

Vårdsamverkan i
Göteborgsområdet

Projektresultat:

En ny form på in- och utskrivningsprocessen i samverkansområde Göteborg

2025-09-12 NOSAM

Uppdragsgivare: Ledningsgruppen i samverkan (LGS)

Befolkning

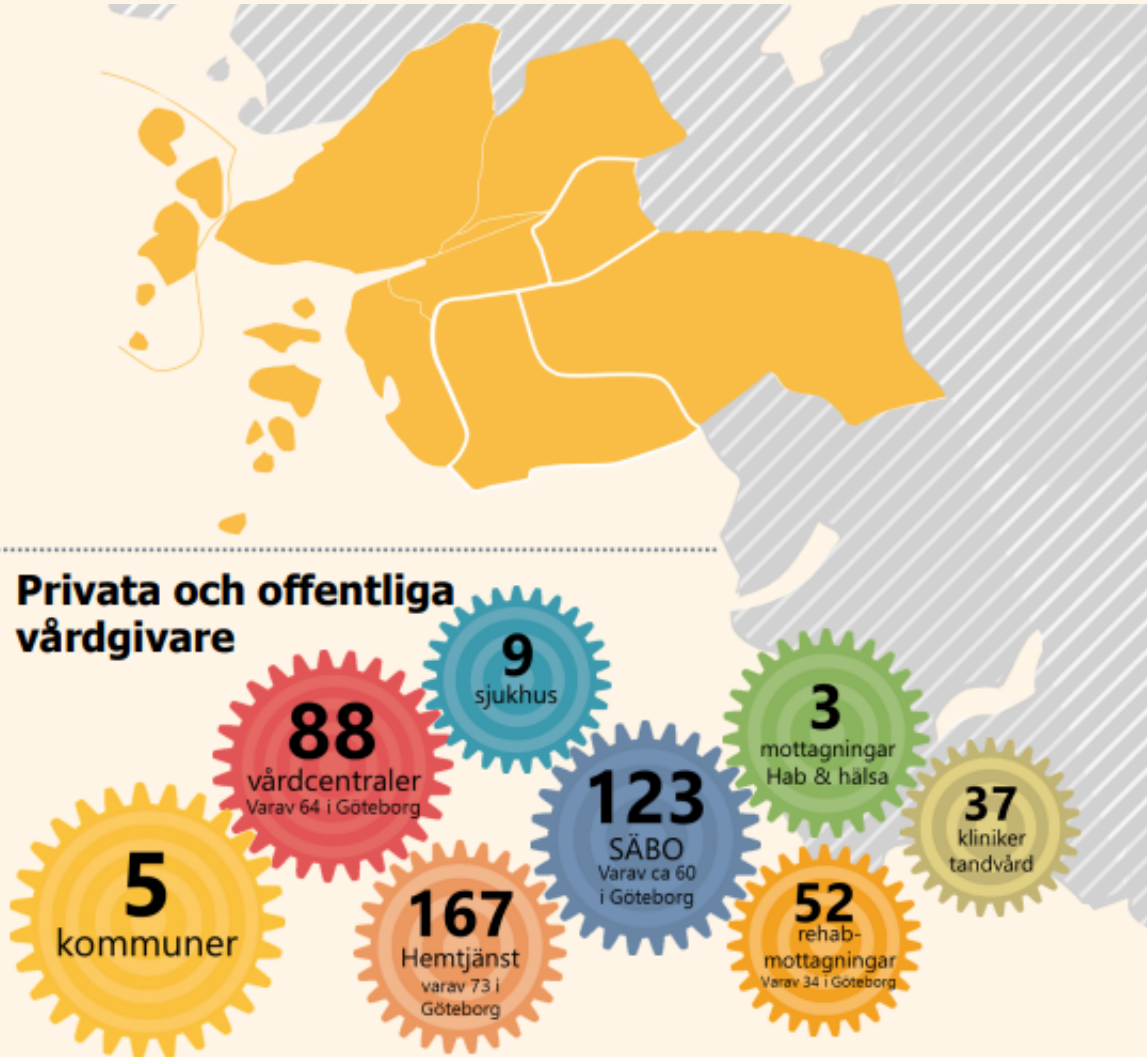


774 247
invånare i
Göteborgsområdet

44 %
av befolkningen i
regionens invånare

Kommun
och sjukvård
Samverkan i Göteborgsområdet

www.vardsamverkan.se/goteborgsomradet



Uppgifter hämtade från regionfakta.com, vregion.se och 1177.se, dec 2024.

Grundläggande problemformulering

”Ökat antal avvikelser när det gäller samverkan kopplat till in- och utskrivningsprocessen från slutenvård samt ’Samordnad Individuell Plan’ (SIP).”

Konsekvenser

- Patienter kommer i kläm mellan vårdgivare
- Arbetsmiljöproblem pga konflikter mellan parter
- Höga kostnader (t.ex. att utskrivningsklara patienter blir kvar på sjukhuset längre än nödvändigt)



Syfte

”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.”

Effektmål: Tydlighet

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

Fler medarbetare

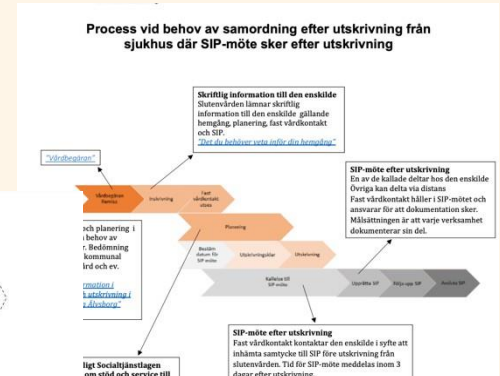
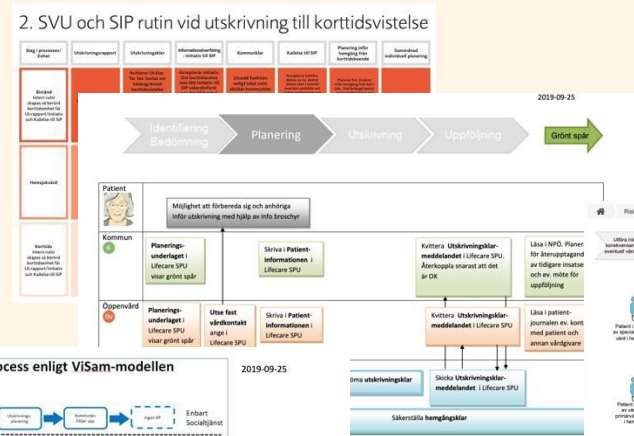
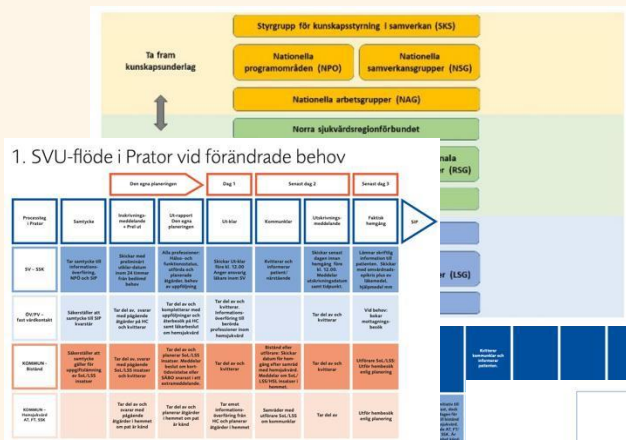
- upplever att ansvarsfördelningen genom in- och utskrivningsprocessen är tydlig
- upplever att det är tydligt vad som ska göras vid varje steg i in- och utskrivningsprocessen
- dokumenterar korrekt de patientuppgifter som behövs i varje steg och förstår varför uppgifterna är viktiga.

Effektmål: Den enskildes behov

- **Den enskilde upplever vård och omsorg som en helhet i samband med utskrivning**
 - Ökad andel enskilda upplever att de är delaktiga i sin utskrivningsprocessen.
- **Den enskilde får relevant samordnande insatser i samband med utskrivning**
 - Ökat antalet erbjudna SIP:ar i samband med utskrivningsprocessen
- **Minimera antalet utskrivningsklara dagar**
 - Minimera antal flyttade "planerat utskrivningsklar" datum
- **Minimera antal återinläggningar(som kunde ha förebyggts)**

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
- ✓ Aktuell hälso- och sjukvård, ordination och material
- ✓ Hjälpmedel
- ✓ Läkemedel
- ✓ Kompetens
- ✓ Samordning med patient & närstående
- ✓ Mottagande kommun

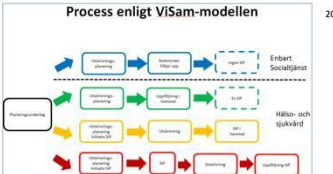
Samtliga verksamheter förbereder sig genom att gå igenom checklistan. Checklistan är ett utredningsunderlag för att inte missa något.

Den som ansvarar för behandlingen ska före mötet stämna av med patient och anhörig om tankar och önskemål.

På mötet går man igenom varje område för att diskutera risker och möjliga lösningar för att eliminera dem.

Läkaren ansvarar för att dokumentera de risker som finns med att gå vård och behandling i hemmet samt att patienten får information om riskerna.

Hela checklistan behöver inte läggas in i journalen.



Varika är redan involverade och vilka kan behöva bli involverade i vården?

Samverkan

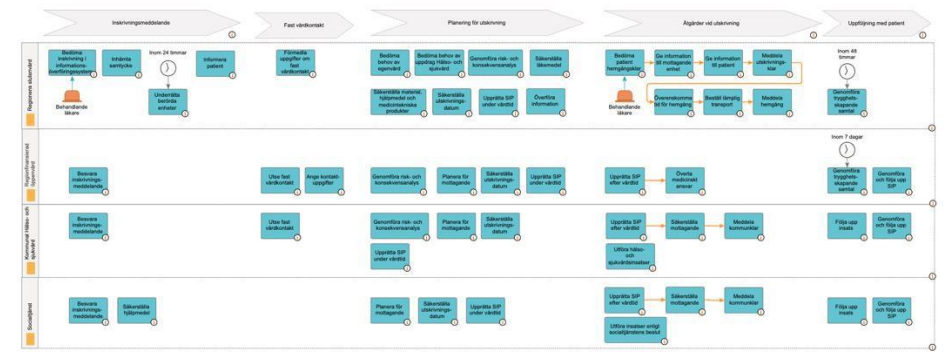
Endast socialtjänst = blått spår - Känd/känd patient endast i behov av insatser/tjänster från socialtjänsten t.ex. socialpsykiatri (boendestöd, sysselsättning), hemjämt, personlig assistans eller kontakt med socialsekreteraren. Inga följare eller nya insatser av hälso- och sjukvård eller kommunal regi. Inget behov av samordning mellan hushållsöden eller från praktiskt öppenvård. Ingen SIP i samband med utskrivning.

Utöver blått spår = grönt spår - Känd patient som har hälso- och sjukvård insatser i kommunal regi sedan tidigare. Patienten kan även insatser. Patienten har vid utskrivning införskaffat behov. Om SIP lämnas ska öppenvården i samråd med patienten ta ställning till om SIP ska up efter utskrivning. Om SIP finns ska öppenvården i samråd med patienten ta ställning till om SIP ska updateras efter utskrivning. Känd patient med planering för utskrivning till korttidsvård eller utskrivning till kommunal regi.

Vid nytt eller förändrat behov = blått spår - Patient med behov av nya eller förändrade hälso- och sjukvårdsinsatser i kommunal regi. Patient ha behov av nya insatser. Med eller utan tidigare upprättad SIP. Samordnad individuell planering alternativt uppföljning ska genomföras utan senast inom 4 veckor efter utskrivning.

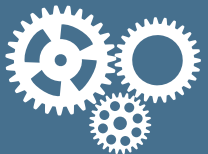
Vid omfattande behov = blått spår - Patient med behov av omfattande nya eller förändrade sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser. Vid bedömning hänsyn tas till om det krävs överordnade sjukvårds- och rehabiliteringsinsatser i hemmet. Utöver riskbedömning, ta ställning till behov av övervakning och kompetens som kräver utbildning av kommunens personal. SIP ska upprättas på sjukhus innan hemgång och följs upp efter utskrivning/ beslut på SIP-möte.

Arbetsflöde när patient har behov av specialiserad vård i hemmet men hjälp av kommunen



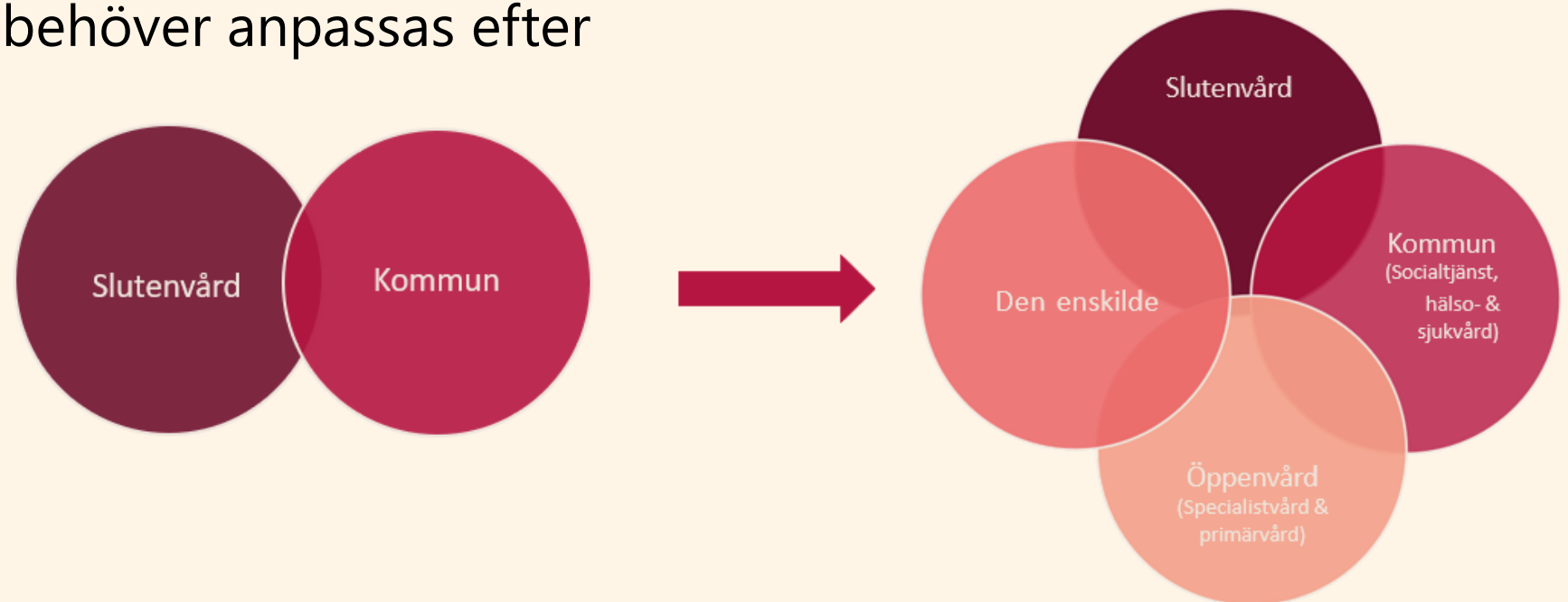
Övergripande insikter

- Stort engagemang. Man månar om den enskilde.
- De flesta gör det mesta rätt enligt riktlinjer, rutiner och lagar
- Men samtidigt är det ingen som följer alla riktlinjer, rutiner och lagar
- Även om det fanns visst utrymme för självkritik hos flera intervjupersoner anser de flesta att de gör rätt och att andra gör fel
- Speciellt ser vi gemensam avvikelse kopplat till lagen om samverkan från 2018



Omställning till Nära Vård kräver nya arbetssätt

- Förskjutning till öppen vård.
- Den enskilde skrivs ut i ett tidigare skede.
- Vårdplaneringen behöver anpassas efter förskjutningen.



Bristande följsamhet

I projektet har vi sett gemensam utmaning med bristande följsamhet, på följande punkter:

- Förse övriga parter med nödvändig information och kommunikation
- Påbörja utskrivningsplanering direkt vid inskrivning
- Dokumentera och uppdatera information i SAMSA
- Involvera den enskilde och anhöriga i planeringen
- Erbjuder SIP till alla som har behov av insats från både kommun och region efter slutenvårsvistelsen.
- Skicka kallelse till SIP-möte senast inom 3 dagar från patientens gjorts UK i SAMSA

De flesta punkter är kopplade till utebliven förändring i samband med att Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården började gälla 2018

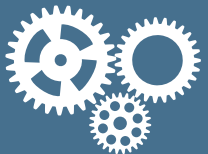
Sammanfattning – varför är det så svårt?

- Styrdokument lämnar tolkningsutrymme att motsäga varandra – onödig friktion mellan parter.
- Det är svårt att hitta rätt information och man vet inte vad som gäller
- En del av informationen är förlegad och det framgår inte vilken
- Otydligt vem man ska vända sig till vid tvister om vilka styrdokument som gäller eller hur de ska tolkas.
- Lösning av tvister på operativ nivå är skadligt för såväl enskild som för medarbetare.
- Eventuell utbildning sker separat per part vilket fördjupar olika tolkningar
- Struktur är uppbyggd efter avsändare och organisationers behov snarare än för användarnas.
- Det är inte bara svårt att göra rätt till 100%, det är nästan omöjligt.

Utmaningarna vi prioriterat

– Efter mest påverkan på effektmålen!

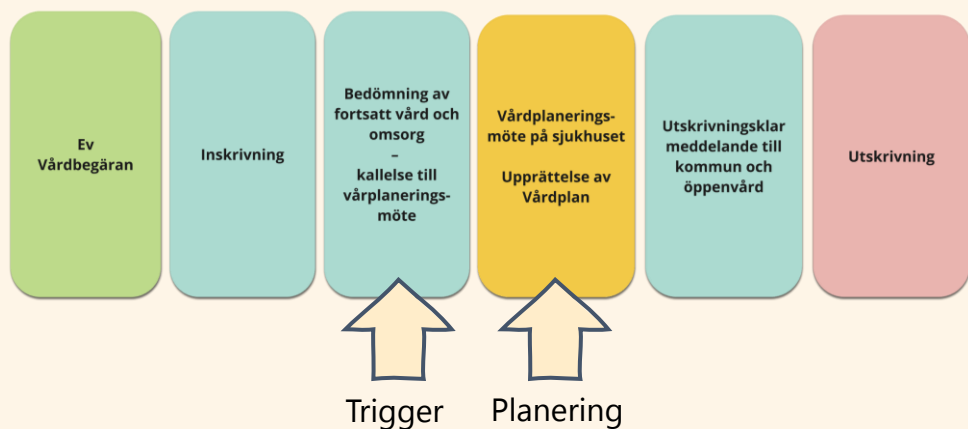
1. Dokumentation och planering påbörjas för sent
2. Komplex informationsstruktur



Dokumentation och planering påbörjas för sent

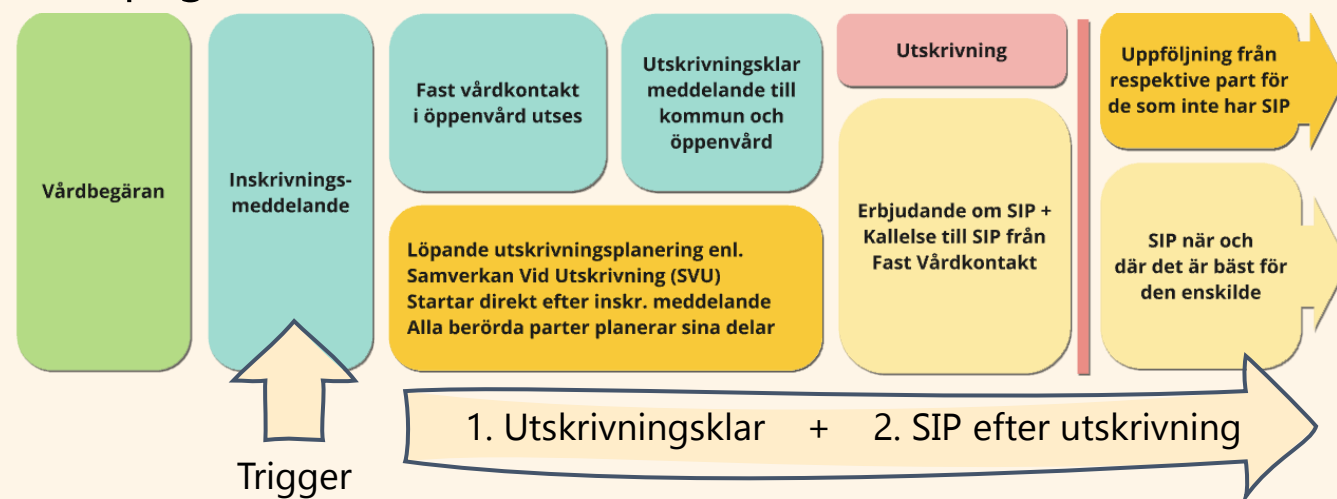
- Gammal vårdplanering (VPL) innan 2018

Punktinsats som triggas av kallelse till VPL-möte i slutet av vårddiden.



- Planerad Samordnad Utskrivning (PSU) + SIP Som den borde varit från och med 2018

Kontinuerlig process som triggas direkt vid inskrivning och pågår hela vårddiden.



1. Samordnad planering – behov på kort sikt

Mål: Att innan patienten lämnar sjukhuset upprätta en samordnad plan för insatser som möter patientens behov under den första tiden efter utskrivning.

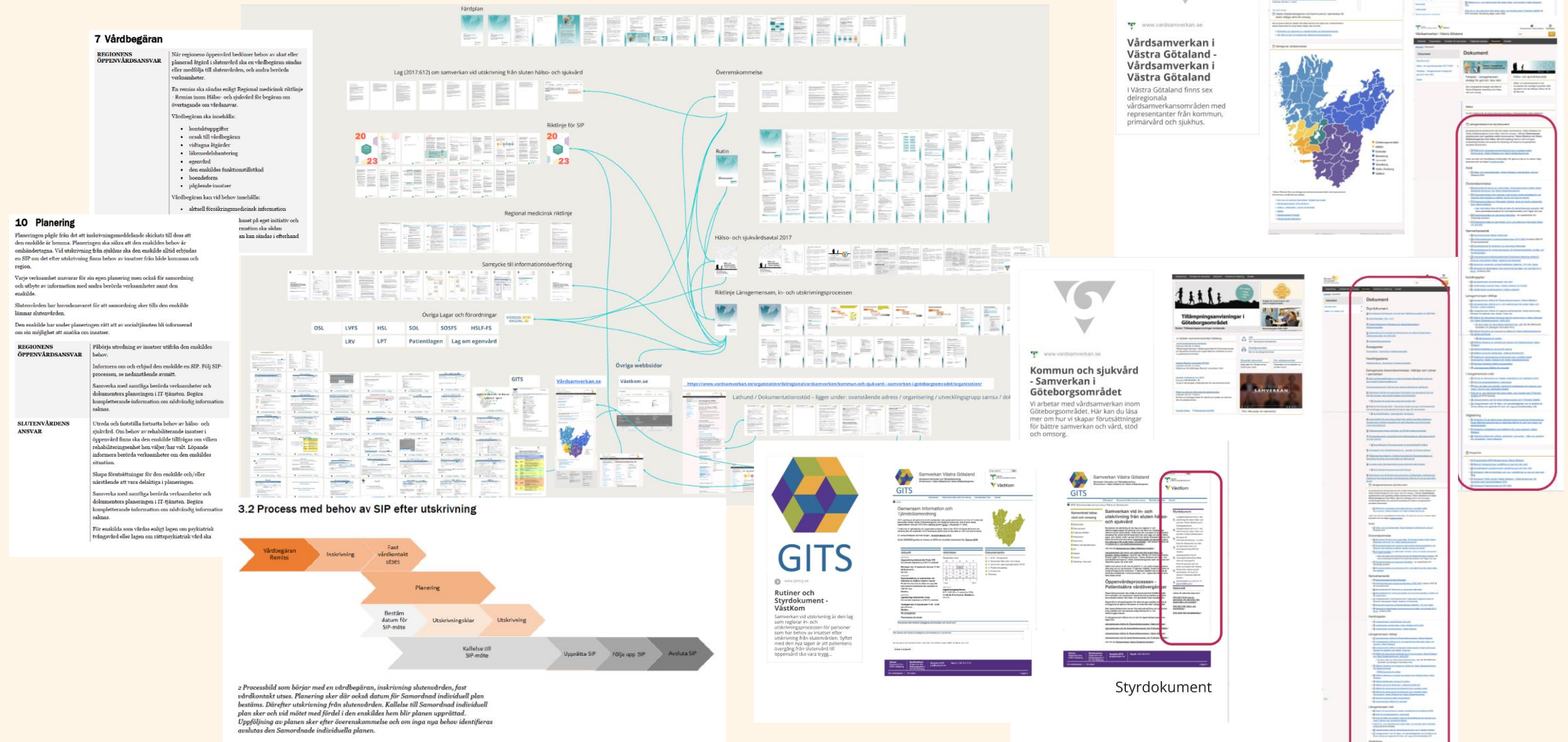
Syfte: Att säkerställa en trygg och effektiv övergång från slutenvård till mottagande vårdnivå.

2. SIP – behov på kort + lång sikt

Mål: Att upprätta samordnad plan som möter individens behov och önskemål på kort och lång sikt.

Syfte: Främja ett tryggt, meningsfullt och självständigt liv.

Komplex informationsstruktur

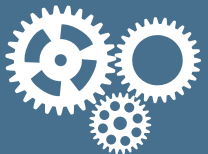


Lösning/resultat

- Kartläggning av: När Vem behöver utföra vilka aktiviteter för att tillgodose den enskildes behov och delaktighet i vårdövergångarna.
- Resultatet blev runt 60 aktiviteter som behöver utföras innan, under och efter in- och utskrivningsprocessen för att vi ska uppnå effektmålen.
- Varje aktivitet har specifikt mål, syfte, utförare och tidpunkt och en direkt koppling till effektmålen.

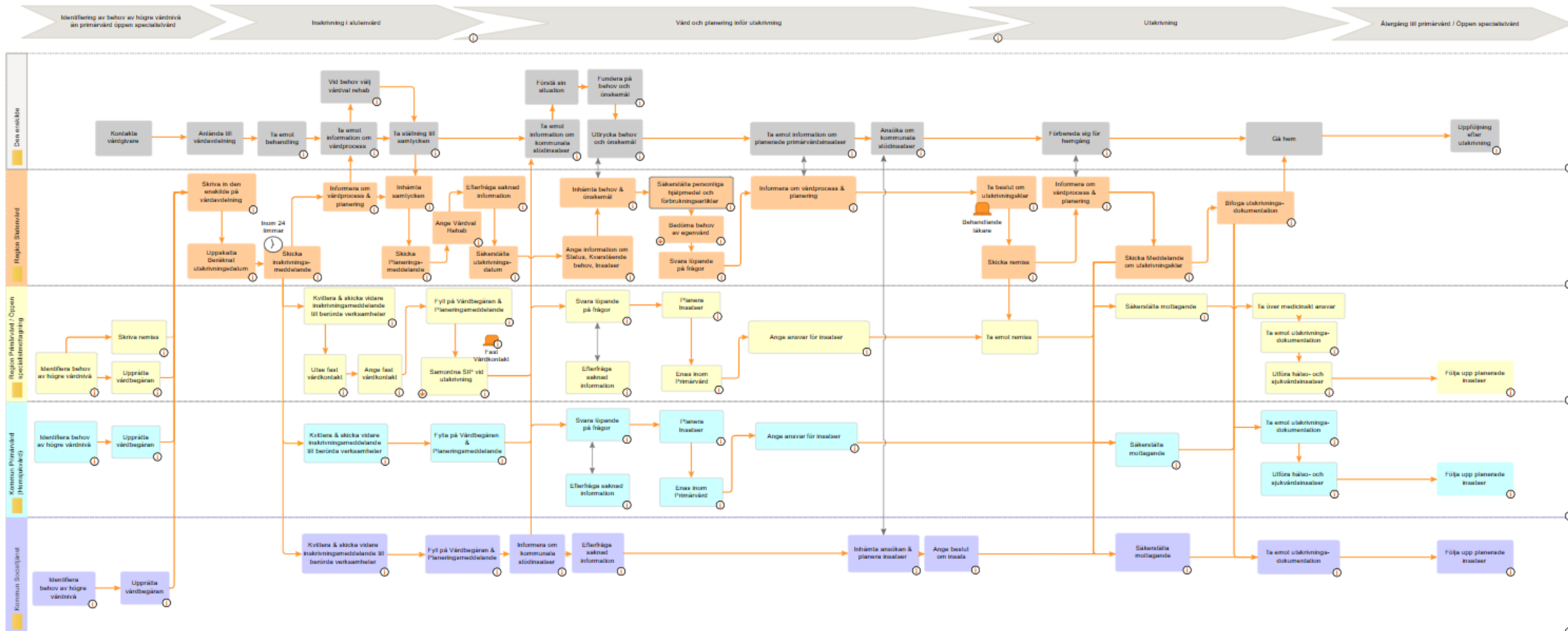
Resultatet: En ny arbetsbeskrivning för in- och utskrivning från slutenvården

[En ny form på in- och utskrivningsprocessen från slutenvårdsvistelse - Vårdsamverkan i Göteborgsområdet](#)



Arbetsbeskrivning med ca 60 förtydligade aktiviteter

Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården i Göteborgsområdet



Mål, syfte & instruktion

direktlänkar gällande lagrum, länsgemensamma rutiner och riktlinjer

Samordna SIP vid utskrivning

Bryter ned till

- SIP innan utskrivning
- SIP efter utskrivning

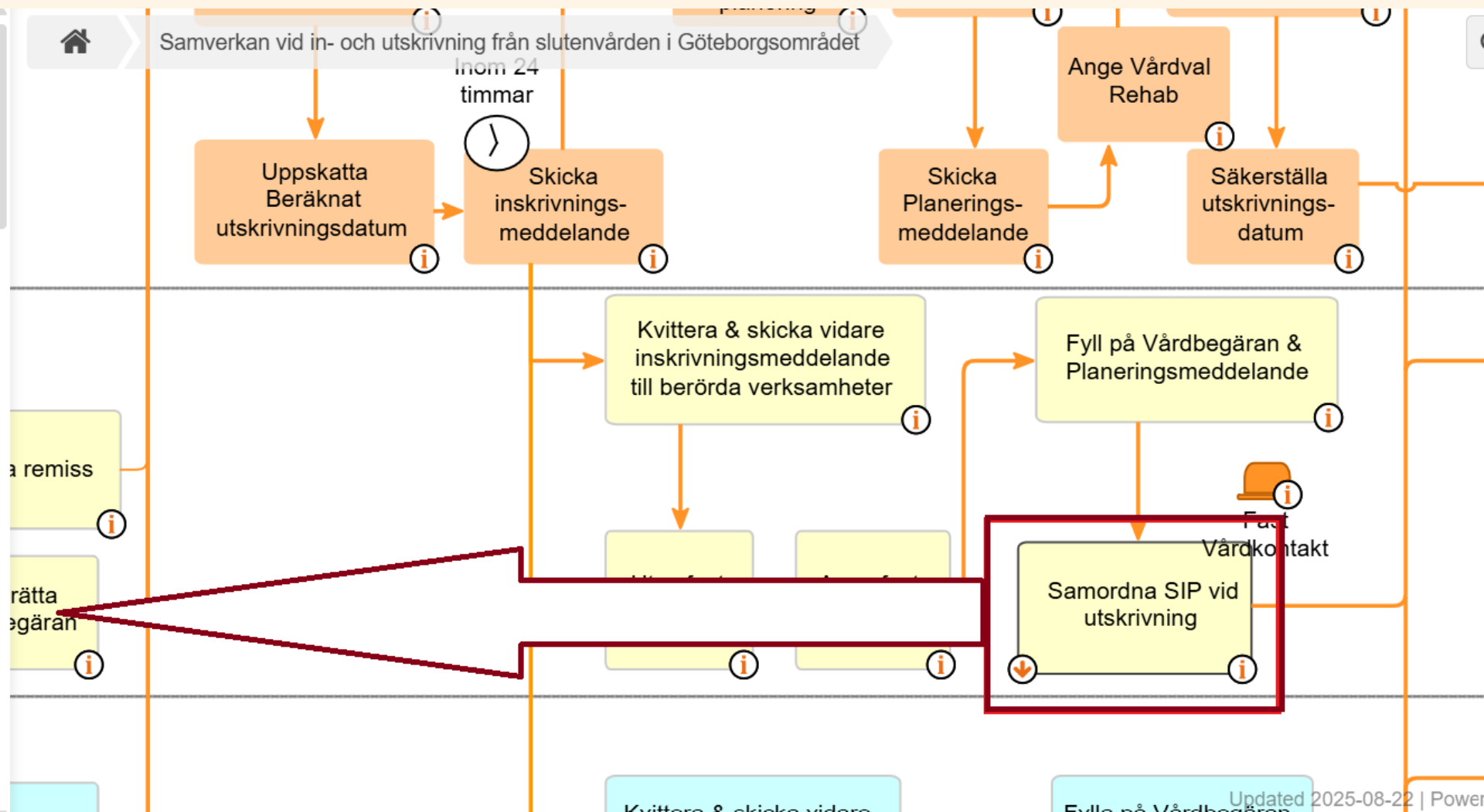
Beskrivning

Mål 1:

- Identifiera Personer som ska erbjudas Samordnad Individuell Plan (SIP) i samband med utskrivning. SIP ska erbjudas de personer som efter sin utskrivning har kvarvarande behov av insats från både Region och Kommun. Personer som efter slutenvårdsvistelse beviljas korttidsboende har däremot insatser av två olika huvudmän.

Mål 2:

- Kontakta den enskilde. Om den enskilde, på grund av kognitiv svikt, inte kan uttrycka önskemål om SIP kontaktas ev anhöriga. Finns ingen anhörig som kan föra den enskildes talan är verksamheterna skyldiga att planera enligt den enskildes bästa utan SIP.



Lösningar i linje med styrdokument

- Går helt i linje med det vi hittills sett av nya H&S-avtalet
- Går i linje med personcentrering och den nära vård vi enligt färdplanen enats att sträva mot.

”Framgångsfaktorer för den nära vården är personcentrering som förhållningssätt, samverkan och tillit mellan kommun och Västra Götalandsregionen, VGR samt en gemensam målbild som visar riktningen.”

”I den nära vården är den enskilde och dess anhöriga medskapare till vården som har primärvården (region och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård) som bas, vilket innebär ett skifte från dagens sjukhusbaserade specialistvård.”
(Bägge citat från färdplanen)

- Stärker grundläggande förutsättningar i samverkan.

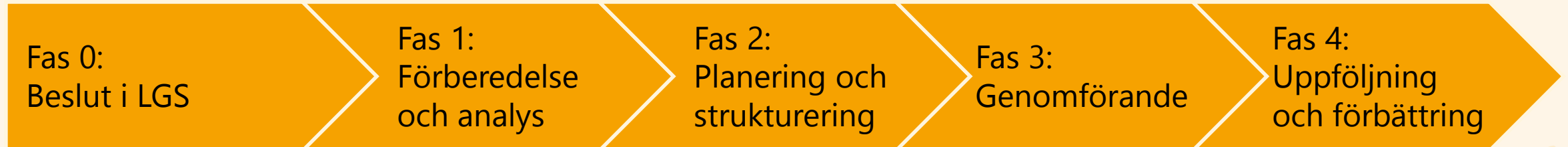
Implementering



Vårdsamverkan i
Göteborgsområdet

www.vardsamverkan.se/goteborgsomradet

Faser i implementeringen



Implementering, fas 1 (förslag)

Slutenvård

Region Primärvård

Kommun
Primärvård

Kommun Socialtjänst

Samverkan

1. Skapa medvetenhet om behov av förändring.
Filmad dragning från projektet finns som stöd.
2. Identifiera vilka organisatoriska eller operativa justeringar som krävs för att utföra aktiviteterna i den förtydligade processen.
(t.ex. organisation, informationsvägar, utbildning, rutiner, ansvarsområden, kommunikationsbehov, IT-verktyg)
3. Ta fram handlingsplan med:
 - Vilka justeringar som behöver göras.
 - Ansvarig för att genomföra justeringarna.
 - En tidsplan för när dessa justeringar ska vara på plats

Implementering, fas 2 (förslag)

Slutenvård	Region Primärvård	Kommun Primärvård	Kommun Socialtjänst	Samverkan
<ol style="list-style-type: none">1. Utse ansvariga och skapa arbetsgrupper.2. Ta ansvar för och säkerställa rollen som informationsstöd till patient och länk mellan denne och SAMSA (kallad ledfy i projektet).3. Stäm av med Region primärvård om hur man kan samarbeta kring information om SIP till patienten.4. Ta fram informationsmaterial om vårdprocessen till patient och anhöriga. (tillsammans med arbetsgrupp och projektledare)5. Inventera vad som utförs enligt gammalt arbetssätt. Prioritera och planera åtgärder för övergång till arbetssätt som beskrivs i 2c8 och leder till uppnådda effektmål.6. Planera utbildningsinsatser. (interna/gemensamma)	<ol style="list-style-type: none">1. Utse ansvariga och skapa arbetsgrupper.2. Ta ansvar för och säkra rollen som samordnare av SIP i samband med utskrivning (även vid korttidsplaceringar).3. Stäm av med Kommun Primärvård om hur man konkret ska gå tillväga när man ska enas via SAMSA om vem som bäst tillgodoser den enskildes behov.4. Ta fram informationsmaterial om vårdprocessen till patient och anhöriga. (tillsammans med arbetsgrupp och projektledare)5. Stäm av med Slutenvård om hur man kan samarbeta kring information om SIP till patienten.6. Inventera vad som utförs enligt gammalt arbetssätt. Prioritera och planera åtgärder för övergång till arbetssätt som beskrivs i 2c8 och leder till uppnådda effektmål.7. Planera utbildningsinsatser. (interna/gemensamma)	<ol style="list-style-type: none">1. Utse ansvariga och skapa arbetsgrupper.2. Stäm av med Region Primärvård om hur man konkret ska gå tillväga när man ska enas via SAMSA om vem som bäst tillgodoser den enskildes behov.3. Stäm av med kommun bistånd hur man inom kommunen kan säkerställa att Kommun primärvård blir tillagda i relevanta ärenden. (GBG)4. Ta fram informationsmaterial om vårdprocessen till patient och anhöriga. (tillsammans med arbetsgrupp och projektledare)5. Inventera vad som utförs enligt gammalt arbetssätt. Prioritera och planera åtgärder för övergång till arbetssätt som beskrivs i 2c8 och leder till uppnådda effektmål.6. Planera utbildningsinsatser. (interna/gemensamma)	<ol style="list-style-type: none">1. Utse ansvariga och skapa arbetsgrupper.2. Stäm av med Kommun Primärvård hur man inom kommunen kan säkerställa att Kommun primärvård blir tillagda i relevanta ärenden.3. Inventera vad som utförs enligt gammalt arbetssätt. Prioritera och planera åtgärder för övergång till arbetssätt som beskrivs i 2c8 och leder till uppnådda effektmål.4. Ta fram informationsmaterial om vårdprocessen till patient och anhöriga. (tillsammans med arbetsgrupp och projektledare)5. Planera utbildningsinsatser. (interna/gemensamma)	<ol style="list-style-type: none">1. Konkretisera och enas om gemensamt mål och syfte med samverkan / in- och utskrivnings-processen.2. Arbeta ut och enas om processdetaljer som kvarstår eller behöver justeras (t.ex. SIP på sjukhus, avstämnings-möte, LPT/LRV-flöde)3. Arbeta ut stöddokument och informationsmaterial som kvarstår. (Lathundar, dokumentationsstöd till SAMSA, mötesagendor)4. Anpassa styrdokument och rutiner.5. Planera gemensamma utbildningsinsatser.6. Upprätta detaljerad och synkroniserad implementeringsplan

Implementering, fas 3 (förslag)

Slutenvård

1. Intern anpassning. (t.ex. justering av rutiner, resurser eller IT-system).
2. Utbilda medarbetare i nya arbetssätt. (Internt/gemensamt)
3. Informera den enskilde och anhörig om vårdprocess och agera länk till/från info i SAMSA enligt förtydligad process.
4. Dokumentera status, kvarstående behov och insatser tidigt i SAMSA enligt förtydligad process.

Region Primärvård

1. Intern anpassning. (t.ex. justering av rutiner, resurser eller IT-system).
2. Utbilda medarbetare i nya arbetssätt. (Internt/gemensamt)
3. Samordna SIP vid utskrivning enligt förtydligad process
4. Planera tidigt i SAMSA enligt förtydligad process

Kommun Primärvård

1. Intern anpassning. (t.ex. justering av rutiner, resurser eller IT-system).
2. Utbilda medarbetare i nya arbetssätt. (Internt/gemensamt)
3. Planera tidigt i SAMSA enligt förtydligad process

Kommun Socialtjänst

1. Intern anpassning. (t.ex. justering av rutiner, resurser eller IT-system).
2. Utbilda medarbetare i nya arbetssätt. (Internt/gemensamt)
3. Tidig kontakt med den enskilde för information + ansökan.
4. Planera tidigt i SAMSA enligt förtydligad process

Samverkan

1. Pilottesta nya lathundar dokumentationsstöd och planeringsprocess.
2. Utvärdering och ev justeringar i dokumentationsstöd/aktiviteter i processen
3. Synkroniserad implementering på bred front.

Implementering, fas 4 (förslag)

Slutenvård

Region Primärvård

Kommun
Primärvård

Kommun Socialtjänst

Samverkan

1. Uppföljning och utvärdering
2. Återkoppling och förbättring
3. Vidare kontinuerlig utvärdering, förbättring och utveckling av aktiviteterna i tvärfunktionell arbetsgrupp med representation från såväl strategisk som operativ nivå.

Kontaktuppgifter

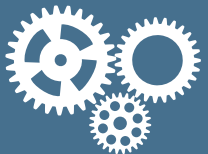
Camilla Lundqvist

Processledare Temagrupp Äldre och Temagrupp Rehabilitering
och Habilitering

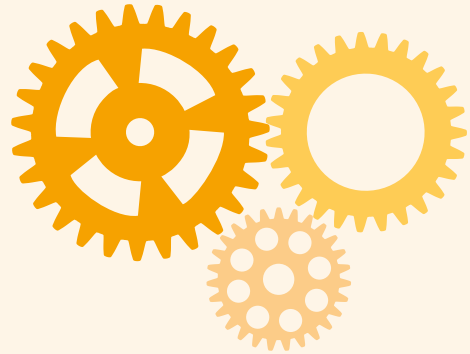
Projektledare: En ny form av In- och utskrivningsprocessen i
Göteborgsområdet

camilla.lundqvist@aldrevardomsorg.goteborg.se

Tfn: 031-3668013 mobil: 0722-188541



Vårdsamverkan i
Göteborgsområdet



Vårdsamverkan i Göteborgsområdet