

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2025-03-06

Innehållsansvar: Markus Håkansson, (marha68), Verksamhetschef

Giltig till: 2025-12-12

Granskad av: Flera granskare finns - se eftersättsblad

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

Remissregler för bild- och funktionsmedicin

Huvudbudskap

Riktlinjen kompletterar ”Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård” och tydliggör betydelsen av berättigandebedömning och andra patientsäkerhetsaspekter samt kommunikationen mellan remittent och utförande enhet inom Bild- och funktionsmedicin.

Förändringar sedan föregående version

Förtydligande kring att frågeställning i remissen ska vara riktad och begränsad, om ett specifikt vårdförlopp är aktiverat för patienten ska det anges i remissen, vad utförande enhet beskriver och bedömer i svaret, hur svaret ska utformas samt vissa situationer där utförare ska kontakta remittent.

Bakgrund

En remiss till Bild- och funktionsmedicin (BFM) utgör en beställning av en tjänst. För patientsäkra arbetssätt och en god tillgänglighet ska remittenten tillhandahålla sådan remissinformation som definieras i de generella remissreglerna, beakta författningar från Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) och i övrigt följa anvisningar som ges för att undersökningar ska kunna utföras på ett säkert sätt. Riktlinjen baseras på SOSFS 2004:11, SSMFS 2018:5 och [Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård](#).

Remissregler

Allmänt

För att gälla måste remissen vara beställd av hälso- och sjukvården som en tjänst där betalningsförbindelse ingår. Vårdbegäran för egen räkning (egenremiss) är inte möjlig.

Remiss får endast skickas till en utförande enhet och i normalfallet inte längre tid innan en undersökning än 13 månader för att undvika inaktuella uppgifter om patientens hälsotillstånd.

- Skicka remiss till BFM i första hand elektroniskt.
- Uppge remittentens HSA-ID.
- För möjlighet till dialog kring patienten ange remittentens eller annan lämplig kontaktpersons telefonnummer.
- Ange telefonnummer till patient.
- Beakta regionala medicinska riktlinjer, standardiserade vårdförlopp och motsvarande där så är tillämpligt.

Särskilda regler rörande berättigandebedömning och patientsäkerhet

Alla undersökningar som utförs inom BFM ska vara berättigade, det vill säga nyttan med undersökningen ska vara större än risken som patienten utsätts för. Strålsäkerhetsmyndigheten (SSM) är särskilt tydlig med att varje bestrålning med joniserande strålning på förhand ska vara bedömd som berättigad med hänsyn till syftet med bestrålningen och den bestrålades individuella förutsättningar. Det finns också förhållanden som kan innebära en kontraindikation på undersökningar inom BFM.

Remitterande enhets ansvar:

- Berättigandebedömning ska alltid göras när remissen utfärdas. Det innebär att remittenten måste ha tillräcklig medicinsk kunskap och utbildning i riskerna med joniserande strålning, och andra eventuella risker med den aktuella undersökningen.
- Om remittenten inte är läkare eller tandläkare ska det framgå av remissen och det ska finnas rutiner för hur remittentansvaret tas under sådana förutsättningar, som till exempel en överenskommelse mellan remittent och remissmottagare.

- Patienten ska vara välinformerad och samtycka till att undersökningen bör göras.
- Remissen ska innehålla komplett och relevant anamnes för frågeställningen.
- Frågeställningen ska vara tydlig riktad och begränsad. Önskad undersökningstyp ska anges.
Om remittenten anser att begärda undersökningsmetod inte bör ändras av remissmottagande enhet ska detta särskilt framkomma i remissen och motiveras
- Om remissen ingår i ett standardiserat eller personcentrerat sammanhållet vårdförlopp ska det anges vilket specifikt vårdförlopp remissen ska handläggas enligt.
- En kontroll måste ske för att utesluta att patienten redan har genomgått en undersökning som skulle kunna besvara aktuell frågeställning. Detta för att bland annat undvika onödig strålning, belastning på njurar av kontrastmedel, samt av resursskäl
- För undersökningar där kontrastmedel kan komma att användas är det obligatoriskt att uppge relevanta kända överkänslighetsreaktioner hos patienten samt senaste S-kreatininvärde, vikt, längd och riskfaktorer (till exempel nedsatt njurfunktion, diabetes, dehydrering, hjärtsvikt, metformin, NSAID). Detta gäller särskilt för undersökningar med datortomografi, MR, PET/CT eller PET/MR. Mer information om checklistor och kontraindikationer ges av mottagande enhets rutiner.
- Vid remiss till en MR-undersökning måste MR-specifika kontraindikationer vara kända och för ändamålet ska ett frågebatteri besvaras, elektroniskt via remissen eller via speciellt framtagen checklista som bifogas med remissen. Mer information om checklistor och kontraindikationer ges av mottagande enhets rutiner.
- Vid remittering av barn och gravida ska riskerna med joniserande strålning övervägas särskilt.

Mottagande enhets ansvar:

- Patienten har rätt att inte bestrålas eller ges kontrastmedel i onödan. Utförande enhet har skyldighet att ta ställning till om en undersökning inte ska genomföras av berättigande- eller annat patientsäkerhetsskäl. Remittenten ska då alltid kontaktas.

- Utförande enhet ska välja och använda den undersökning som bäst besvarar frågeställningen utifrån remissinnehållet oavsett vilken undersökning som efterfrågas i remissen.
- I de fall remittenten önskat en undersökning som utförande enhet anser obefogad ska utförande enhet kontakta remittenten direkt eller återsända remissen med information om varför.
- Utförande enhet ska alltid beakta tidigare remisser och undersökningar för att utesluta att en undersökning som kan svara på frågeställningen redan är utförd.
- Om undersökningen/behandlingen är akut och en fördröjning därvidlag skulle kunna vara till skada för patienten har utförande enhet rätt att ändra undersökningsmetod utan föregående kontakt med remitterande enhet.
- Anamnes och frågeställning styr vad som beskrivs och bedöms i svaret. Bedömande läkare kan inte förväntas identifiera alla eventuella patologier utan undersökningen är fokuserad på aktuell frågeställning eller det som framgår av anamnes. Bifynd beskrivs om de uppmärksammas.
- Utförande enhet ska alltid kontakta remittent eller remitterande enhet om ett undersökningsfynd kan föranleda akut åtgärd av ej förväntat akut eller allvarligt fynd.
- Svaret ska svara på frågeställningen och vara anpassat efter mottagaren. Normala fynd och normalvarianter beskrivs endast om de är relevanta för frågeställningen eller med hänsyn till anamnesen. Sammanfattande bedömning används för att snabbt ge en beskrivning av patologi i långa utlåtanden.
- Undersökning ska utföras inom den tid som anges genom den medicinska prioriteringen av remissen eller inom fastställd ledtid för SVF.
- Måltal för genomförandet av samtliga undersökningar efter mottagande av remiss är maximalt 60 dagar.
- Måltal för tid från genomförd elektiv undersökning till svar är 5 arbetsdagar.

Uteblivet besök eller ombokning

Om patienten uteblir från undersökningen utan att meddela sig debiteras patienten för uteblivet besök. Patienten kallas till ytterligare ett besök och om patienten uteblir igen returneras remissen i normalfallet inom tre dagar.

Ändring av undersökningstid medges i normalfallet vid ett tillfälle, därefter returneras remissen till remittent. Ombokningstiden ska ligga inom medicinsk prioriteringsgräns eller inom målgränsen 60 dagar. Undantag från ovan kan göras om särskilda skäl föreligger.

Valfrihet inom radiologin regleras i Riksavtalet för medicinsk service se [Medicinsk service](#) och [Tillämpningsanvisningar Valfrihet i vården](#) (VGR).

För ledtider och generella regler för remisser hänvisas till remissregler i VGR [Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård](#)

Referenser

- [SOSFS 2004:11](#)
- [SSMFS 2018:5](#)
- [Regional medicinsk riktlinje - Remiss inom hälso- och sjukvård](#)

Innehållsansvarig

Samordningsråd Bild- och Funktionsmedicin.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Markus Håkansson, (marha68),
Verksamhetschef

Granskad av: Eva Wallström, (evawa3), Strateg, Hanne
Wallström, (hansv11), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-38

Version: 2.0

Giltig från: 2025-03-06

Giltig till: 2025-12-12