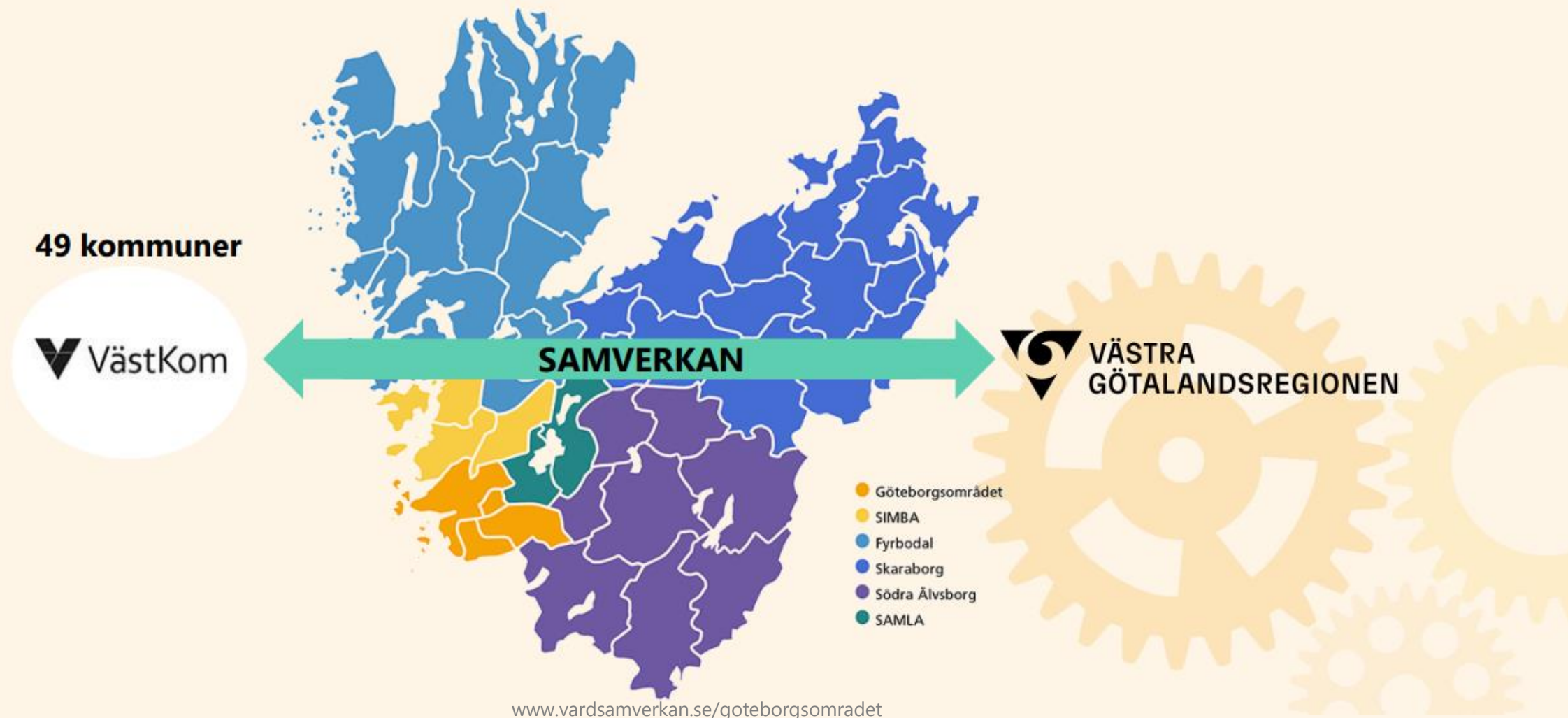


Vårdsamverkan i
Göteborgsområdet

Informationstillfälle NOSAM ordförande

2025-08-29

Vårdsamverkan i Västra Götaland



Befolkning

Göteborg 608 993

Härryda 40 003

Möln dal 71 420

Partille 41 060

Öckerö 12 771

774 247

invånare i
Göteborgsområdet

44 %

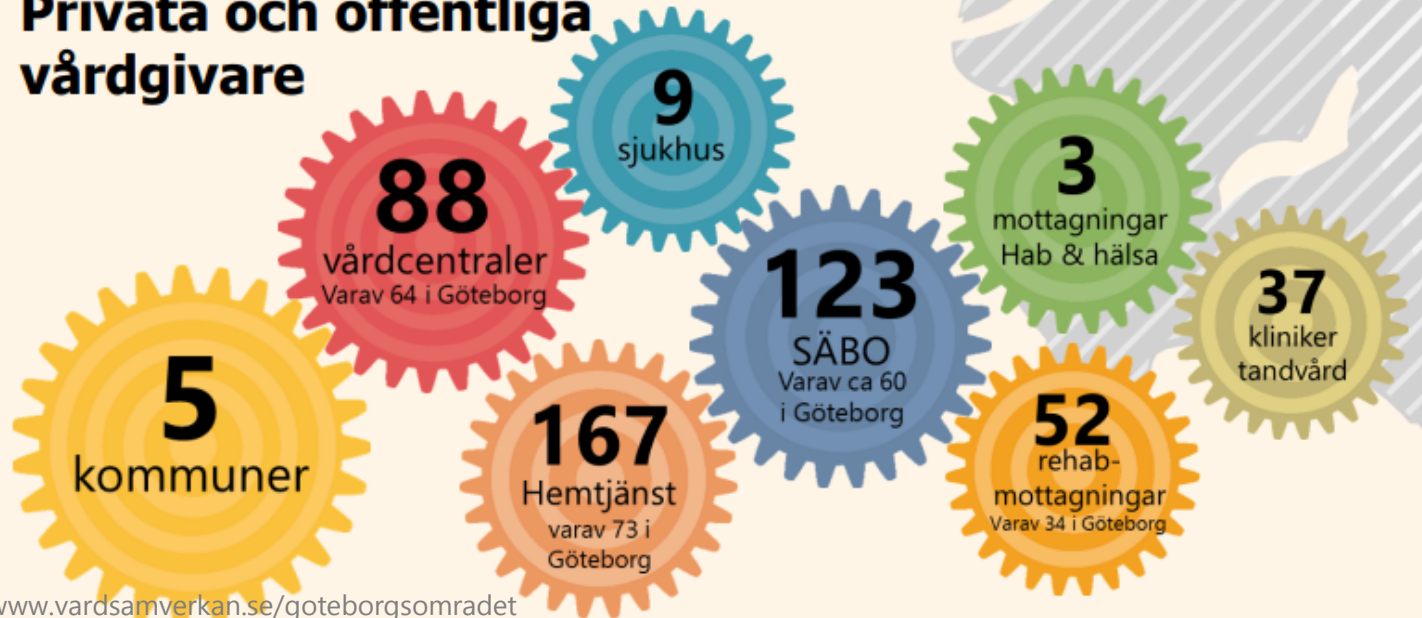
av befolkningen i
regionens invånare

Kommun och sjukvård

Samverkan i Göteborgsområdet

www.vardsamverkan.se/goteborgsomradet

Privata och offentliga vårdgivare



www.vardsamverkan.se/goteborgsomradet

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

Politisk nivå

Politiskt samråd

Politiskt presidium, beredning

Strategisk övergripande nivå

Ledningsgrupp för samverkan, LGS

Styrgrupp

Samverkanskontoret

Processorienterade temagrupper

Temagrupp
Barn och unga

Temagrupp
Rehabilitering och
habilitering

Temagrupp
Psykiatri

Temagrupp
Äldre

Lokal samverkan

NOSAM

(Närområdessamverkan)

Finns i varje stadsområde/kommun i Göteborgsområdet:

Göteborg:

10 NOSAM: Angered, Askim/Frölunda/Högsbo,
Centrum, Lundby, Majorna/Linné, Norra
Hisingen, Västra Göteborg, Västra Hisingen,
Örgryte/Härlanda, Östra Göteborg

Partille

Härryda

Mölnadal

Öckerö

Samverkan på individnivå, ISAM

Uppdrag och ansvar

för ledamöter i LGS, temagrupper och NOSAM:



Förankra frågor (besluta) och genomföra i den egna organisationen.



Bära information till och från de organisationer/verksamheter man representerar.



Kontinuitet och mandat är viktigt för att kunna förankra och genomföra.

NOSAM

I NOSAM sitter valda lämpliga funktioner från ingående parter. Ledamöterna utses av respektive organisation med mandat att samarbeta.

Samverkan är en pågående process och kontinuitet är viktig. Ersättare utses inte. Brukarmedverkan ska genomsyra samtliga områden. Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) utser kontaktpersoner och representanter ska adjungeras in vid behov.

[Uppdragsbeskrivning vårdssamverkan i Göteborgsområdet.pdf](#)

Genomförda förändringar i vårdssamverkansstrukturen i Göteborgsområdet

- Politiken antog Färdplanen för omställningen mot Nära vård som styrdokument. Efterfrågat nytt arbetssätt med effektiva, mätbara mål i samverkan.
- LGS har reviderat Samverkansavtalet, Handlingsplanen och Uppdragsbeskrivningen för personalen på Vårdssamverkanskontoret.
- Minskad personalstyrka på Vårdssamverkanskontoret från januari 2025.
- Avslut av STORNOSAM/NOSAMRÅD i Göteborgs stad och återgång till 10 NOSAM utifrån NOP:områden augusti 2025.

Handlingsplan LGS 2025

Mål: Öppenvårdsprocessen

Nytt projekt "Samverkan vid öppenvård vid psykisk ohälsa"

[Samverkan i öppenvård vid psykisk ohälsa - Vårdsamverkan i Göteborgsområdet](#)

Handlingsplan LGS 2025

Mål: Slutenvårdsprocessen In- och utskrivning.

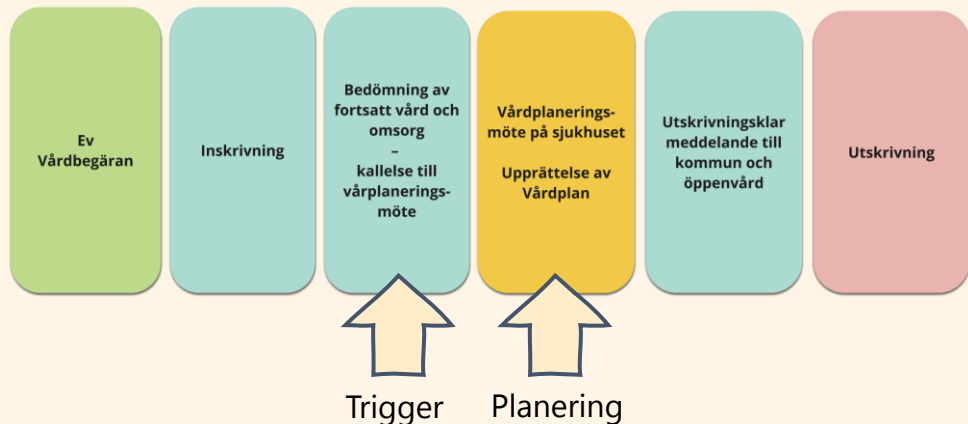
Implementera projektresultat i verksamheterna

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

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.

Komplex informationsstruktur

7 Vårdbegäran

REGIONENS ÖPPENVÅRDSANSVAR

När regionens öppenvård bedömer behov av akut eller planerad åtgärd i slutenvård ska en vårdbegäran sändas eller medfölja till slutenvården, och andra berörda verksamheter.

En remiss ska sändas enligt Regional medicinsk riktlinje. Remissen innehåller Hälso- och sjukvård för begäran om övertagande om vårdansvar.

Vårdbegäran ska innehålla:

- kontaktuppgifter
- orsak till vårdbegäran
- vilkagna åtgärder
- läkemedelsanvändning
- operatör
- den enskildes funktionsförmåga
- boendeform
- pågående insatser

Vårdbegäran kan vid behov innehålla:

- aktuell försörjningsmedicinsk information

10 Planering

Planeringen följer från det att inböringsmodellerna skickats till den som den enskilde är hemma. Planeringen ska säkerställa att den enskilde behov är omhändertagna. Vid utskrivning från sjukhus ska den enskilde alltid erbjudas en SIP om det efter utskrivning finns behov av insatser från både kommun och region.

Vårdsamverkan ansvarar för sin egen planering men också för samordning och utbyte av information med andra berörda verksamheter samt den enskilde.

Slutenvården har huvudansvaret för att samordning sker tills den enskilde lämnar slutenvården.

Den enskilde har under planeringen rätt att av socialtjänsten bli informerad om sin möjlighet att ansöka om insatser.

REGIONENS ÖPPENVÅRDSANSVAR

Påbörja utredning av insatser utifrån den enskildes behov. Informera om och erbjud den enskilde en SIP. Följ SIP-processen, se nedanstående avsnitt.

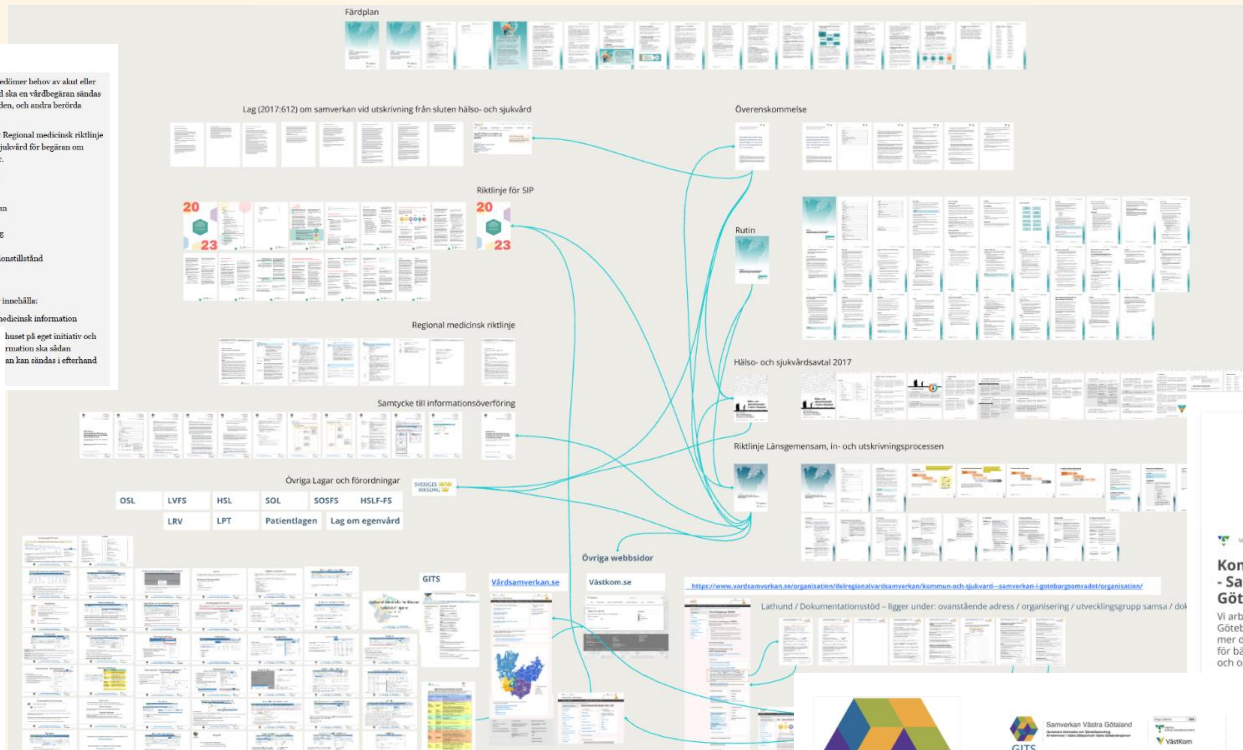
Samverka med samtliga berörda verksamheter och dokumentera planeringen i IT-systemen. Begärs kompletterande information om nödvändig information saknas.

SLUTENVÅRDSANSVAR

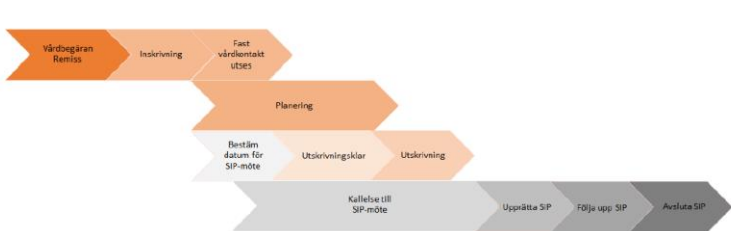
Utreda och fastställa fortsatt behov av hälso- och sjukvård. Om behov av rehabiliterande insatser i öppenvård finns ska den enskilde tilläggas om vilken rehabiliteringsenhet hen väljer/har valt. Löpande informera berörda verksamheter om den enskildes situation.

Skapa förutsättningar för den enskilde och/eller närstående att vara delaktiga i planeringen. Samverka med samtliga berörda verksamheter och dokumentera planeringen i IT-systemen. Begärs kompletterande information om nödvändig information saknas.

För enskilda som vårdas enligt lagen om psykiatrisk vård eller lagen om vårdpsykiatrik vård ska



3.2 Process med behov av SIP efter utskrivning

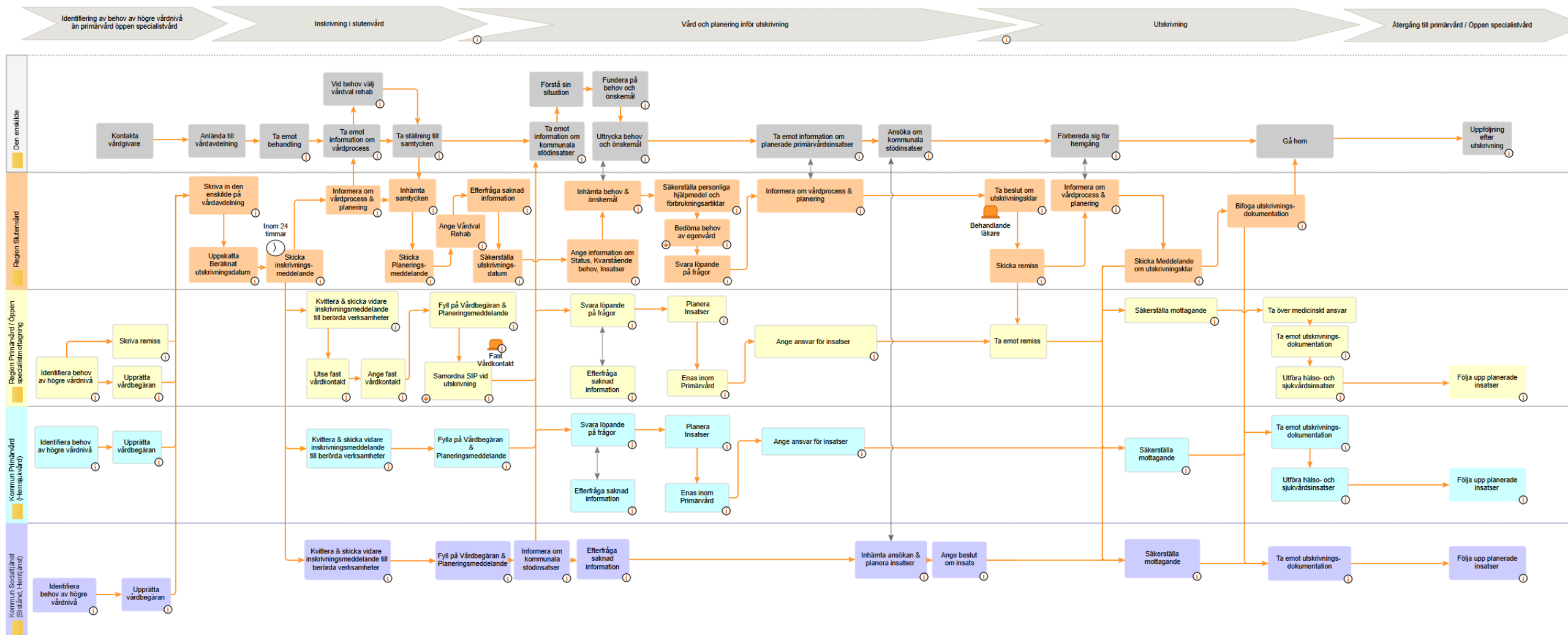


2 Processbild som börjar med en vårdbegäran, inskrivning slutenvården, fast vårdkontakt utses. Planering sker där också datum för Samordnad individuell plan bestäms. Där efter utskrivning från slutenvården. Kallelse till Samordnad individuell plan sker och vid mötet med fördel i den enskildes hem blir planen upprättad. Uppföljning av planen sker efter överenskommelse och om inga nya behov identifieras avslutas den Samordnade individuella planen.

Styrdokument

Arbetsbeskrivning för in- och utskrivning från slutenvården med ca 60 förtydligade aktiviteter

Samverkan vid in- och utskrivning från slutenvården i Göteborgsområdet



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

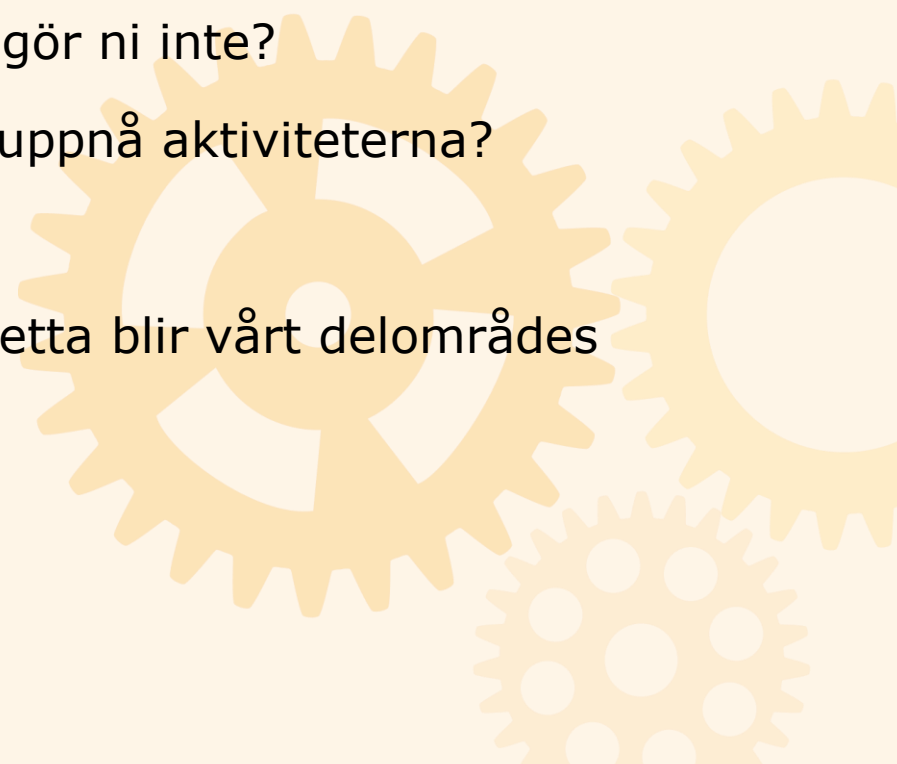
www.vardsamverkan.goteborg.se

[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?

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



Prenumerera på nyhetsbrev från Kommun och sjukvård - samverkan i Göteborgsområdet

[Anmäl dig till Kommun och sjukvård – Samverkan i Göteborgsområdets nyhetsbrev.](#)

Direktlänk till senaste nyhetsbrevet:

[Nyhetsbrev från Kommun och sjukvård – Samverkan i Göteborgsområdet \(vgrnyhetsbrev.se\)](#)

Frågor?

Kontaktuppgifter:

Camilla Lundqvist

Processledare Temagrupp Äldre och Temagrupp Rehabilitering & Habilitering

Mobil: 0722-188541

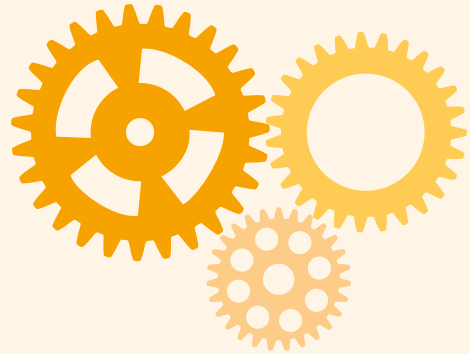
Epost: camilla.lundqvist@aldrevardomsorg.goteborg.se

Karolina Lindberg

Processledare Ledningsgruppen i samverkan (LGS)

Mobil: 0707-358229

Epost: karolina.wedne.lindberg@vgregion.se



Vårdsamverkan i Göteborgsområdet