



En ny form på in- och utskrivningsprocessen

Projektresultat och implementeringsplan

2025-09-04 NOSAM Mölndal

Uppdragsgivare: Ledningsgruppen i samverkan (LGS)

Befolkning

Göteborg 604 616

Härryda 39 875

Mölndal 70 534

Partille 40 730

Öckerö 12 819

768 574

invånare i

Göteborgsområdet

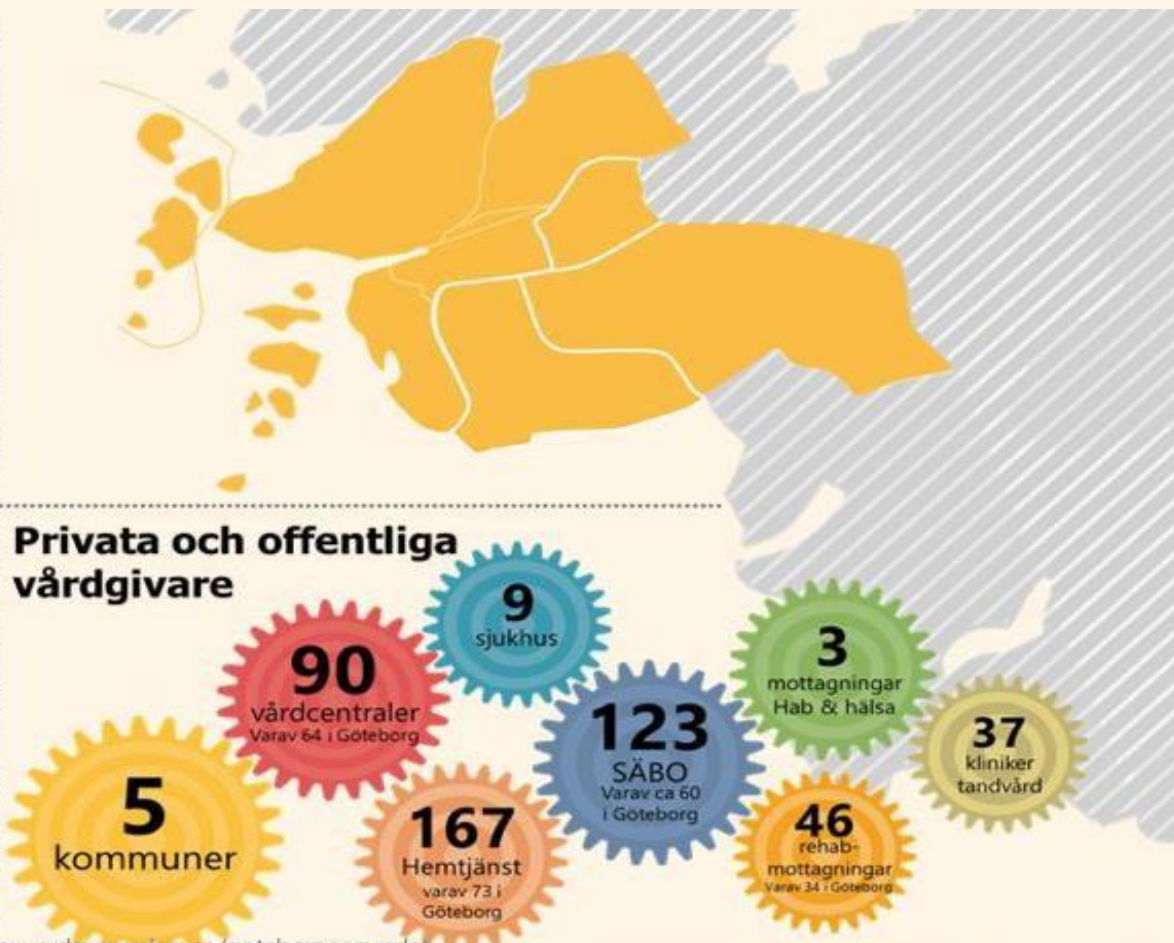
43,5 %

av befolkningen i
regionens invånare

Kommun
och sjukvård

Samverkan i Göteborgsområdet

www.vardsamverkan.se/goteborgsomradet



www.vardsamverkan.se/goteborgsomradet

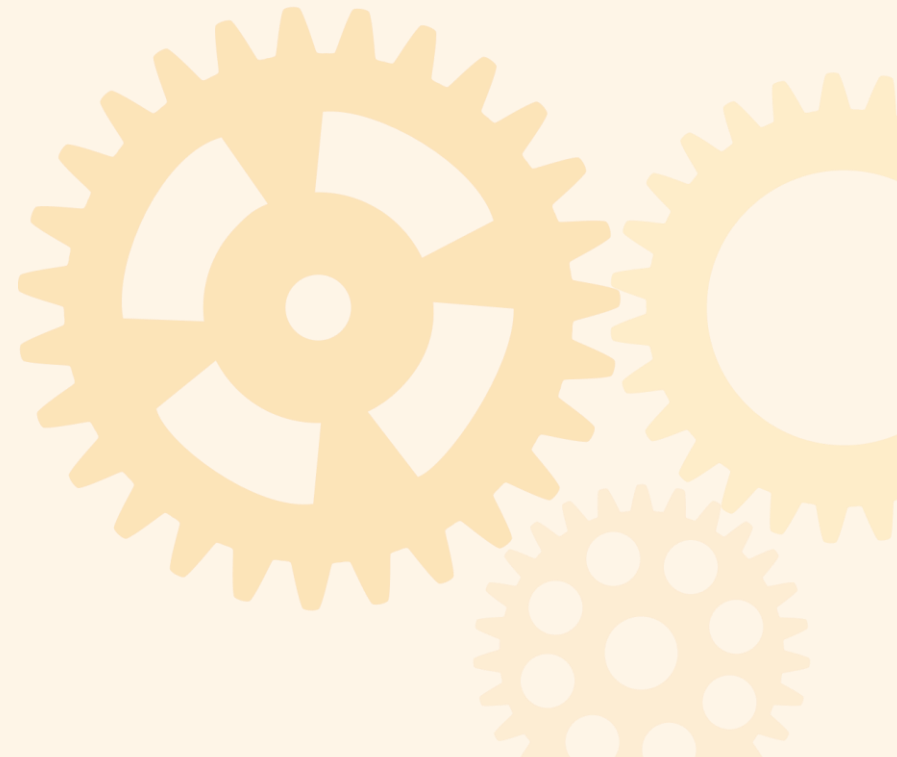
Uppgifter hämtade från regionfakta.com, vgregion.se och 1177.se, mars 2024.

www.vardsamverkan.se/goteborgsomradet



Utmaningarna vi prioriterat

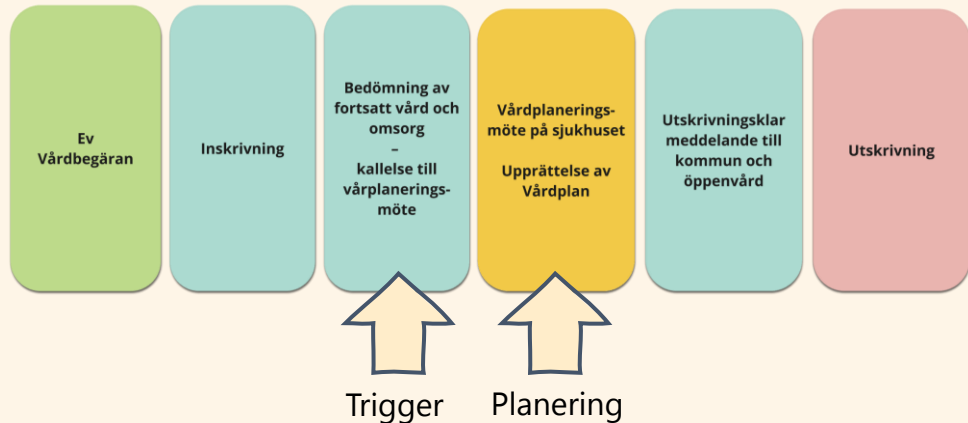
Efter mest påverkan på effektmålen



Dokumentation och planering påbörjas för sent

Gammal vårdplanering (VPL) innan 2018

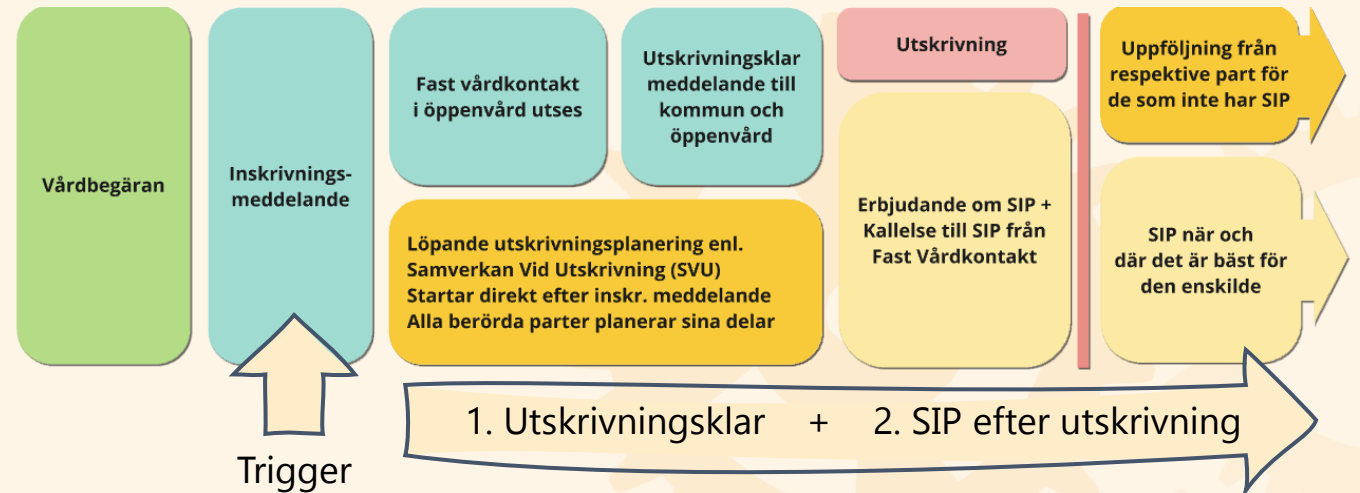
Punktinsats som triggas av kallelse till VPL-möte i slutet av vårdtiden.



Planerad Samordnad Utskrivning (PSU) + SIP

Som den borde varit från och med 2018

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



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.

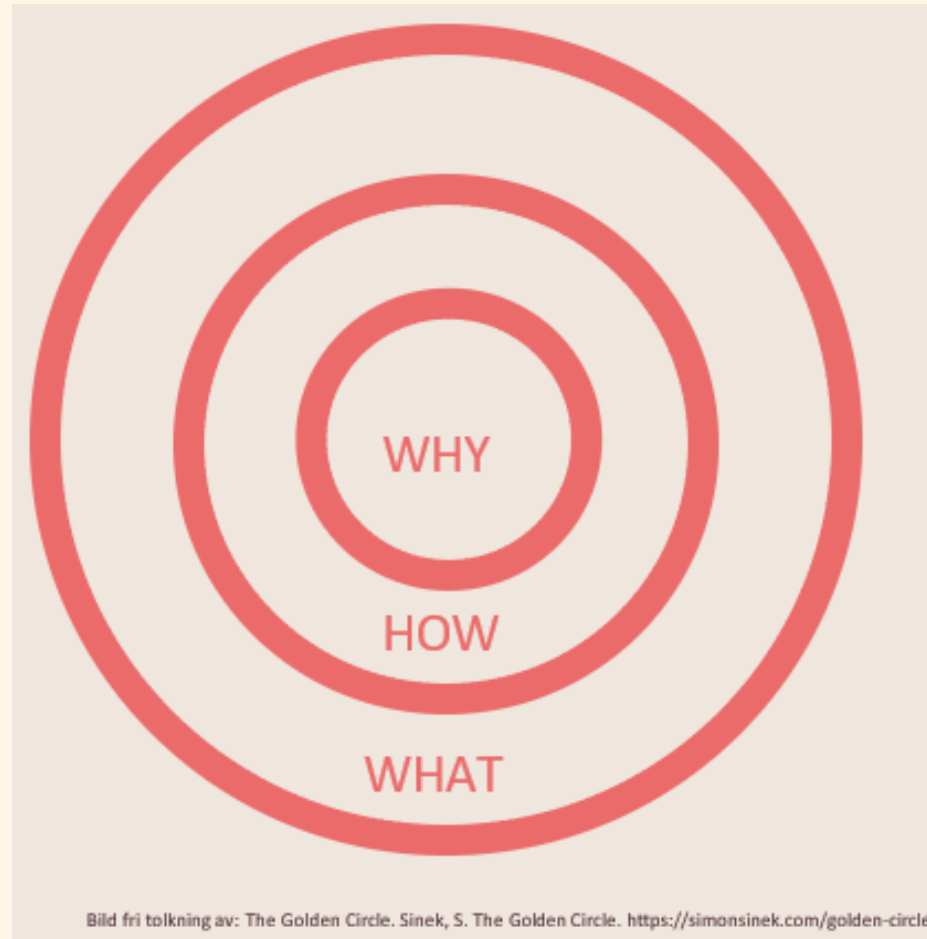
Syfte: Att säkerställa en trygg och effektiv övergång från slutenvård till mottagande vårdnivå.

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.

Det saknas fokus på ett gemensamt VARFÖR

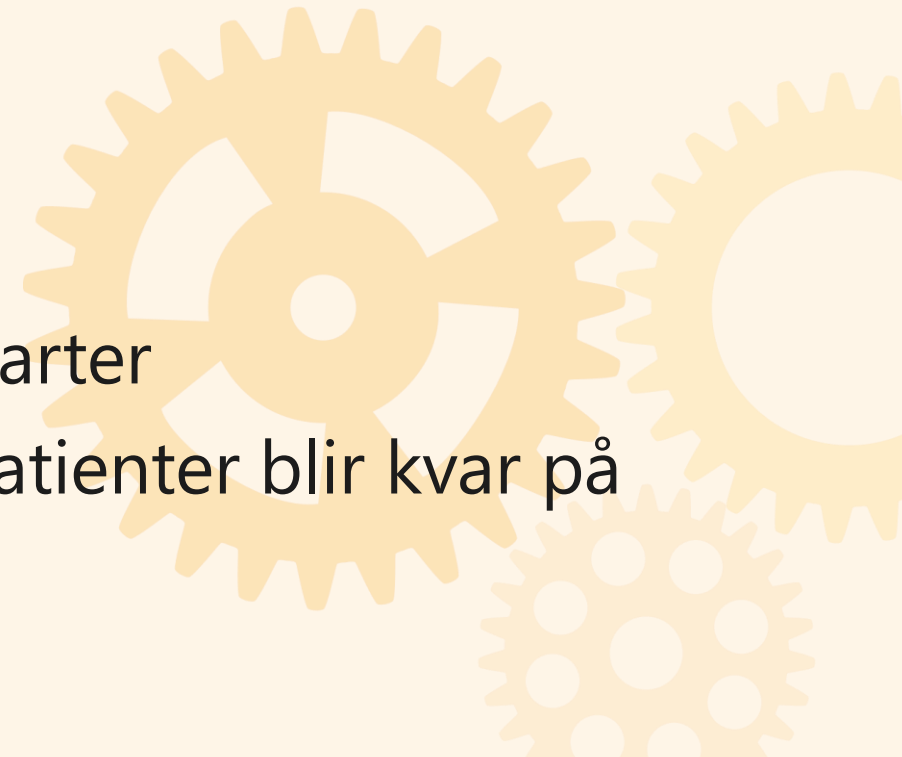


Problemställning som låt till grund för projektets uppstart

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

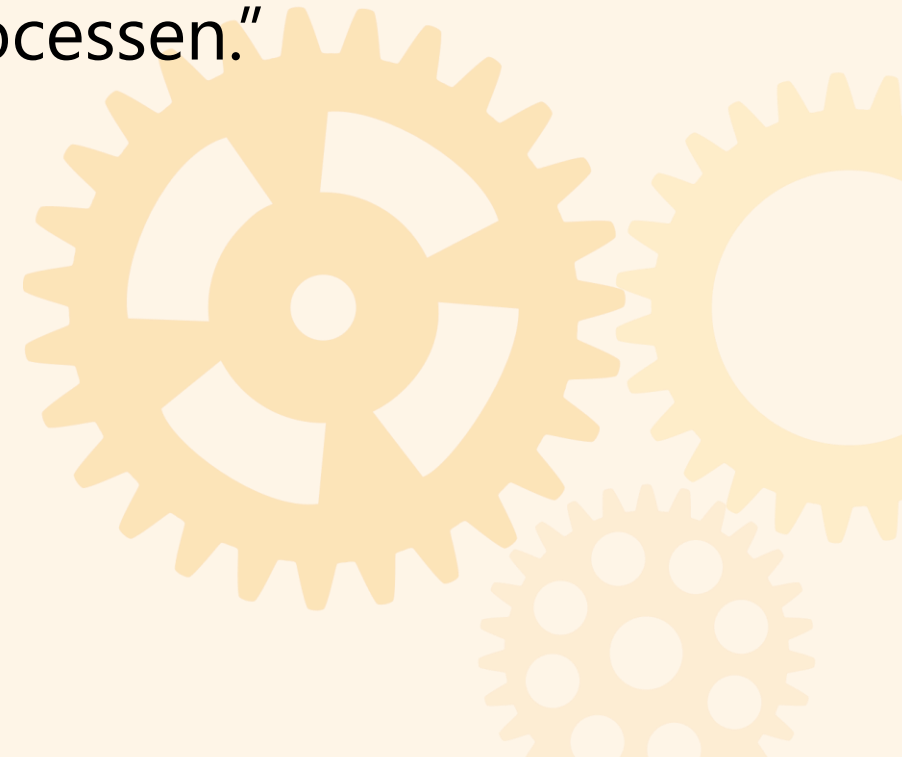
Konsekvenser

- 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.”



Tydlighet

Effektmål

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.

Den enskildes behov

Effektmål

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

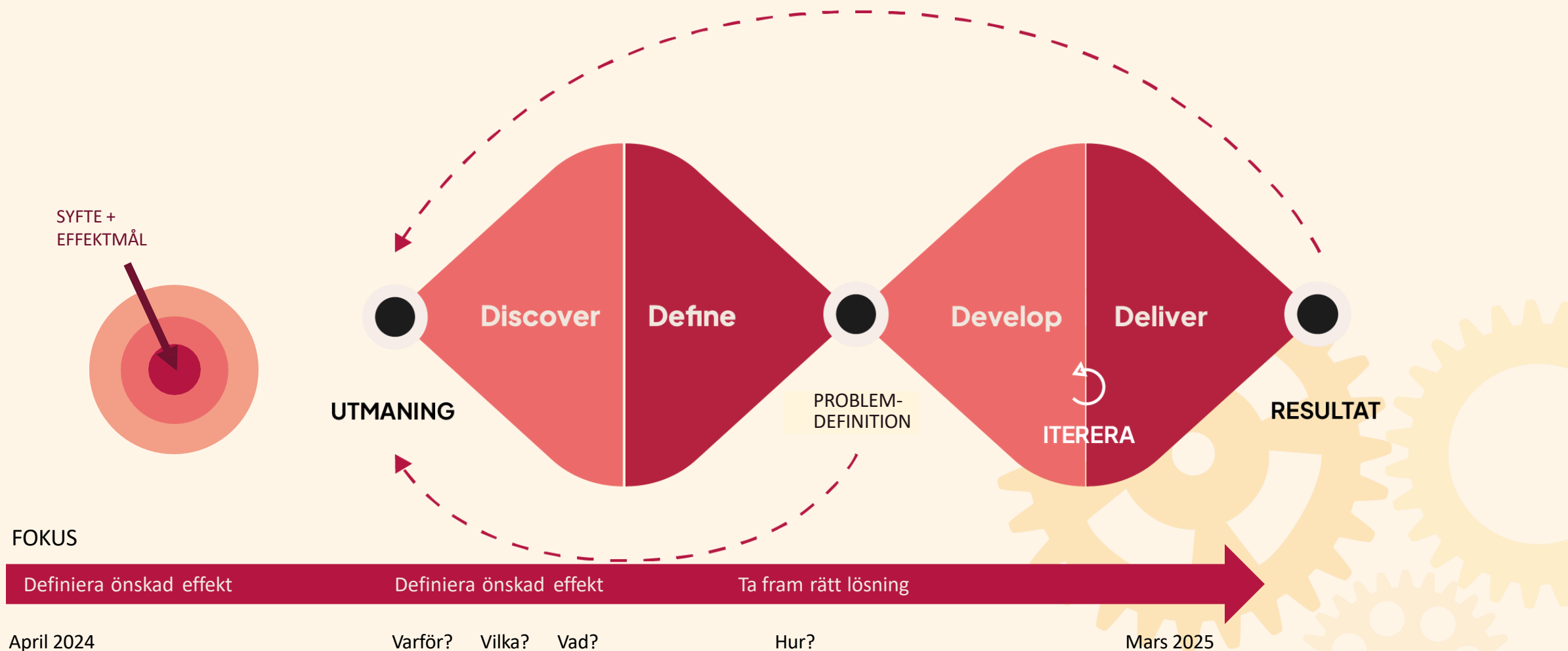
-Ökat antalet erbjudna [SIP:ar](#) i samband med utskrivningsprocessen

Minimera antalet utskrivningsklara dagar

-Minimera antal flyttade "planerat utskrivningsklar" datum

Minimera antal återinläggningar(som kunde ha förebyggts)

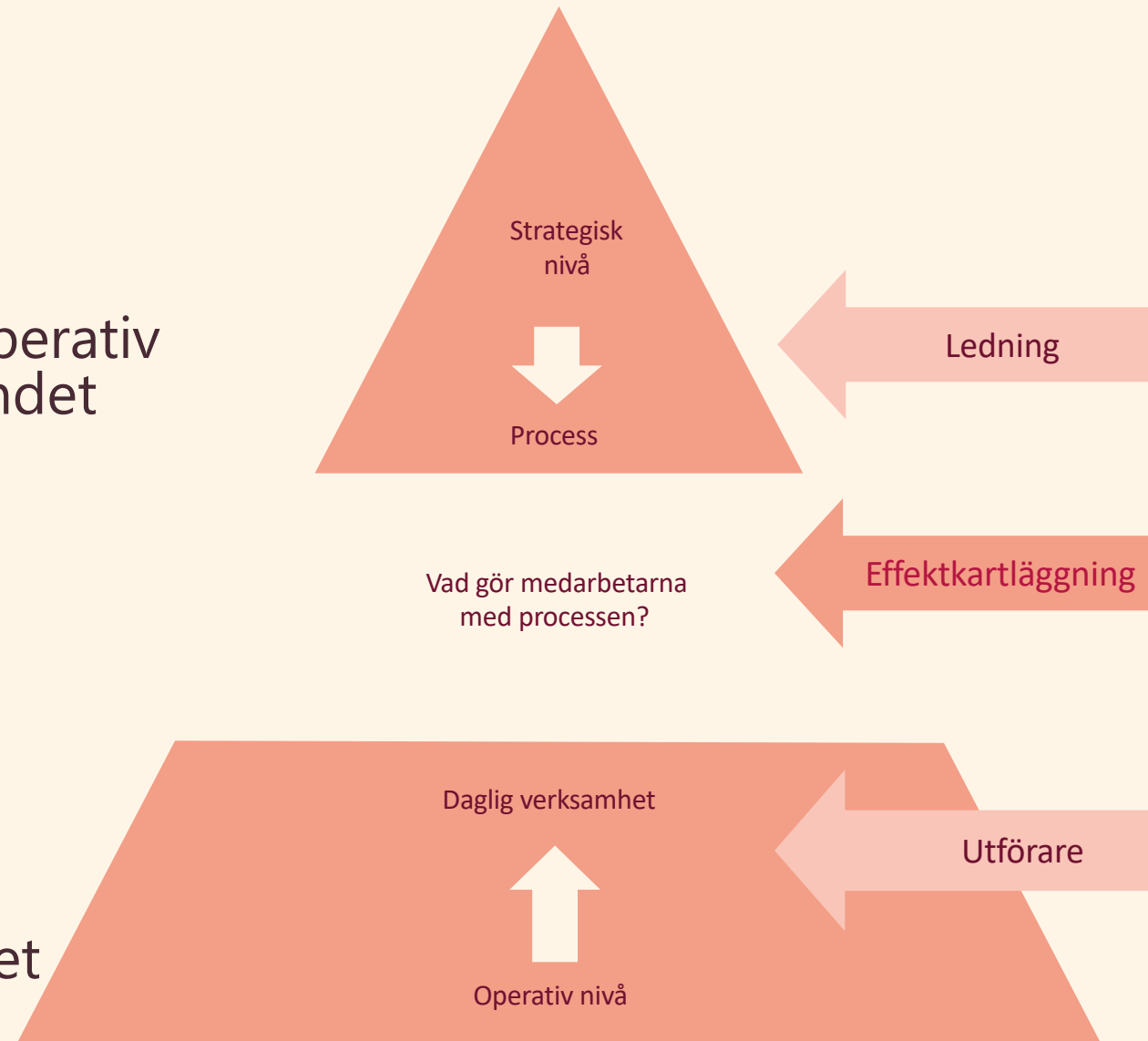
Vår designprocess



Effektstyrning

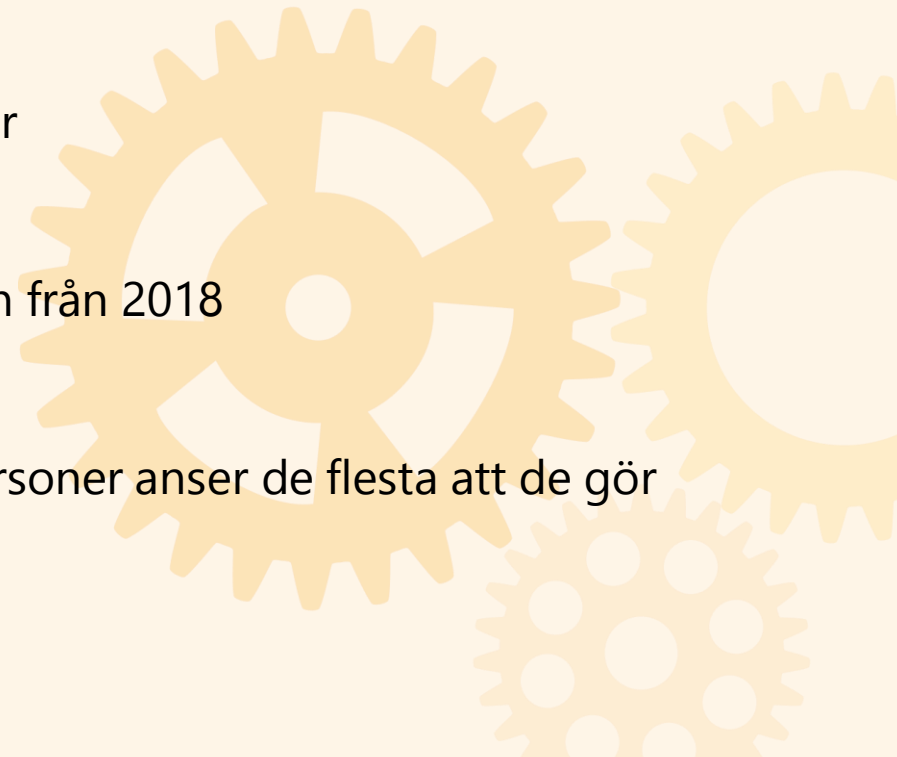
Verktyg för att hålla den eftersträvade effekten i fokus genom hela projektet. Överbryggar gap mellan strategi och operativ verksamhet genom att beskriva sambandet mellan den förväntade nyttan och målgruppers behov.

- Lämpar sig för komplexa förändringsprojekt
- Undviker ospecifika beskrivningar av förväntad nytta
- Svarar på varför förändringen behövs
- Skapar gemensamma mål för projektet



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
- Speciellt ser vi gemensam avvikelse kopplat till lagen om samverkan från 2018
- Även om det fanns visst utrymme för självkritik hos flera intervjupersoner anser de flesta att de gör rätt och att andra gör fel



Följsamhet och samverkan

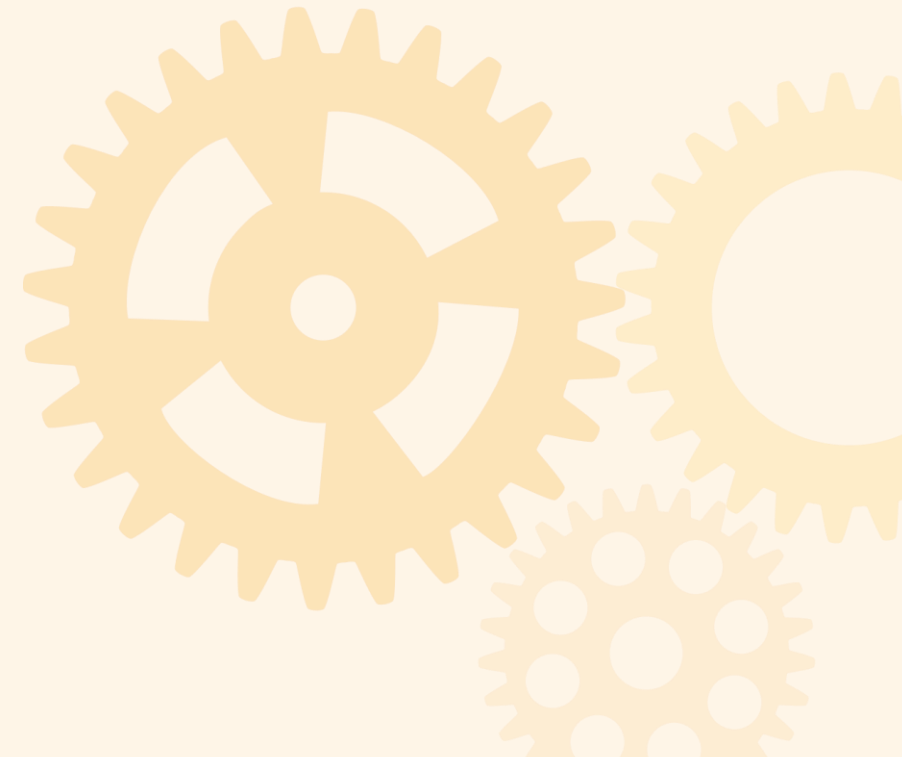
Vi ser att de flesta gör så gott de kan, men...

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

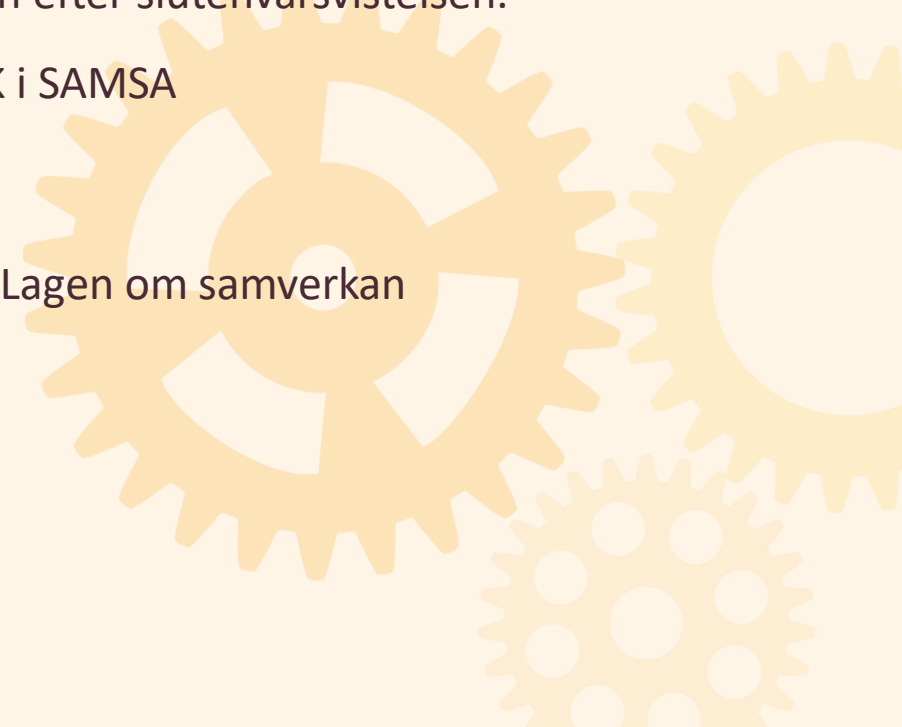
Yttre omständigheter som vi ser påverkat förutsättningarna för samverkan:

- Pandemin
- Större omorganiseringar
- Ekonomiska krisen

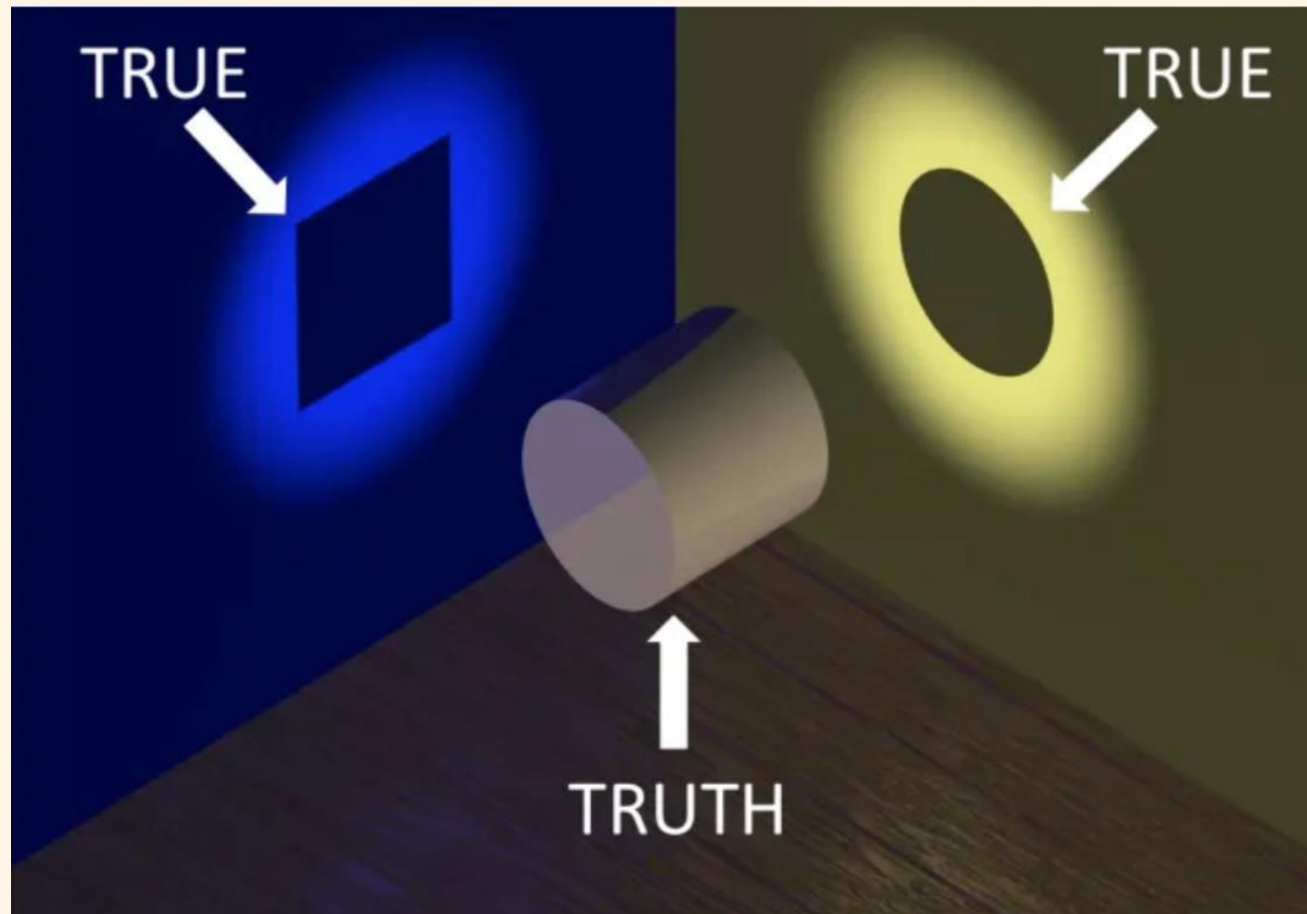


Framförallt såg vi bristande följsamhet på följande punkter:

- 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
- Erbjud 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



Vems sanning gäller?



Effektkarta

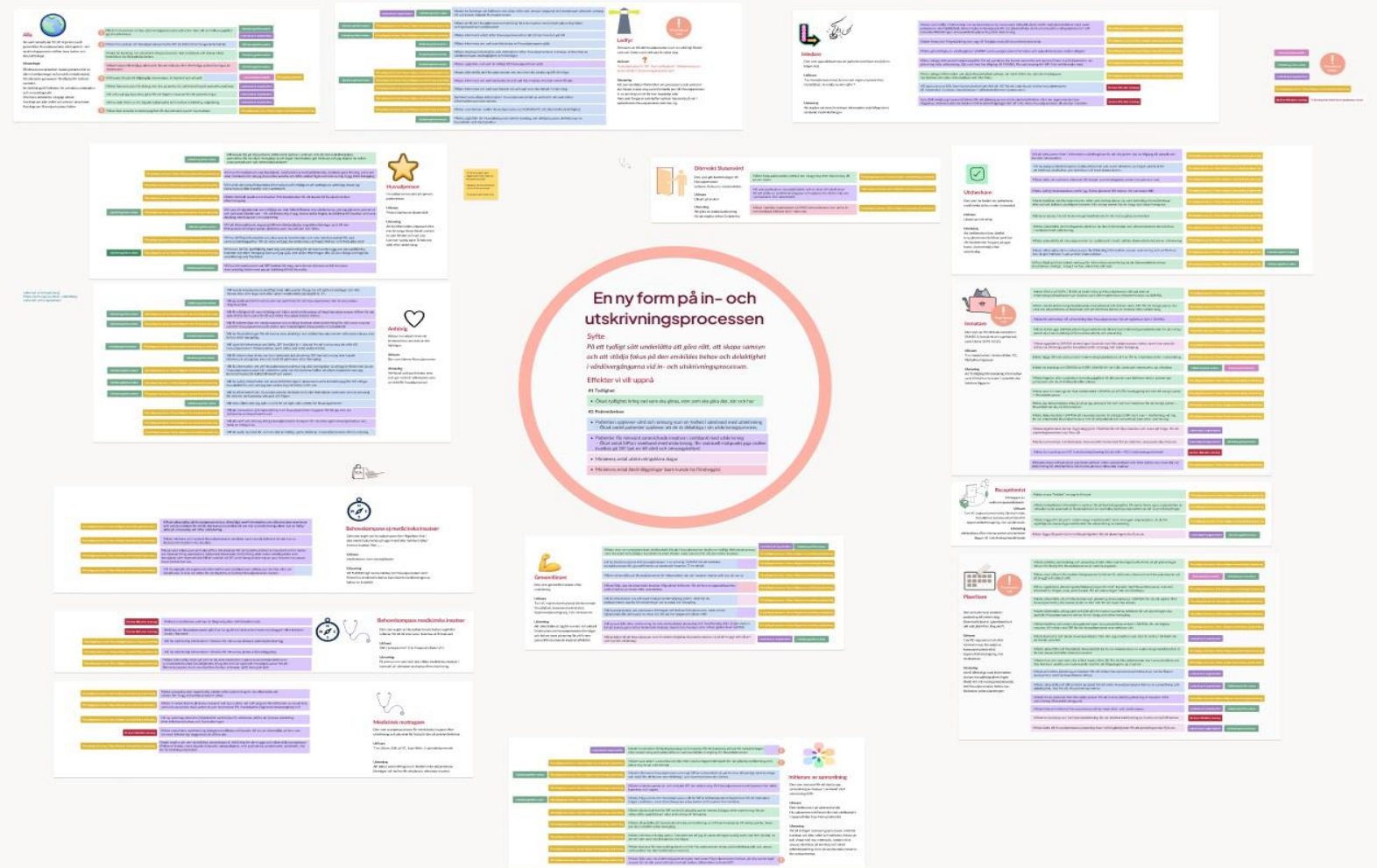
Dokumentationsstöd

Utbildning/Information

Ledarskap & organisation

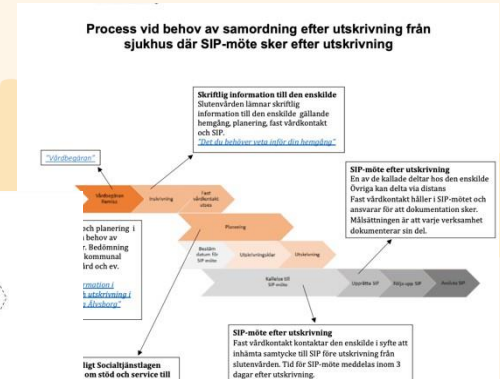
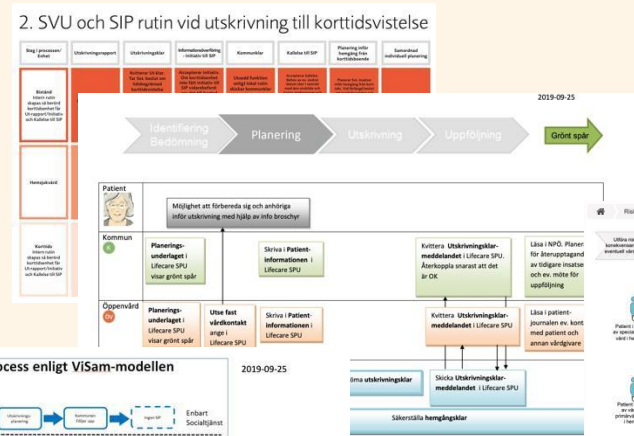
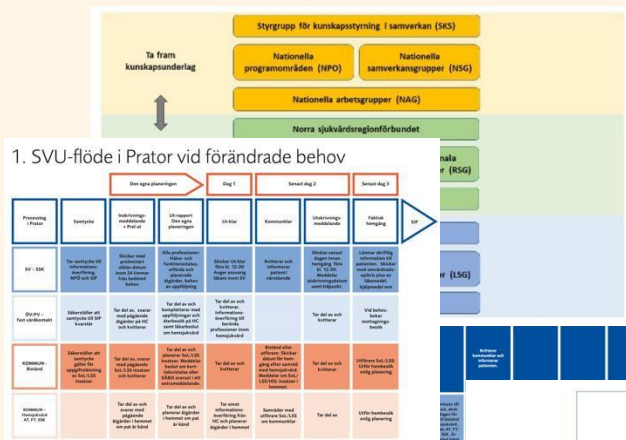
Förtydligad process. Fokus tidigare samordning & planering

Se över Mål eller Lösning = Lösning inte hittad inom projektets ramar



Research efter möjliga lösningar

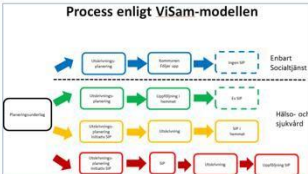
I syfte att lära oss från andras arbete har vi undersökt lösningar från bland annat: Vårdanalys, Region Sörmland, Region Västerbotten, Region Skåne, Region Örebro län, Region Jönköpings län, Södra Älvsborg (Delregionala rutiner)



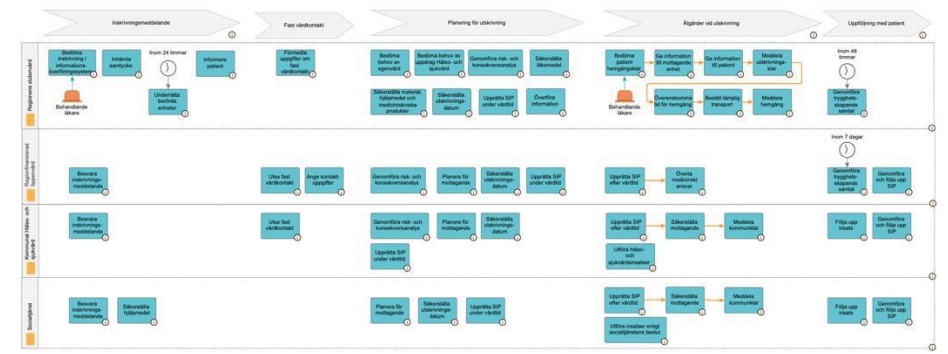
Checklista risk och konsekvensanalys

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

Samtliga verksamheter förbereder sig genom att gå igenom checklistan. Checklistan är ett anteckningsunderlag för att inte missa något. Den som ansvarar för behandlingen ska före mötet stämma 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.

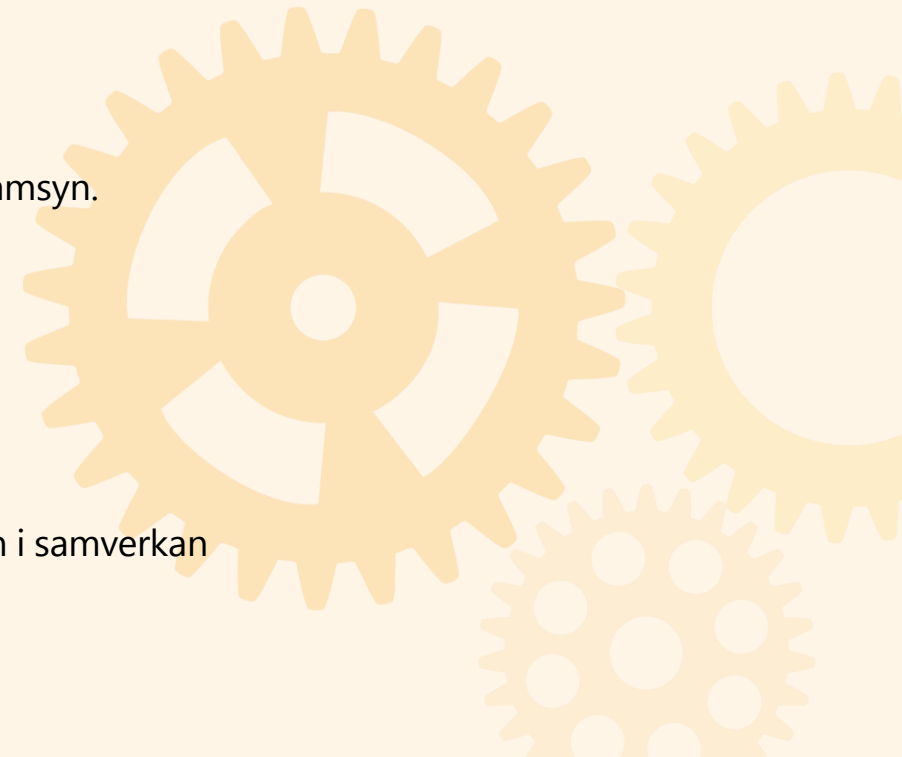


Varika är redan involverade och vilka kan behöva bli involverade i vården?



Insikter efter research om andras processer

- Alla undersökta regioner har någon form av problem och friktion i samverkan.
- Hypotes – strukturella orsaker
 - Gemensamt, delat ansvar under tidspress i komplex kontext Aktörer i olika lagrum
 - Brist på resurser
 - Brist på tillgång till smidiga stödsystem för samverkan
- Lösning kräver acceptans – det finns ingen enkel lösning eller process för friktionsfri samsyn.
- Räkna med att viss friktion kommer finnas kvar oavsett lösning.
- Den inbyggda friktionen behöver hanteras
 - Förebygg: tydlighet, gemensamma mål och syften.
 - Hantera: tydlig handlingsplan för att hantera friktion när den uppstår.
 - Lära och utveckla: systematiskt utvärdering, och utveckling av hantering av friktion i samverkan

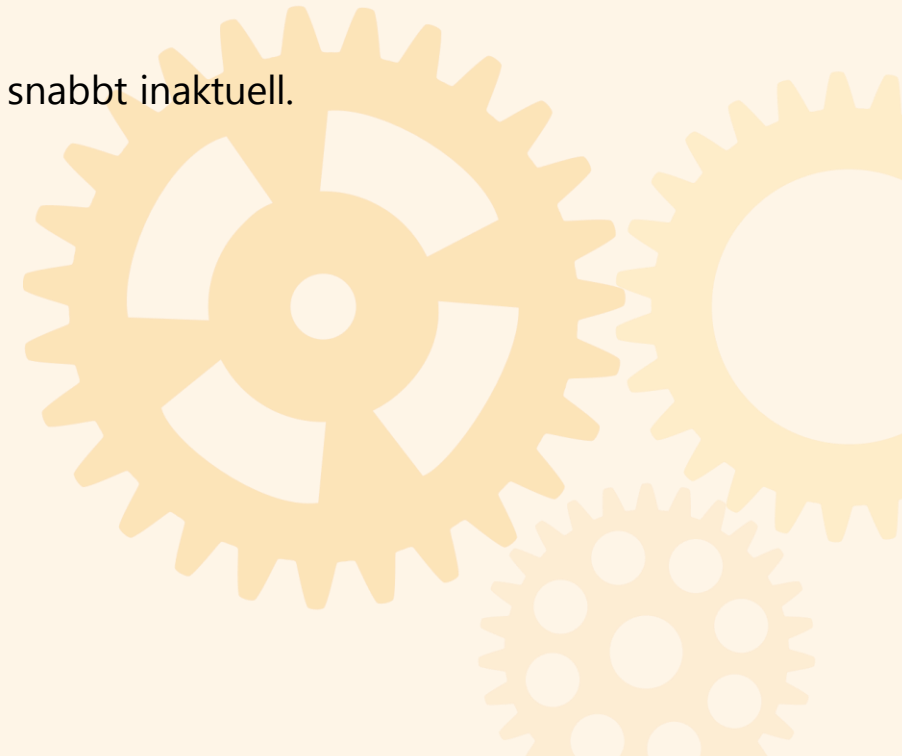


Omställning till Nära Vård kräver nya arbetssätt

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

Huvudproblem med upprättad vårdplan innan utskrivning :

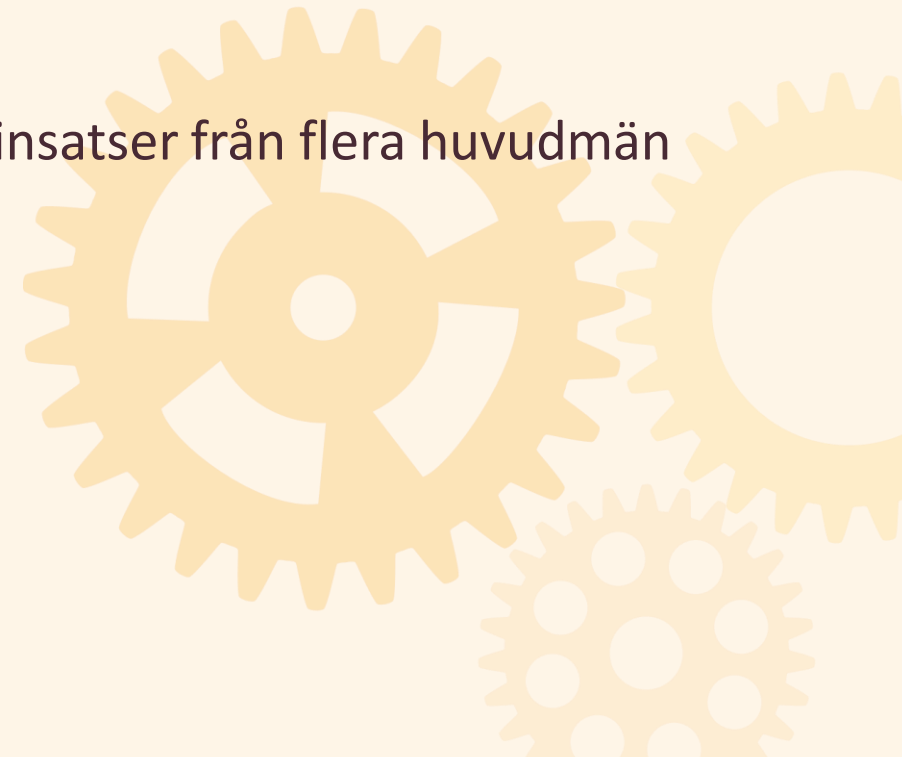
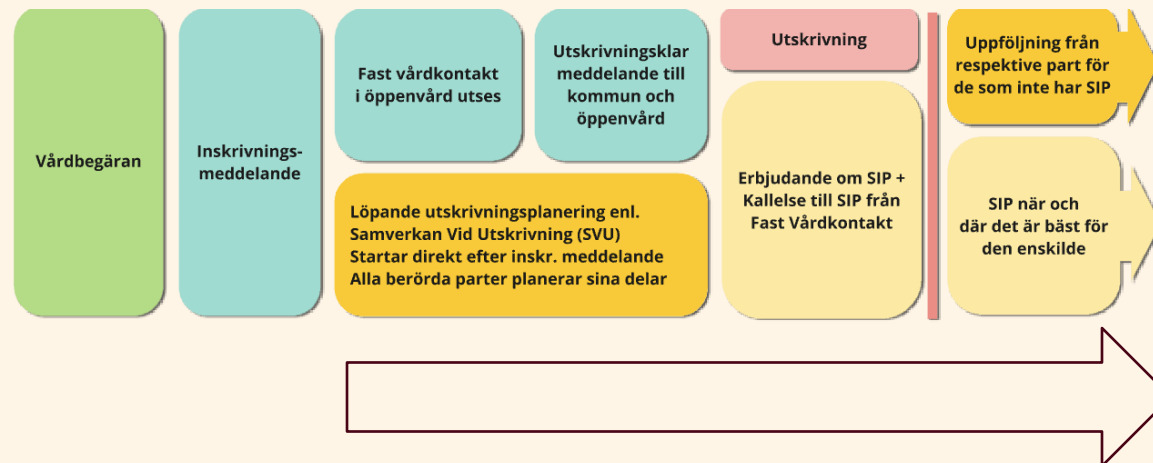
- Planen görs för tidigt i den enskildes återhämtnings- och rehabiliteringsprocess = snabbt inaktuell.
- Planering = punktinsats med fokus att "upprätta en plan"



Vårdplanering → Planerad Samordnad Utskrivning + SIP

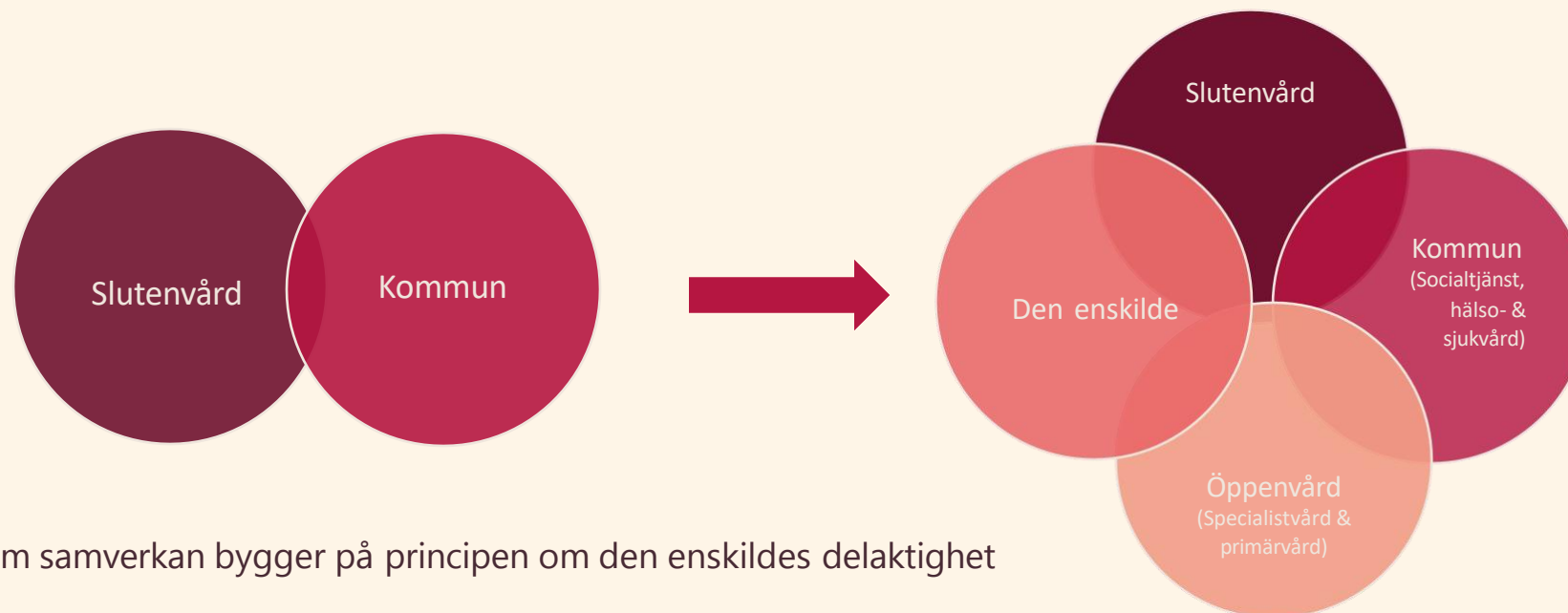
Lagen om samordning vid utskrivning som började gälla 2018 innebar att

- Tidigare form av vårdplanering togs bort
- Samverkan och planering ska nu vara en kontinuerlig process från inskrivning och triggas av inskrivningsmeddelande.
- Alla parter involveras, inklusive den enskilde.
- Samordnad Individuell Plan (SIP) ska erbjudas vid behov av insatser från flera huvudmän
- Högre krav ställs på samverkan mellan alla parter.



Utöka från två till fyra parter i samverkan

Nära vård och personcentrerad samverkan



- Lagen om samverkan bygger på principen om den enskildes delaktighet
- Övergång från två till fyra parter i samverkan – kräver mer i form av effektivare samordning
- Den enskilde i centrum: behov, preferenser och resurser styr
- Samråd med den enskilde: en nyckel i utformningen av vård och insatser

Sammanfattning – varför är det så svårt

- Det är inte bara svårt att göra rätt till 100%, det är nästan omöjligt.
- Styrdokument lämnar tolkningsutrymme att motsäga varandra – onödig friktion mellan parter.
- Det är svårt att hitta rätt information och man vet inte vad som gäller
 - – man tolkar utifrån egen verklighet och perspektiv
- 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 patient/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.



Lösningarna

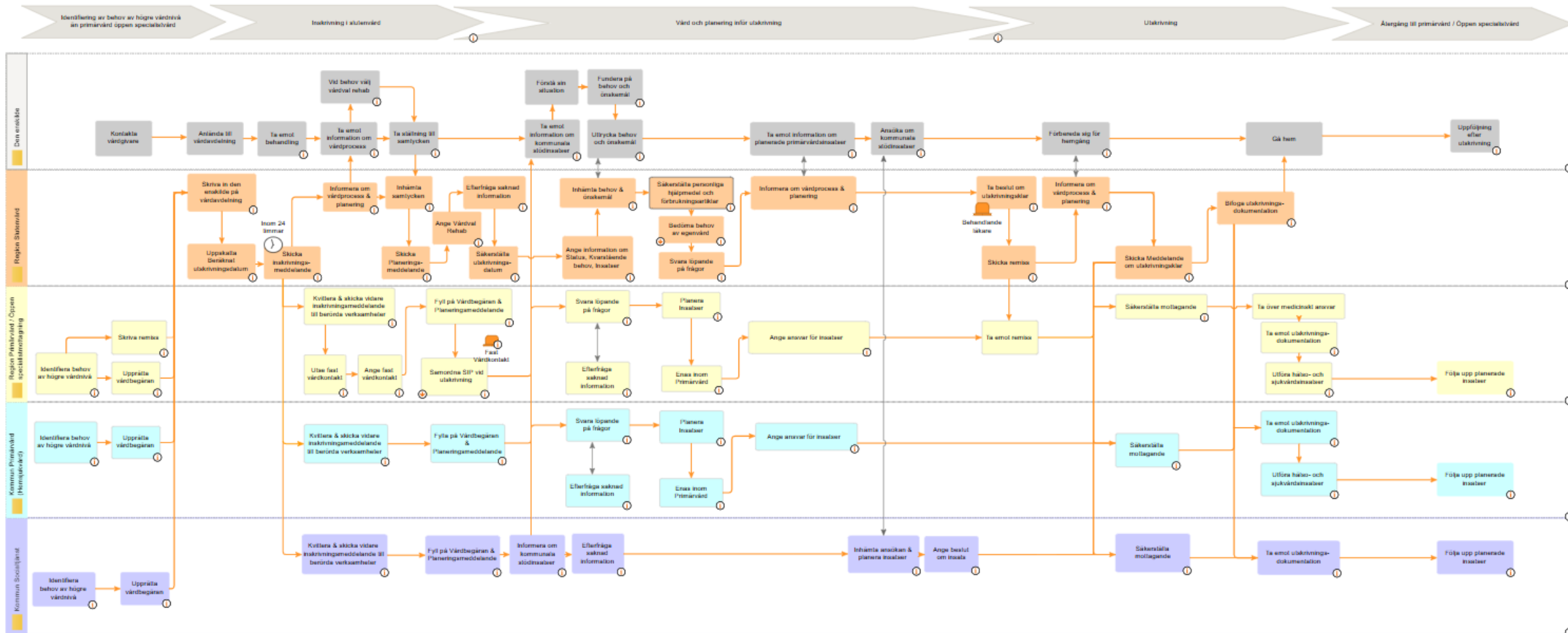
1. Tidigare dokumentation och planering

2. Komplex informationsstruktur

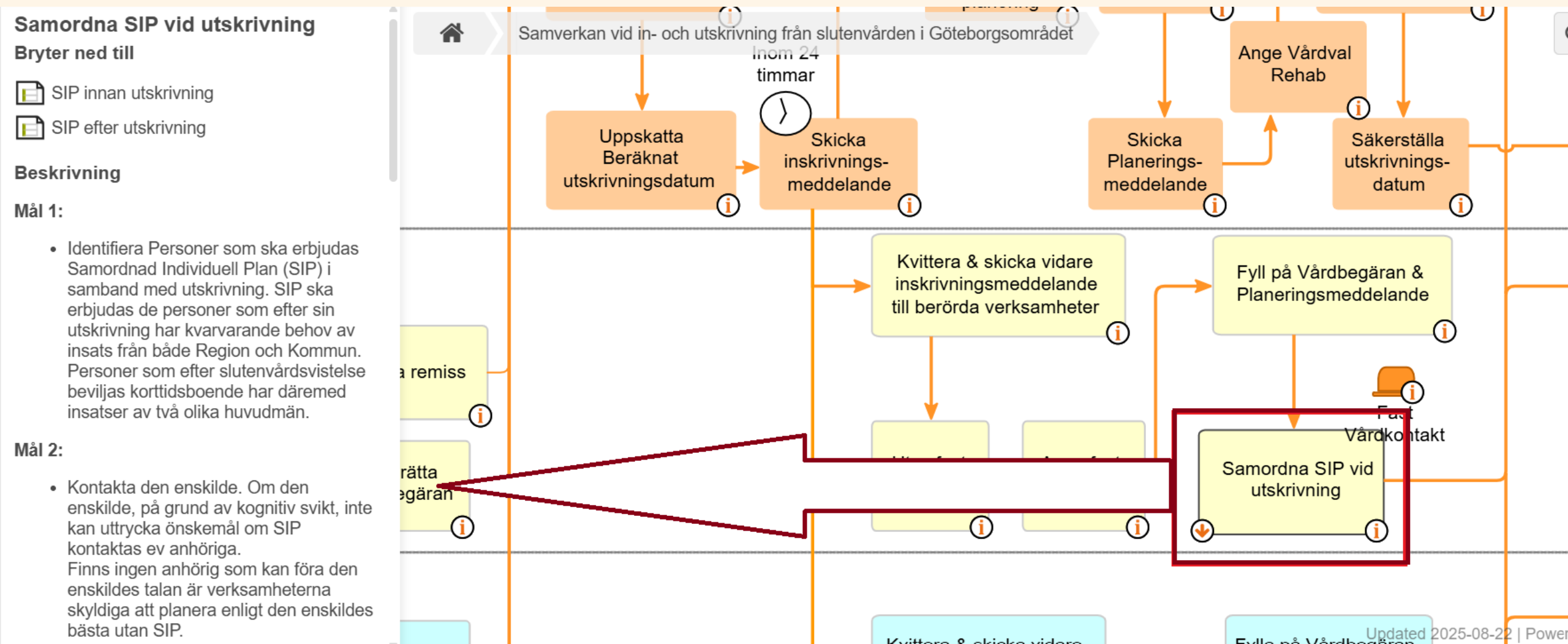
- Kartläggning: När Vem behöver utföra vilka aktiviteter för att tillgodose den enskildes behov och delaktighet.
- Resultatet blev runt 60 aktiviteter som behöver utföras innan, under och efter in- och utskrivningsprocessen för att vi ska uppnå effektmålen.
- Varje aktivitet har specifikt mål, syfte, utförare och tidpunkt.
- Direkt koppling av respektive aktivitet till effektmålen.
- Egen rad för den enskilde tydliggör dennes roll i samverkan.
- Aktiviteter flyttade till ett arbetsbeskrivningsverktyg som vi publicerat på hemsidan [En ny form på in- och utskrivningsprocessen från slutenvårdsvistelse - Vårdsamverkan i Göteborgsområdet](#) för uppfylla projektets syfte: "underlätta att göra rätt och skapa samsyn" samt för att lösa problemet med komplex informationsstruktur.

Arbetsbeskrivning med ca 60 förtydligade aktiviteter

Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården i Göteborgsområdet



Mål, syfte och instruktion finns i vänster spalten när man trycker på en Aktivitetsruta. Observera att vissa aktiviteter har en pil i vänster nederkant som visar en utökad simbana.



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.”

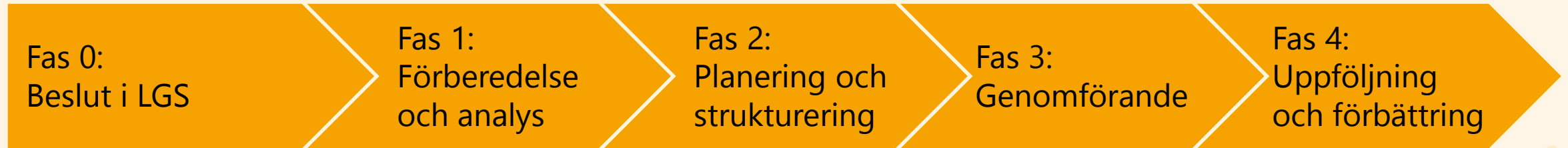
”I den nära vården är den enskilde och dess anhöriga medskapare till vården som har primärvården (region och kommunalt finansierad hälso- och sjukvård) som bas, vilket innebär ett skifte från dagens sjukhusbaserade specialistvård.” (Bägge citat från färdplanen)

- Stärker grundläggande förutsättningar i samverkan.



Implementering

Förslag på tidssättning av faser för implementering



FÖRSLAG Fas 1:

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

FÖRSLAG Fas 2:

Slutenvård

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)

Region Primärvård

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)

Kommun Primärvård

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)

Kommun Socialtjänst

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)

Samverkan

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

FÖRSLAG Fas 3:

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.

FÖRSLAG Fas 4:

Slutenvård

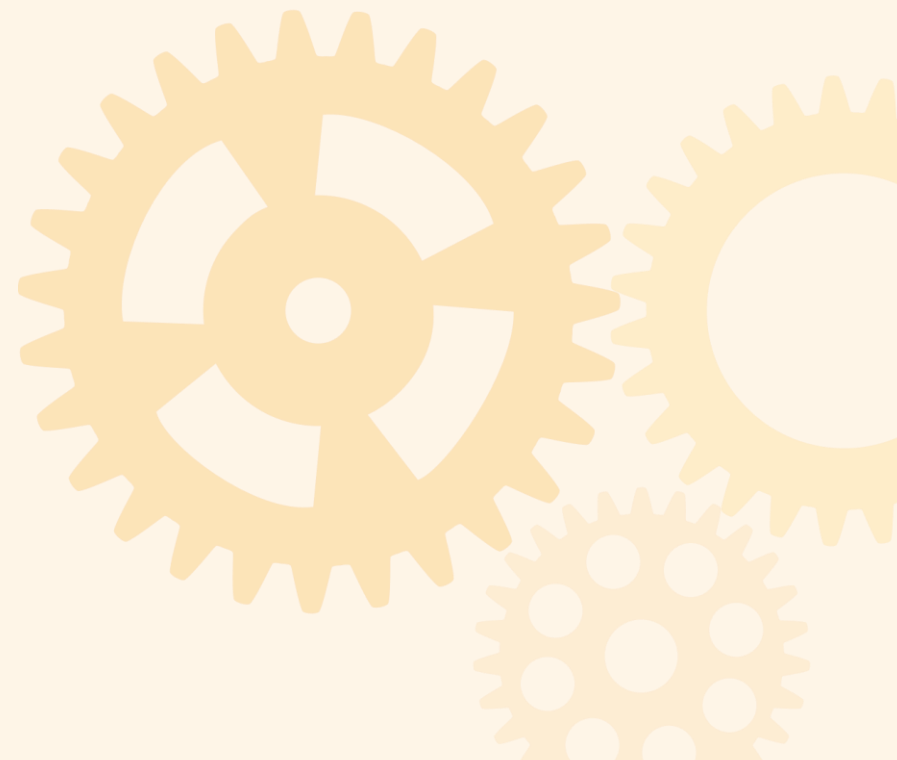
Region Primärvård

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.



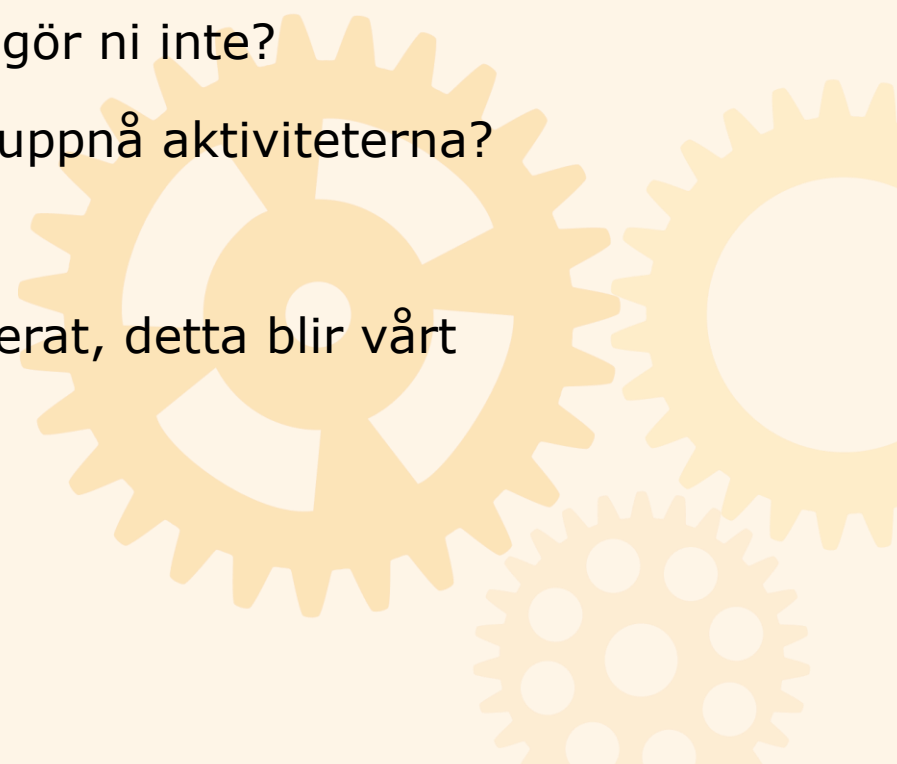
www.vardsamverkan.goteborg.se

[Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården i Göteborgsområdet](http://www.vardsamverkan.goteborg.se)

Gå in på länken och **fundera över**:

- Vilka av aktiviteterna gör ni redan i er verksamhet? Vilka gör ni inte?
- Vilka förändringar behöver komma på plats för att ni ska uppnå aktiviteterna?

Arbetsbeskrivningen visar över 60 aktiviteter vi hittills definierat, detta blir vårt delområdes motsvarighet till en delregional rutin.



Hur uppfattar ni detta?

Vad behöver bli nästa steg?

Andra frågor?

Kontaktuppgifter:

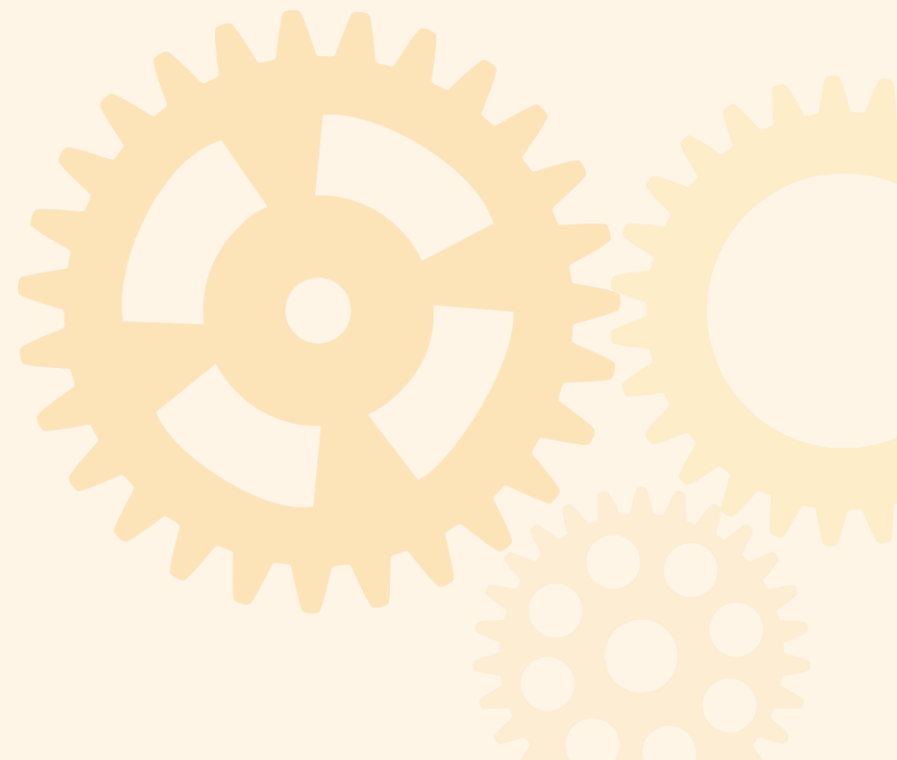
Camilla Lundqvist

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





Kommun
och sjukvård
Samverkan i Göteborgsområdet