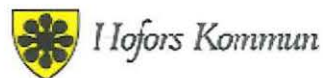


Överenskommelse om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Gävleborg



Vår gemensamma patient
– vårt gemensamma uppdrag



Innehåll

1.	Överenskommelsens parter	3
1.1.	Beslut om överenskommelsen	3
2.	Målbild för Gävleborg	3
3.	Definitioner	3
4.	Syfte och omfattning.....	4
4.1.	Övriga styrdokument.....	5
5.	Allmänt	5
5.1.	Styrande lagstiftning.....	5
5.2.	Huvudprinciper för samverkan	5
6.	Planeringsprocessen.....	5
6.1.	Inskrivningsmeddelande	6
6.1.1.	Personuppgifter och sekretessbrytande bestämmelse	6
6.2.	Fast vårdkontakt i öppna vården.....	7
6.3.	Planering av insatser efter utskrivning	7
6.4.	Underrättelse om att en patient är utskrivningsklar	7
6.5.	Informationsöverföring till berörda enheter.....	7
6.6.	Information till patienten vid utskrivning	8
6.7.	Samordnad individuell planering	8
6.8.	Digitalt stöd för informationsöverföring.....	9
7.	Ersättningsmodell.....	9
7.1.	Individuell beräkning i vissa fall.....	9
7.2.	Beräkning av ersättning	10
7.3.	Ekonomisk reglering.....	10
8.	Uppföljning av överenskommelsen.....	11
9.	Revidering och uppsägning	11
10.	Twist.....	12
11.	Dokumentinformation	13
12.	Referenser	14
13.	Undertecknande parter.....	15

Bilaga 1 Planeringsprocess, ram

Bilaga 2 Planeringsprocess, ansvarsfördelning inkl. patientens delaktighet

Bilaga 3 Planeringsprocessen beroende på den enskilde patientens insatser efter utskrivning

Bilaga 4 Beskrivning av ersättningsmodellen

1. Överenskommelsens parter

Region Gävleborg (landstinget) och Gävleborgs tio kommuner:

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

1.1. 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.

2. 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.

3. 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.¹

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.²

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

¹ 6 kap. patientlagen (2014:821) 2 §

² Socialstyrelsens termbank

Hälso- och sjukvård

Med hälso- och sjukvård avses åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador samt sjuktransporter.³

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.³

Sluten vård

Med sluten vård menas hälso- och sjukvård som ges till en patient som är intagen vid en vårdinrättning.³ Med sluten vård avses hälso- och sjukvård när den ges till patient vars tillstånd kräver resurser som inte kan tillgodoses inom öppen vård eller hemsjukvård.⁴

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.³

Öppen vård

Med öppen vård avses annan hälso- och sjukvård än sluten vård.³

4. Syfte och omfattning

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

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

- Samverkan vid planering av insatser för enskilda som efter att de skrivits ut från sluten vård kan komma att behöva insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och/eller den landstingsfinansierade 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 ersättningsskyldighet för vissa utskrivningsklara patienter.

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

Den nya lagen 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.

³ lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

⁴ Socialstyrelsens termbank

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 med hemsidaadress:

www.regiongavleborg.se/samverkanswebben

5. Allmänt

5.1. Styrande lagstiftning

Nuvarande lag (1990:1404) om kommunernas betalningsansvar för viss hälso- och sjukvård (BAL) upphävs 31 december 2017 och ersätts från 1 januari 2018 av 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.

- 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 samspelskultur råder
- tillit till varandra präglar möten och kontakter på alla nivåer
- förtroende finns för varandras 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 nya 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 inskrivningsmeddelandet
- fast vårdkontakt ska utses i den landstingsfinansierade öppna vården som kallar till en samordnad individuell planering kring patienter som efter utskrivning behöver kommunal hälso- och sjukvård, eller socialtjänst i kombination med landstingsfinansierad 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 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 landstingsfinansierade 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 landstingsfinansierade öppna vården få inskrivningsmeddelande. Däremot, om en patient redan är inskriven i kommunalt finansierade hälso- och sjukvården, ska både kommunalt finansierade hälso- och sjukvården och den landstingsfinansierade 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 det är 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 slutna hälso- och sjukvård.

6.2. Fast vårdkontakt i öppna vården

Efter inskrivningsmeddelandet kommit från slutna vården till enhet i den landstingsfinansierade 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 landstingsfinansierade 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 landstingsfinansierade 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 fortsatt 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 landstingsfinansierade öppna vården.

Om information finns tillgänglig, ska patienten även få

- uppgifter om vem som är patientens fasta vårdkontakt,
- tidpunkt för när samordnad individuell planering avses genomföras och
- uppgifter om befintliga planer för vård och omsorg efter utskrivningen

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

6.7. Samordnad individuell planering

Om patienten efter utskrivning behöver insatser från både landsting och kommun i form av hälso- och sjukvård eller socialtjänst, ska en samordnad individuell planering, genomföras. Om både kommun och landsting 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 landstingsfinansierade öppna vården kalla och medverka i den samordnade individuella planeringen. Vid planeringen upprättas personens SIP.

Den fasta vårdkontakten från landstingets öppna vård ska skicka kallelse till den samordnade individuella planeringen. Kallelsen ska skickas senast tre dagar efter den dag den slutna vården underrättat 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 landsting 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 ansvarsfördelning 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 psykiatri och barnsjukvårdens patienter.
- När patienten bor på särskilt boende eller bor i ordinärt boende och är inskriven i kommunal hemsjukvård är kommunens sjuksköterska/fast vårdkontakt 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 12 a § 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, och
- 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 informationsöverföring

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 Valfärd 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.

För patienter i sluten psykiatrisk vård gäller nya lagen om samverkan vid utskrivning från sluten vård fr.o.m. januari 2018, men med undantag gällande fristdagar/kalenderdagar. Överenskommet antal är 30 dagar per individ. Från och med 1 januari 2019 beräknas ersättning för patienter i sluten 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 ersättningsskyldighet oavsett var patienten är folkbokförd.

7.1. Individuell beräkning i vissa fall

När det dröjer mer än sju (7) kalenderdagar från underrättelse om att en patient är utskrivningsklar tills utskrivning sker, övergår den genomsnittliga kalenderdagsberäkningen till en individuell beräkning av ersättningsskyldigheten. Kommunen ska då erlagga ersättning för de dagar som överskrider tre (3) 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.

Från och med 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 landstinget 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 (1) och den efterföljande dagen som dag två (2) och så vidare.
- Underrättas berörda enheter efter kl. 12:00 räknas nästa dag som kalenderdag ett (1) och den efterföljande dagen som dag två (2) 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 landstingsfinansierade öppna vården har inom tre dagar efter att patienten är utskrivningsklar kallat till samordnad individuell planering, om en sådan ska genomföras på landstingets 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 och
- insatser som den landstingsfinansierade 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 landsting 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 ersättningskyldighet ska inträda. För år 2018 fastställs antalet genomsnittliga fristdagar till 2,0. Parterna är överens om att Länsledning Välfärd Gävleborg därefter, senast under november varje år, fastställer gränsen för antalet genomsnittliga dagar för nästkommande kalenderår. Länsledning Välfärd Gävleborg har möjlighet att utse någon annan instans med

representanter från både kommuner och landsting 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. Faktureringen 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 landstinget. 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 berörd chefsnivå och i andra hand i Länsledning Valfärd Gävleborg.

8. Uppföljning av överenskommelsen

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

- följsamheten 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

Villkoren i den ekonomiska överenskommelsen är av en helt ny modell. År 2018 ses som ett pilotår. Modellen ska utvärderas senast augusti 2019.

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 Gävleborg.

10. Tvist

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

11. Dokumentinformation

Ledningsgrupp GU Äldre har varit styrgrupp; Anette Forsblom, socialchef Socialförvaltningen, Ovanåkers kommun (ordf), Anna-Karin Eklund, förvaltningschef Omvårdnadsförvaltningen, Söderhamns kommun, Annmarie Sandberg, förvaltningschef Omvårdnad Gävle, Gävle kommun, Karin Jonsson, förvaltningschef Omsorgsförvaltningen, Sandvikens kommun (tom januari 2017), 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 (sammankallande), 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, ekonomichef Omvårdnad Gävle, Gävle kommun, Kajsa Nilsson, sakkunnig Socialförvaltning Ovanåker kommun, Pia Andersson, förvaltningschef Social- och omsorg, Hudiksvalls kommun, Sara Marklund, controller Divisionsstab Primärvård, Medicin-Psykiatri, Region Gävleborg, Börje Svensson, chefläkare Primärvården, Region Gävleborg, Susanna Björklund, verksamhetschef Verksamhetsområde Gävle Primärvård, 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 slutet hälso- och sjukvård*, 2017-05-12, på remiss/synpunkter. Efter bearbetning av remissvar och synpunkter har styrgruppen daterat slutliga överenskommelsen 2017-08-16.

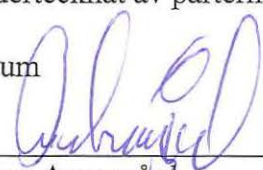
12. Referenser

Dokumentnamn
Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård.
Prop. (2016/17:106) Samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård
<i>Länsledning Välfärd – Överenskommelse om samverkansformer i Gävleborgs län, 2013-09-27</i>
Bestämmelserna om samordnad individuell plan 3 f § hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) och 2 kap. 7 § socialtjänstlagen (2001:453)
Rutin för <i>Samordnad individuell plan Region Gävleborg och kommunerna, 2017-09-07.</i>
Bestämmelsen om fast vårdkontakt 6 kap patientlag (2014:821) 2 §.
Rutin för <i>Fast Vårdkontakt Hälso- och sjukvård Region Gävleborg, 2017-03-06.</i>
<i>Avtal hemsjukvård mellan Kommunerna och Landstinget i Gävleborg, juni 2016 (inkl. ramavtal läkarmedverkan i den kommunala hemsjukvården i ordinärt boende) med formulär:</i>
- <i>Gemensam planering hemsjukvård - In- och utskrivning (Primärvård-Kommun)</i>
- <i>Checklista Hemsjukvård - In- och utskrivning (Primärvård-Kommun)</i>
<i>Lokalt samverkansavtal gällande läkarmedverkan i särskilt boende (mall)</i>
<i>Avtalsmall för Hemsjukvård för patienter som är i behov av vård i annan kommun inom länet.</i>
Beskrivning/rutin för <i>Läkemedelshantering – Obruten läkemedelsbehandling vid in- och utskrivning från sjukhus, Regionens Läkemedelskommitté 2015-11-30.</i>
<i>HSLF-FS Ordination och hantering av läkemedel i hälso- och sjukvården, gäller from 1 januari 2018.</i>
<i>Egenvård - Landstinget och Kommunerna, Hälsoval i Gävleborg, 2016-04-14</i>
<i>Hjälpmedelsförskrivning vid byte av vårdgivare. Hälso- och sjukvård Region Gävleborg, 2015-07-06</i>
<i>Hjälpmedel. Hälso- och sjukvård, Region Gävleborg och kommunerna, 2016-12-21</i>
<i>Lifecare SVP – Regionen och kommunerna i Gävleborg. Länsgemensam checklista. 2017-01-27</i>

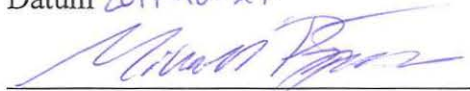
13. Undertecknande parter

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


Datum


 Göran Angergård,
 hälso- och sjukvårdsdirektör
Region Gävleborg

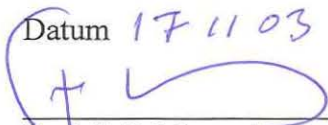
Datum 2017-10-27


 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


 Annmarie Sandberg,
 förvaltningschef Omvårdnad Gävle
Gävle kommun


Datum 2017-10-27


 Palle Danielsson, socialchef
Ockelbo kommun

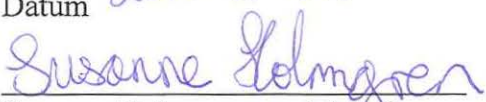
Datum

2017-11-28

 Mats Collin, socialchef IFO
Gävle kommun

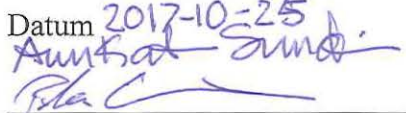
Datum

2017-11-07

 Urban Sundström, tf. socialchef
Ovanåkers kommun


Datum

2017-10-27

 Susanne Holmgren, socialchef
Hofors kommun

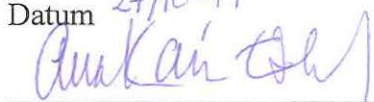
Datum

2017-10-25

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

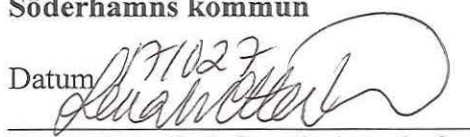
Datum


 Reneé Holmberg, tf. förvaltningschef
 Omsorg & socialförvaltning
Hudiksvalls kommun

Datum

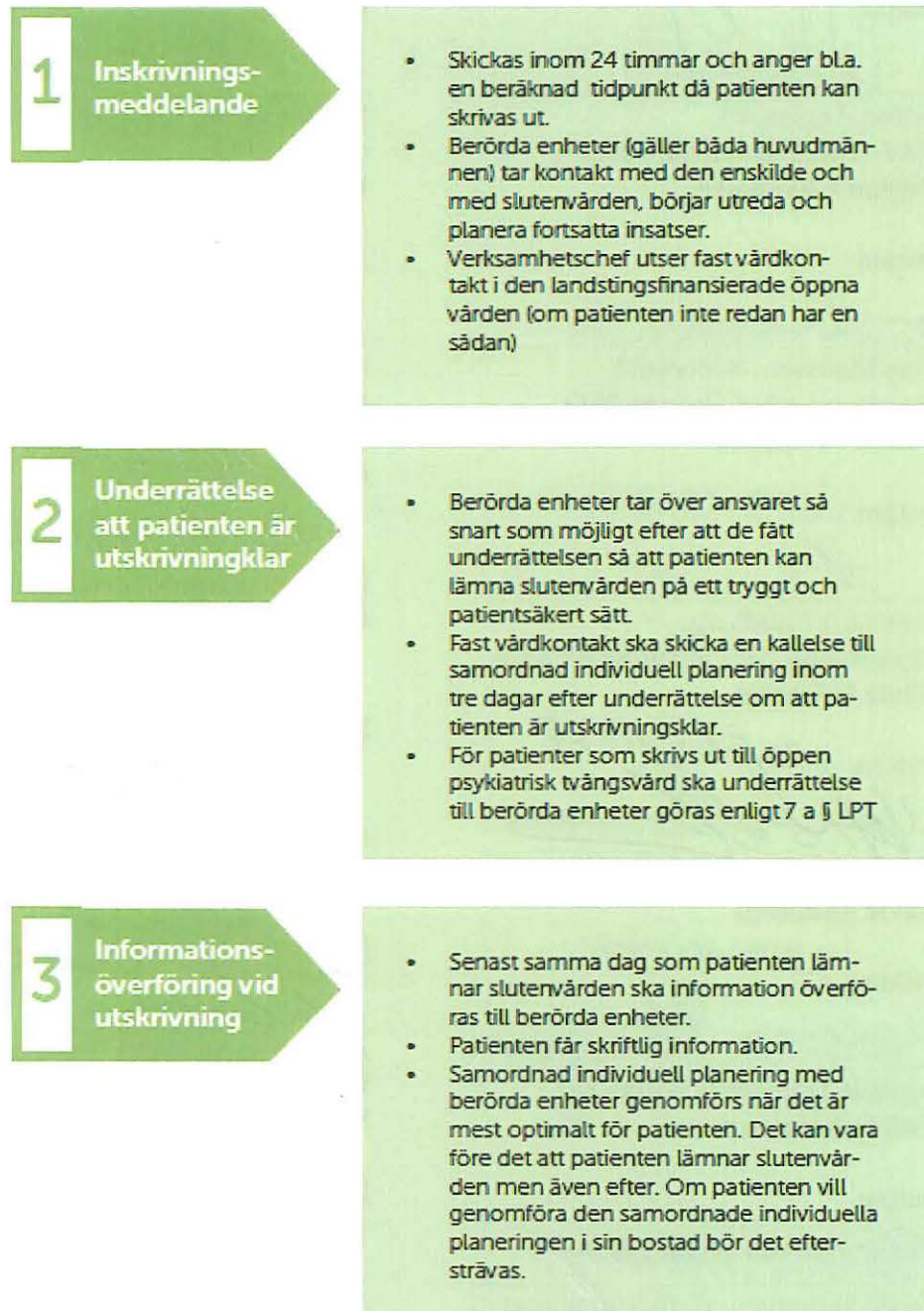
27/10-17

 Anna-Karin Eklund, förvaltningschef
 Omvårdnadsförvaltningen
Söderhamns kommun

Datum

27/10-27

 Lena Wetterlind, förvaltningschef
 Arbetsmarknad & socialförvaltning
Söderhamns kommun

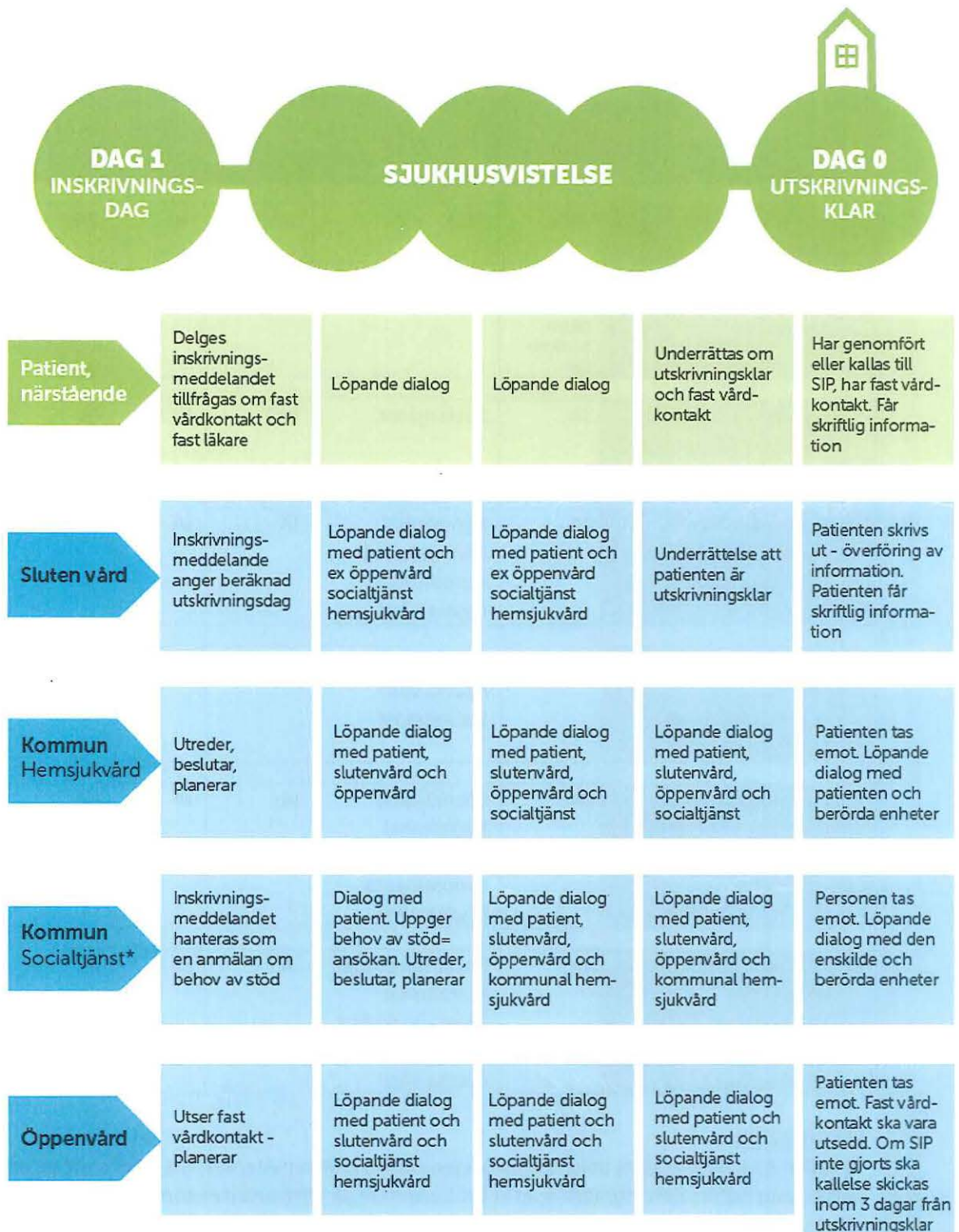
Bilaga 1

Planeringsprocessen, ram



Bilaga 2

Planeringsprocessen, ansvarsfördelning inkl. patientens delaktighet



*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 missbrukare. (lagtext).

Bilaga 3

Planeringsprocessen, beroende på den enskilde patientens insatser efter utskrivning

	Har eller behöver insats från	Skicka Inskrivningsmeddelande	Berörda enheter	Utse fast vårdkontakt	SIP ska upprättas /följas upp	Skicka utskrivningsklaringsmeddelande	Ersättningskyldighet kan bli aktuell
A	Ingen insats efter slutet vård	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 det enskilde efter utskrivning.

Patient A omfattas ej av lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutet hälso- och sjukvård. Av totala antalet inskrivna patienter tillhör ca 95 % kategori A och B, medan övriga ca 5 % kategorier patienter tillhör dem där kommunen är berörd part.

Bilaga 4

Beskrivning av ersättningsmodellen

Exempel på när ersättningsskyldigheten inträder vid "rullande tre månader"
(= en kommun överstiger gräns för frist minst 2 av de senaste 3 månaderna)

Jan	Feb	Mar	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug
			Bet				
X	X	O	O	X	X	X	X
			Bet		Bet		
X	X	O	O	X	O	X	X
			Bet				
X	O	X	O	X	X	X	X
			Bet		Bet		
X	O	X	O	X	O	X	X
X	O	X	X	O	X	X	O
			Bet	Bet			
X	X	O	O	O	X	X	X

X = medeldygnen ligger under fastställd gräns för ersättningsskyldigheten

O = medeldygnen ligger över fastställd gräns för ersättningsskyldigheten

Beräkning av exempel

Fastställd gräns för frist = 2,0 kalenderdagar i snitt

Månadens genomsnitt av dagar som utskrivningsklara varit kvar = 2,45 kalenderdagar

Exempel på ersättningsnivå per dag = 6 000 kronor

0,45 (dagar) x 15 (patienter) x 6 000 (ers/dag) = 40 500 kr

0,45 (dagar) x 40 (patienter) x 6 000 (ers/dag) = 108 000 kr

0,45 (dagar) x 120 (patienter) x 6 000 (ers/dag) = 324 000 kr

