

# VAS - Remisser och remissvar

---

## Hitta i dokumentet

[Syfte](#)  
[Skriva remiss](#)  
[Skicka remiss](#)  
[Mottagning och tidsgränser](#)

[Remiss hänvisning vårdgaranti](#)  
[Remissvar](#)  
[Uppdaterat från föregående version](#)

---

## Syfte

Rutinen är skapad för att öka säkerheten i remisshantering. Remisser och remissvar ska innehålla tillräcklig information för att möjliggöra adekvata bedömningar och åtgärder. De bör inte hänvisa till journalanteckningar, eftersom det medför en ökad tidsåtgång för remissbedömning och att viktig information kan saknas.

## Skriva remiss

Beslut om remiss ska ske i samråd med patienten. Remiss ska sändas senast första vardagen efter beslut.

Alla remisser och remissvar skrivs eller dokumenteras i VAS.

Om remissmottagaren bedömer att kompletterande undersökning är nödvändig, ska remissen returneras med önskemål om tillägg. Kompletterad remiss alternativt ny remiss sänds därefter igen av remitterande verksamhet.

Inkommande remisser på papper från externa vårdgivare skrivs in i VAS som inkommande remiss. Pappersremissen skickas i original till skanning omgående. I VAS-remissen hänvisas till den inskannade pappersremissen i e-arkivet. Remiss ska registreras på utfärdandedatum. Remissen besvaras som remissvar i VAS och skrivs sedan ut på papper och skickas postledes tillbaka till remittenten.

Den upprättade remissen i VAS signeras av ansvarig hälso- och sjukvårdspersonal. Signeringen av remissen i VAS är synonymt med att man tagit del av inskannad remiss i E-arkiv. Pappersdokumentet som skannas in kräver därmed inte fysisk signering av ansvarig Hälso- och sjukvårdspersonal (HOSP).

## Remisser mellan verksamheter inom och/eller mellan förvaltningar

Akuta remisser kan med fördel föregås av telefonkontakt med läkare på mottagande enhet innan remiss skickas men bör inte fördröja avfärd om akut omhändertagande på sjukhus bedöms nödvändigt.

Akut konsultationsremiss ska dock alltid föregås av telefonkontakt, se rutin [VAS-konsultation](#).

Remisser internt vid sjukhusen, konsultremisser, ska behandlas som alla andra remisser med samma krav på information i såväl remiss som remissvar som redovisas nedan. Dessa remisser får inte heller lämnas obesvarade.

(För Hallands sjukhus medarbetare: se också [Rutin: Remisser vid vårdens övergång internt och externt](#)).

Remisser och remissvar ska aldrig enbart innehålla hänvisningar till journaltext utan ska utformas som självständiga dokument med relevant information till mottagaren (undantag sårvårdsbehandling där hänvisning får ske). Remissvar får kopieras från information under till exempel sökordet "Bedömning" under förutsättning att denna information innehåller de uppgifter som krävs av ett remissvar.

I röntgenremisser och remisser till klinisk mikrobiologi ska man aldrig ersätta anamnes med hänvisning till uppgifter i tidigare remisser eftersom detta medför ett betydande merarbete för berörd personal.

Mer information om relevanta remissuppgifter till klinisk mikrobiologi finns här: [Så här skriver du en bra remiss till mikrobiologen \(regionhalland.se\)](#).

### **Betalningsförbindelse regionvård – specialistvårdsremiss**

OBS! Får endast utfärdas av specialistvården!

När patienter ska remitteras för vård vid regionsjukhus krävs en betalningsförbindelse i form av en specialistvårdsremiss, remiss RE22 i VAS. En specialistvårdsremiss utfärdas med en bedömning kring betalningsförbindelsens giltighetstid. Giltighetstiden bedöms enskilt för varje fall, men bör inte överstiga 1 år, då ny bedömning bör göras.

Under den angivna tiden som betalningsförbindelsen gäller kan patienten remitteras flertalet gånger till samma instans genom att utfärda ordinarie remiss i RE14 i VAS.

När betalningstiden för specialistvårdsremissen gått ut krävs nytt ställningstagande om ny specialistvårdsremiss ska utfärdas med en ny angiven giltighetstid för betalningsförbindelsen. Det är den utfärdande kliniken som ansvarar för att säkerställa giltighetstid och eventuell förnyelse av specialistvårdsremiss.

Regionsjukhusen fakturerar Region Halland löpande för den vård som utförs för hallänningen och GAS hanterar och fördelar fakturorna till respektive klinik för granskning och godkännande av fakturan. Granskningen ska innebära att man säkerställer giltighetstiden för betalningsförbindelsen och att den vård som givits är relevant för den orsak specialistvårdsremissen skrevs. Den primära klassificeringen av vården på regionsjukhuset bör granskas för att säkerställa att fakturaunderlaget är korrekt. Ansvar för granskningen av regionvårdsfakturor ligger hos utfärdande klinik, om ingen annan hantering av regionvårdsfakturor gäller på förvaltningen.

Då patienter på eget initiativ söker vård enligt fritt vårdsökande utanför Halland, krävs ingen specialistvårdsremiss som betalningsförbindelse då kostnaden hanteras regionalt.

### **Remiss för sjukvårdande behandling i öppenvård**

För att säkerställa att relevant information från remittent når mottagaren och att remissflöde och väntetider ska kunna följas i syfte att uppfylla vårdgarantin, ska remiss till mottagaren hanteras enligt följande:

- Begäran om sjukvårdande åtgärd/ behandling ska ske via remiss i VAS från remittent eller egenremiss.
- Patient som förs över från sluten- till öppenvård och som redan har kontakt med paramedicinsk resurs kräver ingen remiss.

### **Remisser mellan sektioner inom samma klinik**

Remisser och remissvar kan innehålla enbart hänvisningar till specificerad journaltext eftersom dokumentation sker i klinikens gemensamma journal.

### **Egenremisser**

Alla inkommande egenremisser oavsett om det kommer via 1177 eller på papper ska registreras i VAS som en inkommande remiss och skannas in i e-arkivet (HSLF-FS 2016:40 5 kap. 5 §). Remiss ska registreras på utfärdandedatum. Remissen besvaras som remissvar i VAS och har den inkommit via 1177 besvaras den i ärendet på 1177, har den inkommit på papper skrivs den ut och postas i VAS.

Egenremisser som inkommer där verksamheten direkt ser att bedömning behöver ske på annan vårdnivå läggs ändå upp i VAS som en inkommande remiss och hanteras därefter enligt ovan.

Observera att egenremisser till röntgen inte accepteras utan röntgenremisser utfärdas enbart av Hälso- och sjukvårdspersonal.

### **Skicka remiss**

Remissen ska innehålla korrekt, aktuell och relevant information om patient, avsändare och mottagare. Texten ska vara fullt läslig och förkortningar ska undvikas då de lätt kan missförstås. Observera att enbart journalkopior eller epikris inte gäller som remiss. Remiss ska minst innehålla uppgifter om:

#### **Patient:**

- Personnummer, namn, adress, telefon- och mobiltelefonnummer.
- För barn anges motsvarande uppgifter för målsman.
- Vid behov av språktolk, ange språk.
- Vid behov av tolkservice, anges behovet – teckenspråkstolk, dövblindtolk eller vuxendövtolk.
- Information om och ställningstagande till vårdgaranti

#### **Remitterande enhet:**

- Enhetens namn, adress, telefon
- Vårdgivarens namn och yrkestitel
- Ansvarsnummer
- Datum för remissbeslut

#### **Mottagande enhet:**

- Namn, adress, telefon

#### **Remissen ska innehålla:**

- Tydlig diagnos/frågeställning (om second opinion önskas ska detta anges)
- Önskad åtgärd

- Uppmärksamhetsinformation (exempelvis *OBS, Smitta, Varning*)
- Aktuella mediciner – medicinlista (gäller inte NCS-användare)
- Tidigare och aktuella relevanta sjukdomar
- Patients subjektiva besvär (typ, frekvens, duration)
- Påverkan på patienten (ex sjukskrivning, ADL, smärta)
- Relevant status med undersökningsfynd
- Tagna relevanta prover och resultat
- Utförda relevanta undersökningar och resultat
- Prövad terapi och resultat
- Vilken information patienten har fått
- Relevanta sociala data
- Vid frågeställning avseende kirurgisk åtgärd ska det framgå att patienten är intresserad av kirurgi om detta bedöms som en relevant åtgärd.
- Information om att tagna bilder finns i Vidiview (ex på hudåkomma)

## Mottagning och tidsgränser

### Bedöma och prioritera remiss

- Medicinsk bedömning ska ske snarast, dock senast inom tre arbetsdagar efter att remiss inkommit och registrerats
- Medicinsk prioritering ska anges

### Resultat av remissbedömning

- Resultat av remissbedömning ska skickas till patient och remittent, dock senast inom två arbetsdagar efter att remissen medicinskt bedömts.
- Remitterande enhet ansvarar för att bevaka att remissbekräftelse inkommit.

### Vidareskicka remiss

- Om det aktuella hälsoproblemet inte kan omhändertas på den mottagande enheten ska remissen skickas vidare till rätt enhet om denna är känd. Att remissen är vidarebefordrad uppdateras då hos inremitterande som i RE 14 ser vem som är ny mottagare av remissen. Om inte mottagande enhet är känd ska remissen returneras. Viktigt att den då inte besvaras eftersom remittenten då inte kan använda samma remiss till den nya mottagaren.
- Remittent och patient ska informeras av mottagande enhet om remiss vidare skickas (gäller ej vid felskick av remisser)
- Patientens rätt till det fria vårdvalet ska beaktas i frågan om vart remissen skickas. Patientens valfrihet gäller inte högspecialiserad vård
- Vidarebefordra remiss används också då mottagande enhet gjort en första bedömning och utifrån den bedömningen inte själva har kompetens att omhänderta patienten för fortsatt vård (exempelvis hudåkomma som direkt måste omhändertas på kirurgikliniken). Mottagaren av en vidarebefordrad remiss ser i Status att remissen är Inkommen via vidarebefordran. För att ta del av varför remissen vidarebefordrats läses i menyval under menyval vidarebefordra. Bedömningen som görs ska journalföras innan remissen vidarebefordras.

### Komplettering av remiss

- Mottagande enhet ansvarar för att ta kontakt med remittent för kompletterande information.

#### Remiss från Digital vårdenhet

- Patient som fått remiss från digital vårdenhet exempelvis Kry, Min Doktor med flera ska ha utskrivna remiss med sig. Om så inte är fallet ska patienten mejla remissen till kliniken/vårdenhetens funktionsbrevlåda så att de kan skriva ut, bedöma och därefter skanna in den enligt samma rutin som gäller för pappersremiss.

#### Remiss hänvisning vårdgaranti

Om det aktuella hälsoproblemet inte kan omhändertas inom regionens tidsgräns för vårdgaranti (60 dagar) ska patienten informeras om vårdgaranti och hanteras enligt följande:

- För patienter som omfattas av vårdgarantin ska remissmottagaren sätta upp patienten på väntelista med kod HV (hänvisad patient)
- Remissmottagaren informerar i första hand patient via 1177.se om att vård inte kan erbjudas inom vårdgarantin och att vård erbjuds hos extern vårdgivare. I andra hand informeras patient via post.
- För patienter som tackar JA till vårdgaranti ska kod HV ändras till HVNY (för patient som inte kan erbjudas nybesök) alternativt HVOP (för patient som inte kan erbjudas operation/behandling)
- För patient som erbjuds vård hos extern vårdgivare på grund av vårdgarantin genom att **remissbekräftelse** skickas till patient och där patient uppmanas att kontakta Vårdgarantiservice för hjälp med att komma till extern vårdgivare, ska patienten registreras med kod HV (hänvisad patient)
- För de patienter som tackar JA kommer vårdgarantiservice skicka vårdgarantiintyg digitalt till de verksamheter som hanterar vårdgarantin via 1177. För de verksamheter som inte hanterar vårdgarantin via 1177 kommer vårdgarantiintyget i stället att skickas till remissmottagaren via internpost om vart patienten kommer att få vård.
- Remissmottagaren skickar remiss, röntgenutlåtande samt eventuella andra aktuella journalhandlingar till vald vårdgivare.
- I de fall patienten inte svarar på erbjudande om vård hos extern vårdgivare via 1177.se eller via utskickat brev ska det göras tre försök att nå patienten per telefon vid olika tillfällen. Om det inte går att få kontakt med patienten inom 30 dagar återsänds remissen till remittent och information skickas till patienten, antingen via 1177.se eller via framtaget brev i PAKO.

#### För de patienter som hänvisas till vårdgivare som inte har VAS

- Remissmottagaren **returnerar** elektronisk inkommen remiss till remittent och i retursvaret skrivs vilken vårdgivare som kommer att ta hand om patienten. Viktigt att inte svara ut remissen eftersom remittenten då inte kommer kunna ha kontroll på ej besvarade remisser. Innan returen skickas avbokas remissen hos remissmottagaren, ange avbokningskod och orsak.
- Remissmottagare ansvarar för att skicka remiss vidare till vald vårdgivare.

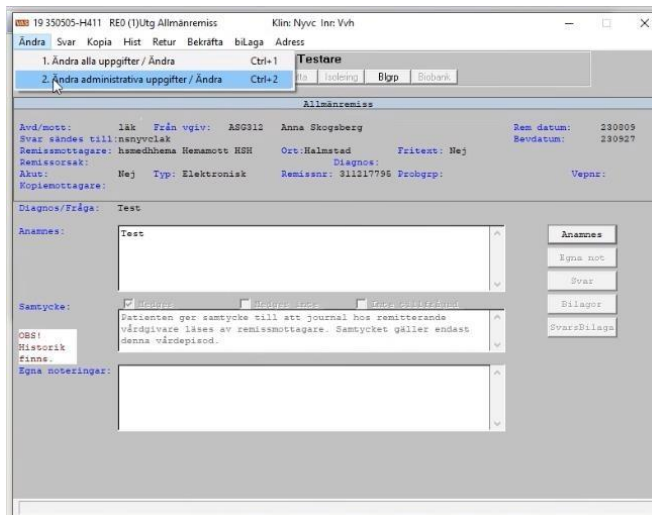
**OBS! Nedanstående punkter görs av remittenten men påverkar inte patientens väg genom vårdsystemet! Endast för att remittent ska ha kontroll över vem som omhändertar patienten och möjliggör att det slutliga svaret kan skrivas in som remissvar.**

- Remittenten går in i den returnerade remissen och ändrar mottagare till den vårdgivare som kommer att omhänderta patienten. Gör enligt följande:

- Markera remissretur via JO12 och öppna remissen via menyval siGn. Fönster Returorsak öppnas. När returorsak är läst välj Stäng. Fråga kommer om returen ska signeras - svara **Ja**.
- Därefter kommer fråga om remissen ska avbeställas - svara **Nej**.



- Ändra därefter i remiss huvudet till den remissmottagare som kommer att omhänderta patienten enligt vårdgarantin.



- Stäng ner remissen och signera den. Remissen hamnar nu i RE21 som pappersremiss och behöver "postas" för att den inte ska finnas kvar i bevakningsformuläret.

### För patienter som hänvisas till vårdgivare som har VAS

- Remissmottagen öppnar remissen och väljer vidarebefordra. Välj mottagande enhet och skriv ett meddelande (Förslag: Patient hänvisad till vårdgivare xxx på grund av vårdgaranti) till mottagaren och tryck på sänd.
- Vidarebefordrad remiss visas med status Vbef.
- När remissen vidarebefordrats till mottagaren skickas en remissbekräftelse automatiskt till den ursprungliga remittenten med uppgifter om vart remissen är vidarebefordrad. Sänddatum och remissmottagare ändras för den ursprungliga remittenten automatiskt och de kan läsa information via menyval
- **Bekräfta** i formulär RE14 och i den öppnade remissen.

### Remissvar

Remissvar skrivs antingen efter 1:a besök, operation, PAD-svar eller när utredning avslutats så att adekvat information kan överföras i remissvaret. I fall där remissvaret endast utgör bekräftelse om att vårdansvaret övertas för fortsatt uppföljning kan remissvar skrivas direkt i samband med att ansvaret övertas.

Journalkopior för kännedom under pågående utredning ska undvikas. Denna information är ändå alltid tillgänglig i en gemensam journal.

Remissvaret ska minst innehålla uppgifter om:

- Diagnos
- Genomförd utredning, bedömning och eventuell behandling.
- Prognos respektive förväntat läkningsförlopp
- Planerad uppföljning inom kliniken inklusive ansvar för eventuell sjukskrivning
- Önskad uppföljning hos remittenten
- Vem kontaktar patienten eller förväntas patienten själv kontakta vårdcentralen

### **Ansvarsövergång**

Vårdansvaret övergår till remissmottagaren då denne tagit över vården av patienten. Remissvaret är bekräftelse på att begärd åtgärd utförts eller att ansvaret för vården tagits över.

**Hälsa och funktionsstöd – (Hörselhabiliteringen, Hörselmottagningen, Resurscentrum för kommunikation DAKO, Syncentralen, Tolkcentralen och Habilitering i Halland)** Inom ovan nämnda verksamheter skrivs remissvar efter första besöket, svaret ska innehålla bedömning och uppföljning utifrån frågeställningen.

### **Psykiatri Halland**

Heldygnsvården besvarar remisser senast i samband med att vårdtillfället avslutas. Utskrivande läkare ansvarar för att remissvar skrivs. Se också Psykiatri i Hallands rutin [Rutin: VAS och LifeCare – Remisser, meddelanden och informationsöverföring mellan öppenvård och heldygnsvård vuxenpsykiatri](#)

### Uppdaterat från föregående version

Lagt till en förtydligande text som en ny punkt under rubrik Remiss hänvisning vårdgaranti  
I de fall patienten inte svarar på erbjudande om vård hos extern vårdgivare via 1177.se eller via utskickat brev ska det göras tre försök att nå patienten per telefon vid olika tillfällen. Om det inte går att få kontakt med patienten inom 30 dagar återsänds remissen till remittent och information skickas till patienten, antingen via 1177.se eller via framtaget brev i PAKO.  
Ersätter 2024-05-23

### Föregående uppdateringar

Lagt till ny rubrik med tillhörande information gällande Betalningsförbindelse regionvård – specialistvårdsremiss.

Lagt till text under rubrik Mottagning och tidsgränser gällande vidarebefordra remiss.

Justerat texten under rubriken *Remiss hänvisning vårdgaranti* samt lagt till underrubriker; *För de patienter som hänvisas till vårdgivare som inte har VAS* och underrubrik *För patienter som hänvisas till vårdgivare som har VAS*. Beskriver hur hänvisning ska ske, vem som ansvarar för vad och hur befintlig remiss ska hanteras så att remittenten kan ha kontroll vem som kommer vårda patienten och ha kontroll över att svar anlänt. Ersätter 2023-04-18.