

Västra Götalandsregionen

Regionstyrelsen

Datum: 2026-04-17

Mötesanteckning

Samordningsråd Rättpsykiatri

Tid: Kl. 09.30-15.30

Plats: Stationshuset Konferens, lokal Godståget

Deltagare

Eirini Alexiou, SU, *ordförande*
Rosita Urzua Leiva, *sekreterare*
Désirée Ricken, NU-sjukvården
Dimitrios Pliakos, SU
Erika Ekstrand Adolfsson, koordinator
Gerhard Johansson, SkaS
Karolin Gleby, NU-sjukvården
Klas Attrell, Region Halland
Lise-Lotte Risö Bergerlind, Psykiatri VGR
Martin Rödholm, KPH
Per Nerman, SU
Peter Andiné, akademien
Rebecka Nordh, SU
Sara Ekström, SkaS
Ulrika Juntorp, SÄS
Viktoria Skeie, NU-sjukvården
Tonika Thomas, SÄS

Övriga deltagare

Daniel Strandman (punkt 4)

Ej närvarande

Peter Andiné
Martin Rödholm
Klas Attrell
Ulrika Juntorp

Mötespunkt	Anteckning
1. Fastställande av dagordning och föregående mötesanteckning (bilaga 1)	Mötets dagordning godkändes. Inga synpunkter lämnades på anteckningar från föregående möte som därmed fastställdes.
2. Nätverket för Styrning och ledning av Psykiatrin (NSLP)	Det har inte varit något möte ännu punkten bordläggs till nästa möte.
3. Arbetsgrupp fördjupad Samverkan	Då Per Nerman ämnar gå i pension behöver arbetsgruppen fördjupad Samverkan kompletteras. Önskvärt är någon som är kunnig i det juridiska och Socialtjänstens regelverk i kombination med rättspsykiatri. Förutom generell mötestid behöver man investera ytterligare ca två timmar per månad för förberedelser. Det är ytterligare 1 möte inplanerat den här terminen sedan är det sommaruppehåll. Efter diskussion i gruppen kommer Frida Lundqvist från SKAS upp som ett förslag och hon kommer att kontaktas.
4. Omställningsfonden	<p>Beslut</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Till nästa gång behöver vi funderat på vad som behövs för förstärkning gällande kompetenser och brainstorming kring ansökningar till omställningsfonden. 2. Gruppen landade i en fortsatt direkt kontakt mellan omställningsfonden och SOR via Eirini Alexiou, för att skapa tydlighet och framdrift i arbetet. Eirini Alexiou återkopplar det till Daniel Strandman.

Daniel Strandman, processledare, VGR Akademin, är inbjuden till SOR för att hålla en dragning kring Omställningsfonden.

Presentationerna handlar om förebyggande insatser inom ramen för avtalet KOM-KR, med fokus på både BUP och rättspsykiatri. Syftet med insatserna är att stärka arbetsgivarnas strategiska kompetensförsörjning, både på kort och lång sikt, samt att öka medarbetarnas anställningstrygghet och deras position på arbetsmarknaden. Insatserna kan ses som ett komplement till den löpande kompetensutvecklingen.

Övergripande handlar det om att tillgodose arbetsgivarens kompetensbehov. Genom avtalet finns möjlighet att få ekonomiskt stöd för olika typer av kompetenshöjande insatser, såsom utbildningar, validering samt handledning och coachning. Även kringkostnader i samband med utbildning, exempelvis litteratur, resor och logi, kan beviljas. Däremot omfattar stödet **inte** deltagarnas lönekostnader, kostnader för vikarier eller insatser som betraktas som ordinarie arbetsmiljö- eller utvecklingsarbete. Ett undantag är att lön för interna utbildare och projektledare kan ingå i ansökan.

Vid bedömning av ansökningar tittar Omställningsfonden särskilt på arbetsgivarens behov av kompetensförsörjning samt medarbetarnas behov av tidig omställning genom kompetensutveckling. Det är också viktigt att insatserna ligger utanför den löpande kompetensutveckling som normalt ingår i anställningen.

Tidigare erfarenheter från psykiatrin visar att insatser har samordnats via KPH under perioden 2021–2023. Exempel på genomförda utbildningar är LARO, MI, tobaksavvänjning, suicidprevention samt mer specifika metoder som TERMA inom

rättspsykiatrin (gick lite utanför men stämdes av) och ASSIP inom BUP.

Framåt diskuteras olika sätt att organisera och samordna arbetet, exempelvis genom direktkontakt med SOR-representanter, via KPH eller genom regionala HR-nätverk. Det finns också en öppenhet för andra lösningar, liksom möjligheten att avstå från deltagande.

Sammanfattningsvis syftar KOM-KR-insatserna till att arbeta mer strategiskt och förebyggande med kompetensutveckling för att möta framtida behov inom verksamheterna. Ska samarbetet med KPH reaktiveras och att vi kommunicerar ett belopp och vem är i så fall kontaktperson? Eller önskar gruppen i stället att låta HR- personer ta upp frågan i sina nätverk?

Enligt tidigare diskussioner är att förnya samarbetet med KPH genom direktkontakt med representant för SOR det alternativet som känts bäst. Då behöver också Martin Sandberg – SÄS bjudas in och psykiatrin behöver göra prioritering inom det beloppet skulle kunna bli aktuellt.

Diskussionen kretsar kring hur rättspsykiatrin bäst organiserar och driver sina ansökningar och kompetensutvecklingsinsatser inom ramen för omställningsfonden och KOM-KR, särskilt i relation till övrig psykiatri och KPH. En central fråga är risken att rättspsykiatrins behov och projekt inte får samma utrymme eller prioritet om man inte har en direkt kontaktväg, utan i stället ingår i större sammanhang tillsammans med vuxen- och barnpsykiatri. Samtidigt lyfts att den risken kan ha minskat i och med att rättspsykiatrin nu har ett eget samordningsråd (SOR), vilket stärker möjligheten att driva egna frågor. Det betonas som viktigt att idéer och initiativ samlas och diskuteras inom SOR, så att inte enskilda förvaltningar driver egna spår vid sidan av. Rättspsykiatrin är relativt samlad och van vid att arbeta gemensamt, exempelvis

genom tidigare gemensamma ansökningar, vilket är en styrka jämfört med andra delar av psykiatrin. Det gemensamma uppdraget gör också att behovet av samordning via KPH eventuellt upplevs som mindre.

Samtidigt finns frågor kring hur samarbete med övrig psykiatri ska fungera framåt, till exempel om gemensamma satsningar med BUP och vuxenpsykiatrin blir aktuella. Då uppstår osäkerhet kring hur medel ska fördelas mellan olika samordningsråd och verksamheter. Det finns en övergripande budget att förhålla sig till, med en fördelningsnyckel och en tidsgräns för att nyttja medlen, vilket kräver intern samordning och prioritering. Det lyfts även konkreta erfarenheter av bristande återkoppling via KPH, vilket talar för värdet av direktkontakt. Samtidigt finns en insikt om att samverkan kan ge större tyngd i ansökningar – exempelvis nämns insatser som TERMA och Safewards som starka kandidater, särskilt om de drivs gemensamt.

En återkommande avvägning i diskussionen handlar om att antingen stå starka tillsammans inom rättspsykiatrin eller riskera att bli en mindre undergrupp inom den bredare psykiatrin. Fördelen med att "kroka arm" inom SOR betonas, medan det samtidigt finns utmaningar i större forum där det kan vara svårare att nå samsyn. Avslutningsvis lyfts att prioritering av projekt bör utgå från hur väl de uppfyller kriterierna för omställningsfonden, särskilt kopplat till verksamhetens kompetensförsörjning och patientnytta. Det konstateras också att det finns möjlighet att ha direktkontakt med KPH i stället för att gå via vuxenpsykiatrins råd. Rättspsykiatrin på Sahlgrenska har historiskt sett haft lite svårt att få återkoppling från KPH, skulle vi haft den direkta kontakten känns det som att vi haft en större möjlighet att få kontakt. Terma och Safewards skulle kunna vara starka kandidater till att ansöka medel. Fördelen är att

	<p>om vi krokas här blir vi väldigt starka tillsammans annars riskerar vi att bli en subgrupp i allmänpsykiatri i och med att vi är mindre verksamhetsområde.</p> <p>Till nästa gång ska alla ha funderat på vad vi behöver för förstärkning gällande kompetens och brainstorming kring ansökningar till omställningsfonden. Daniel Strandman ska kallas så även Martin Sandberg.</p>
<p>5. Presentationsmaterial – lokala konferenser HT 2026 (bilaga 4)</p>	<p>Per Nerman och Lise-Lotte Risö Bergerlind visar det material som de har framtagit så att även den som inte kan så mycket om rättspsykiatri kan få ett väldigt detaljerat underlag. Utformningen är som sådan att en lokal förmåga som är initierad ska kunna dra det här och resonera under tiden. Samspelet med auditoriet under tiden man håller föredrag så att säga. Slutsatsen efter gårdagens arbetsgruppsmöte är att man inte vill ta bort något utan göra det mer lättillgängligt att ta till sig.</p> <p>Efter diskussion i SOR lämnas några synpunkter som Per och Lise-Lotte åtgärda. Som tex att ändra från upptagningsområde till närhetsprincip och så vidare. Även något enstaka förtydligande som att punkten om medianvårdstid 2009–2024 gäller både öppenvård och slutenvård. Tanken med materialet är att det ska vandra vidare och ska kunna användas vid vårdsamverkan. Bra material för andra verksamheter än sjukvårdsförvaltningar. För att skapa förståelse för vad vi bedriver för vård inom vår verksamhet.</p> <p>Man behöver således inte ha lika mycket fokus på alla bilder utan beroende på sammanhang. Kommunerna tyckte att det var en oerhört intressant punkt gällande till exempel särskilda villkor. Bilden kring tvångs- och kontrollåtgärder ska ligga dold men kunna tas fram vid internt bruk som underlag till vad personal får göra och när behöver man tillkalla doktorn. När materialet är klart ska alla få</p>

	<p>och användas vid de lokala konferenser. Göteborg är först ut och datum för konferens ska mejlas till Rebecka Nordh för att vi ska se vilka medarbetare som ska kunna komma med. KPH, har lovat att hitta pengar för att betala lokalen. Tanken är kommunen och rättspsykiatern ska delta i första hand. De som sitter i arbetsgruppen är även de som ska vara motorer i det hela. Materialet godkänns efter revidering.</p>
<p>6. Framtagande av prognos för vårdbehov i VGR 2026–2040 (Bilaga 2)</p>	<p>Anna Norman Kjellström och Hanna Waddington, regionutvecklare från avdelning Verksamhetsutveckling och kunskapsstyrning, är inbjudna för att prata om ett arbete om att ta fram prognoser för vårdbehov fram till 2040. I korthet handlar presentationen handlar om ett pågående arbete med att ta fram en prognos över framtida vårdbehov inom rättspsykiatri och övrig hälso- och sjukvård i Västra Götalandsregionen fram till år 2040. Arbetet är en del av ett större uppdrag från den strategiska hälso- och sjukvårdsnämnden och syftar till att skapa bättre underlag för långsiktiga beslut om hur vården ska organiseras och utvecklas. En viktig del i detta är att använda simulering som metod, i samarbete med Högskolan i Skövde, för att kunna göra mer träffsäkra analyser av framtida behov och resursfördelning.</p> <p>Fokus i prognosen är att förstå hur vårdbehoven kan komma att förändras över tid och vilka konsekvenser det får för vårdformer, resurser och kompetensförsörjning. Resultaten ska bland annat kunna användas för att planera utbildning av specialister och dimensionera vårdens kapacitet. Metodmässigt bygger arbetet på att vårddata delas in i medicinska verksamhetsområden som sedan kopplas till samordningsråd. Prognoser tas fram utifrån två scenarier: ett som enbart baseras på demografisk utveckling och ett som även inkluderar historiska trender. Samordningsråden</p>

förväntas bidra med expertkunskap, till exempel kring förändringar i sjukdomsbild, behandlingsmetoder och andra faktorer som inte fullt ut fångas i statistiken.

Det finns dock en tydlig osäkerhet kring hur användbara prognoserna är just för rättspsykiatri, eftersom vårdbehovet där påverkas av många samhällsliga faktorer som inte enkelt kan modelleras, exempelvis rättssystemet och sociala förändringar. Därför betonas vikten av att komplettera de kvantitativa framskrivningarna med kvalitativa bedömningar från verksamheten.

Som en del av processen får samordningsråden ta del av preliminära prognoser och lämna synpunkter. De uppmanas särskilt att reflektera över vilka förändringar i vårdbehov som kan förväntas fram till 2040 men som inte syns i historiska data, exempelvis förändringar i diagnoser, medicinska innovationer, patientbeteenden och förväntningar på vården. Dessa inspel ska sedan användas för att justera och kvalitetssäkra det slutliga prognosunderlaget.

Arbetet följer en tydlig tidplan där prognoser tas fram och förankras under våren 2026, med målet att en slutlig version ska vara klar under andra kvartalet samma år. Därefter ska resultaten integreras i den ordinarie planeringen, särskilt kopplat till kompetensförsörjning och framtida organisering av vården. Kopplat till det uppdraget titta vi på hur vi kan koppla en analys genom en simulering i samarbete med Växjö högskola. Hur förändras vårdbehoven och hur påverkar utveckling av framtida vårdbehov?

Synpunkter vi behöver från SOR är bidra med kunskap om förändrad sjukdomsbild, bidra med kunskap om att förändra behandlingsmetoder, bidra till kvalitetssäkring av resultat.

	<p>Vilka patienter ser vi inom respektive verksamhetsområde? Vi vet ju att vi blir många fler äldre och hur påverkar det, hur mycket vård förväntar vi oss till 2040?</p> <p>SOR menar att vi väldigt beroende på lagstiftning i och med att våra patienter är dömda till vård, och det är lagförändringar på gång. Så det är snarare juridiska förändringar än demografi som sådan.</p> <p>Frågor till SOR stämmer framskrivningarna med er bild av utvecklingen? Vad saknas eller bör tolkas med försiktighet? Syfte är att fånga kvalitativa bedömningar av utveckling av framtida vårdbehov som inte syns i historiska data. Finns det till exempel specifika diagnosgrupper eller tillstånd som ni förväntar er kommer att öka eller minska? På vilket sätt kan medicinska innovationer, nya utvecklade behandlingar eller diagnostiska metoder komma att påverka vårdbehoven inom ert område? -En sak som skulle kunna påverka utifrån vår (-SOR) erfarenhet är att det finns fler patienter som dömd till LRV på grund av låg funktionsnivå snarare än allvarlig psykisk störning. Bedömningspraxisen kommer nog att fortsätta i femton år till, det finns risk att tolka svår beroendesjukdom som LRV, många olika faktorer som styr, lindrig IF är ett osäkert kort som många kan kvala in i. Den konstitutionella funktionsnedsättningen har vi inga trender på. Samsjuklighet är svårt att mäta, dementa har blivit dömda till LRV på grund av våldsamt. De som har uppmärksammat att det finns problem är de som vi behöver prata med, Tonika Thomas har möte med dem om två veckor (pågåendelistan).</p>
7. Pågåendelistan	<p>Vi behöver ta ställning till hur vi gör med SÄS som inte har slutenvårdspatienter och hur databasen ska se ut. Hur vill man inkludera SÄS i regionaluppföljning gällande de patienter som pendlar mellan öppenvård och slutenvård.</p>

	<p>De som bygger ihop databasen är osäkra på vem som är mottagande part. För att kvalitetssäkra mätningar som medicinsk sekreterare behövs både Melior och Elvis. Kristoffer Bergman håller ihop listan för rättspsykiatri. Han är både på NU-sjukvården och Koncernkontoret. Charlotta Rosenberg SKAS. Tanken är att ha samma databas i hela regionen, hur den senare redovisas i nästa steg får bli nästa fråga. Det ska inte spela någon roll vart patienten befinner sig utan alla uppgifter ska finnas tillsammans med tvångsätgärder. Problemet för SÄS, är att det blir nya vårdepisoder vid återinläggning och man kan inte följa dem över tid när det går över två förvaltningar. Trender över tid uppstår problem. Kan man söka upp på unika individer så att samma personer inte kommer med flera gånger? Ett alternativ skulle kunna vara att redovisera SÄS och NU-sjukvården tillsammans som en förvaltning. Indikatorskatalogen redovisas data på gruppnivå, skulle kunna innebära problem. Tonika Thomas pratar med sina kontaktpersoner och återberättar på nästa långa möte. Vi kan bjuda in någon hit så att vi kan ha en dialog direkt efter det stora mötet 6 maj. Tre led, liten grupp stor grupp SOR. Vi skulle kunna bjuda hit Kristoffer Bergman och Peter Asplund samt Charlotta Rosenberg.</p>
<p>8. Medicinska Kvalitetsindikatorer del 2.(bilaga 3)</p>	<p>Skjuts upp till nästa möte. Deadline 2 oktober.</p>
<p>9. Förstärkning av slutenvården</p>	<p>Eirini Alexiou informerar om beslutet som togs på OSN. I tjänsteutlåtandet lyfte koncernkontoret bara en tredjedel av allt underlag som lämnats in, bara de 9 vårdplatserna på SKAS. Misstanke om att politikerna inte tagit ställning till hela underlaget. SKAS behov utreddes vidare för att de parallellt skickat in en hemställan. NÄL har också skickat in en egen hemställan. Verkar</p>

	<p>råda en viss irritation från förvaltningscheferna då Koncernkontoret har ställt frågan direkt till samordningsråden och gått förbi linjen. Det verkar även råda oklarhet från koncernledningen kring om samordningsråden kanske tillfrågas mer än vad de borde. Det blir bekymmersamt när vi blir omfrågade att ta fram ett behov som sammanställs och det sedan händer saker som vi inte är medvetna om. Det blir också svårt för samordningsråden, när man får en direkt fråga från Marika att ta fram ett underlag utifrån att vi skulle beskriva våra behov. Från SKAS håll hade styrelsen redan tidigare lagt in en förfrågan om finansiering för de här säkerhetsnivå 3 platserna så när vi får en förfrågan från Marika förankrades detta hos direktören och med vår ekonomichef, de har själva tagit ett beslut att skicka in en förfrågan igen om att få platserna finansierade.</p>
<p>10. Registrering av utomlänspatienter</p>	<p>Beslut: Att ta med alla i Excell filen och skriva längst bak under anmärkningar vad det är för typ av patient och att det inte sker en aktiv utslussning.</p> <p>Frågan lyftes med Levi med bakgrund av att Per mottog ett mejl från Frida (SKAS), gällande de platserna där SKAS säljer en del vård. Ska dessa också registreras på samma sätt i samma Excel filen? Frågan är om SKAS kommer att slussa ut eller skicka tillbaka?</p> <p>Förstahandsalternativet är att vi slussar ut dem från oss (SKAS). Vi har sagt att om de öskar att det finns möjligt att hjälpa till med det som det är formulerat i avtalet. Rutinen handlar om tidig samverkan vilket faller om de inte är tänkt att de ska slussas ut. Kanske bättre att man tar med alla och stryker de som inte behövs?</p>
<p>11. Gemensamt ställningstagande</p>	<p>Förlängning av föregående möte. Återkoppling från Elisabeth Welanders, frågan var uppe i arbetsgruppen, de tyckte att kollektiv</p>

<p>journaler på 1177 (bilaga 6)</p>	<p>undanta en hel patientgrupp från att kunna läsa sin journal på nätet stred mot mänskliga rättigheterna. Det verkar ha blivit en missuppfattning någonstans. Frågan handlar om Bank- id på Ipad, inte att utesluta patienten från sin journal.</p> <p>I diskussion nämns det att det finns undantag i Melior man kan till exempel skriva under tidiga hypoteser, så kommer de automatisk tas bort från direktåtkomst. Det används inte så ofta eftersom man måste markera när det finns undantagna anteckningar och dessa måste till stor del lämnas ut. Oftast rör det information från anhöriga osv. inte i så hög grad läkaranteckningar. Bättre egentligen att skriva i undantagsrubrikerna. Man kanske skulle behöva utbilda vissa i vad och hur man skriver i journalen. Våra jurister har gjort tolkningen att de inte är överens om tolkningen som Stockholm har gjort. Rekommendationen blev att det mest försvarbara är att väja alt. 1 och ta bort direktåtkomst för de rättspsykiatriska patienterna. SU var inne på en viss begräsning då vi hade problem med hot och våld mot medarbetare. Dock är frågan egentligen att ta bort bank-id på Ipads, inte att förhindra patienten från att komma åt sin journal. Elisabeth behöver få svar, Erika återkopplar.</p> <p>Ett inflikat tips handlar om att göra dokumentationen tillsammans med patienten vilket också leder till att den blir ännu mer inkluderad i sin vård då kan man kan också skriva i journalen om man inte är överens. Man har provat detta i Skånes rättspsykiatri.</p>
<p>12. Nationella riktlinjer (bilaga 5)</p>	<p>Presentationens innehåll handlar om hur Socialstyrelsen tar fram nationella riktlinjer för rättspsykiatrisk heldygnsvård och syftet med dessa. Riktlinjerna ska bidra till en god och jämlik vård på lika villkor, baserad på bästa tillgängliga kunskap, samtidigt som</p>

resurser används effektivt och möjliggör uppföljning och utveckling av kvaliteten i vården.

Nationella riktlinjer fungerar som ett stöd för beslutsfattare inom hälso- och sjukvård och omsorg, såsom chefer, tjänstepersoner och politiker. De innehåller rekommendationer på gruppnivå om vilka åtgärder som bör ges vid olika tillstånd. Behovet av riktlinjer uppstår särskilt när det finns praxisskillnader, ojämlikhet, oenighet inom professionen, kontroversiella eller ineffektiva metoder, eller osäker kostnadseffektivitet.

Arbetet med att ta fram riktlinjer är systematiskt och transparent. Processen börjar med att avgränsa frågeställningar och identifiera områden där behovet av vägledning är störst, bland annat genom intervjuer och dialog med profession, patienter och sakkunniga. Därefter bedöms tillståndets svårighetsgrad och relevanta kunskapsunderlag tas fram, antingen genom forskning eller beprövad erfarenhet.

Kunskapsunderlag baserade på forskning tas fram genom en strukturerad process där frågeställningar definieras, litteratur söks och granskas, risk för bias bedöms och evidensen sammanvägs och graderas. Om vetenskapligt underlag saknas kan istället beprövad erfarenhet användas, ofta genom en konsensusprocess där experter får ta ställning till olika påståenden tills enighet uppnås.

Rekommendationerna baseras på flera faktorer: tillståndets svårighetsgrad, åtgärdens effekt för patienten, evidensens tillförlitlighet samt kostnadseffektivitet. Dessutom vägs etiska principer in, såsom människovärdesprincipen (alla har lika värde), behovs- och solidaritetsprincipen (de med störst behov prioriteras) samt kostnadseffektivitetsprincipen.

Prioriteringen av rekommendationer sker på en skala från 1 till 10, där 1 innebär högst prioritet. Det finns också kategorierna ”icke-

	<p>göra” för insatser som inte bör användas, samt ”FoU” för insatser som endast bör användas inom forskning och utveckling.</p> <p>Prioriteringen justeras stegvis utifrån svårighetsgrad, patientnytta, evidensstyrka och kostnad, och avslutas med en samlad bedömning av en expertgrupp.</p> <p>Sammanfattningsvis bygger Socialstyrelsens nationella riktlinjer på en noggrant strukturerad process där forskning, expertkunskap och etiska överväganden kombineras. Målet är att minska skillnader i vårdpraxis och skapa en mer jämlik och kunskapsbaserad vård i hela landet.</p> <p>Inför att man nu tar fram nationella riktlinjer inom rättspsykiatrisk heldygnsvård.</p> <p>Sammanfattning av diskussion</p> <p>En synpunkt är att vi fick anmäla personerna som skulle sitta med men fick aldrig en återkoppling det och ingen här ifrån sitter med förutom Peter Andiné utifrån sin roll som akademirepresentant. Lise-Lotte ska kika på om det helt saknas representation för övrigt. Representant från Koncernkontoret önskar att partnerskapet med kunskapsorganisationerna syntes i processen då det märks att Socialstyrelsen tar en hel annan inriktning nu än vad man tidigare gjort.</p>
<p>13. Uppföljning workshop från 2026-03-20</p>	<p>Uppdatera oss på Daniel Lethenströms punkt från föregående möte och fortsätta arbetet med digitala tavlan.</p>
<p>14. Övriga frågor</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regiongemensamma rutinen – det har inkommit en del synpunkter på rutinen. I rutinen står det till exempel att när vårdbrev inkommer ska man göra en del åtgärder som att initiera kontakt med allmänpsykiatrin där man inte upplever sig behöva ta den kontakten, därför har vi flyttat bak det stycket till efter

intagningen har skett i slutenvård. Då kan man kontakta allmänpsykiatrin om det finns anledning till det. Rutinen är justerad efter detta och även Excel filen. Vi har också tagit bort den sista punkten ”när är första planeringen tillsammans med kommunen där patienten deltar”. Den ingår egentligen inte i rutinen. I övrigt små justeringar i texten. Inga stora förändringar. Det är personer från de olika förvaltningarna som har sett över och är nu överens om rutinen. Huvuddokumentet är en revidering av den regionala medicinska riktlinjen som vi titta på. Erika Ekstrand Adolfsson hanterar det styrande dokumentet när det är klart.

- IVO hade en planerad inspektion på Rågården som sträckte sig över tre dagar. Vi var en av tolv olika verksamheter i Sverige som inspekterades och den enda i vår region. Rapporten från IVO kommer först till hösten, utan preliminär återkoppling. De såg över våra lokaler, träffade både patienter och personal. De hade i förväg bestämt sig för två avdelningar och bokade där in intervju med 8 patienter. Även 8 medarbetare inkl. läkare. Även delar av ledningen intervjuades. IVO kommer att komma ytterligare en gång för att slutföra alla sina frågor. Det visade sig också glädjande nog att vi lyckats beta av alla brister från det oannonserade IVO-besöket från tidigare. Eirini Alexiou kommer att hålla SOR uppdaterad. IVO hade också ett par frågor om de nya säkerhetsföreskrifterna och det kanske är bra att ha en dialog kring det. Dessa är omfattande och behöver synkas.
- En viktig fråga som kom upp på Rågården var att våra avskiljningsrum har kameraövervakning och när vi belägger dem med patienter som inte är avskilda får man inte filma. Vi saknar teknisk lösning att stänga av kameran i dagsläget och har löst det med tejp för linsen fram tills annan lösning uppdragas.

- Vårdsamverkan, och frågan om rättspsykiatrin skulle få en egen sida. Nu har arbetet kommit lite längre och det finns ett företag som fått uppdraget. Nästa steg att få fram ett förslag på struktur. Nytt möte inplanerat om två veckor. Eirini som representant härifrån tillsammans med en chef från Kommunen har gjort en grundstruktur. Utifrån sådant som vi som samordningsråd tagit fram. Kommunen gjorde samma sak med samverkansavtal, vi hade en gemensam workshop och gick genom allt material och gjorde en prioritering utifrån grundstrukturen. Pratade mycket om vad som inte fungerar optimalt, tex SAMSA och utgick ifrån det men lyfte även goda exempel på vad man skulle kunna göra framåt. När den första skissen blir återkopplad kan det vara bra att vi tittar på det som grupp? Eirini Alexiou håller SOR uppdaterad.
- Nu finns det ett avtal med NSPH att arbeta på Sahlgrenska. Deras utgångspunkt är att få tag på peersupporters med egen erfarenhet av rättspsykiatrisk vård eller med erfarenhet av tvångsvård. RPÖV frågar om vad vi tycker om att anställa en person med pågående LRV vilket kan anses olämpligt.
- Vi skulle behöva prata generellt om känslan när man inte har data, beredning om psykisk hälsa, Power bi hämtar siffrorna från KVÅ koderna i Elvis så det borde finnas där, vi borde kunna få hjälp Viktor Nordling? SU har valt ett annat sätt titta på det och vi hämtar information ur beslutsöversikten då mycket missas i Elvis. Särskilt när det gäller de enskilda besluten. Det finns en MRR som heter ”registrering och dokumentation vid behov av tvångsåtgärder”. SU ska göra ett försök att hämta ur våra system och följa under några år för att se om det minskar eller ökar i omfattning. Rebecka Nordh tar med frågan till Susanne Frid på SU.

- Patientärende – SkaS och regional hantering
Ärendet avser en patient vid SkaS i anslutning till de nio vårdplatserna på säkerhetsnivå 3. Det pågår en dialog kring patientens organisatoriska placering och de ekonomiska konsekvenser som är förknippade med ärendet.
SkaS verksamhetschef har beskrivit att ärendet initialt aktualiserades av förvaltningens ekonomichef, med en tydlig ekonomisk motivering kopplad till de omfattande anpassningskostnader som patienten medför. Frågan har därefter lyfts till Koncernkontoret via ekonomifunktionen och hanterats vidare i dialog mellan berörda parter, inklusive Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU). Ärendet har även lyfts till operativa hälso- och sjukvårdsnämnden.
I den fortsatta hanteringen har förslag framförts om att SU skulle överta vårdansvaret alternativt stå för kostnaderna. Det har i dialogen framkommit att ärendet drivs utifrån ekonomiska överväganden, vilket aktualiserar behovet av att tydliggöra principerna för ansvarsfördelning.
Det kan i sammanhanget konstateras att begreppet ”sista utpost” inte tidigare har tillämpats inom psykiatrin, vare sig inom vuxenpsykiatrin eller rättspsykiatrin. Det finns därför behov av att klargöra hur detta begrepp ska tolkas och tillämpas i relation till gällande ansvarsfördelning.
Frågan har aktualiserats med kort tidsram, och SU har framfört behov av ytterligare dialog med Koncernkontoret innan ställningstagande kan göras. Det finns även ett behov av att säkerställa en enhetlig och långsiktigt hållbar hantering av liknande ärenden.
- Utredning förtroendekris – alla utredningar är klara gällande både HR- spåret och det parallella ekonomi-spåret. Juristerna

har gjort bedömningen att handlingar kan lämnas ut som offentliga uppgifter dock ska eventuella namn maskeras.

- Två pågående remisser just nu, Lise-Lotte Risö Bergerlind har fått i sin roll, hos Ann-Sofie Rundberg hennes uppdrag att titta på remissen ” Rättssäker samhällsvård för barn och unga” Lise-Lotte har tittat på sammanfattningen då rapporten är 500 sidor lång. I sammanfattningen har man möjlighet att lämna kommentarer i vad man instämmer med eller inte instämmer med. Liselotte skickar till SOR. Eirini Alexiou åtar sig att lämna en skiss utifrån vårt perspektiv och skicka via mejl till SOR. Deadline 2 maj, regionens jurister har också fått underlaget för att lämna synpunkter.
Nästa remiss är att vi kommer bli kontaktade angående uppgiftsskyldighet till Socialstyrelsens patientregister men vi kommer inte göra något i frågan utan det kommer hanteras inom KSD. SOR avvaktar så länge.
- **Beslut:** allmänmedicinsk kompetens till rättspsykiatriska patienter 27 april teams v. 18. Kommer handla om primärprevention och hjärt-kärl snarade än smärtbehandling.

Inbjudan till medskicket är att man företräder hela sin organisation och inte enskild förvaltning. Rättspsykiatrin har slotten 10,30–11. Något man skulle behöva ha en dialog och samarbete kring är obesitas tillsammans med primärvården. Framförallt när patienterna skrivs ut och primärvården tar över den delen av behandlingen. Förslag att följa upp den somatiska ohälsan. Ronda patienterna på rättspsykiatri eller som konsult med tex Clozapine prover, där vi har ansvaret för att tolka resultatet. Det andra skulle kunna vara om patienter kan gå dit och få sina injektioner då boenden inte alltid har SSK. Beslut att

vi går dit för att lyssna och tar med frågor tillbaka. Intressant skulle ju vara att få rondande konsult till rättspsykiatri. Eirini går som SOR-representant.

- Information från NU-sjukvården – Mattias Carlsson, säkerhetsansvarig, kommer att gå över i en annan tjänst som NU-sjukvårdens övergripande säkerhetssamordnare efter sommaren. Den nuvarande tjänster kommer att annonseras ut och då kommer vi bredda uppdraget något. Mattias Carlsson har samarbetat med både SU SKaS länge och skickar med en reflektion att det tidigare mycket tajta samarbetet mellan de säkerhetsansvariga på de olika förvaltningarna blivit spretigt på sista tiden. Vi behöver lägga lite ansträngning på att jobba ihop våra säkerhetsansvariga, till exempel har projektet med gemensamma rutiner har inte hållit då respektive säkerhetsansvarig inte kollat av med varandra. Tidigare fanns det ett uppdrag från samordningsrådet att de skulle driva alla frågor tillsammans men nu har man tappat den ursprungliga tanken lite. Om Mattias har utrymmet har SOR inget emot att han håller i den här lilla gruppen under ett tag dock har han efter augusti inte möjlighet att göra det. Alla tre säkerhetsansvariga ska bjudas in till samordningsrådet, Mattias Carlsson, Rickard Kjellstedt och Mattias Adjelsson till nästa korta möte. Vi behöver ha exempel på vad man ska driva. I tillägg kommer Viktoria Skeie under ett litet tag, från och med september, behöva ersätta Karolin Gleby då hon går på föräldraledigt.
- Permissionsdelegationer – det som har dykt upp i Förvaltningsrätten det senaste är många delegationer som blivit indragna. Huvudgrunden verkar vara att Förvaltningsrätten har fått till sig att det finns förvaltningar som testar om man kan få rätt till permission på chans utan en konkret plan kopplad till

	<p>permissionen. Det börjar således bli svårt att få genom permissionsdelegation. Man kan söka enligt paragraf 10, NU-sjukvården önskar samsyn hur vi i regionen tänker kring det här. Patienten kan behöva en förberedelsetid, kanske borde skriva i ansökan att vi behöver besked nu för att kunna sjösätta framtida åtgärder och att kunna tillgodose patientens behov av framförhållning. Ett exempel som är särskilt problematiskt, är att få avslag på anvisat område vilket innebär att patienten inte kan gå runt sjukhuset. Kanske är bra att samla konkreta exempel och be om ett möte med Förvaltningsrätten. En försämring som Göteborg märkt är när vi tar ett återintagningsbeslut via bakjour och vi märker att patienten inte egentligen är försämrad då brukar vi be om permission direkt men har börjat få avslag på detta. Men det verkar vara enskilda sakkunniga snarare än Förvaltningsrätten. Vi får samla exempel och förhoppningsvis få till en dialog med Förvaltningsrätten.</p>
15. Nästa möte	Mötet avslutas

Nästkommande möten

2026-05-22 – 9:00 – 12:00 – digitalt

2026-06-12 – 9:30 – 15:30 – fysiskt, Stationshuset