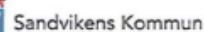


Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso-och sjukvård i Gävleborg



KOK

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	1
2.	Överenskommelsens parter	2
2.1.	Beslut om överenskommelsen	2
3.	Målbild för Gävleborg	2
4.	Definitioner	2
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	5
6.1.1.	Personuppgifter och sekretessbrytande bestämmelse	5
6.2.	Fast vårdkontakt i öppna vården	6
6.3.	Planering av insatser efter utskrivning	6
6.4.	Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar	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	9
7.2.	Beräkning av ersättning	9
7.3.	Ekonomisk reglering	10
8.	Uppföljning av överenskommelsen	10
9.	Revidering och uppsägning	11
10.	Tvist	11
11.	Dokumentinformation	11
12.	Referenser	12
13.	Undertecknande parter	13
14.	Bilaga 1	14
15.	Bilaga 2	15
16.	Bilaga 3	16

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 slutna vård så snart som möjligt efter läkaren bedömt att patienten är utskrivningsklar.

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

- Samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från slutna vård 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 flera berörda enheter inom de aktuella verksamheterna. Optimal planeringssituation för varje unik individ eftersträvas.
- Kommunens ersättningskyldighet för vissa utskrivningsklara patienter.

Samverkan vid utskrivning omfattar patienter i alla åldrar som är inskrivna i slutna vård 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 slutna vård.

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.

Sluten vård

Med slutna vård menas hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning. Med slutna vård avses hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård 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.

Öppen vård

Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än slutna vård.

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.

Den tidigare lagen (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (BAL) upphävdes 31 december 2017.

5.2. Huvudprinciper för samverkan

Den enskildes livskvalitet står i centrum för överenskommelsens parter.

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

Huvudmännen 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, 2 och 3.

Bilaga 1 illustrerar planeringsprocessen utifrån ramar med;

- inskrivningsmeddelande inom 24 timmar till berörda enheter kring alla patienter som bedöms behöva socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård efter utskrivning.
- utskrivningsmeddelande när patienten är utskrivningsklar
- informationsöverföring vid utskrivning

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

- patienten och närstående ska hållas informerade under hela processen
- alla berörda enheter ska påbörja sin löpande planering inför utskrivning, i samband med inskrivningsmeddelande
- fast vårdkontakt ska utses i den regionfinansierade öppna vården, som kallar till en SIP- samordnad individuell planering kring patienter som

efter utskrivning behöver kommunal hälso- och sjukvård, eller socialtjänst i kombination med regionfinansierad öppen vård

Bilaga 3 illustrerar planeringsprocessen beroende på den enskilde patientens behov av insatser efter utskrivning. Där framgår bl.a. vilka enheter som blir berörda och vilka moment som blir aktuella för olika patienter.

6.1. Inskrivningsmeddelande

Det strukturerade och dokumenterade ankomstsamtalet med patienten är en central del i inskrivningssituationen och bidrar i bedömningen av patientens behov. Inskrivningen är en startpunkt för processen under sjukhusvistelsen och initierar planeringen inför patientens utskrivning oavsett vilken boendeform patienten har eller behöver.

Om den behandlande läkaren, 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 eller den regionfinansierade öppna vården, 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 kommer att behöva fortsatt hälso- och sjukvård efter utskrivning ska bara den regionfinansierade öppna vården få inskrivningsmeddelande. Däremot, om en patient redan är inskriven i kommunalt finansierad hälso- och sjukvård, ska både kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den regionfinansierade öppna vården 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. Om den beräknade tidpunkten för utskrivning ändras, ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta de berörda enheterna om den nya beräknade tidpunkten för utskrivning.

Om läkaren 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.

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 inskrivningsmeddelandet, som ska innehålla patientens namn, personnummer, folkbokföringsadress och beräknad

tidpunkt för utskrivning samt eventuellt ny beräknad tidpunkt för utskrivning, lämnas till berörda enheter enligt lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård.

6.2. Fast vårdkontakt i öppna vården

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 utses för patienten, innan patienten skrivs ut. Om patienten redan har en fast vårdkontakt inom den regionfinansierade öppna vården får denne fortsätta.

6.3. Planering av insatser efter utskrivning

När en berörd mottagande enhet inom socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården har fått ett inskrivningsmeddelande, ska varje enhet ta kontakt med patient/närstående och berörda samarbetspartners för att snarast börja sin planering av insatser som är nödvändiga för att patienten ska kunna lämna den slutna vården på ett tryggt sätt. Efter utskrivning ska patienten kunna få sina behov av socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård tillgodosedda. Det är varje berörd enhets ansvar för den egna planeringen för framtida insatser som avses. Planeringen pågår löpande under sjukhusvistelsen i dialog med patient/närstående. Med fördel kan olika tekniska lösningar användas för dialogen mellan alla samarbetspartners.

6.4. Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar

Bedömningen att en patient är utskrivningsklar sker samma dag som patienten är utskrivningsklar. När läkaren på sjukhuset har bedömt att en patient är utskrivningsklar ska den slutna vården så snart som möjligt underrätta berörda enheter om denna bedömning, om bestämmelser om sekretess eller tystnadsplikt inte hindrar det. Underrättelsen går till den eller de enheter som fått inskrivningsmeddelande.

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.

6.5. Informationsöverföring till berörda enheter

Den slutna vården ska, efter samtycke från patient, ge kontinuerlig information till berörda enheten under vårdtiden för att underlätta patientens löpande planering. Senast samma dag som patienten skrivs ut ska slutna vården till berörda enheter

överföra den information som är nödvändig för att ge patienten socialtjänst och/eller hälso- och sjukvård.

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

- korrekt läkemedelslista, om patienten har förskrivna läkemedel
- tydliggjort läkaransvar för fortsatt behandling
- slutanteckning (epikris)

6.6. Information till patienten vid utskrivning

En patient som skrivs ut från slutna vård 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 den regionfinansierade öppna vården.

Om informationen finns tillgänglig, ska patienten även få:

- uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt
- tidpunkt för när samordnad individuell planering avses genomföras
- 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 genomföras, även om den bara omfattar ett lagrum.

När insatser behövs från den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården ska den regionfinansierade öppna vården kalla och medverka i den samordnade individuella planeringen. Vid planeringen upprättas personens SIP. Den fasta vårdkontakten från regionens öppna vård ska skicka kallelse till den samordnade individuella planeringen. Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter den dag den slutna vården underrätta berörda om att patienten är utskrivningsklar.

Bedömningen av när och var planeringen ska genomföras ska göras utifrån patientens behov. Med fördel genomförs den samordnade individuella planeringen efter utskrivningen. Om patienten önskar att planeringen sker i dennes bostad bör det eftersträvas. Undantagsvis kan det vara nödvändigt med en samordnad individuell planering från region och kommun redan under patientens vistelse i slutna vård. Samtliga berörda enheter kan i särskilda fall påtala behov av att en samordnad individuell planering genomförs redan under sjukhusvistelsen, i dessa fall är slutna vården berörd part och ska kallas.

Ansvar för att kalla till den samordnade individuella planeringen 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. psykiatrin och barnsjukvårdens patienter.
- När patienten bor på särskilt boende eller bor i ordinärt boende och är inskriven i kommunal hemsjukvård är kommunens sjuksköterska/fastavårdkontakt i normalfall ansvarig för kallelsen.

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).

Det är en tydlig skillnad mellan planeringsbegreppen

- planering av en enhets egna insatser inför patientens utskrivning som i Gävleborg även 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.

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 Välfärd Gävleborg är ansvarig för att parterna regelbundet genomför gemensamma utbildningar i stödsystemet och nya arbetssätt anpassat till ny lagstiftning.

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. Från 1 januari 2019 beräknas ersättning för patienter i slutna psykiatrisk vård lika som för övriga patienter.

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 eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), har den placerande kommunen ersättningskyldighet 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 ersättningskyldigheten. Kommunen ska då erlagga ersättning för de dagar som överskrider tre kalenderdagar. Detta är samma gräns som finns i lagstiftningens förslag. Dessa patienter dagar ska faktureras separat och ska då inte räknas med i månadens genomsnittliga kalenderdagar som ligger till grund för övrig eventuell fakturering.

Från 1 januari 2019 gäller den individuella beräkningen av ersättningskyldighet även patienter i slutna psykiatrisk vård.

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.
- Den fasta vårdkontakten i den regionfinansierade öppna vården har inom tre dagar efter att patienten är utskrivningsklar kallat till samordnad individuell planering, om en sådan ska genomföras på regionens ansvar.
- 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.

7.3. Ekonomisk reglering

För varje kalenderår fastställs ett genomsnittligt antal fristdagar/kalenderdagar som gräns för när kommunernas ersättningsskyldighet ska inträda. För år 2022 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. Länsledning Välfärd har möjlighet att utse någon annan instans med representanter från både kommuner och region att fastställa det genomsnittliga antalet dagar.

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 vårdtygn 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.

Twist angående ersättning ska i första hand lösas på chefsnivå och i andra hand i Länsledning Välfärd.

8. Uppföljning av överenskommelsen

Länsledning Välfärd ansvarar för att löpande följa upp och analysera överenskommelsen under minst de tre första åren gällande:

- följsamhet till överenskommelsen
- intentionen med överenskommelsen (måluppfyllelse)
- resultat i planeringsprocessen vid utskrivningar från slutna 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.om. 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 hänskjuts den till domstol för avgörande med tillämpning av svensk rätt.

11. Dokumentinformation

Tidigare version av dokumentet heter 01-303634 R2, den är arkiverad. Denna version skapades för att den ska vara i en Platinamall för att säkerhetsställa dokumentflödet.

Dokumentets uppkomst:

Ledningsgrupp GU Äldre var styrgrupp; Anette Forsblom, socialchef Socialförvaltningen, Ovanåkers kommun, Anna-Karin Eklund, förvaltningschef Omvårdnadsförvaltningen, Söderhamns kommun, Annmarie Sandberg, förvaltningschef Omvårdnad Gävle, Gävle kommun, Karin Jonsson, förvaltningschef Omsorgsförvaltningen, Sandvikens kommun, Malin Rutström, vård- och omsorgschef, Nordanstigs kommun och Roger O Nilsson, divisionschef Primärvård, Medicin-Psykiatri, Region Gävleborg.

Överenskommelsen har tagits fram av en projektgrupp bestående av Kerstin Hallonqvist, projektledare Divisionsstab Primärvård, Medicin-Psykiatri, Region Gävleborg, Ingrid Åsberg, samordnare Divisionsstab Primärvård, Medicin-Psykiatri, Region Gävleborg, Kajsa Nilsson, sakkunnig Socialförvaltningen, Ovanåkers kommun och Helena B Jansson, utredare Omvårdnad Gävle, Gävle kommun.

Ersättningsmodellen har tagits fram av en arbetsgrupp bestående av Rolf Hammar, ekonomischef Omvårdnad Gävle, Gävle kommun, Kajsa Nilsson, sakkunnig Socialförvaltningen, Ovanåkers kommun, Pia Andersson, förvaltningschef Social- och omsorg, Hudiksvalls kommun, Sara Marklund, controller Divisionsstab Primärvård, Medicin-Psykiatri, Region Gävleborg, Börje Svensson, chefsläkare Primärvård, Region Gävleborg, Susanna Björklund, verksamhetschef Primärvård VO Gävle, Region Gävleborg och Ingrid Åsberg, samordnare Divisionsstab Primärvård, Medicin-Psykiatri, Region Gävleborg.

Förvaltningschefer/socialchefer och hälso- och sjukvårdsdirektör har i sin respektive organisation fått förslag till *överenskommelse om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård, 2017-05-12*, på remiss/synpunkter. Efter bearbetning av remissvar och synpunkter har styrgruppen daterat slutliga överenskommelsen 2017-08-16.

12. Referenser

Dokumentnamn	Plats
Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.	
Porp.(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)	
Rutin för <i>Samordnad Individuell Plan samt hantering i Lifecare SIP - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg samt länets kommuner</i>	Samverkanswebben-SIP
Bestämmelsen om fast vårdkontakt 6 kap. patentlag (2014:821) 2§	
Rutin för <i>Fast vårdkontakt Hälso-och sjukvård region Gävleborg</i>	Samverkanswebben-Fast Vårdkontakt
<i>Avtal hemsjukvård mellan Kommunerna och region Gävleborg</i> - Gemensam planering hemsjukvård- in- och utskrivning - Checklista Hemsjukvård. In- och utskrivning	Samverkanswebben-Hemsjukvård
<i>Lokalt samverkansavtal gällande läkarmedverkan i särskilt boende(mall)</i>	Samverkanswebben-Hemsjukvård
<i>Överenskommelse om ekonomisk ersättningsnivå mellan bosättningskommun och vistelsekommun för hemtjänst och hemsjukvård som utförs i annan kommun</i>	Samverkanswebben-Hemsjukvård
Beskrivning/rutin för <i>Läkemedelshantering- Obruten läkemedelsbehandling vid in-och utskrivning från sjukhus, Regionens Läkemedelskommitté</i>	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
Hjälpmedelsförskrivning. <i>Samverkan vid byte av vårdgivare. Länsgemensam rutin - Hälso- och sjukvård Region Gävleborg.</i>	Samverkanswebben-Hjälpmedel
Hjälpmedel. Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg	Samverkanswebben-Hjälpmedel
<i>LifeCare SPU och SIP</i>	Samverkanswebben-Lifecare SPU och SIP

13. Undertecknande parter

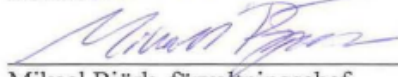
Undertecknat av parterna och i förekommande fall godkända av beslutande organ.

Datum



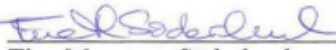
Göran Angergård,
hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Gävleborg

Datum 2017-10-27



Mikael Björk, förvaltningschef
omsorg/IFO
Ljusdals kommun

Datum



Tina Mansson-Söderlund,
förvaltningschef Omsorg/IFO
Bollnäs kommun

Datum 17 11 03



Fredrik Pahlberg, kommunchef
Nordanstigs kommun

Datum 2017-10-27



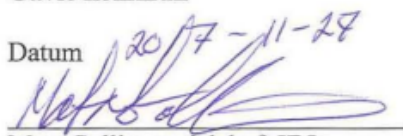
Anmarie Sandberg,
förvaltningschef Omvårdnad Gävle
Gävle kommun

Datum 2017-10-27



Palle Danielsson, socialchef
Ockelbo kommun

Datum

2017-11-28


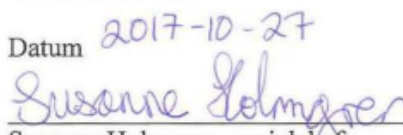
Mats Collin, socialchef IFO
Gävle kommun

Datum 2017-11-07



Urban Sundström, tf. socialchef
Ovanåkers kommun

Datum

2017-10-27


Susanne Holmgren, socialchef
Hofors kommun

Datum 2017-10-25



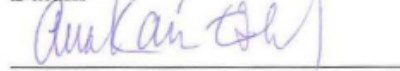
Ann-Katrin Sundelius, kommundirektör
Peter Kärnström, kommunstyrelseordf.
Sandvikens kommun

Datum



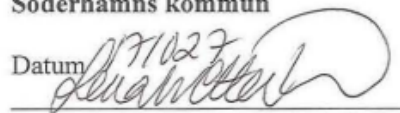
Reneé Holmberg, tf. förvaltningschef
Omsorg & socialförvaltning
Hudiksvalls kommun

Datum 27/10-17



Anna-Karin Eklund, förvaltningschef
Omvårdnadsförvaltningen
Söderhamns kommun

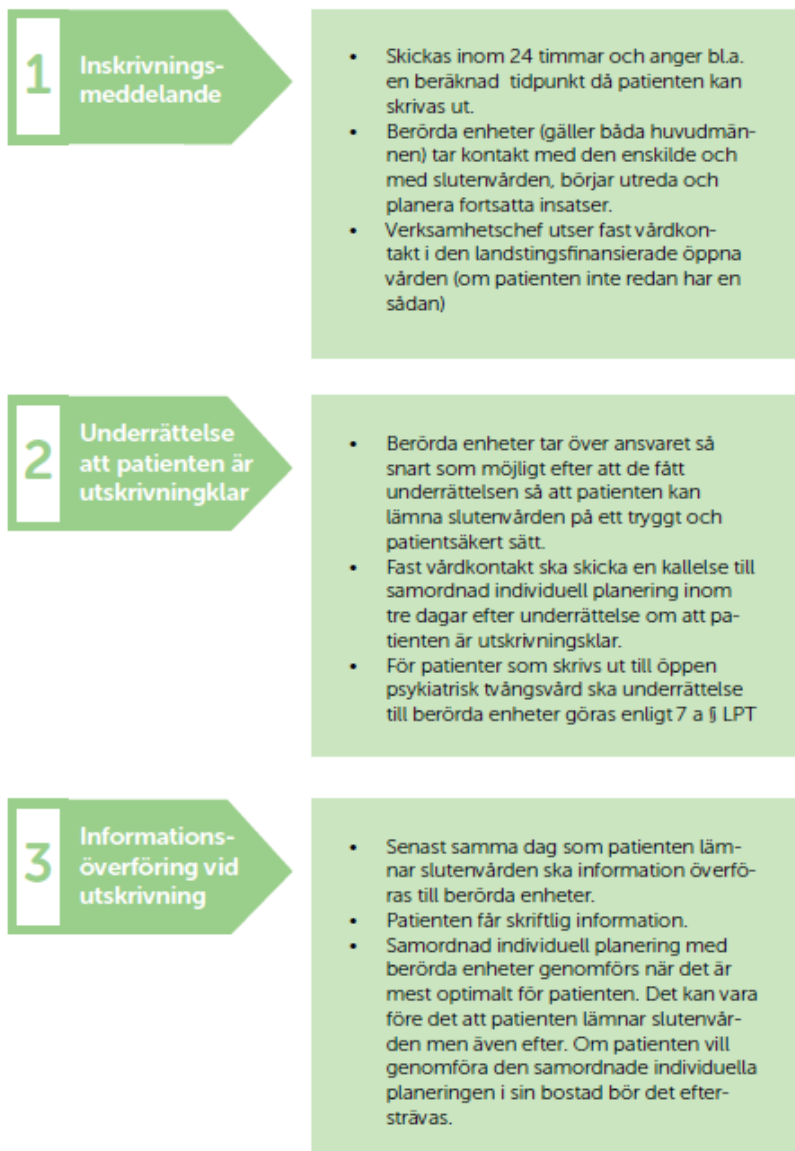
Datum

27/10-17


Lena Wetterlind, förvaltningschef
Arbetsmarknad & socialförvaltning
Söderhamns kommun

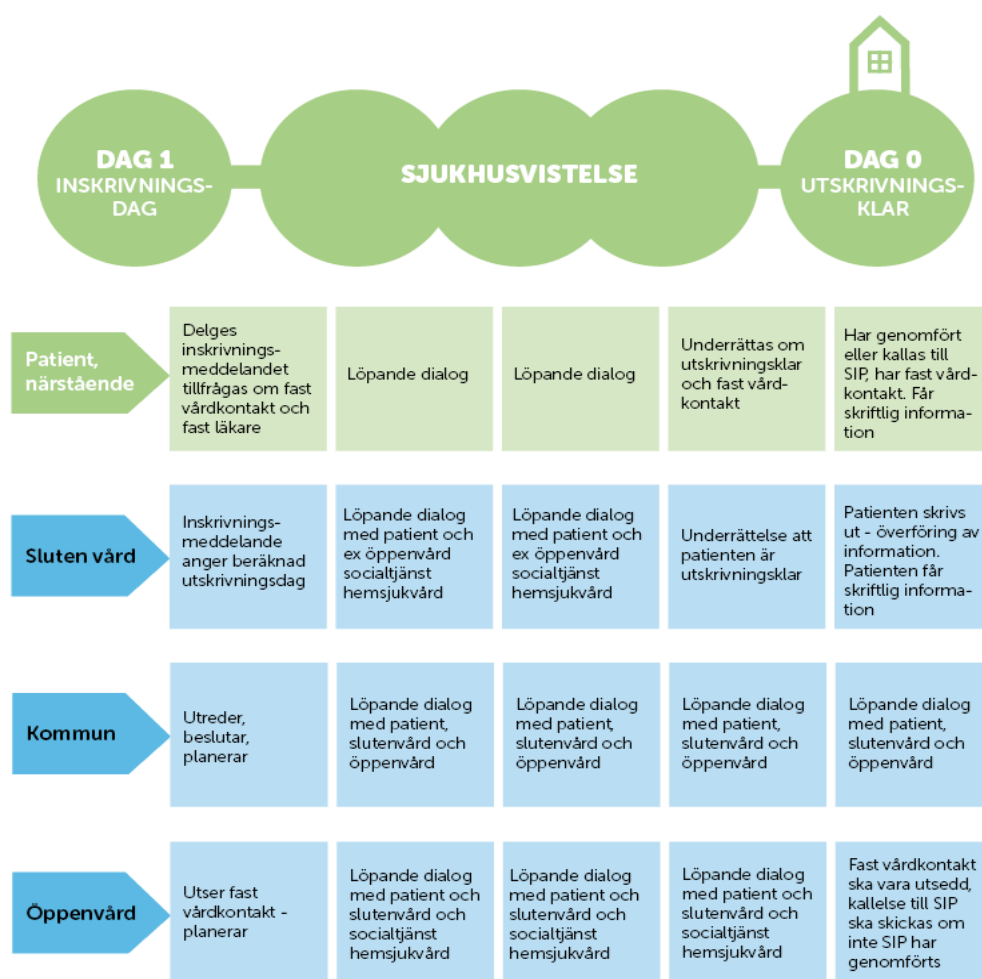
14. Bilaga 1

Planeringsprocessen, ram



15. Bilaga 2

Planeringsprocessen, ansvarsfördelning inkl. patientens delaktighet



16. Bilaga 3

Planeringsprocessen, beroende på den enskildes patients insatser efter utskrivning

	Har eller behöver insats från	Skicka inskrivningsmeddelande	Berörda enheter	Utse fast vårdkontakt	SIP ska upprättas/följas upp	Skicka utskrivningsmeddelande	Ersättnings skyldighet kan bli aktuellt
A	Ingen insats efter slutenvård	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ	NEJ
B	Enbart landstingets öppna vård	JA, om läkare bedömer det	NEJ	NEJ	NEJ	JA, om inskrivningsmeddelande skickats	NEJ
C	Enbart socialtjänst, exklusive kommunal hälso-/sjukvård	JA	Socialtjänst	NEJ	NEJ	JA	JA
D	Enbart inskriven i kommunal hemsjukvård	JA	Kommunal hemsjukvård Landstingets öppna vård	JA	JA	JA	JA
B C	Landstingets öppna vård & socialtjänst, utan hälso-/sjukvård	JA	Landstingets öppna vård Socialtjänst	JA	JA	JA	JA
C D	Socialtjänst & inskriven i kommunal hemsjukvård	JA	Socialtjänst Kommunal hemsjukvård Landstingets öppna vård	JA	JA	JA	JA
E	Socialtjänst inklusive kommunal hälso-och sjukvård (ex särskilt boende)	JA	Socialtjänst inkl. kommunal hälso-/sjukvård Landstingets öppna vård	JA	JA	JA	JA

Förtydligande

Tabellen beskriver endast delar av processen runt enskilda patienter, med syfte att beskriva vilka parter som berörs och moment som krävs beroende på vilka insatser som är aktuella för den enskilde efter utskrivning.

Patient A omfattas ej av lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från hälso- och sjukvård.

Av totala antalet inskrivna patienter tillhör ca 95 % kategori A och B, medan övriga ca 5 %

kategorierna patienter tillhör dem där kommunen är berörd part.