

# Avstämning LGS

En ny form på in- och utskrivningsprocessen

2024-11-21

# Innehåll

**Designprocess – kompletterande insikter från förstudien**

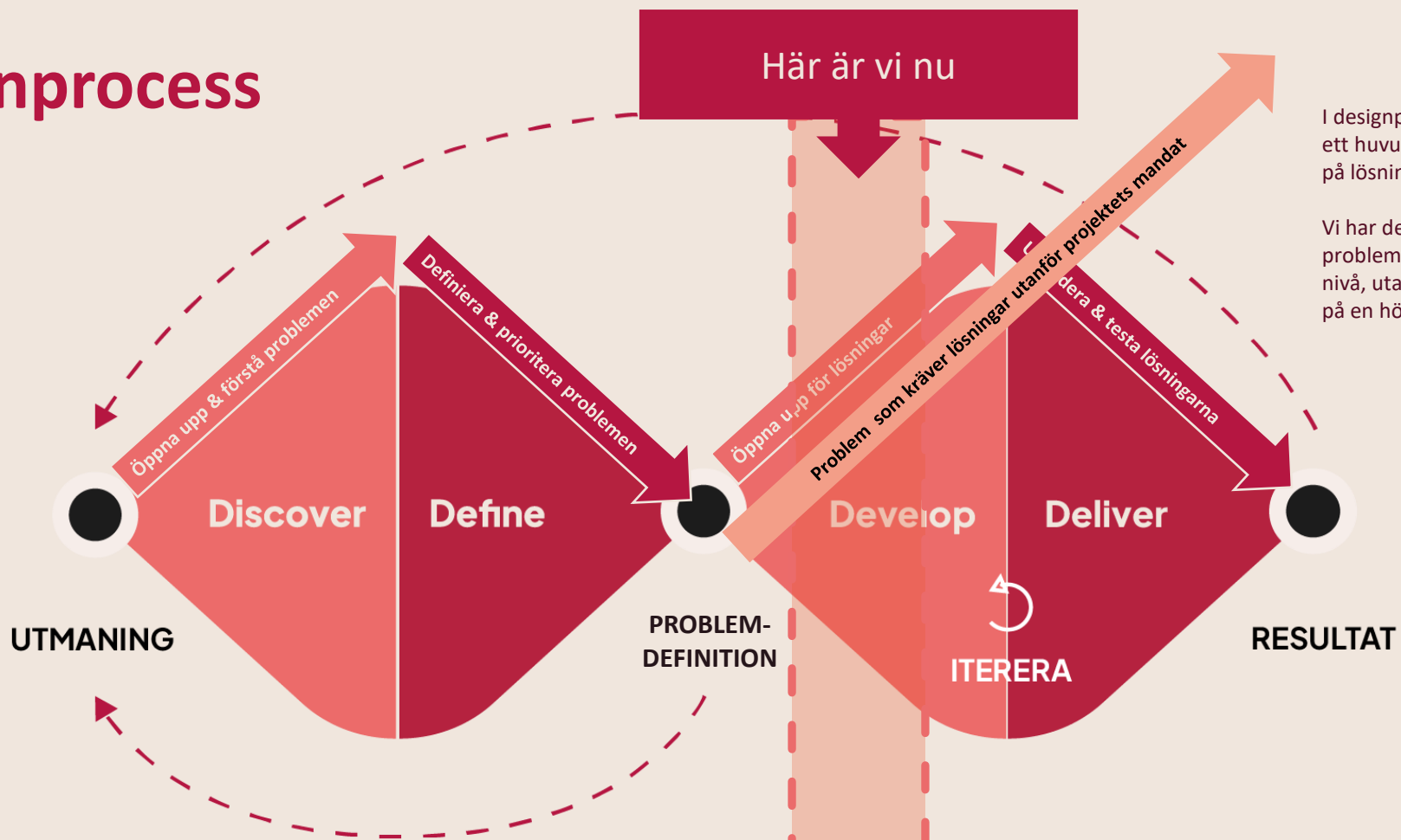
**Syfte och effektmål**

**Aktiviteter och insikter**

**Medskick – nästa steg**

# Vår designprocess

SYFTE +  
EFFEKT MÅL



I designprocessen har vi identifierat ett huvudproblem där vi just nu tittar på lösningar.

Vi har dessutom identifierat några problem som inte kan lösas på lokal nivå, utan som måste lyftas och lösas på en högre, gemensam nivå.

FOKUS



April 2024

Varför? Vilka? Vad?

Hur?

December 2024

**”På ett tydligt sätt underlätta att göra rätt, att skapa samsyn och att stödja fokus på den enskildes behov och delaktighet i vårdövergångarna vid in- och utskrivningsprocessen.”**

# Tydlighet

## Ökad tydlighet kring vad som ska göras, vem som ska göra det, när och hur.

- Fler medarbetare upplever att ansvarsfördelningen genom in- och utskrivningsprocessen är tydlig.
- Fler medarbetare upplever att det är tydligt vad som ska göras vid varje steg i in- och utskrivningsprocessen.
- Fler medarbetare dokumenterar korrekt de patientuppgifter som behövs i varje steg och förstår varför uppgifterna är viktiga.

När det gäller effektmålen har vi under arbetet kommit till insikt att många tycker att det är tydligt vad de själva ska göra, ibland så långt att flera var tvärsäkra.

Både när det gäller processen och information i SAMSA

”Det är de andra som behöver sträckas upp så det blir tydligt för dem vad de ska göra.”

Otydligheter har handlat om att de tycker att andra tolkar avtal och rutiner fel.

Vi hade även åsikt om att det var fel på rutinen när den inte stämde med hur de jobbade.

De som är mest osäkra på processen är patienterna –  
och sällananvändare av SAMSA

## Patientbehov

### **Patienten upplever vård och omsorg som en helhet i samband med utskrivning**

- Ökad andel patienter upplever att de är delaktiga i sin utskrivningsprocess

### **Patienter får relevant samordnade insatser i samband med utskrivning**

- Ökat antal erbjudna SIP:ar i samband med utskrivningsprocessen

### **Minimera antal utskrivningsklara dagar**

- + Minimera antal flyttade “planerat utskrivningsklar”-datum

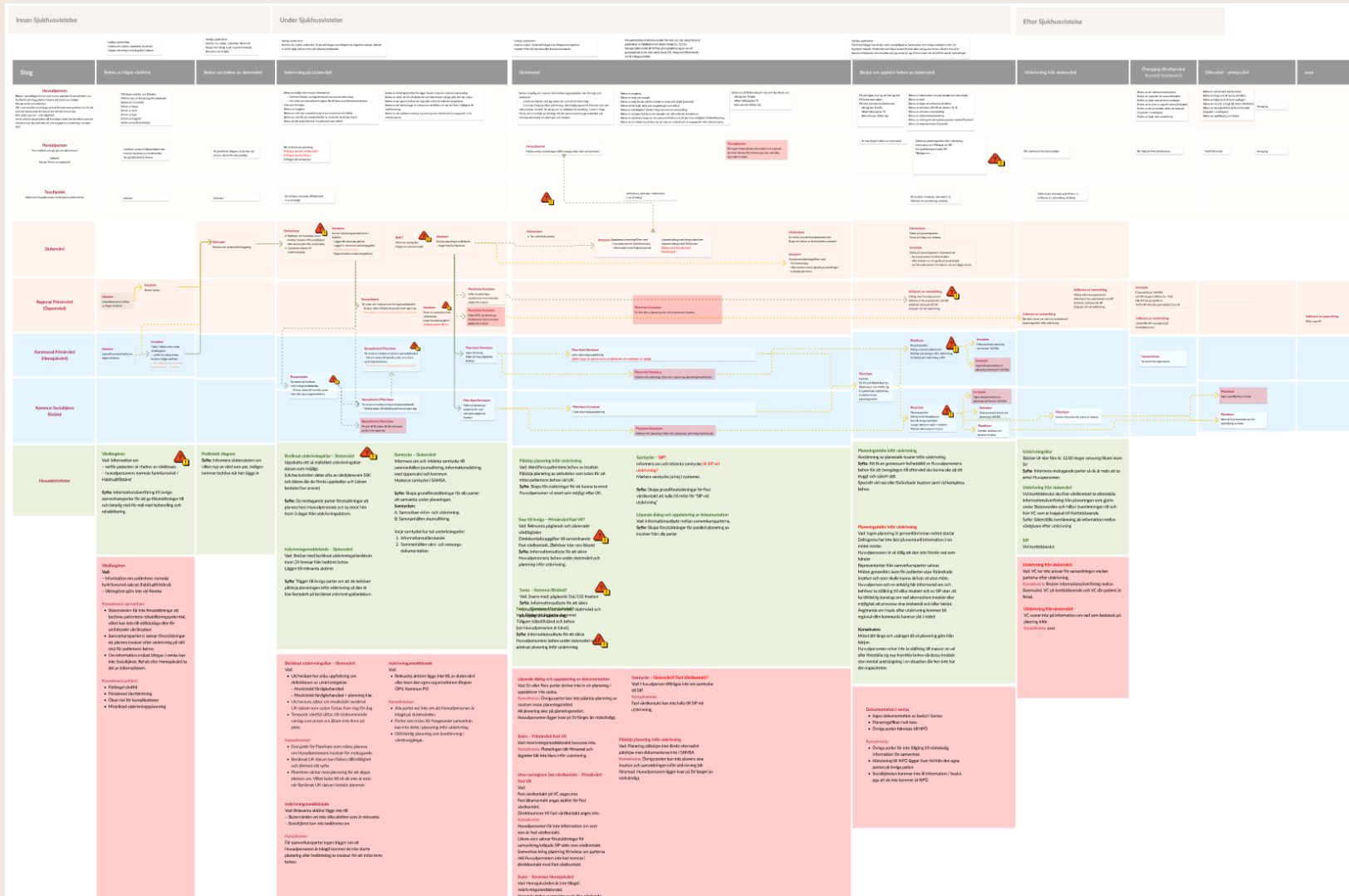
### **Minimera antal återinläggningar (som kunde ha förebyggts)**



# Aktiviteter och insikter



# Service blueprint (kombination av en patientresa och en definierad process)



För att placera roller och behov på en tidslinje genom in och utskrivning har vi sedan ritat upp en service blueprint. I den har vi ritat in vad rollerna gör och när. Det utgör en visuell prototyp över nuläget.

I analysen av blueprinten har vi identifierat kritiska aktiviteter som måste utföras för att uppfylla övriga rollers behov.

Vi har även noterat konsekvenser av uteblivna eller okoordinerade aktiviteter.

# Service blueprint – Kritiska aktiviteter med avvikelser

## Skicka Vårdbegäran – Inledare

- Information om patientens habitualtillstånd bifogas inte.
- Om huvudpersonens status är okänd anges ingenting.

## Ange Beräknat utskrivningsklar – Utcheckare

- Utcheckare har olika uppfattning om definitionen av utskrivningsklar.
  - Medicinskt färdigbehandlad
  - Medicinskt färdigbehandlad + planering klar.

Utcheckare sätter ett realistiskt beräknat UK-datum som sedan flyttas fram dag för dag

Temporär vårdtid sätts till nästkommande vardag eftersom läkare inte finns på plats.

## Skicka Inskrivningsmeddelande <sup>[1]</sup><sub>SSEP</sub> – Inmatare

- Samverkansaktör blir inte tillagd i inskrivningsmeddelandet.

## Ange Namngiven Fast Vårdkontakt – Inmatare Regional Öppenvård

- Fast vårdkontakt på VC anges inte
- Fast läkarkontakt anges istället för Fast vårdkontakt.
- Direktnummer till funktion för Fast vårdkontakt anges inte.

Svara på inskrivningsmeddelande <sup>[1]</sup><sub>SSEP</sub> – Inmatare Kommun + Öppenvård

- Planeringsmeddelandet besvaras inte.
- Kontaktinformation delas inte.
- Relevanta och pågående insatser delas inte.

## Samtycke till SIP – Initierare till samordning

- Huvudperson tillfrågas inte om samtycke till SIP.

## Påbörja planering inför utskrivning – Planritare

Planering påbörjas inte direkt alternativt påbörjas men dokumenteras inte i SAMSA

Löpande dialog, svara på frågor och uppdatering av dokumentation – Alla  
En eller flera parter svarar inte /uppdaterar inte patientstatus.

## Erbjuda Huvudpersonen SIP i samband med utskrivning – Initierare till samordning

- Initierare av samordning vet inte att insatsen korttidsboende har två huvudmän och därmed innebär att Huvudpersonen ska erbjudas en SIP <sup>[1]</sup><sub>SSEP</sub>
- Initierare av samordning varken erbjuder SIP eller kallar parterna till SIP-möte i samband med utskrivning <sup>[1]</sup><sub>SSEP</sub>

# Frågor som måste lösas på en högre nivå

1. Tolkning av HS-avtalet när det gäller kommunalt ansvar för hemsjukvård kortare än 3 veckor /ej över tid)

Viktigt att lösa för att parterna ska kunna planera insatser.

Nu är tolkning olika mellan kommuner och t o m mellan olika stadsdelar i

GBG. Avgörande om tolkning behöver lyftas till rätt instans.

2. Socialtjänsten ser juridiska hinder i att påbörja planering innan formell ansökan om stöd.

Kortare vårdtid kräver snabbare planering som kräver snabbare beslut.

## Kommunens hemsjukvårdsansvar omfattar:

► Patienter som på grund av somatisk, psykisk eller kognitiv funktionsnedsättning inte kan ta sig till VGR:s mottagningar utan större svårigheter och där det på grund av insatsernas omfattning och frekvens motiverar att vården ges i patientens hem.

► Patienter med behov av hemsjukvård över tid, oavsett ålder eller diagnos, som kan ges med bibehållen patientsäkerhet i patientens hem.

► Patienter som enligt ovanstående punkter har behov av hemsjukvård kan samtidigt få vissa hälso- och sjukvårdsinsatser utförda på mottagning baserat på upprättad vårdplan/SIP. Se även avsnitt 3.5.

## Kommunens hälso- och sjukvårdsansvar omfattar även:

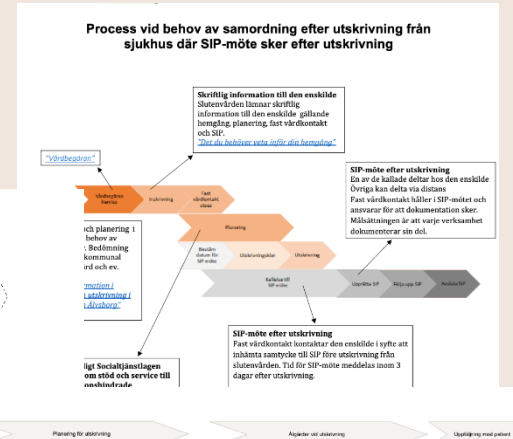
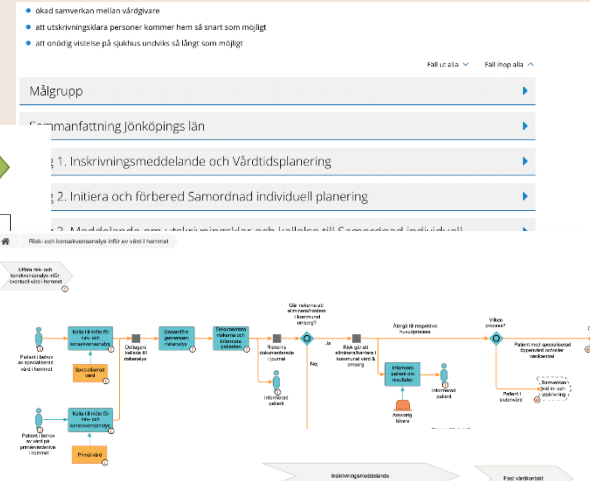
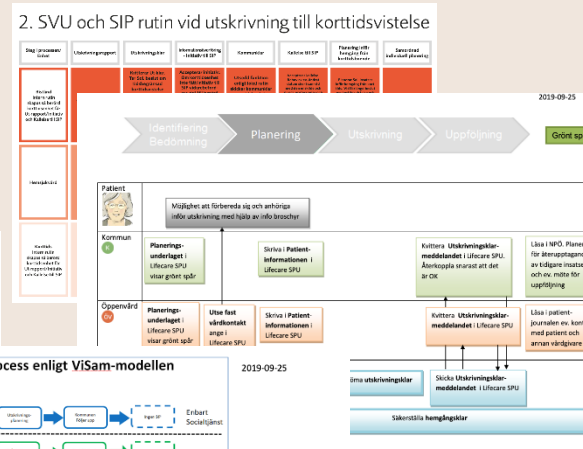
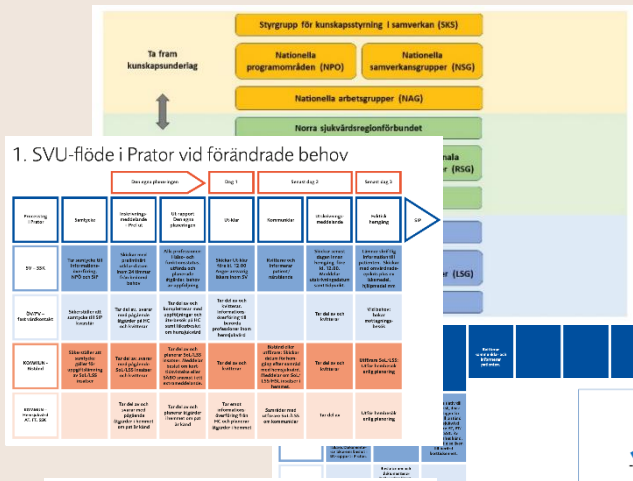
► Att när överenskommelse skett i enskilda fall utföra planerade och/eller förutsägbara hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet under kvälls- och nattetid för patienter som normalt besöker VGR:s vårdcentraler. Under mottagningarnas öppethållande har VGR hälso- och sjukvårdsansvaret för dessa patienter.

► Hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet till patienter på permission från sluten vård som inte kan ta sig till mottagning. Detta gäller endast under förutsättning att en överenskommelse skett som stöd för de kommunala insatserna.

► Omhändertagande av avlidna. Se avsnitt 3.15.

# Research efter möjliga lösningar

I syfte att lära oss från andras arbete har vi undersökt lösningar från bland annat: Vårdanalys, Region Sörmland, Region Västerbotten, Region Skåne, Region Örebro län, Region Jönköpings län, Södra Älvsborg (Delregionala rutiner)

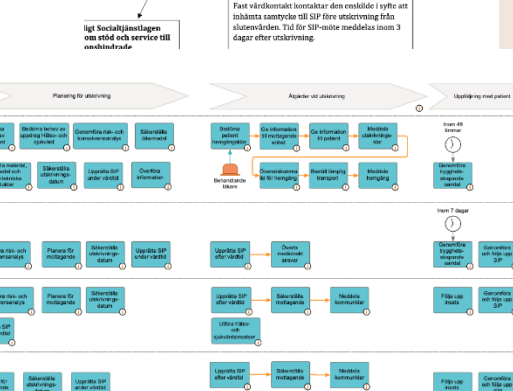
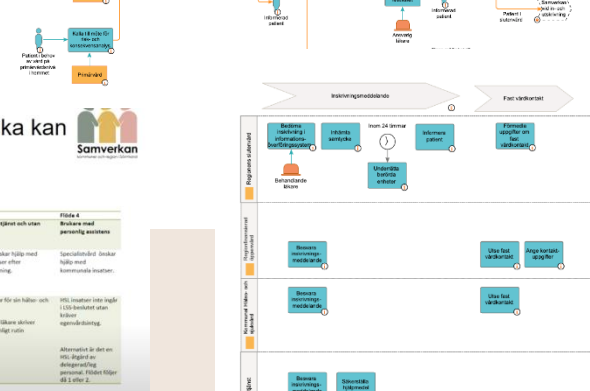
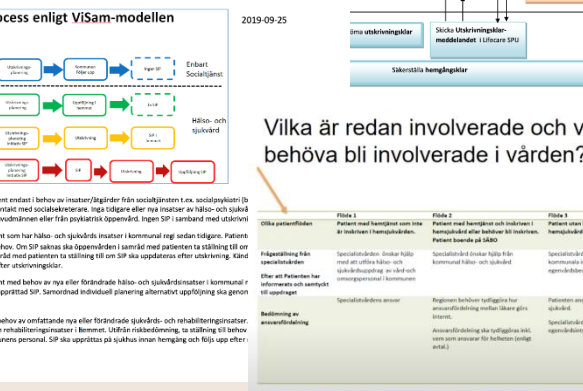


### Checklista risk och konsekvensanalys

**Områden att bedöma**

- Personcentrering
- Ansvarsfördelning
- Aktuellt hälso- och sjukvårdsordination och material
- Hjälpedel
- Läkemedel
- Kompetens
- Samordning med patient & närstående
- Mottagande kommun

Samtliga verksamheter förbereder sig genom att gå igenom checklistan. Checklistan är ett artefakterunderlag för att inte missa något. Den som ansvarar för behandlingen ska före mötet stämna av med patient och anhöriga om tankar och önskemål. På mötet går man igenom varje område för att diskutera risker och möjliga lösningar för att minimera dem. Läkaren ansvarar för att dokumentera de risker som finns med att ge vård och behandling, hemmet samt att patienten får information om riskerna. Hela checklistan behöver inte läggas in i journalen.

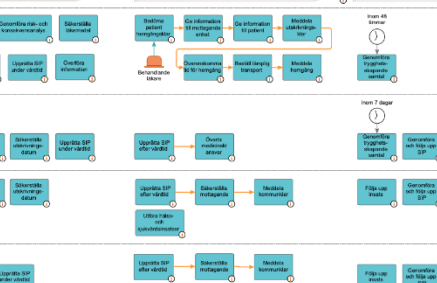
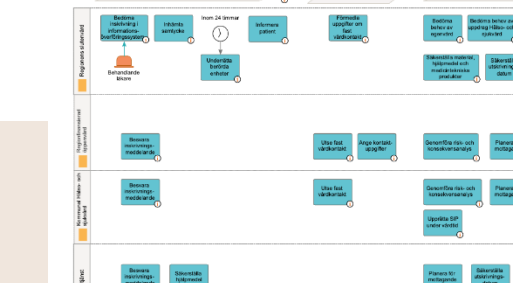


### Checklista risk och konsekvensanalys

**Områden att bedöma**

- Personcentrering
- Ansvarsfördelning
- Aktuellt hälso- och sjukvårdsordination och material
- Hjälpedel
- Läkemedel
- Kompetens
- Samordning med patient & närstående
- Mottagande kommun

Samtliga verksamheter förbereder sig genom att gå igenom checklistan. Checklistan är ett artefakterunderlag för att inte missa något. Den som ansvarar för behandlingen ska före mötet stämna av med patient och anhöriga om tankar och önskemål. På mötet går man igenom varje område för att diskutera risker och möjliga lösningar för att minimera dem. Läkaren ansvarar för att dokumentera de risker som finns med att ge vård och behandling, hemmet samt att patienten får information om riskerna. Hela checklistan behöver inte läggas in i journalen.



# Övergripande insikter

- Alla regionen och kommuner vi undersökt har någon form av problem och friktion i samverkan kring utskrivningsprocessen.
- Vår hypotes är att orsaken är strukturell.  
Samverkan ska ske under tidspress i en komplex kontext med aktörer som agerar i olika lagrum med olika perspektiv och beslutsgrunder men samtidigt har gemensamt, delat ansvar.  
Samtidigt har aktörerna brist på resurser och tillgång till smidiga stödsystem för samverkan.
- Yttre omständigheter som vi ser accelererat konflikter och oenighet i Göteborgsområdet
  - Pandemin
  - Stora omorganisationer
  - Ekonomiska krisen
  - Delregionala rutiner skapar friktion med slutenvården i GBG

# Följsamhet och samverkan

Vi ser att de flesta gör så gott de kan, men...

- Ingen av parterna följer riktlinjer och rutiner för samverkan fullt ut, vilket vi ser beror på flera saker
- En kombination av flera olyckliga omständigheter
- Brister i början på kedja ackumuleras till stor påverkan i slutet
- Alla parter har aktörer som sticker ut i både bra och dålig bemärkelse

Framförallt såg vi bristande följsamhet på följande punkter

Förse övriga parter med den information och kommunikation de behöver

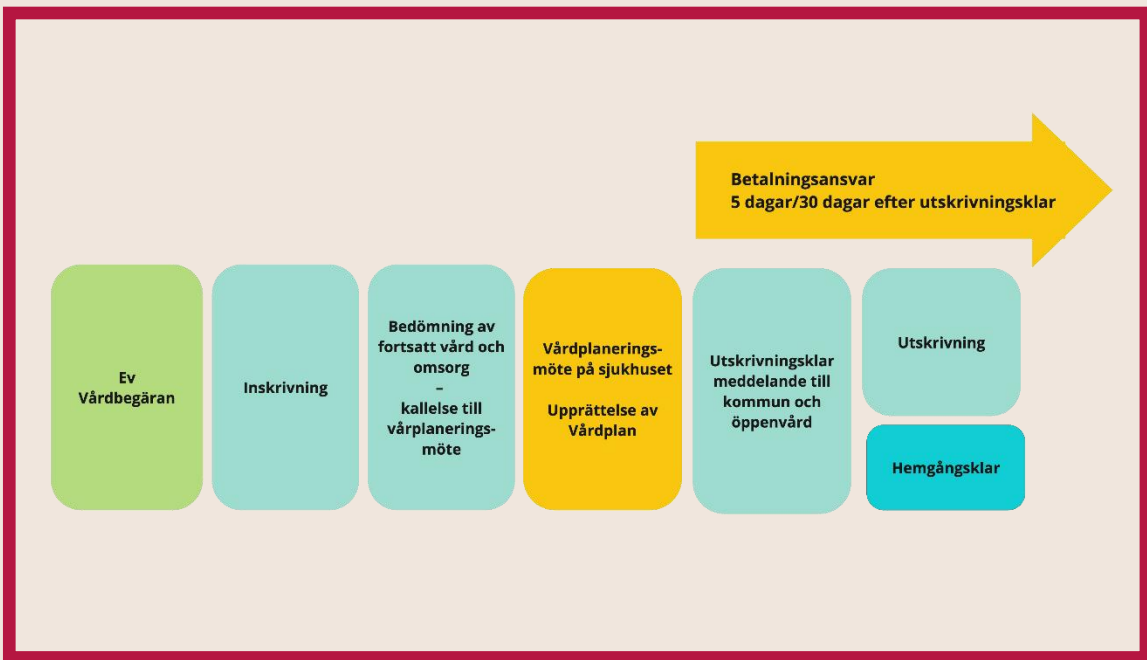
- Påbörja planering av insatser vid mottagande av inskrivningsmeddelande/planeringsmeddelande
- Dokumentera och uppdatera information i SAMSA
- Involvera patienten som aktiv part i planeringen
- Erbjud alla patienter med behov av insats från både kommun och region en SIP i samband med utskrivning från slutenvården
- Skicka kallelse till SIP-möte senast inom 3 dagar från patientens gjorts UK i SAMSA
  
- De flesta är kopplade till utebliven förändring i samband med

Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården som började gälla 2018

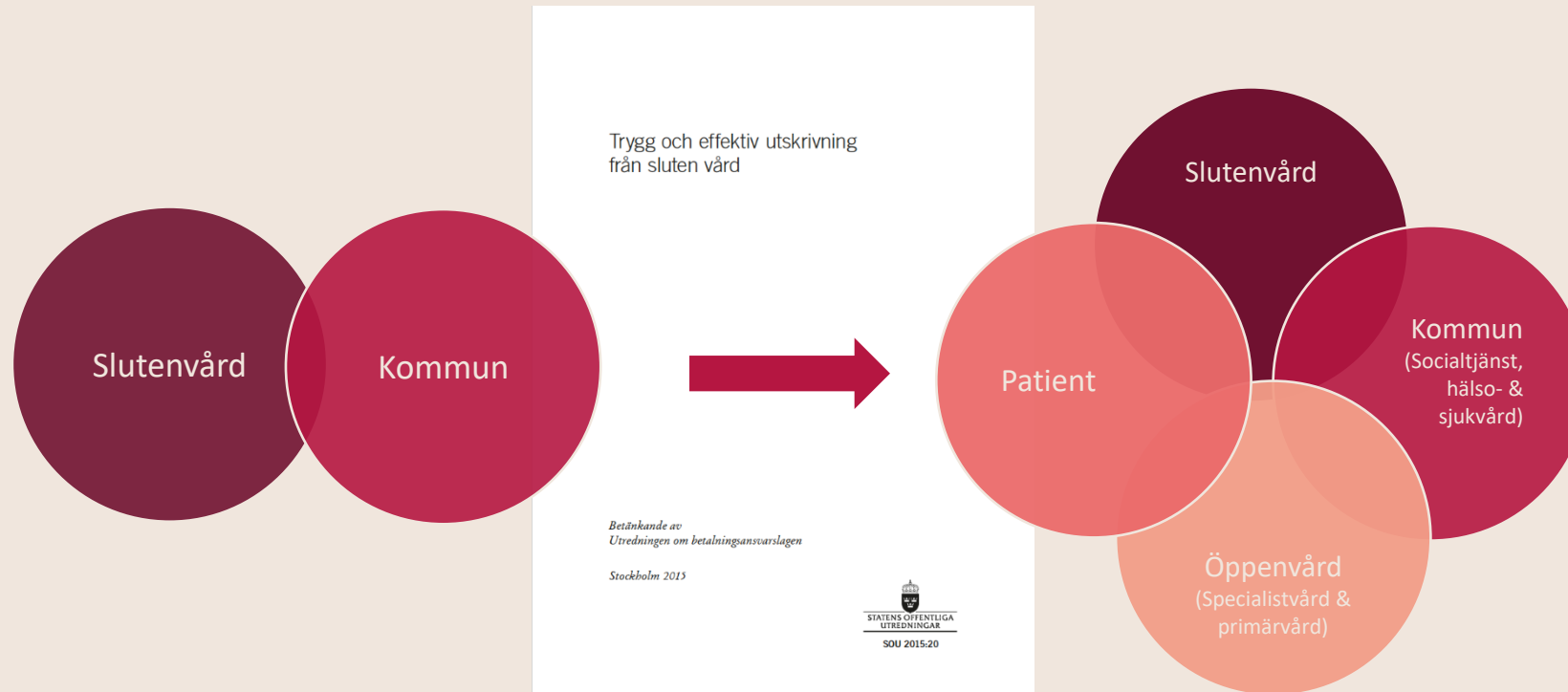
# Vårdplanering



# Planering för utskrivning + SIP



# Parter i samverkan



- Svårt för parterna att sätta patienten i centrum från start.
- Prio ett senaste tiden har varit att skapa samsyn och acceptans för att alla jobbar fel just nu och alla behöver göra en förändring.
- Vi har gått igenom bakgrund till lagen om samverkan för att sätta paragraferna i en kontext och ge dem ett VARFÖR.

# Hinder till involvering av patient i tidig planering

- Patienten ska vara delaktig i sin planering, tillfrågas om och ansöka om insatser och SIP under sin slutenvårdsvistelse.
  - Patienten har ofta kognitiv nedsättning under slutenvårdstiden
  - Patienten har inte tillgång till SAMSA eller kunskap om processer, huvudmän eller olika typer av insatser
  - Insatsansvariga parter utanför slutenvården har ofta ingen patientkontakt förrän vid eventuellt planeringsmöte
- Under slutenvårdstiden – Vem hjälper Huvudpersonen att förstå vad som händer och ska hända?  
Informerar om processer och valmöjligheter på hens villkor och efter hens förmåga samt hjälper hen att ta beslut och att uttrycka sina behov?

*"Ibland hör man att man behöver vara frisk för att vara sjuk.  
... nä, det räcker inte. Du måste jobba inom sjukvården för att vara sjuk."  
/Anhörig*

# Osynkroniserade, interna utbildningar

## Konsekvenser:

- Skillnad i tillgång på utbildning: Stor skillnad i tillgång på utbildning både i process och i IT-verktyg. Vissa verksamheter utbildar i det ena eller bägge. I andra får medarbetare lära sig helt själva.
- Ineffektiva arbetsflöden och kommunikationssvårigheter: Utan en gemensam förståelse för processer och verktyg kan arbetsflöden bli ineffektiva, med onödiga fördröjningar och dubbelarbete.
- Kvalitetsproblem: Svårt att säkerställa om medarbetare har tillräcklig kunskapsnivå.
- Svårigheter att implementera förbättringar: Utan en gemensam grund blir det svårare att implementera och sprida förbättringar över organisationsgränserna.
- Bristande helhetssyn: När man bara lär sig om sin egen del minskar förståelsen för helheten och hur olika delar hänger ihop.
- Ökad risk för fel: Olika tolkningar och kunskapsnivåer kan leda till ökad risk för fel i processer och användning av IT-verktyg.
- Ökade kostnader: Ineffektivitet, fel och bristande samordning kan leda till ökade kostnader för alla inblandade parter.
- Försvårad utveckling: Utan en gemensam grund kan det bli svårare att utveckla och förbättra processer och verktyg över tid.
- Minskad tillit mellan parter: begränsad förståelse för varandras roller kan leda till minskad tillit.

# Det saknas en single source of truth

Bristande synkronisering av styrdokument innebär att det inte finns en single source of truth. För att komplicera det ytterligare finns ytterligare rapporter och lokala rutiner som bygger på subjektiva tolkningar i flera led

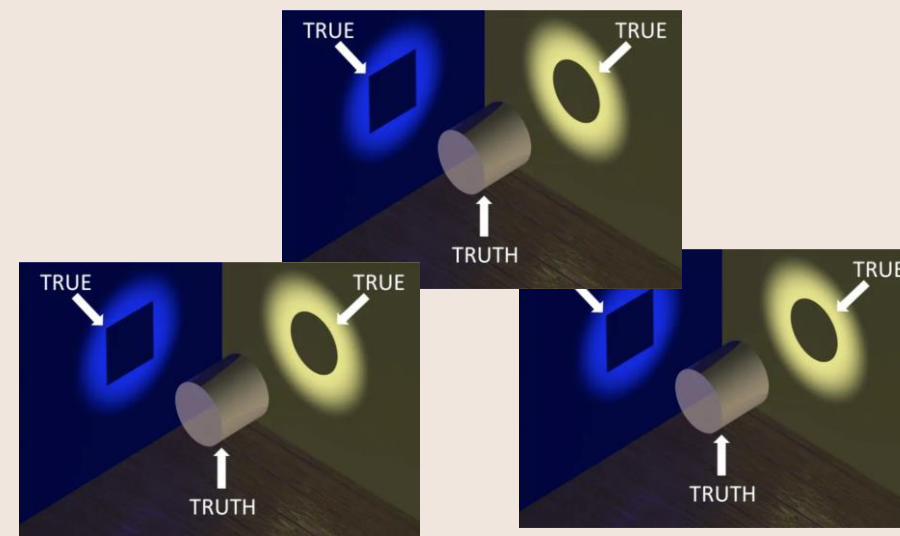
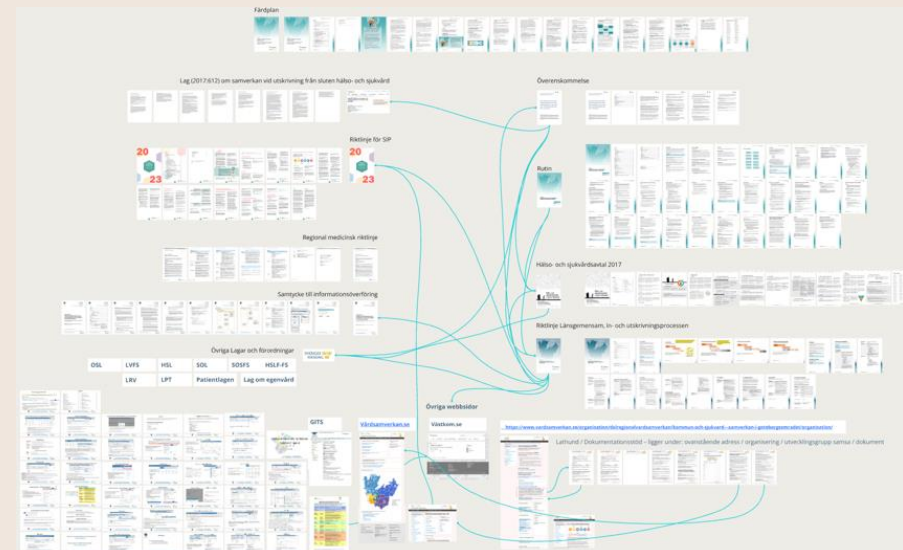
I och med att de lokala operativa rutinerna, utbildningar och lathundar tas fram av respektive verksamhet så färgas dessa ännu mer av partens tolkningar. Vi har hört helt olika varianter om vad som ska göras när och hur från de som är experter och utbildar i SAMSA. Ofta saknas det en tydlighet i varför en aktivitet behöver utföras, vilket gör att man under press prioriterar aktiviteter efter sin egen förståelse för den.

Utan helhetsperspektiv bortprioriteras det som känns onödigt för en part men som är jätteviktigt för en annan.

Slutresultatet är att resultatet av det operativa beteendet hamnar allt längre från syftet med både gemensam färdplan och lagen om samordning vid utskrivning från slutenvård.

För samordning inom och mellan stora organisationer kan informationsstruktur och utbildningsstruktur vara hinder eller möjliggörare.

Här ser vi att de utgör hinder i bägge fallen.



# Det saknas fokus på ett gemensamt VARFÖR

Vi uppfattade inte att samverkan har ett tydligt gemensamt syfte – ett VARFÖR.

För vems skull genomför vi dubbeldokumentation och ständig omplanering?

Det är varken för socialtjänstens, hemsjukvårdens eller slutenvårdens skull...

Styrdokument är viktiga, men de kan inte förutse alla scenarier och behov.

För mycket detaljstyrning utan ett gemensamt syfte riskerar att bli fyrkantigt och oflexibelt.

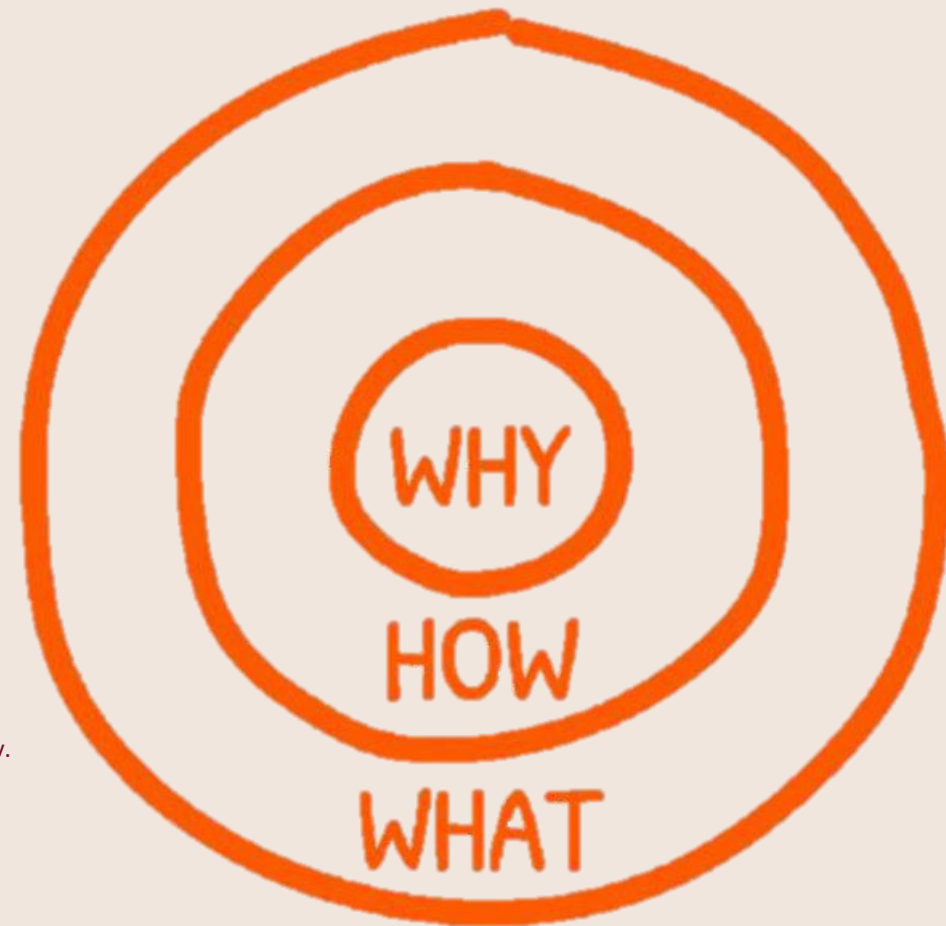
Ett tydligt gemensamt syfte minskar oftast behovet av detaljstyrning,

då medarbetare lättare hittar sätt att lösa behoven på egen hand.

Att fokusera på syftet:

- Tar tillvara på medarbetarnas kompetens
- Skapar engagemang genom förståelse för 'varför'
- Möjliggör en mer flexibel och effektiv process

Genom denna approach kan vi skapa en process som verkligen anpassar sig efter patientens behov.



# Utan single source of truth eller gemensamt ”varför”

1. Ökad förvirring: Multipla "sanningar" från strategisk nivå skapar osäkerhet och förvirring på lägre nivåer.
2. Bristande riktning: Utan en enhetlig tolkning förlorar organisationen sin tydliga riktning och fokus.
3. Ineffektiv resursallokering: Olika tolkningar kan leda till att resurser fördelas ineffektivt eller motstridigt.
4. Försämrade beslutsfattning: Operativa chefer tvingas fatta beslut utan tydlig vägledning, vilket kan leda till suboptimala resultat.
5. Intern konkurrens: Olika parter kan komma att konkurrera baserat på motstridiga tolkningar av strategin.

**Medskick**

# Undvik "ISLAGIATT":

It Seemed Like A Good Idea At The Time...



Det är viktigt att vi undviker ISLAGIATT-principen

ISLAGIATT står för It Seemed Like A Good Idea At The Time. (och är en akronym)

Den innebär att man går direkt på lösning på ett problem utan förståelse för beteendet man vill förändra.

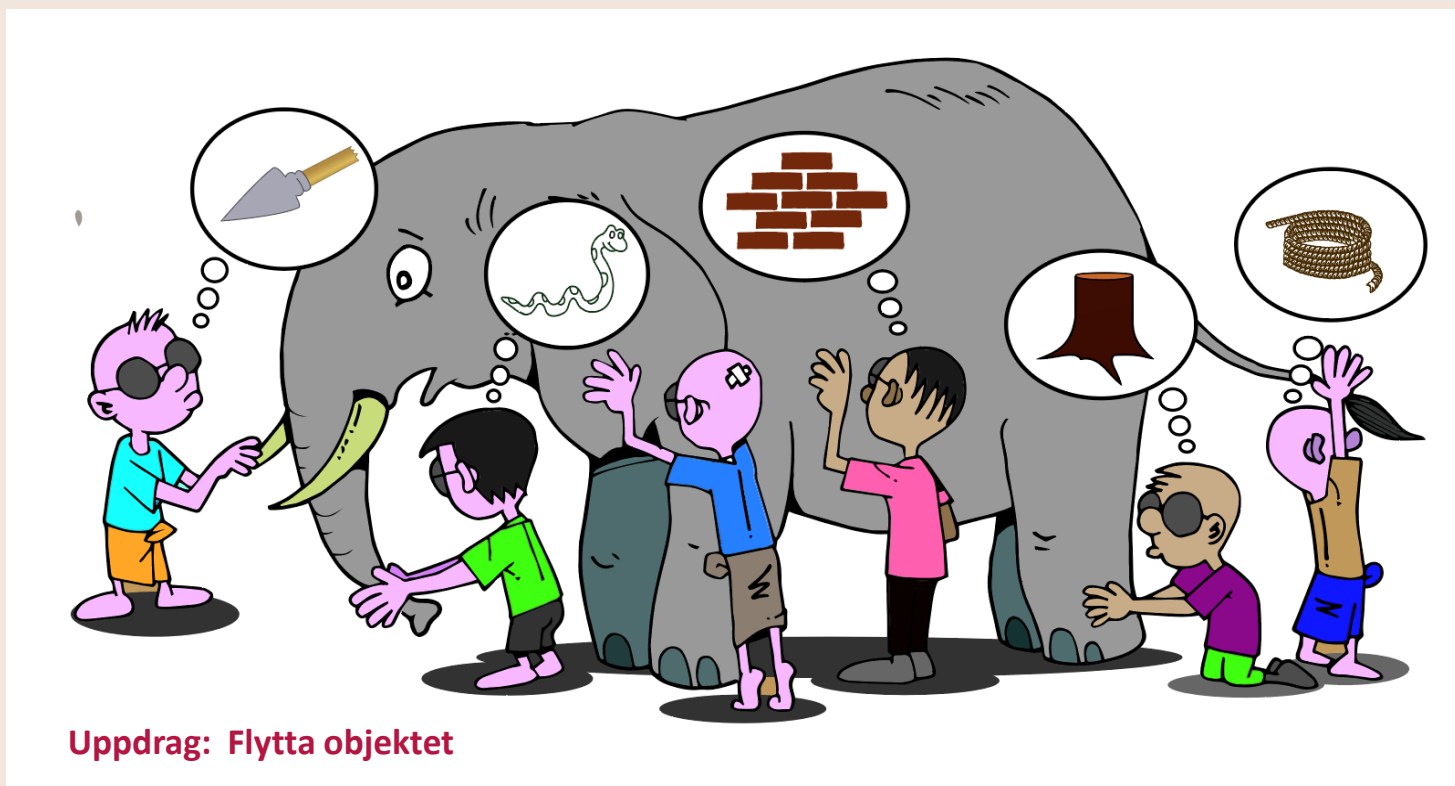
I dessa fall tänker man ofta att det var en bra idé då – men kanske inte med facit i hand.

# ISLAGIATT i samverkanskontext ökar konflikter

Utan förståelse för problemet kommer lösningen inte ha effekt

Om man tar fram idéer utan att ha helhetsbilden och kontexten klar, kommer lösningen inte ge önskad effekt.

Om de blinda figurerna på här får i uppdrag att flytta på objektet de känner, hur lätt är det för dem att få samsyn i en lösning? Hur effektiv skulle lösningen bli?



# Förutsättningar för att ändra beteende

- Exempel på förutsättningar för att målgruppen ska utföra önskat beteende.

## Capability

- Vet de **vad** beteendet är?
- Vet de **hur** de utför beteendet?
- Vet de **varför** beteendet är viktigt?
- **Kommer de ihåg** att utföra beteendet?

## Opportunity

- Har det **materiella förutsättningar** för att utföra beteendet?
- Har de **tid** att utföra beteendet?
- Betraktas beteendet som **normalt i den sociala miljön?** (kultur)

## Motivation

- Är de **villiga att prioritera** beteendet?
- Är beteendet en **etablerad rutin?**
- Tycker de att **fördelar uppväger nackdelar?**
- Känner de att **de vill eller borde** utföra beteendet?

I analysen för beteendet vi vill förändra undersöker vi även vilka förutsättningar man har för önskat beteende.

En framgångsrik lösning behöver rikta in sig på alla dessa tre områden.

Och av dessa tre är motivation den mest grundläggande.

För är man inte motiverad så hjälper det inte hur många triggers man än får.

# Logiskt fönster för förändring

- Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården började gälla 2018 = logiskt fönster att ändra arbetssätt.
- Alla har jobbat vidare utan större förändring och rotat sina arbetssätt och tolkningar djupt – under snart 7 år!
- För att förändra beteende är motivation en grundförutsättning.
- Förändring måste vara logisk
- Nästa HS avtal ligger för långt bort – tidigast 2027?
- Parterna bör ha säkerställt samverkan kring tidig planering innan införande av Millennium i Göteborgsområdet.  
Förändring kräver tid & energi varpå vi avråder från flera stora förändringar samtidigt om det går att undvika.
- Det kan behövs en gemensam omstart/kickoff för förändrat arbetssätt då det krävs att alla parter samtidigt ritar om sin mentala modell över hur planering vid utskrivning ska gå till.
- **Steg 1 – Acceptera att det inte finns enkel lösning eller process som kommer skapa samsyn och lösa all friktion.**
- **Steg 2 – Fokusera på lösningar som dels förebygger friktion dels har ett tydligt sätt att hantera den när den uppstår.**

# Från förändring till förnyelse

## Förändringsarbete

Initialt uppdrag: förtydliga processen = förändringsarbete

- Processer eller sätt att arbeta är rätt och behöver bara bli bättre.
- Fokus – göra saker rätt.

## Förnyelsearbete

Insikt under research: processen är förnyad i teorin men inte i praktiken = förnyelsearbete krävs

- Områden och arbetssätt måste tänkas om från grunden och förnyas.
- Omfattande arbete som kräver förutsättningar från organisation och ledarskap.

# Förändringsarbete VS Förnyelsearbete

## Förändringsarbete

- Att göra saker rätt, göra något snabbare, med mindre resurser, eller med högre kvalitet.
- Förändringen sker i en eller ett fåtal dimensioner, ex. tid, kostnad, upplevd kvalitet.
- Ofta tydlig uppföljning kring ett kontrollerat möjlighets- och utfallsrum.

## Tydlighet

Ökad tydlighet kring vad som ska göras, vem som ska göra det, när och hur.

- Fler medarbetare upplever att ansvarsfördelningen genom in- och utskrivningsprocessen är tydlig.
- Fler medarbetare upplever att det är tydligt vad som ska göras vid varje steg i in- och utskrivningsprocessen.
- Fler medarbetare dokumenterar korrekt de patientuppgifter som behövs i varje steg och förstår varför uppgifterna är viktiga.

## Förnyelsearbete

- Att göra rätt saker  
ändra en hel process, ändra grundläggande synsätt, ny typ av service, förändrad verksamhet.
- Förändringen sker alltid i flera dimensioner, ex. logik, belöning, tid, utrymme, teknik, marknad och kundnytta.
- Ovisshet i faktiska resultat vilka omprövas längs resan, där lärandet är av största vikt.

## Patientbehov

Patienten upplever vård och omsorg som en helhet i samband med utskrivning

- Ökad andel patienter upplever att de är delaktiga i sin utskrivningsprocess

Patienter får relevant samordnade insatser i samband med utskrivning

- Ökat antal erbjudna SIP:ar i samband med utskrivningsprocessen

Minimera antal utskrivningsklara dagar

- + Minimera antal flyttade "planerat utskrivningsklar"-datum

Minimera antal återinläggningar (som kunde ha förebyggts)

Det fanns förvånansvärd samsyn om att gammal process är rätt = Det krävs förnyelsearbete för att uppnå effektmål för patienten.

# Gemensamma utbildningar :

Nyckel till samsyn och förståelse

Undersök möjligheter för en gemensam "neutral" plattform för samverkan & utbildningar.

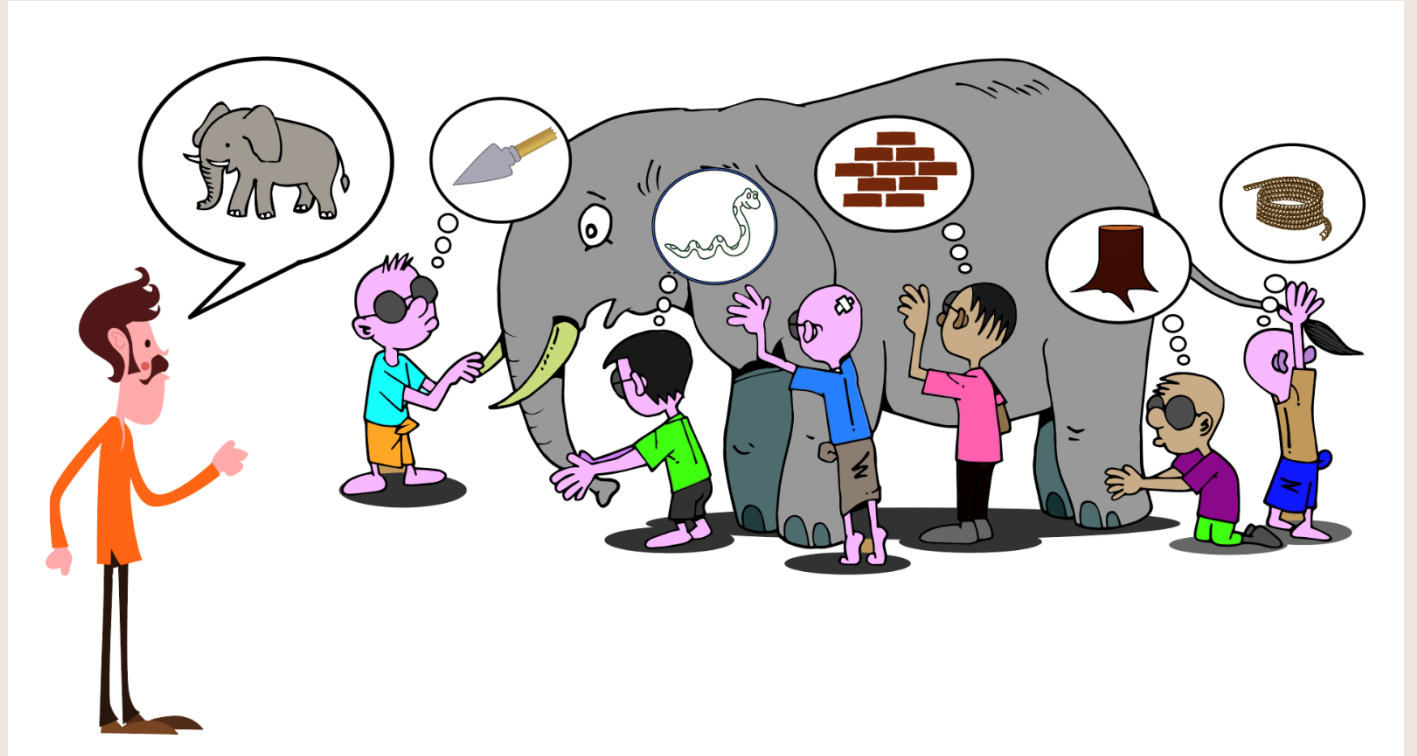
Förslagsvis med representanter från både region och kommun.

"Undersök möjligheterna för gemensamma utbildningar där alla aktörer får samma information samtidigt, gärna i workshopform.

Det kan vara ett effektivt sätt att

- öka förståelsen mellan olika roller
- överbrygga skillnader i hur olika aktörer tolkar situationer utifrån sina egna perspektiv och lagrum
- belysa hur skilda synsätt på individens behov uppstår
- Kan hjälpa deltagarna att inse vad varje profession kan bidra med för bästa möjliga vård och stöd.

Om utbildningar hålls av en part som har helhetssyn exempelvis en kombination av representanter från både region och kommuner, ökar chansen att deltagarna också ser helheten. Detta hjälper till att se det större perspektivet.



# Gemensam uppföljning:

Nyckel till utveckling och förbättring

Undersök möjligheter för systematisk gemensam uppföljning på case som sticker ut.

Tvärfunktionella analysteam med medarbetare från verksamhet och chefsnivå. Från alla parter.

Syftet ska vara att undersöka vad vi kunde gjort bättre för patienten – INTE ”vem ska betala”.

# Mål för projektet

Att ta fram en ny delregional rutin är inte lösningen som vi först tänkte....  
Effektkartläggningen visar att vi inte behöver fler rutiner som ingen hinner läsa eller följa.

Nu arbetar vi efter målet att skapa ett gemensamt VARFÖR och snarare ta fram ett förslag på struktur som underlättar så man enkelt kan gör rätt.

Främsta målet: skapa förutsättningar för att påbörja kontinuerlig planering direkt efter inskrivningsmeddelandet.

## Leveransförslag:

- Nuvarande service blueprint (kombination av en patientresa och en definierad process)
- Önskad service blueprint
- Rollbeskrivning och Effektkartläggning

# Förändrad leveransplan till vecka 9

Då hindren vi identifierat i projektet hittills kräver större förändringar än vad vi från början kunde förutspå påverkar detta vår leverans.

Gruppen som nu arbetar för att hitta möjliga lösningar behöver mer inläsnings tid och fler workshops för att kunna hitta nya lösningar tillsammans.

I nuläget är det väldigt låsta positioner i flera led och att skapa utrymme för kreativt tänkande kräver tid.

Fråga för LGS att ta ställning till:

- Får vi utöka deltagarna i våra workshops för att skapa bättre dynamik och nya perspektiv?

Medskick: Tid till gruppdeltagarna behöver frigöras.

# Deltagare i projektets arbetsgrupp:

- **Mia Johansson**, tjänstedesigner Consid [mia.johansson@consid.se](mailto:mia.johansson@consid.se)
- **Louise Ahrnevik**, tjänstedesigner Consid [louise.ahnvik@consid.se](mailto:louise.ahnvik@consid.se)
- **Ingemar Blomqvist**, projektledare [ingemar.blomqvist@vgregion.se](mailto:ingemar.blomqvist@vgregion.se)
- **Camilla Lundqvist**, projektledare [camilla.lundqvist@aldrevardotsorg.goteborg.se](mailto:camilla.lundqvist@aldrevardotsorg.goteborg.se)
- **Anna Almqvist**, representant SU [anna.almqvist@vgregion.se](mailto:anna.almqvist@vgregion.se)
- **Katarina Höglund**, representant SU [katarina.hoglund@vgregion.se](mailto:katarina.hoglund@vgregion.se)
- **Marie Steffenburg Wennberg**, representant Närhälsan [marie.steffenburg\\_wennberg@vgregion.se](mailto:marie.steffenburg_wennberg@vgregion.se)
- **Karolina Wedne Lindberg**, representant Närhälsan [karolina.wedne.lindberg@vgregion.se](mailto:karolina.wedne.lindberg@vgregion.se)
- **Shahin Khoshnood**, representant Närhälsan Rehab [shahin.khoshnood@vgregion.se](mailto:shahin.khoshnood@vgregion.se)
- **Veronika Ottosson**, representant PRIMÖR [veronika.ottosson@capio.se](mailto:veronika.ottosson@capio.se)
- **Sara Blomqvist**, representant Gbg stad [sara.blomqvist@aldrevardotsorg.goteborg.se](mailto:sara.blomqvist@aldrevardotsorg.goteborg.se)
- **Michaela Öberg Grufman**, representant Gbg stad [michaela.grufman@funktionsstod.goteborg.se](mailto:michaela.grufman@funktionsstod.goteborg.se)
- **Frida Cissig**, representant Gbg stad [frida.cissig@socialhisingen.goteborg.se](mailto:frida.cissig@socialhisingen.goteborg.se)
- **Charlotte Rytting**, representant Gbg stad [charlotte.rytting@aldrevardotsorg.goteborg.se](mailto:charlotte.rytting@aldrevardotsorg.goteborg.se)
- **Harriet Kvarnhage**, representant Härryda [harriet.kvarnhage@harryda.se](mailto:harriet.kvarnhage@harryda.se)
- **Karin Larsson**, representant Mölndal [karin.larsson@molndal.se](mailto:karin.larsson@molndal.se)
- **Helen Ström**, representant Partille [helen.strom@partille.se](mailto:helen.strom@partille.se)
- **Micael Marcussen**, representant Öckerö [micael.marcussen@ockero.se](mailto:micael.marcussen@ockero.se)
- **Frida Palm**, delregional SIP-kordinator [frida.palm@vgregion.se](mailto:frida.palm@vgregion.se)

**Tack!**