

Samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård samt hantering i Lifecare samordnad planering vid utskrivning(SPU) - Hälso-och sjukvård Region Gävleborg samt länets kommuner

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	2
2.	Allmänt	2
3.	Ansvar och roller	3
3.1.	Hälso- och sjukvårdsdirektör Region Gävleborg	3
3.2.	Socialchef/förvaltningschef i respektive kommun	3
3.3.	Hälsovalschef	3
3.4.	Berörda verksamhetschefer för hälso-och sjukvård inom Region Gävleborg och länets tio kommuner	3
3.5.	Berörd medarbetare	3
4.	Beskrivning	3
4.1.	Identifiera målgruppen - Slutenvård	3
4.2.	Avläsningstider Lifecare SPU	4
4.3.	Kvittering	4
4.4.	Inskrivningsmeddelande	4
4.4.1.	Slutenvård	4
4.4.2.	Regionens öppenvård, Kommunens socialtjänst, Kommunens hälso-och sjukvård	5
4.5.	Vårdbegäran – Regionens öppenvård, Kommunens hälso-och sjukvård	5
4.6.	Planeringsunderlag	5
4.6.1.	Tolkning färgspår blå, grön, gul och röd	6
4.7.	Fast vårdkontakt - Regionens öppenvård, Kommunens hälso-och sjukvård	6
4.8.	Löpande planering under vårdtiden - alla parter	7
4.8.1.	Korttidsvistelse	7
4.8.2.	ADL-status- Regionens slutenvård	7
4.9.	Generellt meddelande	8
4.10.	Meddelande om utskrivningsklar	8
4.10.1.	Slutenvård	8
4.10.2.	Regionens öppenvård, Kommunens socialtjänst, Kommunens hälso-och sjukvård	8
4.11.	Utskrivningsmeddelande	8
4.11.1.	Slutenvård	8
4.11.2.	Regionens öppenvård, Kommunens socialtjänst, Kommunens Hälso-och sjukvård	9
4.12.	Patientinformation	9
4.13.	Information till patienten vid utskrivning	9

4.14.	Informationsöverföring till berörda enheter	10
4.15.	Bilaga fysioterapi, arbetsterapi, psykiatri – Regionens slutenvård	10
4.16.	Meddelande utanför vårdtillfälle	10
4.16.1.	Meddelande i Lifecare för patient som inte tillhör målgruppen för lagen om samordnad planering	10
4.17.	Kallelse till Samordnad individuell planering.....	11
5.	Plan för kommunikation och implementering	11
6.	Dokumentinformation	11
7.	Referenser	12

1. Syfte och omfattning

Detta dokument ger vägledning till berörda medarbetare i länets kommuner och Region Gävleborg gällande arbetssätt för gemensamma patienters sjukhusvistelse. Dokumentet ger även anvisningar för hantering av det digitala stödsystemet Lifecare samordnad planering som hanterar utskrivningsprocessen.

2. Allmänt

Utredningen ”Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård” (SOU 2015:20) genomfördes som en del i den stora utredningen ”Effektiv vård” (SOU 2016:2). Delutredningen resulterade i att Betalningsansvarslagen (BAL 1990: 1404) upphävdes vid årsskiftet 2017/2018 och ersattes av en ny Lag (2017:612) ”Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård”.

I nya lagens syfte anges att särskilt främja att en patient ska skrivas ut från slutenvården så snart som möjligt efter det att den behandlande läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar. Målgrupp är patienter som efter utskrivning behöver hälso- och sjukvård av den regionfinansierade öppna vården och också har behov av insatser från kommunalt finansierad socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård (hemsjukvård). Lagen föreslår att huvudmännen ska göra obligatoriska överenskommelser om samverkan kring utskrivning av patienter. Region Gävleborg och länets 10 kommuner har tecknat en ”Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård i Gävleborg”

Överenskommelser Samverkanswebben

Samverkan i Gävleborg fastställer att den enskildes livskvalitet står i centrum för överenskommelsens parter, och att huvudmännen är varandras förutsättningar för att åstadkomma goda insatser ur ett helhetsperspektiv för den enskilde. Patientens delaktighet är grundläggande för samverkan och tillit till varandra präglar i kontakter på alla nivåer.

3. Ansvar och roller

3.1. Hälso- och sjukvårdsdirektör Region Gävleborg

Fastställare av denna rutin och göra denna rutin känd

3.2. Socialchef/förvaltningschef i respektive kommun

Ansvarar för att göra denna rutin känd

3.3. Hälsovalschef

Ansvarar för att göra denna rutin känd

3.4. Berörda verksamhetschefer för hälso-och sjukvård inom Region Gävleborg och länets tio kommuner

Ansvarar för att göra denna rutin känd och införd på alla enheter

3.5. Berörd medarbetare

Ansvar för att känna till och använda rutinen i dagligt arbete

4. Beskrivning

4.1. Identifiera målgruppen - Slutenvård

Syfte med ankomstsamtalet är att säkerställa patient/närståendes delaktighet.

Samtalet ska också bidra till bedömning av:

- Patientens behov under sjukhusvistelsen och efter utskrivning
- Om patienten tillhör den målgrupp* som IT-stödet Lifecare SPU används för
- Vilka enheter som i så fall är aktuella för att erhålla inskrivningsmeddelande i Lifecare. Detta ska skickas inom 24 timmar
- Den beräknade tidpunkten för utskrivning som läkaren ska ange i inskrivningsmeddelandet

** Målgruppen = en enskild som efter utskrivningen har eller bedöms komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och/eller den regionfinansierade öppna vården.*

Ankomstsamtal med patient/närstående genomförs vid både oplanerad och planerad inskrivning i all sluten vård i Gävleborgs län. Patienten/närstående ska om möjligt aktivt delta i planering och genomförande av sin vård. Om patienten bedöms tillhöra målgruppen ska patienten och/eller närstående erhålla informationsbroschyren "Allt du behöver veta innan du ska hem".

4.2. Avläsningstider Lifecare SPU

Alla parter ska läsa av systemet samt bevaka och kvittera inkomna meddelanden kl. 09.00 och kl. 13.00 alla vardagar samt dag 3 vid länge sammanhängande röda dagar/helgdagar. Patienter som ska skrivas ut under helgen eller på röda dagar/helgdagar ska planeras av samtliga parter under vardagen innan helgen/röd dag/helgdag. Då ska det även kontrolleras om kallelse till SIP inkommit.

4.3. Kvittering

Den som kvitterar har ett ansvar att involvera övriga berörda yrkeskategorier vid enheten. Detta bör säkerställas i lokala rutiner.

4.4. Inskrivningsmeddelande

4.4.1. Slutenvård

När det framkommit att patienten har insatser från kommunens socialtjänst och/eller kommunens hälso- och sjukvård ska ett "blankt/tomt" inskrivningsmeddelande skickas omgående vid inskrivning. Detta för att upplysa om att patienten är inskriven på sjukhus. Samtycke behövs inte för detta.

Om den behandlande läkaren i samråd med övriga yrkesprofessioner, när en patient skrivs in i den slutna vården, bedömer att patienten efter utskrivning kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården (om patienten redan är inskriven där) eller den regionfinansierade öppna vården, ska den slutna vården underrätta de berörda enheterna om detta behov genom ett inskrivningsmeddelande.

När patienten tillhör målgruppens ska inskrivningsmeddelandet skickas senast 24 timmar efter inskrivningen och där ska framgå beräknad tidpunkt för utskrivning. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer, folkbokföringsadress och beräknad tidpunkt för utskrivning. Inskrivningsorsak kan enbart anges om patienten lämnar samtycke. Samtycke ska inhämtas och registreras i IT-stödet. Inhämtat samtycke från sjukhusvården gäller för samtliga parter inom Region Gävleborg (offentlig såväl privata vårdgivare på uppdrag av Region Gävleborg) samt kommunens hälso- och sjukvård.

Viktigt att ange patientens mobilnummer eller annat sätt patienten kan nå på. Ange även närståendes telefonnummer så att de kan kontaktas vid behov.

Den slutna vårdens angivna tidpunkt för utskrivning ska styra patientens slutenvårdsprocess.

Om den beräknade tidpunkten för utskrivning nödvändigtvis måste ändras ska det vara av medicinsk orsak. Ett nytt inskrivningsmeddelande med ny beräknad tidpunkt för utskrivning ska då omedelbart skickas till berörda parter. Detta är det datum mottagande enheter tillsammans med patienten ska planera utifrån.

När det bedöms att en patient som bor i ordinärt boende kommer att behöva fortsatt hälso- och sjukvård efter utskrivning ska endast den regionfinansierade öppna vården få inskrivningsmeddelande. Däremot, om en patient redan är inskriven i den kommunala hälso- och sjukvården, ska både den kommunala hälso- och sjukvården och den regionfinansierade öppna vården underrättas med ett inskrivningsmeddelande.

Om någon part missats initialt så ska ett nytt inskrivningsmeddelande skickas av slutenvården, exempelvis om det inte har framkommit att patienten är inskriven i hemsjukvård.

Slutenvården är den part som ansvarar för att i aktuella fall skicka ett nytt inskrivningsmeddelande om huvudansvaret för patientens planering ändras under vårdtiden, exempelvis inom psykiatrisk slutenvård om en patient initialt bedöms tillhöra primärvård men under vårdförloppet bedöms ska ha sin huvudsakliga uppföljning inom den psykiatriska öppenvården. Då ska slutenvården skicka nytt inskrivningsmeddelande för att fast vårdkontakt ska utses på rätt ställe. *Även meddelande till primärvård om att detta skett, via generellt meddelande.*

Om läkaren, i samråd med övriga professioner, först senare i vårdförloppet bedömer att en patient kan komma att behöva insatser efter utskrivning, ska den slutna vården skicka inskrivningsmeddelande till berörda senast 24 timmar efter det att den bedömningen gjordes. Det datum som ska anges i IT-stödet är bedömningsdatum, inte inskrivningsdatum i den slutna vården.

4.4.2. Regionens öppenvård, Kommunens socialtjänst, Kommunens hälso- och sjukvård

Inkommit inskrivningsmeddelande kvitteras och den egna planeringen påbörjas omgående så att det är klart med nödvändiga insatser vid den beräknade tidpunkten för utskrivning. Om någon mottagande part har kunskap att patienten har insatser från fler parter än de som fått inskrivningsmeddelande ska detta meddelas den slutna vården via generellt meddelande, så att inskrivningsmeddelande även skickas från slutenvården till denna part.

4.5. Vårdbegäran – Regionens öppenvård, Kommunens hälso- och sjukvård

Fylls i av regionfinansierade öppenvård och/eller kommunens hälso- och sjukvård (ordinärt och särskilt boende) gällande kända patienters status. Om vårdbegäran fylls i innan inskrivningen i den slutna vården är dokumentet tillgängligt 48 timmar.

4.6. Planeringsunderlag

Underlaget blir synligt för de som fått inskrivningsmeddelandet. Frågorna besvaras så fort som möjligt. Slutna vården besvarar sina frågor och uppdaterar

vid behov. Regionfinansierad öppenvård, kommunens hälso-och sjukvård och kommunens socialtjänst besvarar sina.

Under vårdtiden ska svaren uppdateras löpande av alla parter. Har någon part svarat "vet ej" i planeringsunderlaget ska det uppdateras när ny information inhämtats. Vid uppdatering av planeringsunderlaget *kom ihåg att ange datum* så att berörda parter ser vad som är nytt.

Utöver vägledning för patientens planering kan svaren leda till patientens färgspår, som bidrar till att den fasta vårdkontakten även får en visuell vägledning till beslutet om en samordnad individuell planering är aktuell, och i så fall när och var den är mest optimal för patienten att genomföra. Det är ett stöd och inte styrande, individuell bedömning gäller alltid.

4.6.1. Tolkning färgspår blå, grön, gul och röd

- **Blå**
Endast behov av insats/er från socialtjänsten
Inget behov av samordning = ingen SIP
- **Grön**
Har insatser sedan tidigare som vid utskrivning är oförändrade
Om SIP saknas ska sådan upprättas efter utskrivning
Om SIP finns ska denna uppdateras efter utskrivning
Kräver ingen akut samordning efter utskrivning. Samordnad individuell planering kan ske i hemmet 1-3 veckor efter utskrivning
- **Gul**
Behov av nya/förändrade insatser/åtgärder
Med eller utan tidigare upprättad SIP
Upprätta eller följ upp SIP i nära anslutning till hemgång, inom en till sex dagar
- **Röd**
Behov av omfattande och/eller nya förändrade insatser/åtgärder
Med eller utan tidigare upprättad SIP
Behov av att inleda SIP i direkt anslutning till hemgång eller på sjukhus innan hemgång

4.7. Fast vårdkontakt - Regionens öppenvård, Kommunens hälso-och sjukvård

Efter inskrivningsmeddelandet kommit från slutna vården till enhet i den regionfinansierade öppna vården – ofta primärvården, ska verksamhetschefen för den enheten ytterst ansvara för att en fast vårdkontakt skyndsamt utses för patienten. Om patienten redan har en fast vårdkontakt inom den regionfinansierade öppna vården får denne fortsätta.

När patienten bor på särskilt boende/vård- och omsorgsboende eller bor i ordinärt boende och är inskriven i kommunal hemsjukvård är kommunens sjuksköterska fast vårdkontakt i normalfallet. *Observera* att sjuksköterska på korttidsboende/vistelse inte är fast vårdkontakt eftersom man aldrig bor på korttids.

En patient kan ha flera fasta vårdkontakter men endast en är samordningsansvarig vid utskrivningen. Den samordningsansvarige fasta vårdkontakten har alltid samordningsansvaret i utskrivningsprocessen och ansvarar för att kalla till samordnad individuell planering.

Namn given fast vårdkontakt ska anges i Lifecare SPU.

4.8. Löpande planering under vårdtiden - alla parter

Den slutna vården ansvarar för att uppdatera statusförändringar hos patienten löpande. Beroende på vad det handlar om används:

- Planeringsunderlag
- ADL-status

Alla parter ansvarar för att hålla planeringsunderlaget uppdaterat. Har någon part svarat "vet ej" i planeringsunderlaget ska det uppdateras när ny information inhämtats.

Patientinformationen används för det som socialtjänst, regionens öppna vård och/eller hemsjukvård kommer överens med patienten om. Den slutna vården sammanfattar vårdförloppet i patientinformationen till patienten i slutet av slutenvårdsvistelsen

4.8.1. Korttidsvistelse

Om socialtjänstens myndighetsutövare beviljar den enskildes ansökan om korttidsvistelse ska det dokumenteras i patientinformationen. Den fasta vårdkontakten ska då vidarebefordra inskrivningsmeddelandet till den kommunala hälso- och sjukvården. Detta görs för att information i Lifecare SPU ska bli åtkomlig för berörda medarbetare på korttids. *Observera* att sjuksköterska på korttidsboende/vistelse inte är fast vårdkontakt eftersom man aldrig bor på korttids. Se även 4.17

4.8.2. ADL-status- Regionens slutenvård

ADL-status används av den slutna vården vid inskrivning och fortlöpande vid förändring av status.

4.9. Generellt meddelande

Används för dialog mellan berörda parter och är att föredra istället för telefonkontakt. Är informationen riktad till specifik yrkesprofession, specificera detta i ämnesraden till enheten samt ange vad ärendet handlar om. När utskrivningsmeddelandet är kvitterat kan inte generellt meddelande användas längre. Vid behov av kompletterande uppgifter kan "Meddelande utanför vårdtillfälle" användas se även punkt 4.16.

4.10. Meddelande om utskrivningsklar

4.10.1. Slutenvård

Meddelande om att en patient är utskrivningsklar ska skickas när patienten av läkare bedömts vara utskrivningsklar. Med utskrivningsklar avses att en patients hälsotillstånd är sådant att den behandlande läkaren har bedömt att patienten inte längre behöver vård vid en enhet inom den slutna vården. Meddelandet skickas så snart som möjligt till den eller de enheter som fått inskrivningsmeddelande.

Meddelandet om utskrivningsklar bekräftar att tidigare angiven beräknad tidpunkt för utskrivning i inskrivningsmeddelandet höll.

Patientens läkare i slutenvården har läkaransvaret under sjukhusvistelsen och ska säkerställa att läkaransvaret för patientens fortsatta vård är klargjort vid utskrivning. Hela eller delar av ansvaret kan behållas eller överlämnas. När ansvarsfördelningen mellan primärvård och sjukhusansluten specialistvård bedöms självklar, utifrån befintlig samverkan och gängse rutiner, övertar primärvården det allmänmedicinska ansvaret vid utskrivningen.

I de fall patientens medicinska tillstånd kräver planering för samarbete kring ansvarsfördelning läkare emellan, tar läkare i slutenvård kontakt med läkare i öppenvård. Dokumenteras i journal om både allmänmedicinskt ansvar och specialistansvar.

Patienten ska alltid ha fullständig information om läkaransvaret.

4.10.2. Regionens öppenvård, Kommunens socialtjänst, Kommunens hälso-och sjukvård

Meddelandet om utskrivningsklar kvitteras av berörda parter.

4.11. Utskrivningsmeddelande

4.11.1. Slutenvård

Detta är ett meddelande om att patienten skrivs ut. I normalfallet skickas utskrivningsmeddelandet samtidigt som meddelandet om att patienten är

utskrivningsklar. Patienten skrivs ut som planerat enligt angivet datum i inskrivningsmeddelandet.

Utskrivningsmeddelande ska skickas före kl. 12 för att säkerställa insatser av socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård samma dag.

Om återtagande av utskrivningsmeddelande skett så måste nytt utskrivningsmeddelande skickas den dag patienten skrivs ut.

Eventuella bilagor kan bifogas.

4.11.2. Regionens öppenvård, Kommunens socialtjänst, Kommunens Hälso- och sjukvård

Utskrivningsmeddelandet kvitteras av berörda parter.

Om patienten mot förmodan inte kan tas emot som planerat ska *inte* utskrivningsmeddelandet kvitteras. Anledningen till detta ska meddelas patienten och den slutna vården *omedelbart*. När berörd part väl kan ta emot patienten tryggt och säkert meddelas detta via generellt meddelande till berörda parter samt patientinformation uppdateras.

4.12. Patientinformation

Detta dokument är skriftlig information till patienten vid utskrivning. Alla parter skriver i sin del/ruta. Här dokumenteras;

- Sammanfattning till patienten
- Patientens kontakter under vårdvistelsen
- Det ska framgå i dokumentet vilka insatser som är aktuella efter utskrivning.
- Uppgift om vem som är patientens fasta vårdkontakt ska alltid framgå.
- Tidpunkt för när samordnad individuell planering ska genomföras ska framgå om det är aktuellt.

Det är den slutna vården som ansvarar för att patienten får denna skriftliga information vid utskrivning.

Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den istället om möjligt lämnas till närstående/legal företrädare.

4.13. Information till patienten vid utskrivning

- Skriftlig information om den vård och behandling som getts under vårdtiden
- Aktuell läkemedelslista
- Dokumentet patientinformation från Lifecare. Det ska framgå i dokumentet vilka insatser som är aktuella efter utskrivning. Uppgift om

vem som är patientens fasta vårdkontakt samt tidpunkt för när samordnad individuell planering ska genomföras om det är aktuellt

- Om Rehabplan finns skickas den med patienten

Om informationen inte kan lämnas till patienten ska den i stället om möjligt lämnas till företrädare/närstående.

4.14. Informationsöverföring till berörda enheter

- Slutanteckningar (epikris) ska vara tillgänglig för berörda samma dag som patienten är utskrivningsklar. Finns att läsa i Nationell patientöversikt (NPÖ).
- Korrekt läkemedelslista är tillgänglig för berörda samma dag. Har patienten dosdispenserade läkemedel finns aktuell läkemedelslista i Pascal. Övriga läkemedelslistor hanteras som idag d.v.s. i pappersform.
- Läkarsvar för fortsatt behandling efter utskrivning har tydliggjorts. Läkaren i slutenvård överlämnar eller behåller ansvaret. Se även punkt 4.10.1

4.15. Bilaga fysioterapi, arbetsterapi, psykiatri – Regionens slutenvård

Kan användas för målgruppen för informationsöverföring mellan yrkesprofessioner från slutenvården vid utskrivning.

4.16. Meddelande utanför vårdtillfälle

När utskrivningsmeddelandet är kvitterat kan inte generellt meddelande användas längre. Vid behov av kompletterande uppgifter kan ”Meddelande utanför vårdtillfälle” användas.

4.16.1. Meddelande i Lifecare för patient som inte tillhör målgruppen för lagen om samordnad planering

Meddelande utanför vårdtillfälle kan (undantagsvis) användas för patient som inte tillhör målgruppen för lagen om samordnad planering, för kommunikation mellan hälso- och sjukvårdspersonal. Kan exempelvis gälla patientens behov av uppföljning eller att få kontakt med en kollega i nästa led. Inget ”vårdtillfälle” skapas då i Lifecare. Alla insatser ska alltid journalföras i patientjournalen i enlighet med lagar som styr journalföring och informationshantering inom hälso- och sjukvård.

4.17. Kallelse till Samordnad individuell planering

Kallelse till samordnad individuell planering eller uppföljning av upprättad SIP ska skickas senast 3 dagar efter det att utskrivningsklarmeddelandet är skickat. Kallelse skickas till patienten och berörda enheter. Det är alltid den fasta vårdkontakten som är sammankallande i samråd med patienten. Om datum är fastställt innan patienten skrivs ut från den slutna vården ska datum och plats framgå i patientinformation.

Kallelse ska ske i Lifecare SIP. Om någon berörd part inte är användare av IT-stödet skrivs kallelsen ut från systemet och skickas per brev. Patienten får alltid brev.

Bedömningen av när och var planeringen ska genomföras ska göras i samråd med patientens och utifrån dennes behov d.v.s. en individuell bedömning ska alltid göras. I normalfallet upprättas SIP efter utskrivningen. Om patienten önskar att planeringen sker i dennes bostad bör det eftersträvas.

Undantagsvis kan det vara nödvändigt med ett SIP-möte redan under patientens vistelse i slutenvård. I dessa fall är slutna vården berörd part och ska kallas av den fasta vårdkontakten.

Om en patient beviljats korttidsboende/vistelse i samband med utskrivning från den slutna vården ska planering för SIP ske på samma sätt som när patienten skrivs ut till hemmet. Det är alltid den fasta vårdkontakten som har ansvaret för att kalla till SIP även under patientens korttidsvistelse.

För patientens fortsatta planeringsprocess se rutinen Samordnad individuell plan – Häls och sjukvård Region Gävleborg samt användarmanual gällande Lifecare SIP.

5. Plan för kommunikation och implementering

Överenskommelsen med bilagor finns publicerad på samverkanswebben

[Kommun- och regionsamverkan](#)

Överenskommelsen kommuniceras ut via Länsledning Velfärd samt internt hos vardera huvudman.

Respektive chef på olika nivåer hos alla parter ansvarar för att implementera nya arbetssättet som beskrivs i denna rutin i sin verksamhet.

6. Dokumentinformation

Denna version har reviderats på uppdrag av Länsledning Velfärd/utskott vuxna.

7. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Patientlag (2014:821)	Riksdagen.se
Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso-och sjukvård	Riksdagen.se
Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso-och sjukvård i Gävleborg	Samverkanswebben
Fast vårdkontakt och behandlande roller Hälso- och sjukvård Region Gävleborg	Samverkanswebben
Avtal hemsjukvård mellan Kommunerna och Landstinget i Gävleborg, juni 2016 (inkl. ramavtal läkarmedverkan i den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende) med formulär: - "Gula lappen "Informationsöverföring till primärvård/kommun till akut/jourmottagning"	Samverkanswebben
09-41567- Samordnad individuell plan samt hantering i Lifecare SIP - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg	Samverkanswebben
Användarmanualer	Samverkanswebben
E-learning	IT-stödet Lifecare
Utbildningsmiljö	Samverkanswebben
Läkemedelshantering - Obruten läkemedelsbehandling vid in- och utskrivning från sjukhus HSLF-FS Ordination och hantering av läkemedel i hälso-och sjukvården, gäller from 1 januari 2018.	Samverkanswebben
09-38946 Egenvård - Regionen och Kommunerna. Hälso-och sjukvård Region Gävleborg	Samverkanswebben
Socialstyrelsens föreskrifter om användning av medicintekniska produkter i hälso- och sjukvården (SOSFS 2008:1)	Socialstyrelsen
09-73482 Hjälpmedelsföreskrivning- Samverkan vid byte av vårdgivare. Läns gemensam rutin Hälso-och Sjukvård Gävleborg 09-63297 Hjälpmedel. Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg. Rutin	Samverkanswebben
Överenskommelse mellan Region Gävleborg och länets kommuner gällande svårt sjuka personer som kan vårdas i hemmet	Samverkanswebben