Informationsskyldighet

Informationsskyldigheten åligger i första hand den som har det direkta ansvaret för den vårdssituation som informationen avser. Verksamhetschefen ansvarar för att det finns rutiner eller lokala instruktioner som både möjliggör och säkerställer att patienten kan få del av information av sådant innehåll och i sådan omfattning som föreskrivs.

Den som ger informationen ska så långt som möjligt försäkra sig om att mottagaren har förstått innehållet i och betydelsen av den lämnade informationen.

3.14 Status och Delstatus på remiss/vårdåtagande

En remiss *Status* indikerar var i remissgången remissen befinner sig. Status uppdateras när en åtgärd kopplad till remissen utförs.

När ett besök kopplat till en remiss checkas in uppdateras remissens *Status*. I specialistvård får remissen status *Besök genomfört*. I primärvård får remissen status *Slutförd*.

En remiss *Status* kan uppdateras manuellt. Exempelvis ska status för en extern remiss uppdateras manuellt till *Stängd* då remissvar inkommit.

Delstatus för en remiss kan användas för att tydligare beskriva var i remissgången remissen befinner sig. En remiss *Delstatus* uppdateras alltid manuellt. Vilka *Delstatus* som finns valbara beror på vilken *Status* remissen har.

4 Standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF)

Standardiserade vårdförlopp i cancervården (SVF) beskriver vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos, samt vilka tidsgränser som ska eftersträvas för välgrundad misstanke till start av första behandling. Standardiserade vårdförlopp i cancervården är ett nationellt arbetssätt som ska minska onödig väntan och ovisshet för patienten. Alla SVF startar med välgrundad misstanke om cancer.

För varje standardiserat vårdförlopp i cancervården finns det nationellt framtagna anvisningar som vad som är välgrundad misstanke, hur det ska utredas och hur lång tid detta får ta för varje cancerdiagnos. Tiden från välgrundad misstanke till start av behandling mäts likadant i hela landet. Via länken [SVF-förlopp](#) beskrivs alla SVF-förloppen där kriterier för välgrundad misstanke, utredningar och ledtider för första behandlingar. Målet är en jämlik cancervård i hela Sverige.

SVF-förloppen följs upp både nationellt och regionalt, därav är korrekt registrering i Millennium av största vikt. De nationella målen är att minst 70 procent av all cancer ska utredas inom ett SVF-förlopp och minst 80 procent av SVF-patienterna ska få sin start av behandling inom de olika vårdförloppens tidsgränser.

Registrering av SVF-förloppen ska ske i både Millennium och i PASiS Vårdprocessbild (bild 045). Rutiner och riktlinjer för registrering i PASiS Vårdprocessbild finner ni här ([länk](#)).

5 Remiss av tjänst – inte överta vårdansvar

Remiss av tjänst utförs som en ordination i Millennium. Remiss av tjänst innebär att mottagande vårdutförande enhet inte övertar vårdansvaret för patienten. Vårdansvaret för patient kvarstår därmed hos den vårdutförande enhet som lagt ordination av tjänst.

Om patient önskar få medicinsk service utförd i annat landsting ska behandlande läkare/behörig personal hos vårdlandsting eller hemlandsting ordinera och beställa laboratoriemedicin och bild- och funktionsmedicin hos önskad medicinsk serviceverksamhet under förutsättning att den är offentligt finansierad (offentligt bedriven eller privat verksamhet med kontrakt med ett landsting).

5.1 Laboratediagnostik

Det laboratediagnostiska flödet omfattar ordination, provtagning, beställning och hantering av svar. Millennium ersätter eLAB RS och remissblanketter på papper. Remissblanketter på papper är reservrutin.

Beställning av laboratediagnostik kallas ordination i Millennium och sker på samma sätt som övriga ordinationer. Ordinationen är digital och styrs av behörighet att ordinera själv eller att ordinera i läkares namn. Även manuella patientnära analyser (PNA) ska ordinerars i Millennium.

Ordinerade analyser/prover finns i Millennium överskådligt samlade på *patientens ordinationslista* och *enhetens arbetslista*.

De viktigaste provtagningsanvisningarna finns tillgängliga i Millennium. För ytterligare information finns även länk till *Analysportalen*.

Etiketter för märkning av provbehållare skrivs ut från Millennium på etikettskrivare. Etiketten innehåller merparten av den information som behövs för säker provtagning och efterföljande hantering på laboratoriet.

I slutenvården ska patientens Id-band skannas och identiteten matchas mot ordination vilket gör provtagningsflödet mer säkert.

När utförd provtagning signeras i Millennium skickas den elektroniska beställningen till laboratoriet.

Hanteringen av laboratorieresultat blir enhetligt då samtliga resultat skickas digitalt till Millennium från laboratoriesystemen. I *Resultatöversikten* finns alla laboratorieresultat samlade.

Ordinatören meddelas digitalt om nyinkomna laboratorieresultat via inkorgen i *Meddelandecenter*.

I Millennium ska alltid en vårdhändelse vara skapad innan ordination och provtagning kan utföras. Det är viktigt att en ordination är kopplad till rätt vårdhändelse för att resultatet ska hamna på rätt plats i journalen.

5.1.1 Samlat digitalt flöde

I Millennium är det laboratoriediagnostiska flödet helt digitalt, vilket gör det lättare att se vad som ordinerats och vad som är utfört. Alla ordinationer avseende laboratoriediagnostik ska registreras digitalt i Millennium, även manuella patientnära analyser (PNA).

Följande status som kan följas i realtid:

- **Ordinerad (kommande pausad)** – Framtida ordination som ska aktiveras av utföraren innan provtagning kan ske.
- **Ordinerad (väntar på provtagning)** – Avdelningens gemensamma uppgifter blir kronologiskt synliga för slutenvården.
- **Ordinerad (provtagning utförd)** – Arbetsuppgiften försvinner från *arbetslistan/omvårdnadskompassen/Launchpoint*.
- **Bearbetas (på laboratoriet)** – Provet har ankommit till laboratoriet och är ankomstregistrerat.
- **Slutförd** – Resultatet finns tillgängligt i Millennium.

5.1.2 Att beställa laboratoriediagnostik

I Millennium sker beställningen via digital ordination utifrån analysortimentet som finns i systemet. Det går att ordinera både enstaka analyser och färdiga ordinationspaket. Verksamheter eller den enskilda medarbetaren kan också skapa egna ordinationspaket och favoriter. De mest frekventa analyserna inom verksamheten samlas i snabbvalsmeny. Ordinationen kan ses som starten på det laboratoriediagnostiska flödet som därefter inkluderar provtagning, digital beställning och rapportering av resultat.

Om medarbetare inte är behörig eller vid muntlig ordination går det att lägga ordinationen i annan yrkeskompetens och behörighets namn.

Information som exempelvis kundkod, ordinator och tid genereras automatiskt i Millennium. För varje analys finns det därefter fält för ordinatören att fylla i. En del av fälten är obligatoriska att fylla i samt att vissa av kan även vara förifyllda och några fält är obligatoriska.

Det går att ordinera att provtagning ska utföras akut eller i rutin. Serier av framtida och/eller upprepade provtagningar kan ordinerar vid samma tillfälle.

All ordinerad laboratoriediagnostik ses i *Ordinationsvyn* på samma sätt som för andra ordinationer. I samma vy kan även status "väntar provtagning" för ordination ses.

5.1.3 Ändringar, tillägg och annullera ordination

I Millennium kan en provtagningsordination annulleras i systemet fram tills provtagning är utförd och signerad.

Vid avbeställning av analys avseende redan inskickad ordination och provbehållare hanteras som tidigare, via ett telefonsamtal till utförande laboratorium.

Efterbeställning benämns som *Tilläggsbeställning* och kan göras:

- via en ordination som läggs till i arbetslistan för att provtagaren kontaktar laboratoriet.
- direkt via ett telefonsamtal till laboratoriet.

OBS! Ordinationen måste ske elektroniskt i systemet annars så saknas dokumentationen i journalen om att tilläggsbeställning har gjorts.

5.1.4 Provtagning

I Millennium visas ordinerad provtagning på ett strukturerat och standardiserat sätt.

I öppenvården hamnar ordinationen för provtagning på mottagningens *aktivitetslista*.

I slutenvården hamnar ordinationen för provtagning på avdelningens interna *Arbetslista* som ett uppdrag att utföra provtagning och det går att se alla avdelningens kommande provtagningar i *Omvårdnadskompassen*.

Omvårdnadskompassen som används av sjuksköterskor och undersköterskor i slutenvården visar enhetens samtliga provtagningar vilket möjliggör att personalgruppen gemensamt kan fördela provtagningsuppgifterna.

Liknande funktion finns för akutmottagningar i *Launchpoint*.

Om provtagning inte ska ske under den aktuella *vårdhändelsen*, ska ordinationen läggas som framtida och behöver sedan aktiveras av utföraren för att provtagningen ska kunna dokumenteras. Då pappersremissen tas bort kan vid behov utskrift av Ordinationsblad göras för att ge till patienten. Utskriften blir mer som en påminnelse till patienten då ordinationen tydligt finns i Millennium för utföraren.

5.1.5 Utföra provtagning

I Millennium finns en provtagningsikon i *verktygsfältet*. I denna vy finns också provtagningsanvisningar som exempelvis hållbarhet och typ av provbehållare. Länk till *Analysportalen* och *Laboratoriemedicin* på *Vårdgivare Skåne* finns i systemet. Ändringar i provtagningsinformationen såsom exempelvis tidpunkt, ska ske innan provtagningarna har signerats. Om ändring sker därefter måste laboratoriet kontaktas.

The screenshot displays the 'Provtagningsinformation' window in the Millennium system. At the top, patient details for HANSSON, C-KNUT are shown, including age (65), date of birth (1956-09-08), and various identification numbers. Below this, a list of lab tests is presented with instructions and status.

Test	Instructions	Status
Kreatinin, P-, Natrium, P-, Kalium, P-, Calcium, P-, Albumin, P-	Natrium, P-: Centrifugerat prov är hållbart 1 dygn i kyl. Vid längre förvaring håll av plasman till ett nytt tomt plaströr. Kalium, P-: Undvik muskelarbete. Centrifugeras inom 2 timmar. Centrifugerat prov är hållbart 1 dygn i kyl...	22-110-000272
Lj-grön 3 mL		1426
Odling, Sputum	Provet ska packas i en transporthylsa. Skriv ut en extra etikett och märk även transporthylsan. Set sput 1 st	22-089-000319
Koldioxid, P-	Provet får ej tas i Microtainerrör. Provröret måste vara fyllt till 2/3. Får ej avkorkas.	2022-03-30 15:13
Lj-grön 3 mL		1426
Fosfat, P-	Centrifugerat prov är hållbart 1 dygn i kyl. Vid längre förvaring håll av plasman till ett nytt tomt plaströr.	22-111-000220
Lj-grön 3 mL		2022-04-21 6:00

At the bottom, it indicates '4 provtagningar återstår' (4 tests remaining) and provides buttons for 'Signera' (Sign) and 'Stäng' (Close).

Exempelbild på provtagningsfönster

I de fall provtagning sker direkt i samband med ordination syns inga ordinationer i *Provtagningsvyn*.

5.1.6 Laboratorieresultat

Laboratorieresultat avser:

- analyser som utförts inom regionens laboratoriemedicin.
- analyser som utförts utanför regionen under förutsättning att det är regionens laboratoriemedicin som har skickat provet till utförande laboratorium.
- patientnära analyser på uppkopplade instrument.
- manuella patientnära analyser inkl analyser på ej uppkopplade instrument som avläses och dokumenteras "manuellt"
- vissa analyser som både ordinerats, analyserats och besvarats utanför regionen. Detta förekommer inom vissa specialistområden med riksuppdrag och skrivs in manuellt i systemet av vårdpersonal.

Alla laboratorieresultat som beställs via analysassortimentet levereras digitalt i Millennium. Det krävs aktiva val i systemet för att kunna se laboratorieresultat från andra vårdenheter än den egna. Laboratorieresultat kan ses i flera vyer: *Meddelandecenter*, *Resultatöversikt* och *arbetsflödesflikar*.

Färgmarkering eller symboler används i Millennium för de resultat som har referensintervall och som är avvikande/patologiska. Exempelvis indikerar röd-orange för högt (H) och blå för lågt (L).

Manuellt inmatade resultat av manuella patientnära analyser samt externa provsvar som registreras via formulär

I Millennium ska dessa patientnära analysresultat manuellt skrivas in via formulär. Om inte provtagaren själv har behörighet att själv ordinera och signera resultatet måste resultatet vidarebefordras till ordnatören för kontrasignering.

5.1.7 Notifiering och signering

Det finns flera vägar att digitalt bekräfta/signera analysresultat. Ordinatören får resultaten för signering i *Meddelandecenter* som information eller för signering. Resultaten kan inte signeras i *Resultatöversikten*.

Det går att tilldela behörighet för signering eller bevakning till ombud vid frånvaro. Laboratorieresultat kan vidarebefordras till kollegas *Meddelandecenter*, som information eller för signering.

Laboratoriet ringer avseende så kallade larmsvar.

Inom primärvården kan användaren genom att använda sig av rapporter, se enhetens alla patologiska laboratoriediagnostiska resultat men länkning direkt till patientens journal från denna sida är inte möjlig. Även inom specialistvården finns det möjlighet att använda sig av liknande rapporter.

I akutmodulen *FirstNet* finns det möjlighet att bevaka provsvar och undersökningsresultat som inkommer efter att patienten lämnat akutmottagningen. Provsvar och undersökningsresultat som inkommer efter att patienten skrivits ut finns i en särskild lista i *FirstNet*.

5.2 Bild- och funktionsdiagnostik

Det bild- och funktionsmedicinska flödet omfattar beställning, utförande och mottagande av svar.

Bild och funktionsmedicin (BFM) kommer tills vidare använda Sectra RIS/IDS7 som huvudsystem och kommer i och med att SDV och systemet Millennium införs, hantera elektroniska remisser från tre system; Melior, Sectra Order Management (SOM) och Millennium. Remissblanketter på papper är reservrutin.

Digitalt flöde

Ordination av bild- och funktionsdiagnostik skickas momentant när de signeras och skiljer sig därför mot övriga ordinationer.

Ordinationen är digital och styrs av behörighet att ordinera som läkare eller att ordinera i läkares namn. Ordinerade undersökningar finns endast tillgängliga på vårdhändelsen där ordinationen lades och inte överskådligt samlade på *patientens ordinationslista* eller *enhetens arbetslista* i Millennium.

Svar kommer skickas digitalt till det journalsystem varifrån beställningen kom och signeras där. För att svar på Meliorremisser och remisser från SOM ska finnas tillgängliga i Millennium krävs en manuell process. I SDV finns svar från Bild- och funktionsmedicin samlade i *Resultatöversikten*. Ordinatören meddelas digitalt om nyinkomna svar via inkorgen i *Meddelandecenter*.

Krav på digital ordination för att möjliggöra digitalt svar

Undersökningar som tidigare benämnts som *Extern undersökning* utan att BFM:s medverkan funnits för att koppla bilder och genomlysning-undersökningar ska i Millennium beställas som digitala ordinationer och det manuella arbetet att koppla bilderna försvinner.

Det är inte längre möjligt att skapa en remiss i Sectra RIS/PACS och sedan koppla den till en efterkonstruerad remiss i Millennium på det sätt som gjorts gentemot remisser i Melior. Undersökningar ska således överlag inte läggas upp initialt av BFM personal i Sectra RIS/PACS. Svar på remisser som läggs upp direkt i Sectra RIS kommer inte att gå över till journalsystemet i Millennium. Det kommer endast att användas som reservrutin och ger således inget digitalt svar.

Forskningsremisser måste skickas digitalt i de fall där resultat eller utlåtande förväntas åter i samma system.

Bevaka status

I Millennium är informationen avseende undersökningens status tillgänglig i journalen men endast på vårdhändelsen där ordinationen lades.

Uppdateringar av undersökningens status visas i kolumnen *Status* i ordinationsvyn i Millennium.

Följande status kan följas i realtid, [tex](#):

- o **Ordinerad (Bearbetas)** – Beställningen mottagen hos utförande enhet
- o **Bearbetas (Undersökning Prioriterad)** – Undersökningen inläst hos utförande enhet
- o **Bearbetas (Bokad)** - Undersökningen bokad på utförande enhet
- o **Bearbetas (Klar)** - Undersökningen är godkänd av utförande personal. I Millennium har beställaren tillgång till bilderna via uthopp så snart en undersökning har status *Klar*.
- o **Bearbetas (Utlåtande Preliminärsignerat)** - Ett preliminärt utlåtande är skickat från BFM
- o **Slutförd (Slutfört)** – När utlåtandet är färdigt och signerat i Sectra PACS får den status *Slutförd* i Millennium. Även vid en avbokad undersökning eller om undersökningen avbryts av BFM kommer statusen att visas som *Slutförd*. Utlåtande medföljer med information om anledning till att undersökningen avbokats på samma sätt som tidigare. Viktigt för den beställande enheten att tänka på är att undersökningen inte är utförd trots att den står som slutförd.
- o **Avslutad** - I händelse av att en annan undersökning är den initialt beställda ska utföras kan personal på BFM ändra undersökningskod på ordinationen när den nått Sectra RIS/PACS varpå ursprunglig ordination får status ~~Avbruten~~ [Avslutad](#) i journalen i Millennium. Med automatik genereras en ny ordination med samma ordinationsinformation men med det nya undersökningsnamnet.
- o **Avbruten** - Vid mismatch av kundkod eller undersökningskod får ordinationen status Avbruten och en varning visas i systemet. Undersökningen har inte nått Sectra RIS/PACS

Utöver dessa statusar kan en utförd ordination ha status Verifierad eller Overifierad.

- o **Verifierad** - det finns ett definitivt svar på undersökningen.
- o **Overifierad** - undersökningen kan ha bilder att granska men har inget definitivt svar.
- o **Ändrad** – ett tidigare signerat svar har blivit ändrat.

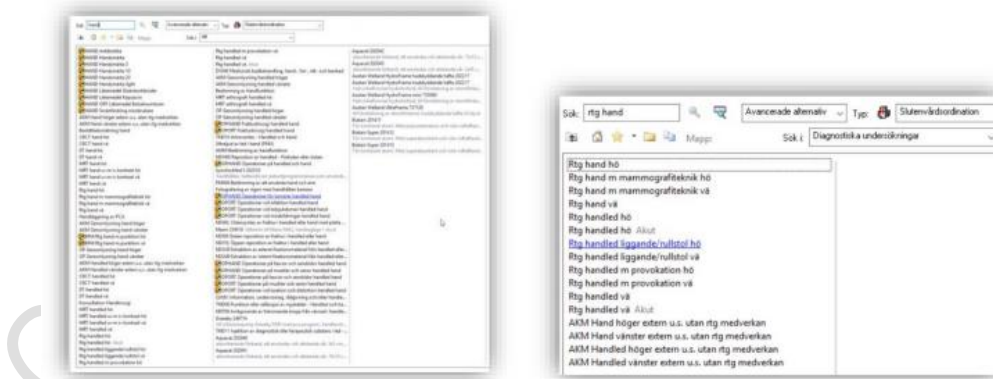
4.2.1 Att beställa till Bild- och funktionsmedicin

Vid joniserande strålning finns författning från SSM, SSMFS 2018:5, enligt vilken berättigandebedömning ska ske inför undersökning. Andra yrkesgrupper än läkare tillåts skriva remiss för vissa röntgenundersökningar (perifert skelett) och vissa magnetkameraundersökningar (MR ländryggsöversikt) efter erhållen utbildning av en ansvarig läkare.

Val av undersökning

Önskad undersökning specificeras utifrån orderkatalogen. De valbara undersökningarna innefattar uppgifter om lateralitet, höger respektive vänster, samt om intravenös kontrast avses.

Det går också att ordinera färdiga ordinationspaket. Verksamheter eller den enskilda medarbetaren kan också skapa egna ordinationspaket och favoriter. De mest frekventa undersökningarna inom verksamheten samlas i snabbvalsmeny.



Exempel på sökning "hand" som visar alla resultat som innehåller hand. Förfinad undersökning begränsas genom att välja "Diagnostiska undersökningar" och "rtg" före hand.

Anamnestisk information – eller Remissinnehåll?

Information såsom kundkod, ordinator och tid genereras automatiskt i Millennium. Anamnestisk information anges i fasta fält i ordinationen i enlighet med rådande *God klinisk praxis*.

Fälten i en ordination är utformade så att relevant information överförs som ordinationsinformation till BFM's mottagande system Sectra RIS/PACS och behöver därmed inte upprepas i anamnestexten.

Ordinationer av signers

Information om DT hjärna

Information | Ordinationskommentar | Diagnoser

*Prioritet: Elektiv

Akut mottagningen/IVA-Bräddka...

Önskad tid:

*Önskad utförande enhet: Röntgen Malmö

*Frågeställning:

*Aktuell anamnes:

Smitta:

Gravid: ☐ Ja ☐ Nej

Patienten har syrgas: ☐ Ja ☐ Nej

Är sederad inför undersökningen: ☐ Ja ☐ Nej

Anestesi behövs: ☐ Ja ☐ Nej

Om anestesi, ansvarig avdelning:

Stomi:

Längd (cm):

Vikt (kg):

Transportsätt:

Om tolkbehov, ange språk:

Meddelande till bokning:

Forskningsstudie:

Tel-nr till remitterande enhet:

SVF:

Tel-nr till SVF-kordinator:

Andra betalare/debitering/kund...

Kundnr:

2 obligatoriska värden saknas | Diagnostik | Ordinationer av kontrastmedel | Signera

Exempel på ordination för DT hjärna med stjärnmarkerade fält.

Obligatoriska fält är markerade med en stjärna (*), såsom *Önskad utförande enhet*, *Frågeställning* och *Aktuell anamnes*. Vid exempelvis MR undersökningar finns obligatoriska fält som *Pacemaker* och *Implantat* eller annan metall i kroppen.

En del av informationen som ska fyllas i kan beställaren hitta tillgängligt under *Relaterade resultat* i huvudjournalen och därefter föra över i motsvarande fält i ordinationen, så som längd och vikt och resultat på P-Kreatinin. I *Relaterade resultat* kan även tidigare utförda undersökningar av samma typ ses.

Visa		
Diagnoser & Problem		
Relaterade resultat (3)		
DT hjärna mer...		
DT hjärna		2021-06-14 14:00
DT hjärna		2021-06-09 12:45
DT hjärna		2021-06-09 12:30
Längd		
165 cm		2021-05-03 15:24
165 cm		2021-05-03 15:18
Vikt		
70 kg		2021-05-03 15:18

Exempel för *Relaterade resultat* där tidigare utförda undersökningar och värden ses.

Om det finns dokumenterad information om överkänslighet mot jod/kontrastmedel eller pågående behandling med antikoagulantia, metformin

eller NSAID i journalen så visas det i ordinationsinformationen automatiskt i Sectra RIS/PACS.

Övrig relevant information om pågående läkemedelsbehandling behöver förmedlas via anamnestexten då BFM inte aktivt inhämtar den informationen vid implementering av SDV/Millennium.

Registrering av ordination i Sectra RIS/PACS

Till skillnad från dagens inkommande remisser från Melior och SOM i Sectra RIS/PACS så kommer beställningarna från Millennium automatregistreras.

Ändringar, tillägg och annullera ordination

Ordination till BFM *kan inte* ändras, avbrytas eller annulleras i journalen efter signering, eftersom de direkt går vidare in i ett annat integrerat system inom BFM; Sectra RIS/PACS. Om ny information tillkommit kontaktas BFM för vidare åtgärd.

4.2.2 Samexistensbeskrivningar

Ordination av per oral röntgenkontrast akut och inneliggande

I Millennium ska ordinationen av per oral röntgenkontrast hanteras digitalt i journalen av avdelningspersonalen (beställaren). Rutinen beskrivs i samexistensrutin i *Bron* *Ordination av peroralt kontrastmedel inför DT buk*.

Dokumentation av katetrar, drän och tuber satta på Bild- och funktionsmedicin

Samexistensrutin avseende rapportering och dokumentation av KDT satta på Bild- och funktionsmedicin finns publicerad i *Bron*.

Laboratoriediagnostik utförd på Bild- och funktionsmedicin

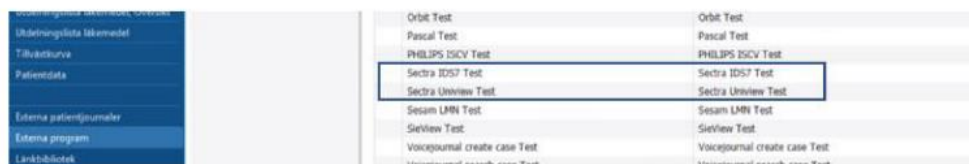
Samexistensrutin avseende hantering av laboratorieordination för cytologi och/eller patologi vid undersökning inom Bild- och funktionsmedicin finns publicerad i *Bron*.

Utlåtandet, notifiering och signering

Utlåtandet skickas till ordinator via *Meddelandecenter* för signering. Utlåtandet är dessutom tillgängligt i *Resultatöversikten*, *Ordinationsvyn* samt i komponenten *Bild- och funktion*.

Då ordinationerna i Millennium görs utifrån val av undersökning i orderkatalogen så behövs separata ordinationer skapas för exempelvis *rtg hand* och *rtg handled*, som i sin tur genererar var sitt svar. I utlåtandesvar som är genererade i Sectra PACS medföljer aktuell frågeställning som angavs i ordinationen.

Från utlåtandevyn i Millennium kan uthopp göras till bildvisningsprogrammet Sectra UniView där bilder på undersökningarna kan ses. Från *Externa program* kan Sectra UniView alternativt Sectra IDS7 öppnas, som är det fullständiga bildvisningsprogrammet. Inloggning sker på patienten i valt program och där kan användaren välja de bilder man vill ta del av. För att undvika förväxling av patienter ska Sectra IDS7 stängas efter användning då systemen inte är fullt synkroniserade.



Exempel på uthopp till Sectra IDS7 och Sectra UniView från Externa program.

4.2.3 Övergripande tillämpningar

Standardiserade vårdförlopp rutiner (SVF-rutiner)

SVF hanteras i speciella flöden på beställarsidan. Val av diagnostisk undersökning regleras i specifika ordinationsblock för SVF i Millennium enligt Regionalt Cancer Centrum (RCC).

SVF Njurcancer Block A: beför nybesök (Planerad väntar)		
Laborationsmedicin		
☒	eGFRmedel relativt, P:	Rutin, T,N, RT - Rutin
☒	Natrium, P:	Rutin, T,N, RT - Rutin
☒	Kalium, P:	Rutin, T,N, RT - Rutin
☒	Kreatinin, P:	Rutin, T,N, RT - Rutin
☒	CRP, P:	Rutin, T,N, RT - Rutin
☒	Hemoglobin (Hb), B:	Rutin, T,N, RT - Rutin
☒	Calciumjon (Ca ²⁺), S:	Rutin, T,N
☒	PT (INR, Coaguchek), P:	Rutin, T,N
☒	APT-tid, P:	Rutin, T,N, RT - Rutin
☒	Neutrofil, B:	
☒	Thrombocyter, B:	
☒	Leukocyter, B:	
☒	ALP, P:	
☒	Ukewet, S:	
☒	SH og Westergren, B:	
Diagnostiska undersökningar		
☒	DT torax m i kontrast	Elektiv, Metastaserings? Nyupptäckt njurtumör, utredning enligt SVF njurcancer, SVF Njurcancer
☒	DT torax-bok m i kontrast	Elektiv, Metastaserings, Käkmetastaser, tumörstorlek och utbredning? Borsak grad? Nyupptäckt njurtumör, utredning enligt SVF njurcancer, SVF Njurcancer
☒	Renografi	Elektiv, Hb-/vs. Njure ansvär för totala njurfunktionen? Nyupptäckt njurtumör, utredning enligt SVF njurcancer, SVF Njurcancer
☒	DT njurar u-m i kontrast	SVF Njurcancer
☒	MRT njurar u-m i kontrast	SVF Njurcancer
☒	DT urinblåsa u-m i kontrast	SVF Njurcancer
☒	U3 urinblåsa m punktion/biopsi	SVF Njurcancer
☒	U3 urinblåsa	SVF Njurcancer

Exempel på ordinationsblock för SVF njurcancer block A med valbara undersökningar.

Benämningarna på de standardiserade vårdförloppen i Millennium kan behöva synkroniseras med andra system och interna dokument inom BFM som hanterar SVF.

På mottagarsidan, i Sectra RIS/PACS, ses den lagda ordinationen märkt som SVF vilket kan användas för utsökning av lagda ordinationer inför bokning/registrering av undersökningen.

MDK-rutiner

Multidisciplinära konferenser (MDK) och behandlingskonferenser kommer att hanteras i speciella flöden på beställarsidan i Millennium. För demonstration av

undersökning på MDK ska ordination för Demonstration skickas genom samma förfarande som andra beställningar till BFM.

Rutiner kring nya/ändrade kundkoder och undersökningskoder

Kundkoderna möjliggör kommunikation av ordination/utlåtande mellan Millennium och Sectra RIS/IDS7. Kostnadsställeregistret i Sectra RIS uppdateras regelbundet via automatisk överföring av informationen från kundkodsregistret. Det är av yttersta vikt att kundkoden är överensstämmande i SDV och Sectra RIS/IDS7 för att erhålla en fungerande integration. Klassifikationslistan över beställningsbara undersökningar till Bild- och funktionsmedicin är identiskt byggd i SDV och i Sectra RIS/IDS7. Undersökningskoden måste vara identisk för att integrationen mellan systemen ska fungera.

Remittera inom Bild- och funktionsmedicin

Remiss av tjänst inom Bild- och funktionsmedicin... Särskilt regelverk finns.

Vidareskickad vårdbegäran/remiss

Vid röntgen och klinisk fysiologiska undersökningar samordnas även dessa till viss del i regionen och om remissen inte tydligt anger att undersökningen av speciella skäl önskas på speciell avdelning så kan den utföras på annan avdelning, se också avsnitt "Beslut om remiss tas i samråd med patienten".

Utebliven patient (väntande patient)

Remiss till röntgen- och klinisk fysiologiska undersökningar. Remissen för en utebliven patient markeras på undersökningsdagen som utebliven i Sectra RIS. Remissen ska ligga kvar 3 dagar för att kunna användas om patienten hör av sig inom denna tid. Om inte patienten hör av sig avslutas remissen genom att svar skrivs att patienten uteblivit och ny remiss förväntas om undersökningen fortfarande är aktuell att utföra.

Regionalt måltal Bild- och funktionsmedicin: Från beslut om undersökning, ska denna enligt regionalt måltal genomföras inom 30 dagar.

Patientlagen - Fritt vårdsökande offentligt finansierad öppen vård

Särskild remiss krävs för all utredning inom Medicinsk service, t ex Röntgen och Labmedicin. Om patient önskar få medicinsk service utförd i annan region ska behandlande läkare/behörig personal hos vårdregion eller hemregion ordinera och beställa laboratorie- och röntgenundersökning hos önskad medicinsk serviceverksamhet under förutsättning att den är offentligt finansierad (offentligt bedriven eller privat verksamhet med kontrakt med en region).

5.3 Konsultation

Konsultation i Millennium är en ordination där det medicinska ansvaret kvarstår hos remittenten/ordinatören. Konsultordinationer hanteras via *Meddelandecenter*.

Konsultationsordinationer används inom slutenvården av läkare och sjuksköterskor med konsultfunktion och hanteras via delade inkorgar i *Meddelandecenter*.

Användaren har tillgång till den delade inkorgen som är avsedd för inkommande konsulter inom den egna specialiteten.

Dokumentation av en konsultation sker digital via en dynamisk dokumentation i en *Arbetsflödesvy*. Konsultsvar (kan) skickas till den som begärt konsultation eller annan specifik medarbetare.

Konsultationsordinationen måste avslutas när konsultationen är utförd.

Konsultationsremitter används även på akutmottagningar men mottagaren får informationen i *Launchpoint*.

För konsultation av paramedicinare tas kontakt med specifik person via telefon eller meddelande i *Meddelandecenter*. För yrkeskategorier som är anställda vid samma enhet läggs en ordination till respektive yrkeskategori.

4.3.1 Skapande av konsultationsordination

En begäran om konsultation initieras med en konsultordination till önskad specialitet. I *Meddelandecenter* finns möjlighet för en delad inkorg för att säkra att konsultordinationer kommer rätt och tas om hand.

Ej akut konsultation

Konsultationsordination används till respektive specialitet och till sjuksköterskor med konsultationsfunktion. Via ordinationens status går det att följa var i processen konsultationen befinner sig.

Akut konsultation

Beställaren av konsultation förväntas att ta direktkontakt med konsulten om den är brådskande. I övrigt är förfarandet som vid ej akut konsultation.

4.3.2 Mottagande av konsultation

Konsultationsordinationer skickas till delade inkorgar i *Meddelandecenter* till läkare respektive sjuksköterskor med konsultationsfunktion. Varje verksamhet behöver utse ett antal personer som övervakar den egna delade inkorgen för

konsultationer. Dessa utsedda personer får även behörighet att lägga till och ta bort medlemmar i den delade inkorgen.

För paramedicinare, som inte är anställd vid enheten, sker mottagandet av konsultationer via telefon eller *Meddelandecenter*. Om en ordination har lagts till paramedicinare, som är anställd vid enheten, kommer ordinationen att synas på *Aktivitetslistan*.

4.3.3 Dokumentation av konsultation

Konsultationssvar skrivs som ett kort fritextsvar i själva ordinationen eller som en konsultanteckning. Konsultanteckningen kan vidarebefordras till den som begärt konsultationen. Konsultationsanteckningen kan alltid återläsas under *Dokumentation*. Paramedicinare dokumenterar sina konsultationer i journalen, på samma sätt som andra typer av patientkontakter.

4.3.4 Avslut av konsultation

Konsulten måste aktivt avsluta konsultationsordinationen när den är genomförd. När konsultationsordinationen avslutas får den som begärt konsultationen ett meddelande om detta i *Meddelandecenter*.

Konsultationsordinationen kan inte göras om till en remiss utan då måste konsultationsordinationen stängas och en remiss skapas.

Vid paramedicinska konsultationer utanför enheten finns ingen ordination att avsluta. Ordinationer lagda inom den egna enheten avslutas antingen genom att aktivt dokumentera ordinationen som utförd i *Aktivitetslistan* eller genom att signera formuläret som är kopplat till ordinationen.

4.3.5 Konsultation på akutmottagning

Konsultordinationer skickas på samma sätt som i övrig slutenvård men aktuell akutmottagning väljs som mottagande enhet i ordinationen.

Konsultordinationen syns som en telefonlur i patientöversikten *Launchpoint* för både sändande och mottagande part. Delade inkorgar används inte utan konsultordinationerna läses i *Akutmodulen FirstNet* under ordinationer.

Internkonsultation

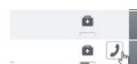
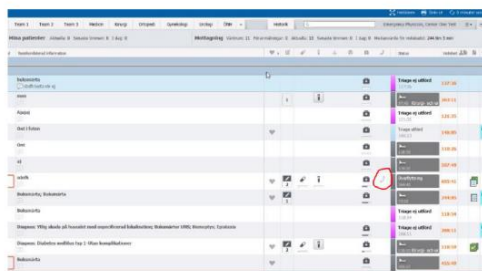


Bild 1 Telefonlur= konsultation begärd



Bild 2 Dimmad telefonlur= konsultation avslutad

Vid avslutad konsultation dimmas telefonluren i *Launchpoint*.

4.3.6 Konsultation till akutmottagning från slutenvård

Inom eget specialistområde läggs en vanlig ordination för det man önskar få utfört. Vid konsultation till annan specialitet väljs konsultordination och aktuell akutmottagning väljs under mottagande enhet.

6 Rapportering och statistik

Ej uppdaterad ännu – ska kanske utgå

6.1 Rapportering av tillgänglighet

Ej uppdaterad ännu – ska kanske utgå

6.2 Rapportering SVF

Ej uppdaterad ännu – ska kanske utgå

6.3 Rapportering BFM

Ej uppdaterad ännu – ska kanske utgå

7 Samexistens Millennium och befintliga system

Denna instruktion börjar råda när Region Skåne påbörjar införande av Skånes Digitala Vårdsystem (SDV) och systemet Millennium. Införandet pågår under en tvåårsperiod, när fler medarbetare går över till att använda Millennium istället för befintliga system. Information om pågående vårs av patient kan då komma att hanteras i flera system och för det ändamålet har rutinbeskrivningar tagits fram för att beskriva remissförfarande under samexistensperioden.

Remissförfarande under samexistens: [länk till fil i DokIT](#)

Laboratoriediagnostiska flödet under samexistens: [länk till fil i DokIT](#)

Bild- och funktionsdiagnostik under samexistens: [länk till fil i DokIT](#)

8 Bilagor

7.1 "Tillämpningsanvisning" för remisshantering

7.2 "Tillämpningsanvisning" för väntande patienter

7.3 Rutin vid samordning

9 Länkar

[Länk](#) till vilka landsting som har remisskrav / alternativt [Remisskrav öppen vård](#)
[Länk](#) till Socialstyrelsens termbank / alternativt [Socialstyrelsens termbank](#)
 Vårdgarantilagens innehåll samt tidsramar nås via länk; [Vårdgaranti - Vårdgivare Skåne \(skane.se\) /alternativt \[Vårdgaranti\]\(#\)](#)

Sid 4 i tillämpningsanvisningarna

[Senaste version av SOSFS 2004:11 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. - Socialstyrelsen](#)
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2017-3-20.pdf>

Sid 5 i tillämpningsanvisningarna

[Senaste version av SOSFS 2004:11 Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m. – Socialstyrelsen](#)
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2017-3-20.pdf>

Patientlagen: [Patientlag \(2014:821\) | Sveriges riksdag \(riksdagen.se\)](#)

Medicinska termer i skrift: [Medicinskt fackspråk i skrift](#)

Skyddade personuppgifter: [Patienter med skyddade personuppgifter - Region Skånes intranät \(skane.se\)](#)

Skyddade personuppgifter/ID-kontroll: [Identitetskontroll – legitimering \(vardgivare.skane.se\)](#)

Postförmedling via Förmedlingsuppdrag: [Post och paket](#)

Övergångsrutin för privata vårdgivare (skyddad folkbokföring): [Microsoft Word - Årsmöte övergångsrutin privata VG 210903 \(skane.se\)](#)

Enheten för journal och arkivservice ska informeras. Fyll i blanketten för skyddad folkbokföring (pdf)

Säker e-post: säker e-post

Mailadress för blankett skyddad folkbokföring: skydd.folk@skane.se

Sammanslagning Orbit: Sammanslagning av reservnummer och personnummer Orbit.docx (skane.se)

Socialstyrelsen – Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig: Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig (socialstyrelsen.se)

Text remissbekaftelser: Text remissbekaftelser

Patientnämnden: Hantering av klagomål på hälso- och sjukvården från patienter och närstående 2023-12-19 (skane.se)

Sjukresa: Sjukresor - så funkar det-Skånetrafiken (skanetrafiken.se)

Vid ombokning (väntande patientstycket) Störning i Orbit: Störningar Orbit.docx (skane.se)

Kvalitetssäkring väntelistor, uppdrag: Behörighet till Flödesmodellens applikationer i QlickView (skane.se)

Inställd operation: Inställd operation - Patientavgifter - Vårdgivare Skåne (skane.se)

Information om vård i och från andra regioner – utomlänsvård: Vård i och från andra regioner - Vårdgivare Skåne (skane.se)

Information om vård i och från andra regioner – utomlänsvård inkl remiss/betalningsförbindelse: Vård i och från andra regioner - Vårdgivare Skåne (skane.se)

Försäkringsmedicinska rådet i Region Skåne, 2018-08-20: Tillämpningsanvisningar sjukskrivningsansvar (skane.se))

Hälso- och sjukvårdslagen 2017:30: Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) | Sveriges riksdag (riksdagen.se)

Patientlagen 2014:821: Patientlag (2014:821) | Sveriges riksdag (riksdagen.se)

Hälso- och sjukvårdsförordningen 2017:80: Hälso- och sjukvårdsförordning (2017:80) | Sveriges riksdag (riksdagen.se)

Central kontaktfunktion: [Kontaktuppgifter, utomlänsremisser | SKR](#)

Uppdrag för samordning av vårdgarantipatienter: [Väntande - Uppdrag för samordning av vårdgarantipatienter 2022-11-30 \(skane.se\)](#)

Checklista för samordning (Melior): [Checklista för samordning \(skane.se\)](#)

Länk till remissbekräftelse: [remissbekraftelsetexter-.pdf \(skane.se\)](#)

Skånetrafikens hemsida (sjukresa/vårdgarantiresa): [Sjukresor - så funkar det-Skånetrafiken \(skanetrafiken.se\)](#)

SKR sida om remisskrav: [Remiss i öppen vård | SKR](#)

EU-vård: [Vård utomlands - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

SVF-förlopp: [Standardiserade vårdförlopp \(SVF\) - RCC Kunskapsbanken \(cancercentrum.se\)](#)

PASiS Vårdprocessbild registrering - [Registreringsanvisningar - Vårdgivare Skåne \(skane.se\)](#)

Gäller från driftstart av SDV