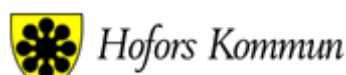


Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso-och sjukvård i Gävleborg



Innehåll

1.	Syfte och omfattning	1
2.	Överenskommelsens parter	2
2.1.	Beslut om överenskommelsen	2
3.	Målbild för Gävleborg	2
4.	Definitioner	3
4.1.	Övriga styrdokument	3
5.	Allmänt	4
5.1.	Styrande lagstiftning	4
5.2.	Huvudprinciper för samverkan	4
6.	Planeringsprocessen	4
6.1.	Inskrivningsmeddelande	4
6.1.1.	Personuppgifter och sekretessbrytande bestämmelse	5
6.2.	Fast vårdkontakt i öppenvården	5
6.3.	Planering av insatser efter utskrivning	5
6.4.	Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar	6
6.4.1.	Utskrivningsklar	6
6.4.2.	Hemgångsklar	6
6.5.	Informationsöverföring till berörda enheter	6
6.6.	Information till patienten vid utskrivning	7
6.7.	Samordnad individuell planering	7
6.8.	Digitalt stöd för informationsöverföringen	8
7.	Ersättningsmodell	8
7.1.	Individuell beräkning i vissa fall	8
7.2.	Beräkning av ersättning	8
7.3.	Ekonomisk reglering	9
8.	Uppföljning av överenskommelsen	10
9.	Revidering och uppsägning	10
10.	Twist	10
11.	Dokumentinformation	10
12.	Referenser	11
13.	Bilaga 1	12
14.	Bilaga 2	13

1. Syfte och omfattning

Syftet med lagstiftningen och Gävleborgs överenskommelse är att främja en god vård och en socialtjänst av god kvalitet för den enskilde. Den ska främja utskrivning från slutenvård så snart som möjligt efter att läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

Överenskommelsen omfattar hanteringen utifrån lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård och sjukvård gällande:

- **Samverkan** vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutenvård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och/eller den regionfinansierade öppna vården.

- **Hur** insatserna ska planeras för enskilda som efter utskrivning behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso-och sjukvården och/eller den regionfinansierade öppna vården.
- **Ersättningsskyldighet** hos kommunerna för vissa utskrivningsklara patienter.

Samverkan vid utskrivning omfattar patienter i alla åldrar som är inskrivna i slutenvård på länets samtliga sjukhus.

Samverkanslagen omfattar även patienter som vårdas enligt lag (1991:1128) om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och lag (1991:1129) om rättspsykiatrisk vård (LRV). I dessa två tvångslagstiftningar kvarstår gällande delar via förvaltningsdomstol kring utskrivningsprocessen.

2. Överenskommelsens parter

Region Gävleborg och länets tio kommuner:

- Bollnäs kommun
- Gävle kommun
- Hofors kommun
- Hudiksvalls kommun
- Ljusdals kommun
- Nordanstigs kommun
- Ockelbo kommun
- Ovanåkers kommun
- Sandvikens kommun
- Söderhamns kommun

2.1. Beslut om överenskommelsen

Denna överenskommelse har godkänts, undertecknats och utväxlats mellan parterna. Parterna ansvarar för att den tillämpas i respektive organisation. Om en kommun/förvaltning inte godkänner och undertecknar överenskommelsen gäller lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutenvård.

3. Målbild för Gävleborg

Målet för hela utskrivningsprocessen är att en patient, när alla samverkat och tagit sitt ansvar för planering, skrivs hem samma dag som patienten är utskrivningsklar oavsett vilken boendeform patienten har eller behöver.

Patienter ska vara på sjukhus när de behöver det av medicinska skäl.

4. Definitioner

I denna överenskommelse används dessa begrepp med följande betydelse:

Fast vårdkontakt

En fast vårdkontakt ska utses för patienten om han eller hon begär det, eller om det är nödvändigt för att tillgodose hans eller hennes behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet.

Hemsjukvård

Hälso- och sjukvård när den ges i patients bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden. Hemsjukvård ges i såväl ordinärt som särskilt boende samt i daglig verksamhet och dagverksamhet.

Den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende omfattar den verksamhet som är skatteväxlad enligt avtal om hemsjukvård i Gävleborg.

Hälso- och sjukvård

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter.

Socialtjänst

Med socialtjänst avses insatser för en enskild enligt författningarna om socialtjänst och stöd och service till vissa funktionshindrade samt insatser enligt de särskilda författningarna om vård utan samtycke av unga eller av missbrukare.

Slutenvård

Med slutenvård menas hälso- och sjukvård som ges till en patient som är inskriven vid en vårdinrättning. Med slutenvård avses hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppenvård eller hemsjukvård.

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.

Öppenvård

Med öppenvård avses annan hälso- och sjukvård än slutenvård.

4.1. Övriga styrdokument

Utöver denna överenskommelse finns annan gällande lagstiftning och ett antal gemensamma avtal, överenskommelser samt rutiner som styr delar av samverkan t.ex. kring särskilda målgrupper och specifika processer. Dokumenten finns publicerade på samverkanswebben, [Samverkanswebben-kommun-och regionsamverkan](#)

5. Allmänt

5.1. Styrande lagstiftning

Från 1 januari 2018 gäller lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.

5.2. Huvudprinciper för samverkan

Den enskildes livskvalitet står i centrum för överenskommelsens parter.

- patientens samtycke och delaktighet är grundläggande för samverkan
- vård- och omsorg utgår från den enskildes behov och situation
- patientens och närståendes synpunkter och resurser tas tillvara genom en kontinuerlig och god dialog

Huvudmännan är varandras förutsättningar för att åstadkomma goda insatser ur ett helhetsperspektiv för den enskilde. Förhållningssätt mellan överenskommelsens parter:

- positiv samspelelskultur råder
- tillit till varandra präglar möten och kontakter på alla nivåer
- förtroende finns för allas kompetens
- insatser som ska ges av annan huvudman utlovas inte till den enskilde
- lojalitet mot fattade beslut och gällande rutiner är en självklarhet

6. Planeringsprocessen

Lagstiftningen uppmanar till tidig planering och samordning av insatser från berörda parter som ger hälso- och sjukvård samt socialtjänst efter utskrivning.

Planeringsprocessens delar som lagen omfattar beskrivs under respektive underrubrik från och med 6.1 samt illustreras i bilagorna 1 och 2.

Bilaga 1 illustrerar planeringsprocessen.

Bilaga 2 illustrerar planeringsprocessens ansvarsfördelning hos berörda enheter och visar patientens delaktighet.

6.1. Inskrivningsmeddelande

Inskrivningen är startpunkten för utskrivningsprocessen och initierar planeringen inför patientens utskrivning.

När den behandlande läkaren i den slutna vården bedömer att patienten efter utskrivning kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso och sjukvården eller den regionfinansierade öppenvården, ska den slutna vården underrätta de berörda enheterna om detta behov genom ett inskrivningsmeddelande.

När det bedöms att en patient som bor i ordinärt boende behöver fortsatt hälso- och sjukvård efter utskrivning och inte är inskriven i den kommunala hemsjukvården ska bara den regionfinansierade öppenvården få inskrivningsmeddelande.

Däremot, om en patient redan är inskriven i den kommunala hemsjukvården, ska både den kommunala hemsjukvården och den regionfinansierade öppenvården underrättas med ett inskrivningsmeddelande.

Inskrivningsmeddelandet ska skickas senast 24 timmar efter inskrivningen. Inskrivningsmeddelandet ska innehålla upplysningar om patientens namn, personnummer, folkbokföringsadress och beräknad tidpunkt för utskrivning. **Inskrivningsorsak kan enbart anges om patienten lämnar samtycke.**

Det är en fördel för alla parter om inskrivningsmeddelandet skickas så snart som möjligt så att alla parter får vetskap att patienten blivit inskriven i slutenvården. Detta första meddelande kan skickas utan beräknad tidpunkt för utskrivning om det inte är bedömt.

Preliminärt datum för utskrivning kan ändras vid behov och inskrivningsmeddelandet med preliminärt utskrivningsdatum skickas då om till de verksamheter som fått inskrivningsmeddelandet.

Viktigt vid ny bedömning av preliminärt datum att ta ett helhetsgrepp och involvera hela teamet kring patientens fortsatta vårdbehov för att undvika att ändring av datum upprepas.

Om läkaren först senare i vårdförloppet bedömer att en patient kan komma att behöva insatser efter utskrivning, ska slutenvården skicka inskrivningsmeddelande till berörda senast 24 timmar efter det att den bedömningen gjordes.

6.1.1. Personuppgifter och sekretessbrytande bestämmelse

I offentlighets- och sekretesslagen införs en sekretessbrytande bestämmelse om att sekretess enligt 25 kap. 11 § inte ska hindra att inskrivningsmeddelande lämnas till berörda enheter enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård. Inskrivningsorsak kan enbart anges om patienten lämnar samtycke.

6.2. Fast vårdkontakt i öppenvården

När inskrivningsmeddelandet inkommit från den slutna vården till den regionfinansierade öppenvården ska en fast vårdkontakt utses innan patienten skrivs ut. Verksamhetschef har ansvaret att utse en fast vårdkontakt.

För de patienter som är inskrivna i den kommunala hemsjukvården och har en fast vårdkontakt sedan tidigare ansvarar den för samordningen.

Den fasta vårdkontakten har alltid samordningsansvaret i utskrivningsprocessen och ansvarar för att kalla till samordnad individuell planering (SIP) i patientens hem. Namngiven fast vårdkontakt ska anges i IT-stödet.

6.3. Planering av insatser efter utskrivning

För att patienten vid utskrivning ska kunna lämna slutenvården på ett tryggt och säkert sätt samt få sina behov tillgodosedda behöver alla berörda parter snarast börja sin planering.

Inskrivningsmeddelandet är startpunkten och planeringen pågår löpande under

slutenvårdsvistelsen. Patient och närstående ska vara delaktiga i planeringen och ska kontaktas av berörda enheter för att påbörja planering av insatser som är nödvändiga.

Med fördel kan olika digitala lösningar användas för dialogen mellan alla samarbetspartners.

6.4. Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar

6.4.1. Utskrivningsklar

Den behandlande läkaren i den slutna vården ansvarar för att bedöma när patienten är utskrivningsklar och underrättelse om detta skickas till de verksamheter som fått inskrivningsmeddelandet samt informera patient och närstående. Bedömningen att en patient är utskrivningsklar sker samma dag som patienten är utskrivningsklar.

Berörda enheter tar gemensamt ansvar för att patienten kan lämna slutenvården på ett tryggt och säkert sätt samma dag som patienten är utskrivningsklar.

En underrättelse i enlighet med 7 a § i lagen om psykiatrisk tvångsvård motsvarar en sådan underrättelse.

6.4.2. Hemgångsklar

I överenskommelsen fastställs att en patient som bedömts som utskrivningsklar också ska vara hemgångsklar vid tidpunkten för utskrivning.

Följande kriterier ska vara uppfyllda i slutenvården:

- Behandlande läkaren har bedömt att patienten är utskrivningsklar
- Patienten har fått information om vad som har hänt under vårdtiden samt, om information finns tillgänglig, fortsatt planering efter utskrivning
- Information till nästa vårdgivare om vårdtillfället och fortsatt planering efter utskrivning, efter samtycke av patienten
- Säkerhetsställa att patienten har tillgång till aktuella läkemedel för att undvika behandlingsavbrott
- Säkerhetsställa att de hjälpmedel och medicinteknisk utrustning som Region Gävleborg ansvarar för och som patienten har behov av finns tillgängliga för patienten i hemmet.

6.5. Informationsöverföring till berörda enheter

Senast samma dag som patienten skrivs ut ska, efter samtycke från patienten, den slutna vården överföra den information till berörda enheter som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård.

För att underlätta patientens löpande planering ska den slutna vården ge kontinuerlig information till berörda enheter under vårdtiden. Alla parter ansvarar för att hålla den löpande planeringen uppdaterad.

Exempel på nödvändig information runt en patient som behöver hälso- och sjukvård:

- korrekt läkemedelslista

- tydliggjort läkaransvar för fortsatt behandling
- slutanteckning (epikris)
- hjälpmedelsbehov

Exempel på nödvändig information runt en patient som behöver SoL(socialtjänstlagen) insatser:

- förflyttningsförmåga
- kognitiv förmåga
- ADL bedömning

6.6. Information till patienten vid utskrivning

En patient som skrivs ut från slutenvården ska få sammanfattande skriftlig information om den vård och behandling som getts under vårdtiden och om avsikten är att patienten ska få insatser från socialtjänst, kommunal hälso-och sjukvård eller regionfinansierad öppenvård.

Om informationen finns tillgänglig, ska patienten även få:

- uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt
- tidpunkt för när samordnad individuell planering(SIP) avses genomföras i patientens hem
- uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivning

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

6.7. Samordnad individuell planering

Om patienten efter utskrivning behöver insatser från både region och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering genomföras. Om både kommun och region är part, ska en samordnad individuell planering(SIP) genomföras, även om den bara omfattar ett lagrum.

Ansvar för att kalla till den samordnade individuella planeringen(SIP) har vanligtvis hälsocentralens fasta vårdkontakt. Några principer för ansvarsfördelningen gäller dock i Gävleborg:

- Fast vårdkontakt inom specialistsjukvården är ansvarig för kallelsen när patienten följs där. Detta gäller alla typer av specialistmottagningar. Ofta berörda är t.ex. psykiatrins och barnsjukvårdens patienter.
- När patienten är inskriven i kommunal hemsjukvård är kommunens sjuksköterska/fastavårdkontakt i normalfall ansvarig för kallelsen.

Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter att utskrivningsmeddelandet är skickat.

SIP ska huvudsakligen ske i den enskildes hem efter utskrivning, inte på sjukhuset. SIP på sjukhus görs enbart i undantagsfall.

Det är en tydlig skillnad mellan planeringsbegreppen:

- planering av alla berörda enheters egna insatser inför patientens utskrivning kallas **löpande planering**
- samordnad individuell planering, som leder fram till patientens samordnade individuella plan (**SIP**)

Den samordnade individuella planeringen ska ses som en process och planen ska anpassas efter individens skiftande behov över tid.

För patienter som ska överföras till öppen psykiatrisk tvångsvård eller öppen rättspsykiatrisk vård ska planeringen genomföras enligt bestämmelserna om en samordnad vårdplan i 7 a § lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT) och 12a§ lagen om rättspsykiatrisk vård (LRV).

6.8. Digitalt stöd för informationsöverföringen

Ett gemensamt digitalt stödsystem för informationsöverföring används av parterna. Systemägare och systemförvaltare är Region Gävleborg. Region Gävleborg ansvarar för att det digitala systemet som stödjer processen, är användarvänligt, kvalitetssäkrat och kan användas vid uppföljning.

Länsledning Velfärd är ansvarig för att parterna regelbundet genomför gemensamma utbildningar i stödsystemet och nya arbetssätt.

7. Ersättningsmodell

I Gävleborg eftersträvas att en person inte ska behöva vistas kvar på sjukhus efter att den är utskrivningsklar. En kommun ska betala ersättning till Region Gävleborg när utskrivningsklara patienter som behöver socialtjänst och/eller kommunal hälso- och sjukvård vårdas längre inom den slutna vården än vad som är överenskommet gällande så kallade fristdagar/kalenderdagar.

Ersättningsmodellen i Gävleborg grundas på antal dagar som respektive kommuns patienter ligger kvar inom slutenvård och överstiger ett snitt på 2.0 dagar under en månad. Individuell beräkning av ersättning sker om patienten ligger kvar mer än 7 kalenderdagar.

Patienter tillhör den kommun där de är folkbokförda. Om en kommun beslutat att patienten ska vistas i en annan kommun i sådan boendeform eller bostad som avses i 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket socialtjänstlagen (2001:453), har den placerande kommunen ersättningsskyldighet oavsett var patienten är folkbokförd.

7.1. Individuell beräkning i vissa fall

När det dröjer mer än sju kalenderdagar från underrättelse om att en patient är utskrivningsklar tills utskrivningen sker, övergår den genomsnittliga kalenderdagsberäkningen till en individuell beräkning av ersättningsskyldigheten. Kommunen ska då erlagga ersättning för de dagar som överskrider tre kalenderdagar. Detta är samma gräns som finns i lagstiftningens förslag. Dessa patienters dagar ska faktureras separat och ska då inte räknas med i månadens genomsnittliga kalenderdagar som ligger till grund för övrig eventuell fakturering.

7.2. Beräkning av ersättning

Beräkningsgrund för att en kommun ska betala ersättning till regionen är genomsnittligt antal dagar för kommunens patienter i slutenvård efter underrättelse om att patienten är utskrivningsklar tills utskrivning sker. Samtliga utskrivningsklara patienter under en kalendermånad ingår i underlaget, undantaget de patienter som beskrivs under rubrik 7.1 *Individuell beräkning i vissa fall*.

Beräkningen av antal kalenderdagar sker per patient och startar när slutenvården meddelar att patienten är utskrivningsklar.

Tidpunkten beräknas utifrån när meddelandet skickats:

- Underrättas berörda enheter före kl. 12:00 räknas samma dag som kalenderdag ett och den efterföljande dagen som dag två och så vidare.
- Underrättas berörda enheter efter kl. 12:00 räknas nästa dag som kalenderdag ett och den efterföljande dagen som dag två och så vidare.

För att kommunen ska ersätta dagar för respektive patient krävs att:

- Den slutna vården har underrättat kommunen om att patienten har skrivits in, via skickat inskrivningsmeddelande.
- Den slutna vården har underrättat berörda enheter i kommunen att patienten är utskrivningsklar, via utskrivningsmeddelande.
- När den regionfinansierade öppna vården har ansvar att utse fast vårdkontakt har den fasta vårdkontakten kallat till samordnad individuell planering, inom tre dagar efter att patienten är utskrivningsklar. Se förtydligande nedan.*
- Den slutna vården har lämnat över nödvändig information för att kommunen ska kunna ge patienten den socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård som är aktuell.
- Att insatser som den regionfinansierade öppna vården är ansvarig för är klarlagda och tillgängliga.

*Den fasta vårdkontakten kan dock inte kalla till en samordnad individuell planering i de fall patienten inte har behov av insatser från både kommun och region i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, eller om patienten inte lämnar sitt samtycke till en samordnad individuell planering.

Orsaken till utebliven SIP kallelse ska dokumenteras i den löpande planeringen.

7.3. Ekonomisk reglering

För varje kalenderår fastställs ett genomsnittligt antal fristdagar/kalenderdagar som gräns för när kommunernas ersättningsskyldighet ska inträda. För år 2024 och 2025 fastställs antalet genomsnittliga fristdagar till 2,0. Det har varit lika sedan 2018. Parterna är överens om att Länsledning Välfärd fastställer gränsen för antalet genomsnittliga dagar för nästkommande kalenderår.

Ersättningsskyldigheten för en kommun inträder när minst två av de tre senaste månaderna ("rullande" tre månader) har ett genomsnittligt antal kalenderdagar som överstiger den fastställda gränsen. Ersättning ska erläggas för det genomsnittliga antal dagar som gränsen överskrids beräknat på kommunens samtliga patienter för den senaste av de tre månaderna (den senaste månaden som överskrider gränsen). Ersättning kan endast erläggas en gång för en enskild månad. Fakturering sker månadsvis med 30 dagars betalningstid.

Det belopp som regeringen har ansvar för att årligen fastställa och som motsvarar genomsnittskostnaden i riket för ett vårddygn i den slutna vården, är det som ska användas vid ekonomisk ersättning från kommunerna till regionen. Beloppet omräknas årligen med hänsyn till utvecklingen av kostnader för vårdplatser i den slutna vården.

Vid fakturering som ifrågasätts ska en gemensam analys genomföras. Berörd kommun initierar analysen.

Tvist angående ersättning ska i första hand lösas på chefsnivå och i andra hand i Länsledning Valfärd.

8. Uppföljning av överenskommelsen

Länsledning Valfärd ansvarar för att löpande följa upp och analysera överenskommelsen följsamhet till överenskommelsen

- intentionen med överenskommelsen (måluppfyllelse)
- resultat i planeringsprocessen vid utskrivningar från sluten hälso- och sjukvård (bl.a. patientens/närståendes upplevelse av delaktighet i vården, arbetet med löpande planeringen, antal samordnade individuella planer(SIP), utskrivningsklara dagar, återinskrivningar)
- avvikelser i planeringsprocessen på aggregerad nivå
- ekonomiska överenskommelsen i ersättningsmodellen

9. Revidering och uppsägning

Denna överenskommelse gäller fr.o.m. 1 januari 2018 och tills vidare. Överenskommelsen kan sägas upp i sin helhet. Parterna påkallar behov av revidering eller uppsägning av överenskommelsen via Länsledning Valfärd.

10. Tvist

Tvist angående tolkning av överenskommelsen ska i första hand lösas i Länsledning Valfärd. Kan tvisten inte lösas överlämnas den till domstol för avgörande med tillämpning av svensk rätt.

11. Dokumentinformation

Denna version har reviderats av arbetsgrupp utskrivningsprocessen, tre- tre, som bereder ärenden till Utskott Vuxna/Länsledning Valfärd.

Namn och roller:

- Petra Hultén, samordnare Länsledning Valfärd/Utskott vuxna, RG
- Elisabet Mickelsson, samordnare psykisk hälsa, länets SIP-samordnare, RG
- Margareta Larsson, kvalitetssamordnare primärvården, RG
- Britt-Marie Blom Lindström, MAS Bollnäs kommun
- Åsa Olsson, verksamhetschef biståndsenheten och LSS, Ovanåkers kommun
- Kristina Kouva, chef handläggarenheten, Sandviken kommun

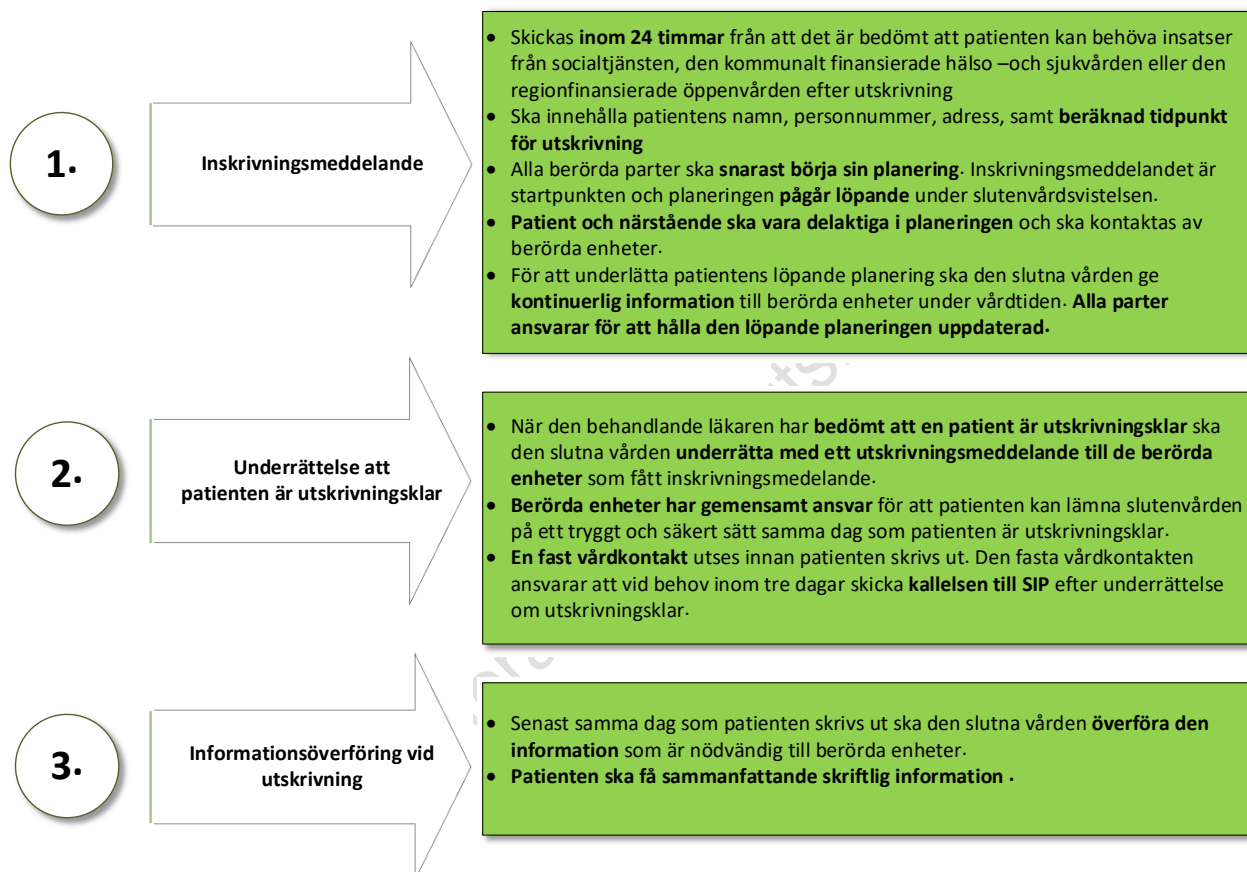
Alla deltagare har godkänt publicering.

12. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.	
Prop.(2016/17:106) samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.	
Länsledning Valfärd- Överenskommelse	Samverkanswebben- Länsledning Valfärd
Bestämmelser om samordnad individuell plan 3 F§ hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 2 kap. 7§ socialtjänstlagen (2001:453)	
Bestämmelsen om fast vårdkontakt 6 kap. patentlag (2014:821) 2§	
Rutin för Fast vårdkontakt Hälso-och sjukvård region Gävleborg	Samverkanswebben-Fast Vårdkontakt
Avtal hemsjukvård mellan Kommunerna och region Gävleborg - Gemensam planering hemsjukvård- in- och utskrivning - Checklista Hemsjukvård. In- och utskrivning	Samverkanswebben- Hemsjukvård
Lokalt samverkansavtal gällande läkarmedverkan i ordinärt och särskilt boende(mall)	Samverkanswebben- Hemsjukvård
Överenskommelse om ekonomisk ersättningsnivå mellan bostadskommun och vistelsekommun för hemtjänst och hemsjukvård som utförs i annan kommun	Samverkanswebben- Hemsjukvård
Beskrivning/rutin för Läkemedelshantering- Obruten läkemedelsbehandling vid in-och utskrivning från sjukhus, Regionens Läkemedelskommitté	Samverkanswebben-- Läkemedel
HSL-FS Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården	Socialstyrelsen- Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården
Egenvård- Regionens och kommunerna	Samverkanswebben- Egenvård
Hjälpmedel. Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg	Samverkanswebben- Hjälpmedel
LifeCare SPU och SIP	Samverkanswebben Lifecare

13. Bilaga 1

Planeringsprocessen, ram



14. Bilaga 2

Planeringsprocessen, ansvarsfördelning inkl. patientens delaktighet

