

**TILLSAMMANS
FÖR GOD HÄLSA
HELA LIVET**

När personal från kommun eller privat utförare deltar i vården på sjukhuset

Avser region- och kommunfinansierad hälso- och sjukvård i
Jämtland Härjedalen

Framtagen (forum och datum)	<i>Fredagsgruppens beredningsgrupp 260914</i>
Beslutad (forum och datum)	<i>Fredagsgruppen 260925</i>
Giltighetstid	<i>Från 260925 tv.</i>



Bergs
kommun



Bräcke
kommun



HÄRJEDALENS KOMMUN
HERJEDAELIEN TJIELTE



Krokoms
kommun
KROKOMEN TJIELTE



REGION
JÄMTLAND
HÄRJEDALEN
JEMHTEN HERJEDAELIEN DAJVE



Strömsunds
Kommun
Stracjmen tjelte



ÖSTERSUNDS KOMMUN
STAAREN TJIELTE

GODKÄNT AV

GILTIGT FR O M

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.

Ändringsförteckning

Datum	Ändring
260914	Nyutgåva

Syfte

Att reglera när personal från kommun eller privat utförare deltar i vården på sjukhuset av en patient och hur det ersätts.

När personal från kommun eller privat utförare deltar

- *Skriftlig överenskommelsen görs mellan ansvarig chef på slutenvårdsenhet och ansvarig chef för personal.*
- *Personal deltar endast vid tydligt formulerade insatser som framgår av överenskommelsen.*
- *Det ska framgå x antal personal samt hur många timmar per dygn, se bilaga 1.*

Ersättning

- *Slutenvårdsenheten ersätter kostnader för arbetad tid (Schablonavgift enligt Försäkringskassan 347,42 kr/h 2026 nivå, uppräknings årligen) samt rese- och färdtidsersättning, enligt aktuellt kollektivavtal.*
- *Ersättning ges inte för andra förmåner.*
- *Skriftlig överenskommelse ska dokumenteras i bilaga 1 och godkännas av båda parter och följas upp efter vårdtillfället.*
- *Debiteringen ska göras i samband med vårdtillfällets slut.*

BILAGA 1 – SKRIFTLIG ÖVERENSKOMMELSE

Slutenvårdsenhet/avdelning	
----------------------------	--

GODKÄNT AV

GILTIGT FR O M

<i>Kommun/privat utförare</i>	
-------------------------------	--

Beskrivning av uppdrag/insats

Underskrifter

<i>Slutenvårdsenhet/avdelning:</i>

<i>Datum:</i>

<i>Enhetschef:</i>

<i>Namnförtydligande:</i>

<i>Kommun/privat utförare/enhet/bostad:</i>

<i>Datum:</i>

<i>Enhetschef:</i>

<i>Namnförtydligande:</i>

Redovisning i samband med avslutat vårdtillfälle

<i>Antal personal</i>	
-----------------------	--

<i>Timmar per dygn</i>	
<i>Period</i>	
<i>Totalt antal timmar</i>	
<i>Reseersättning</i>	
<i>Färdtidsersättning</i>	

Faktureringsuppgifter

<i>Fakturamottagare</i>	
<i>Kostnadsställe</i>	
<i>Referens</i>	

GODKÄNT AV

GILTIGT FR O M

Original lagras och godkänns elektroniskt. Utskrifter gäller endast efter verifiering mot systemet att utgåvan fortfarande är giltig.