

## Vård- och behandlingsgarantin - rutiner för medarbetare

Gäller för: Region Kronoberg

### Den nationella vårdgarantin

Nuvarande vårdgarantin 0-3-90-90 gäller sedan år 2019 och är sedan 2010 inskriven i hälso- och sjukvårdslagen. Sedan januari 2015 finns det även med i patientlagen. Detta tydliggör att vi som region har en skyldighet att upprätthålla de krav på tillgänglighet som vårdgarantin innebär. Den nationella vård- och behandlingsgarantin innebär följande:

- 0 Kontakt med primärvården samma dag  
  
Patienten ska få kontakt med 1177 vårdguiden eller primärvården per telefon alternativt på plats samma dag.
- 3 Patienten ska få medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- sjukvårdspersonal inom primärvård.  
Bedömer läkare på vårdcentralen att patienten behöver besöka den specialiserade vården ska en tid erbjudas där inom 90 dagar.  
Det gäller även med egenremiss.
- 90 Få ett första besök i den specialiserade vården inom 90 dagar
- 90 Efter beslut få en operation/åtgärd inom den specialiserade vården inom 90 dagar

### Vårdgarantins omfattning

Vårdgarantin omfattar all vård som Region Kronoberg erbjuder, inklusive region- och högspecialiserad vård. Utgångspunkten är gällande prioriteringar och gemensamma medicinska indikationer. I första hand ska patienten erbjudas vård och behandling inom Region Kronoberg. Om vi inte klarar att erbjuda vård inom tidsgränserna 0-3-90-90 ska patienten erbjudas besök, behandling eller operation någon annanstans i länet eller landet. Enheten som inte klarar att uppfylla tidsgränserna ska ta kontakt med regionens vårdlots som sköter administrationen runt vårdgarantin. Patienter som åberopar vårdgarantin ska inte få extra kostnader för boende och resor. Tid för besök och behandling ska lämnas till patienten med god framförhållning som möjliggör patientens personliga planering.

### Undantag

Följande omfattas inte av vårdgarantin:

- Utredning (undantag: barn- och ungdomar med psykisk ohälsa 0 till och med 17 år)
- Hjälpmedel (det vill säga utprovning och tillhandahållande av rullstol, benprotes med mera). Utprovning av hörapparat ingår i vårdgarantin.
- Information och undervisning
- Administrativ handläggning
- Intyg
- Hälsoundersökningar
- Återbesök/kontrollbesök
- Kontroll/Nybesök av ett påbörjat hälsoproblem i ett annat landsting/region för en nyinflyttad patient som behandlats där. Registrera som nybesök med avvikelsoresak planerat besök utanför vårdgarantin.
- Kontroll- och nybesökspatient som övergår från barnkliniken till annan vårdenhet inom regionen. Registrera som nybesök med avvikelsoresak planerat besök utanför vårdgarantin.

### **Patientens delaktighet – en rättighet**

Enligt patientlagen ska alla patienter få en individuellt anpassad information om vårdgarantin, rättigheter och valmöjligheter. De har rätt till en dialog med vårdpersonalen om tidpunkten för besöket. Patienten ska dessutom informeras om sitt eget ansvar och sina skyldigheter att exempelvis höra av sig om han/hon inte längre önskar vård/besök, eller om hälsan försämras under väntetiden. Patienten ska även få information om konsekvenserna av att tacka nej till en tid inom vårdgarantins tidsgränser. Tid för behandling ska bestämmas i dialog med patienten, om möjligt i direkt anslutning till beslutet om behandling, med god framförhållning som möjliggör patientens personliga planering.

### **Region Kronoberg**

Kronobergarna ska erbjudas en god och tillgänglig hälso-och sjukvård. Region Kronoberg följer den nationella vårdgarantin 90 dagar, dock har regionen i sin budget tagit beslut att sätta en egen tidsgräns för vårdgaranti till 60 dagar. Det långsiktiga målet är att kronobergarna ska få telefonkontakt med vårdcentralen samma dag (0), få medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso- sjukvårdspersonal inom primärvård (3).

Om läkaren på vårdcentralen bedömer att det finns behov av specialiserad vård ska ett besök erbjudas inom 60 dagar. Efter beslut om behandling ska det erbjudas inom 60 dagar. Region Kronoberg, en kö fri sjukvård 0-3-60-60.

### **Tillämpning av vårdgarantin**

## Ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns goda och säkra rutiner, som kontinuerligt ska revideras för att vara aktuella. I ansvaret ingår planeringslistorna. Ansvaret regleras i ”Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.”

## Primärvårdens ansvar

### Vårdens rutiner

- Vårdgarantin innebär att patienten ska få kontakt med primärvård eller 1177 vårdguiden samma dag
- Den primärvårdsenhet som patienten kontaktar ansvarar för att patienten blir bedömd vid kontakttillfället.
- vårdpersonalen gör en behovsbedömning, finns det behov att träffa hälso- läkare eller annan legitimerad sjukvårdspersonal ska patienten erbjudas besök i primärvården inom tre (3) dagar. Detta gäller patienter med tidigare okänt hälsoproblem eller en oväntad eller kraftig förändring/försämring av ett tidigare känt hälsoproblem.
- Den primärvårdsenhet som inte kan erbjuda medicinsk bedömning inom tre dagar ansvarar för att patienten inom denna tid får medicinsk bedömning på annan enhet inom primärvården. Det får inte innebära extra kostnader i form av resor eller patientavgifter för patienten.
- När det bedöms vara nödvändigt med en remiss till specialistläkare vid sjukhus ska den remitterande läkare skicka remissen inom tre (3) arbetsdagar efter remissbeslut. Beslutet om att skicka remissen ska tas i samråd med patienten och i enlighet med överenskommelserna mellan primärvården och specialistsjukvården.
- Remitterande läkare ansvarar för att remissen är korrekt ifylld och innehåller de uppgifter som den specialiserade vården behöver.
- Remitterande läkare har patientansvaret fram till patientens besök hos den mottagande vårdgivaren.
- Den som remitterar ska ge begriplig information om vård- och behandlingsgarantin till patienten. Vårdpersonalen har skyldighet att informera om vårdgarantin

När enheter inte kan erbjudas tid till läkare eller annan legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal inom tredagarsgränsen med hänvisning till att tidböckerna är fyllda och istället ber patienten återkomma längre fram, ska patienten erbjudas tid bortom tredagarsgränsen. Principen ska vara att ”ett samtal från

patienten ska räcka” när vårdenheten bedömer att patienten behöver komma på besök, det vill säga man ska inte behöva ringa tillbaka flera gånger.

Omfattningen av tredagarsgränsen  
 (PUV = planerat besök utanför vårdgarantin)

Orsak till vårdkontakt	Omfattas av tredagarsgränsen?	Besökstyp
1. Nytt medicinskt problem	Ja	Nybesök
2. Övåntad/kraftig försämring/förändring av tidigare känt medicinskt problem (till exempel patient med kronisk sjukdom)	Ja	Är ett återbesök, men registreras som nybesök i Cosmic
3. Patient ”som inte blev bra” efter nyligen genomförd behandling inom primärvården (utebliven behandlingseffekt) och därför vill komma på nytt besök.	Ja	Är ett återbesök, men registreras som nybesök i Cosmic
4. Remiss från specialiserad vård för nyupptäckt medicinskt problem som inte har handlagts eller behandlats där	Ja	Nybesök
5. Remiss från specialiserad vård för nyupptäckt medicinskt problem som har handlagts eller behandlats där	Nej	Nybesök PUV
6. Remiss från specialiserad vård för fortsatt kontroll/uppåljning efter genomförd behandling där	Nej	Nybesök PUV
7. Nylistad/nyinflyttad patient i behov av kontroll/uppåljning efter genomförd behandling	Nej	Nybesök PUV
8. Primärvården kallar till kontroll/återbesök eller patienten ombeds ta kontakt för kontroll/återbesök	Nej	Återbesök
9. Vaccinationer och intyg (t ex körkortsintyg, intyg till försäkringsbolag och liknande)	Nej	Övrigt PUV

### Riktlinjer för patientvald väntan (PvV)

Med patientvald väntan (PvV) menas att patienten uttryckligen tackar nej till erbjudande om besök inom tre dagar.

Medicinskt orsakad väntan registreras inte överhuvudtaget i primärvården. Om patienten har en bokad tid och inte kan komma på grund av inläggning på sjukhus eller av andra medicinska skäl, bör patienten i stället ges beskedet att höra av sig när vårdkontakt åter är möjlig.

### Specialistvårdens ansvar

Verksamhetschefen ansvarar för att det finns goda och säkra rutiner, som kontinuerligt ska revideras för att vara aktuella. I ansvaret ingår planeringslistorna. Ansvaret regleras i ”Socialstyrelsens föreskrifter om ansvar för remisser för patienter inom hälso- och sjukvården, tandvården m.m.”

Specialistsjukvårdens ansvar –  
första besök/behandling

#### Vårdens rutiner

- Remissen bedöms av verksamhetschefen/person med mandat och prioriteras inom tre till fem (3-5) arbetsdagar från mottagandet.
- Bedömningen ska grundas på de indikationer och vägledande principer för urval och prioritering som specialiteten tillämpar.
- När beslut om besök/behandling tagits, och patienten är prioriterad och motiverad, bör en tid erbjudas inom 60 dagar från remissdatum i samråd med patienten (enligt Region Kronobergs budget).
- Samma regler gäller oavsett om remissen kommer från vårdcentralen, från annan specialistklinik eller egenremiss.
- Specialistvården ska informera remittenter utanför Cambio cosmic och meddela tid för besöket/behandlingen till patienten.
- Kontroll- och nybesökspatient som övergår från barnkliniken till annan vårdenhet inom Region Kronoberg. Registrera som nybesök med avvikelseorsak planerat besök utanför vårdgarantin (PUV).
- Kontroll/Nybesök av ett påbörjat hälsoproblem i ett annat landsting/region för en nyinflyttad patient som behandlats där. Registrera som nybesök med avvikelseorsak planerat besök utanför vårdgarantin (PUV).
- Om specialistvården inte kan erbjuda besök/behandling inom 90 dagar (obs! ej hänvisning efter 60 dagar) och patienten så önskar, ska enheten aktivt erbjuda besök inom tidsgränsen – i första hand hos annan enhet inom Region Kronoberg (gäller även privata vårdgivare med vårdavtal), i andra hand annat landsting/region eller annan vårdgivare med offentlig finansiering. Remissbekräftelsen från

patienten med underskrift ska scannas in i Cosmic samt dokumenteras i journalen.

- Görs besök/behandling i ett annat landsting/region ska det vara utan extra kostnad för patienten. Gäller inte fritt vårdsökande.
- Patienten erbjuds förstabesök inom tre månader, men meddelar uttryckligen att man inte vill eller kan komma inom tre månader. Patienten ska vara informerad om vårdgarantin och konsekvensen av att tacka nej till erbjudande om vård inom vårdgarantins tidsgräns. Patienten ombeds höra av sig någon månad innan vårdkontakt passar. Informera om att vårdkontakt kan dröja efter förnyad kontakt.
- Patienten erbjuds behandling inom tre månader, men meddelar uttryckligen att man inte vill eller kan komma inom tre månader.
  - a)Vid operationsanmälan i TM (=Craft):  
Ändra bevakningsdatum till när patienten önskar sin behandling. Ändra beslutsdatum till tre månader före bevakningsdatum.
  - b)Vid bokningsunderlag:  
Ändra bevakningsdatum till när patienten önskar sin behandling, ange avvikelseorsak patientvald väntan (PvV). PvV motsvarar självvald väntan... i Cambio Cosmic..
- Planeringslistan ska ses över och revideras varje månad. Alla patienter som står på planeringslistan ska vara aktiva.
- Utredningar, undersökningar etc., som måste genomföras för att kunna ta ett beslut om behandling, ingår inte i vårdgarantin.

### **Avslag/ofullständig vårdbegäran**

1. En avslagen remiss skickas tillbaka till den remitterande vårdenheten, tillsammans med besked och motivering. Den remitterande vårdenheten ansvarar för information till patienten.
2. Remisser (även egenremisser) som inte kan bedömas på grund av ofullständiga uppgifter, eller att den mottagande enheten inte har ansvar för den åtgärd som efterfrågas, skickas tillbaka till den remitterande vårdenheten/patienten för komplettering.

### **Vårdenhetens ansvar vid hänvisning**

Hälso- och sjukvårdspersonalen vid vårdenheten ska undersöka om patienten kan få besök/behandling på en annan enhet i Region Kronoberg. Om det inte är möjligt, och patienten är intresserad av att få besök/behandling i annat landsting/region, ska vårdenheten kontakta vårdlotsen för fortsatt administration.

- skicka nödvändiga underlag i form av remiss\*, journalutdrag med mera till den berörda vårdenheten
- den nya vårdenheten informera patienten om tid och plats för besöket/behandlingen
- stryka patienten från den egna planeringslistan

Vårdlots ska:

- informera patienten om regler för vård- och behandlingsgarantin, och förvissa sig om att patienten har uppfattat informationen
- fråga patienten om han/hon är intresserad av att få sitt besök/behandling utfört i annat landsting/region
- informera om var han/hon kan få vården och aktuella väntetider (se Väntetider i Vården)
- kontakta den nya vårdenheten
- följa upp om det finns behov av följeslagare och/eller behov av resa med servicebil. I så fall ska intyg inhämtas från remitterande klinik.
- informera serviceresor om att patienten har rätt till ersättning enligt gällande ”Regelverk för sjukresor” samt skicka över eventuella intyg om behov av följeslagare och/eller resa med servicebil
- skicka underlag till ekonomiavdelningen med uppgift om patientens namn och personnummer samt plats för besök/behandling hos vårdenheten utanför regionen

\*Remiss/betalningsförbindelse behövs inte för ett första öppenvårdsbesök, oavsett var det sker i landet. Det krävs inte heller till vård inom länssjukvården (gäller både öppen och sluten vård) inom södra sjukvårdsregionen, eller vid motsvarande vård i Jönköpings och Kalmar län. Undantag kan finnas bland privata utförare.

### Regler för reseersättning

För resa i samband med vård inom ramen för vård- och behandlingsgarantin, gäller att patienten har rätt till reseersättning i enlighet med gällande ”Regelverk för patientresor”. Regelverket omfattar resor såväl inom som utom länet. Om vården ges utanför

länet ska serviceresor informeras av personalen på den remitterande kliniken.

En eventuell följeslagare, i samband med vård enligt vård- och behandlingsgarantin, ersätts i enlighet med de regler som gäller för patienten, men utan avdrag för egenavgift. Om det finns behov av övernattning har man också rätt till ersättning, som kan gälla både patient och anhörig/följeslagare. Reglerna om följeslagare och övernattning finns i ”Regelverk för patientresor”

### Riktlinjer för patientvald väntan (PvV)

Vårdgarantins intention är att erbjuda alla patienter vård inom vårdgarantins tidsgränser. Med patientvald väntan (PvV) menas att patienten själv uttryckligen tackar nej till erbjudande om besök eller behandling inom vårdgarantins tidsgräns. Patienten kan när som i processen åberopa sin vårdgaranti. Startdatum blir då den dagen man åberopar vårdgarantin.

Erbjuden tid	Patienten får en ”kallelse” med erbjudande om vårdkontakt (datum och klockslag)
Överenskommen tid	Kliniken kontaktar patienten per telefon alternativt patienten ringer till kliniken och tid för vårdkontakt avtalas (datum och klockslag)

Anmärkning: Bokning via 1177 vårdguiden och ”boka direkt” = överenskommen tid

Generellt gäller att klinikerna skall vara lyhörda för önskemål om att omboka en erbjuden tid, utan att ifrågasätta skälet. När patienten vill boka om en tid, bör ny tid erbjudas direkt när patienten ringer. Det är olämpligt att skicka ny kallelse med risk för att inte heller ny tid passar.

När kliniken skickar ”kallelse på kallelse” finns ingen gräns för hur många gånger patienten kan omboka erbjuden tid. Däremot bör antalet ombokningar av överenskommen tid begränsas till två tillfällen (tre tider med ursprungligt erbjuden tid inräknad). Därefter kan remissen återsändas till remittenten och patienten informeras. Medicinskt ansvarig ska alltid värdera patientens autonomi och medicinska behov innan beslut om återremittering tas. Följande tabell ger exempel på olika vårdsituationer med beskrivning av om patientvald väntan (PvV) skall registreras eller inte.

Vårdsituation	PvV	Kommentar
Patienten vill omboka en erbjuden tid i kallelse och ny tid kan inte ges inom tidsgränsen (exakt tid eller tidsintervall)	NEJ	Orsaken till att patienten vill omboka erbjuden tid är dennes ensak.



Patienten vill omboka en överenskommen/avtalad tid och ny tid kan ges inom tidsgränsen	NEJ	
Patienten vill omboka en överenskommen/avtalad tid men ny tid kan <b>inte</b> ges inom tidsgränsen	JA	
Patienten har en bokad tid. Kliniken avbokar tiden på grund av sjukdom hos t.ex. läkare eller av annat skäl. Ny tid kan inte ges inom tidsgränsen.	NEJ	Ange vårdrelaterade skäl
Kliniken kan inte erbjuda patienten vårdkontakt inom tidsgränsen, men informerar inte om möjligheten till vård på annat sjukhus med kortare väntetid. Patienten erbjuds tid bortom tidsgränsen på egen klinik – en tid som patienten inte ifrågasätter.	NEJ	Alla patienter som riskerar att få vänta mer än tidsgränsen på besök eller behandling ska informeras om möjligheten till vårdkontakt på annan enhet med kortare väntetider. När så inte sker, kan PvV inte registreras.
”Hemmasjukhuset”/länskliniken kan inte erbjuda vårdkontakt inom tidsgränsen och patienten erbjuds kontakt på annat sjukhus med kortare väntetid i eller utanför eget landsting/region. Patienten tackar uttryckligen nej till vårdkontakt på annat sjukhus, det vill säga accepterar att vänta över tidsgränsen.	JA	Patient som själv väljer att vänta över tidsgränsen på ”hemmasjukhuset”, ska registreras som väntande med PvV
”Hemmasjukhuset”/länskliniken kan inte erbjuda vårdkontakt inom tidsgränsen. Ingen annan klinik i landet kan heller erbjuda vårdkontakt inom tidsgränsen.	NEJ	Kapacitetsbrist inom sjukvården kan aldrig registreras med PvV
Patienten erbjuds behandling inom tre månader, men meddelar uttryckligen att man inte vill eller kan komma.	-	Patienten ska vara informerad om vårdgarantin och konsekvenserna av att tacka nej till erbjudande om vård inom vårdgarantins tidsgräns.  Vid operationsanmälan i TM (=Craft):

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ändra bevakningsdatum till när patienten önskar sin behandling. Ändra beslutsdatum till tre månader före bevakningsdatum.</li> </ul> <p>Vid bokningsunderlag:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ändra bevakningsdatum till när patienten önskar sin behandling, ange avvikelseorsak patientvald väntan (PvV).</li> </ul>
Patienten är osäker på om man vill komma på besök eller bli behandlad/opererad överhuvudtaget	-	Återsänd vårdbegäran till remittenten och meddela att patienten är tveksam till vårdkontakt i specialiserad vård
Patienten vill träffa en särskild läkare trots att väntetiden överstiger tidsgränsen	JA	Patienten ska registreras som väntande
Patienten uteblir från planerad vårdkontakt. Vid senare direktkontakt träffas överenskommelse om tid för ny vårdkontakt.	NEJ	Informera patienten om att vid ett andra uteblivande kommer remissen att returneras till remittenten. Medicinsk ansvarig ska alltid värdera patientens autonomi och medicinska behov innan beslut om återremittering tas.
Patienten uteblir en eller flera gånger och/eller går inte att nå via brev eller telefon (inklusive patienter med skyddad adress)	-	Om kliniken inte kan nå patienten trots upprepade försök, återsänds remissen till remittenten.

### Riktlinjer för medicinskt orsakad väntan (MoV)

”Medicinskt orsakad väntan (MoV)” - hälso- och sjukvårdspersonal bedömer och beslutar att patientens hälsotillstånd (av medicinska skäl) inte tillåter att planerat förstebesök/behandling genomförs. När hälsotillståndet åter

tillåter behandling, ändra bevaknings- och beslutsdatum Ta bort avvikelseorsaken.

När medicinskt orsakad väntan (MoV) skall registreras, visas i följande tabell. Väntande som ingår i gruppen MoV kan exkluderas vid redovisningen av väntande då dessa inte är aktivt väntande.

Vårdsituation	MoV	Kommentar
Patienten drabbas av akut sjukdom/skada, som bedöms förlänga väntetiden avsevärt	JA	
En bakomliggande allvarlig sjukdom upptäcks under väntetiden som bedöms förlänga väntetiden avsevärt	JA	
Tillfällig sjukdom av relativt övergående slag som kliniken bedömer hindrar planerad vårdkontakt. Kliniken <b>KAN</b> erbjuda ny tid inom tidsgränsen.	NEJ	Erbjud patienten ny tid snarast möjligt
Tillfällig sjukdom av relativt övergående slag som kliniken bedömer hindrar planerad vårdkontakt. Ny tid inom tidsgränsen <b>KAN INTE</b> erbjudas.	JA	
Patienten ska genomgå behandlingar i omgångar under en längre tid enligt särskilt vårdprogram (t.ex. stentbyte, gomspaltoperationer, TS-operationer, ”trattbröst”, nedläggning av stomi, hudtransplantationer efter brännskada, vissa plastikkirurgiska rekonstruktioner). Registrering som väntande möjliggör klinikens långsiktiga planering.	JA	Registrering av MoV kan <b>INTE</b> ske för den inledande operationen/åtgärden – enbart de efterföljande
Annan åtgärd ska ske på egen eller annan klinik före planerad vårdkontakt (t.ex. radiologisk undersökning, ultraljudsundersökning, arbets EKG)	NEJ	Om vissa genomförda undersökningar är förutsättningen för den första planerade vårdkontakten, bör överenskommelser träffas med remittenterna om vilka undersökningar som ska ha

		gjorts före remittering
Patientens problem kräver särskild medicinsk kompetens, men sådan finns inte tillgänglig inom tidsgränsen	NEJ	Lång väntetid på grund av kapacitets- eller kompetensbrist inom kliniken kan aldrig registreras med medicinskt orsakad väntetid

### Planerad vård utanför vårdgaranti (PUV)

Ska användas då vårdgarantin inte gäller:

- Utredning (undantag: barn- och ungdomar med psykisk ohälsa 0 till och med 17 år)
- Hjälpmedel (det vill säga utprovning och tillhandahållande av rullstol, benprotes med mera). Utprovning av hörapparat ingår i vårdgarantin.
- Information och undervisning
- Administrativ handläggning
- Intyg
- Hälsoundersökningar
- Återbesök/kontrollbesök
- Återbesök/kontrollbesök som registreras som undersökningar i TM (=Craft)
- Kontroll/Nybesök av ett påbörjat hälsoproblem i ett annat landsting/region för en nyinflyttad patient som behandlats där. Registrera som nybesök med avvikelseorsak planerat besök utanför vårdgarantin.
- Kontroll- och nybesökspatient som övergår från barnkliniken till annan vårdenhet inom regionen. Registrera som nybesök med avvikelseorsak planerat besök utanför vårdgarantin.

### Fritt vårdsökande

Patienten har rätt att söka vård var patienten vill, såväl inom som utom länet, så länge den är offentlig finansierad eller har avtal med något landsting eller region (privata vårdgivare). När patienten söker fritt vårdsökande får patienten själv stå för rese- och boendekostnader men hemlandstinget/regionen står för vårdkostnaderna.

Patienten som utnyttjar det fria vårdvalet får själv informera sig om möjligheten att få vård i annat landsting/ region, välja vårdgivare och avtala tid för besök eller behandling. Patienten får själv skicka handlingar och underlag till mottagande klinik.

Det fria vårdvalet omfattar inte högspecialiserad vård.

### Öppen vård:

Ingen betalningsförbindelse krävs.

### Sluten vård:

Betalningsförbindelse krävs från den klinik där patienten skulle fått behandling om patienten sökt vård i Region Kronoberg.

### Undantag:

För vård inom södra sjukvårdsregionen, det vill säga Skåne, Region Halland samt landstinget Blekinge, behövs ingen betalningsförbindelse. Motsvarande gäller även enligt samverkansavtal med landstingen i Jönköping- och Kalmar. Undantag kan förekomma.

### Rutin för registrering i Cambio Cosmic

- Remiss inkommer till specialiserade vården
- Remissen fördelas till olika team, eller läggs direkt i respektive läkares inkorg (rutin olika på våra sjukhus)
- Remissen bedöms av läkare eller annan utsedd vårdpersonal som beslutar om vad som ska ske, t ex nybesök eller ibland direkt operation/behandling. Detta noteras i planeringsrutan under hantera remisser
- Den bedömda remissen accepteras, a) nytt vårdåtagande skapas. b) Om det redan finns en remiss/pågående vårdåtagande för aktuellt problem : Se riktlinjer vårdbegäran och konsultremiss interna webben <http://dokpub.regionkronoberg.se/OpenDoc.aspx?Id=63878>
- Remiss som ska avvisas behöver inte först accepteras för att läkare ska kunna avvisa. Skriv i planeringsrutan att remissen ska avvisas. Se riktlinjer vårdbegäran och konsultremiss interna webben <http://dokpub.regionkronoberg.se/OpenDoc.aspx?Id=63878>
- Om patienten inte kan erbjudas tid direkt, skicka remissbekräftelse och lägg upp ett bokningsunderlag till planerade vårdåtgärder. För remisser som avser operation skrivs en operationsanmälan i TM (=Craft), remissbekräftelse skickas inte.
- Om patienten kan erbjudas en tid direkt lägg upp ett bokningsunderlag och erbjud en tid i ett brev. Välj rätt remissbekräftelse inom eller utom vårdgarantin. Patient kan även erbjudas en tid direkt genom telefonkontakt.
- Remissbekräftelsen scannas in i journalen under anteckningsmall sökord remissbekräftelse.
- I bokningsunderlaget läggs den medicinska prioriteten in t ex 2 och man väljer bevakningsdatum. Det är viktigt att titta på när remissen skrevs så att rätt bevakningsdatum sätts

- Rutan för första kontakt i väntetidsuppföljningen måste kryssas i vid nybesök (ViV).
- När det gäller behandling/operation sätter man väntetidsuppföljningsdatum när läkaren beslutar om behandling/operation.(ViV)
- Vid ombokningar viktigt att välja rätt orsak, inte bara välja den översta orsaken
- När remisser kommer från akutmottagningen (vårdåtagande som börjar på AK) och patienten blir inlagd måste man byta/avsluta vårdåtagande när patienten lämnar sjukhuset.

Sökväg till rutin på webben: Riktlinjer vårdbegäran och konsultremiss

<http://dokpub.regionkronoberg.se/OpenDoc.aspx?Id=63878>

### Uppföljning av vårdgarantin

Samtliga landsting/regioner deltar i den nationella tillgänglighetsuppföljningen och resultat rapporteras regelbundet till en särskild nationell väntetidsdatabas, som samordnas och förvaltas av Sveriges Kommuner och Landsting (SKL).

Uppföljningen av vårdgarantin har följande innehåll.

Vårdgaranti		Nationell uppföljning	
Område	Innebörd (kortfattat)	Nyckeltal	Periodicitet
Primärvård			
0	Kontakt med primärvården samma dag man ringer	Andel besvarade telefonsamtal	Två gånger per år
3	Patienten ska få medicinsk bedömning av läkare eller annan legitimerad hälso-sjukvårdspersonal inom primärvård	Andel genomförda besök inom högst tre dagar	Varje månad
Specialiserad vård			
90	Förstabetesök i specialiserad vård inom högst 90 kalenderdagar efter beslut om vårdbegäran/remiss	Andel väntande patienter som väntat högst 90 dagar  Andel faktiskt	Varje månad

Giltig fr.o.m: 2019-04-03

Giltig t.o.m: 2021-02-20

Identifierare: 44987

Vård- och behandlingsgaranti - rutiner för medarbetare



		genomförda besök inom högst 90 dagar	Varje månad
90	Behandling (operation/åtgärd) i specialiserad vård inom högst 90 kalenderdagar efter beslut om behandling	Samma nyckeltal som för besök enligt ovan	Samma periodicitet som för besök enligt ovan