



Vårdsamverkan i
Göteborgsområdet

Ledningsgrupp för samverkan - LGS

20260423

Dagens agenda

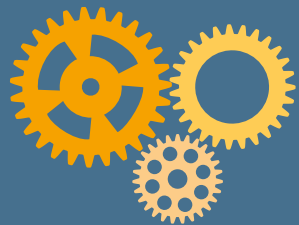
1. **13.30-13.40 Inledning/incheckning** (Katarina)
2. **13.40-14.10 Uppföljning efterlevandestöd - Information och dialog** (Caroline Hjalmarsson)
3. **14.10-14.50 Implementering av ny arbetsbeskrivning för in- och utskrivningsprocessen, statusuppdatering.** (Camilla Lundqvist)

Paus 14.50-15.05

4. **15.05-15.35 Samverkan för sammanhållen patientresa vid psykisk ohälsa - öppenvårdsprocessen** (Mia Johansson och Anna Ström)
5. **15.35-15.50 Information från VVG** (Katarina och Maria)
6. **15.50-16.10 Information och dialog om statliga medel** (Karolina)
7. **16.10 – 16.20 Återkoppling från NOSAM kring delregional rutin – Närsjukvårdsteam SU kontakt och kommunikation** (Katarina, Maria, Karolina)
8. **16.20-16.30 Övriga frågor**
9. **Mötet avslutas**

1. Inledning (Katarina)

- Godkännande av föregående mötesanteckning [2026-02-27 Mötesanteckning Ledningsgrupp för samverkan \(LGS\) .pdf](#)



Vårdsamverkan i
Göteborgsområdet

2. Uppföljning efterlevandestöd - Information och dialog (Caroline Hjalmarsson)

Bakgrund

- Ett suicid påverkar många människor runt den avlidne – familj, vänner, kollegor och andra närstående.
- WHO uppskattar att 5–10 personer drabbas närmast.
- Efterlevande drabbas ofta av komplex sorg och har ökad risk för att utveckla psykisk ohälsa och suicid, vilket gör stöd till dem viktigt i det suicidpreventiva arbetet.
- Många efterlevande upplever att stödet är bristfälligt, och forskning visar att 96 % vill att vården tar aktiv kontakt efter ett suicid.
- Nationellt prioriterat område.

Analys av enkätsvar

- Totalt 45 svar. Över hälften som arbetar i **regionala verksamheter** känner inte till den regionala rutinen för efterlevandestöd. Regionens upplevelse är att man erbjuder stöd om den efterlevande tar kontakt medan det framkommer att efterlevandestöd hanteras genom varierande arbetssätt där stöd kombineras med hänvisning till andra aktörer
- Totalt 90 svar. Inom de flesta **kommunala verksamheterna** saknas rutin, vilket innebär att stödet varierar beroende på vilken person man får kontakt med, då det i stor utsträckning baseras på individuella bedömningar och erfarenheter. Socialtjänsten kan kartlägga behov av stödinsatser om individen själv söker eller tidigare kontakt funnits.

Inom både kommun och region är samverkan sporadisk och hänvisning ersätter samverkan.

- Totalt 14 svar. **Efterlevande** uttrycker behov av ett akut omhändertagande, tydlig information om tillgängliga stödinsatser samt uppsökande stöd, i kombination med mer långsiktigt stöd.

Efterlevande – SPES rapport

- 196 svarande
- 72% upplevde att arbetsförmågan påverkades pga. symtom så som utmattning, kognitiva svårigheter, ångesttillstånd, depressiva symtom samt stressymptom.
- 43 % av de som svarade på enkäten anser att samhället ska erbjuda någon form av krisstöd i det initiala skedet.

Lagar

- Hälsa- och sjukvården har en skyldighet att arbeta för att förebygga ohälsa (3 kap. 2 § HSL)
- Hälsa- och sjukvården ska särskilt beakta barns behov av information, råd och stöd när förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans med oväntat avlider (5 kap. 7§ HSL).
- Kommunerna har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får den hjälp och det stöd som de behöver (4 kap. 1 § SoL).

Lagar – problematisering

- I dagsläget finns det inte någon reglering i svensk lagstiftning kring efterlevandestöd mer än för barn- och unga. Efterlevande som inte haft pågående kontakt med sjukvård eller kommun löper stor risk att inte fångas upp vilket kan vara problematiskt då många efterlevande själva har en förhöjd risk att drabbas av psykisk ohälsa.
- Lagstiftningen bygger i praktiken på att den som behöver stöd själv söker hjälp. Vid suicidförlust kan detta vara svårt eftersom efterlevande kan vara i chock, skuld, skam eller djup sorg och därför sakna ork att själva ta kontakt. Många vet inte heller vart de ska vända sig.
- Det finns en risk att efterlevande "faller mellan stolarna" mellan region, kommun och civilsamhälle. Vården kan hänvisa till kommunen, kommunen kan hänvisa till vården, och ingen aktör tar ett samlat ansvar.

Hur arbetar andra med efterlevandestöd ?

- **Södra Älvsborg** – Läkare eller Polis ger broschyr med info om vad som händer nu samt efterfrågar om samtycke som går till en utsedd mottagare inom psykiatrin som i sin tur tar kontakt med aktuell VC. Verksamhetschef utser därefter efterlevandelots. Skolan (vårdnadshavare initierar kontakt) utser förslagsvis rektorn som en efterlevandelots att ha ett hållande på barnet som förlorat en förälder– *Under pågående arbete*
- **Gotland** – Dödsfallsutredare ber om samtycke och tar sedan kontakt med efterlevandelots inom anhörigstöd som tar kontakt med de efterlevande inom 48 h. Tätt samarbete med regional primärvård.
- **Umeå** – Polis/läkare lämnar ut broschyr till efterlevande med information var man kan vända sig
- **Kalmar** – Polis/läkare som konstaterat dödsfallet och/eller akutens anhörigstödjare kontaktar hälsocentralen/läkarmottagningen där den efterlevande är listad. Verksamhetschef utser därefter efterlevandelots och tar kontakt med den efterlevande. Pågående utvärdering, publiceras under våren 2026- positiv respons.

Nuläge

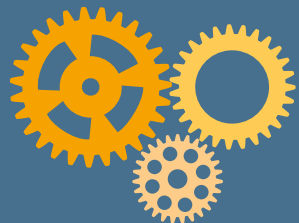
- Kartläggning är färdig
- Tre möten har hållits med arbetsgrupp med input kring kartläggning, presentation och frågor till LGS
- Utforskande kring förslag på hur efterlevandestöd skulle kunna se ut i vår delregion

Förslag

- Utifrån det arbete som genomförts tar arbetsgruppen fram två beslutsförslag för LGS att ta ställning till i juni.
- Vid frågor under arbetes gång är man välkommen att höra av sig till Caroline.hjalmarsson@molndal.se

Frågor till LGS

- Polisen är en viktig del i arbetet (ger ofta dödsbesked) men har ett annat upptagningsområde (Göteborg, Mölndal, Partille, Härryda, Lerum, Kungälv och Ale).
 - Om vi fokuserar på lösning – ska vi då avvakta med Öckerö eller börja med en kommun och utveckla under tiden?
- Saknar ni något i kartläggningen ?



Vårdsamverkan i
Göteborgsområdet

3. Statusuppdatering: Implementering av ny arbetsbeskrivning för In- och utskrivning

LGS 2026-04-23

Var står vi idag?

SU: Har skapat en styrgrupp, tydliggjort roller och ansvar genom utsedda processägare och processledare. Informationsträffar på tomterna är genomförda och uppföljning är inplanerad. Vårdsamverkansombud planeras att införas på berörda enheter. Etablerad förvaltningsorganisation för SAMSA ansvarar för implementering av in- och utskrivningsprocessen.

Gbg stad: Har tillsatt en projektledare för stadens implementering. Skapat en struktur för hur implementeringen ska möjliggöras. Omfattar alla berörda förvaltningar där förvaltningarna kommit olika långt. Förbereder en samlad organisering för att bättre möta behoven att återgå till eget hem efter sjukhusvistelse.

Regional PV: Har tillsatt projektledare som stöttar i implementeringsarbetet. Samtliga vårdvalsenheter har fått information om gemensam arbetsbeskrivning med uppmaning att förbereda sig för nytt arbetssätt och utbildningen. 130/138 har deltagit digitalt och resterande har nåtts via mejl. Ser över fortsatt förvaltningsstruktur av SAMSA som IT-verktyg.

Kranskommunerna: Har alla startat arbetsgrupper i NOSAM. I grupperna deltar båda aktuella förvaltningarna från kommunen samt vårdcentralerna och SU:s representanter bjuds in. Kommunerna arbetar med att justera sina arbetssätt då de ser att samverkan mellan sina olika interna yrkesgrupper är en förutsättning för att lyckas när VPL-möten tas bort. Flera kommuner undersöker möjligheten att låta utförare gå in i SAMSA. Partille blir först ut i juni, pilot planeras i höst i Mölndal, Gbg stad våren 2027 och de andra är i planeringsfas.

NOSAM: Alla NOSAM har fått en dragnig av projektledaren kring projektet och implementeringsplanen. De olika NOSAM tar sig an frågan på olika sätt. LGS processledare har haft ordförandemöten och gett alla NOSAM uppdraget att följa implementeringen gemensamt för att takta förändringsarbetet.

Leverans från arbetsgruppen:

- **Dokumentationsstöd för Vårdbegäran och Planeringsmeddelande** är uppdaterade
[Dokumentationsstöd för meddelandet Vårdbegäran i IT-tjänsten SAMSA \(godkänd 2026-02-20\).pdf](#)
[Dokumentationsstöd för planeringsmeddelandet i IT-tjänsten SAMSA \(godkänd 2026-02-20\)](#)
- **En egen arbetsbeskrivning för LPT är publicerad.**
[Arbetsbeskrivning \(LPT\) Samverkan vid in- och utskrivnings från slutenvård i Göteborgsområdet](#)
- **Informationsmaterial till den enskilde inför utskrivning** är framtaget i syfte att skapa tydlighet och trygghet för den enskilde i vårdkedjan, publiceras i samband med utbildningsstart.
- **Journalmodul för Egenvård** utvecklad i Melior på SU.
- **Gemensamt inläsnings- och APT material** framtaget:
[APT-material framtaget för arbetsbeskrivningen för in- och utskrivningsprocessen - Vårdsamverkan i Göteborgsområdet](#)
- **Utbildningsstruktur** är under framtagning, leveransdatum förskjutet till början av maj.
- **Egenvård i samband med utskrivning** : ny fördjupad underprocess är framtagen.

Beslut från LGS

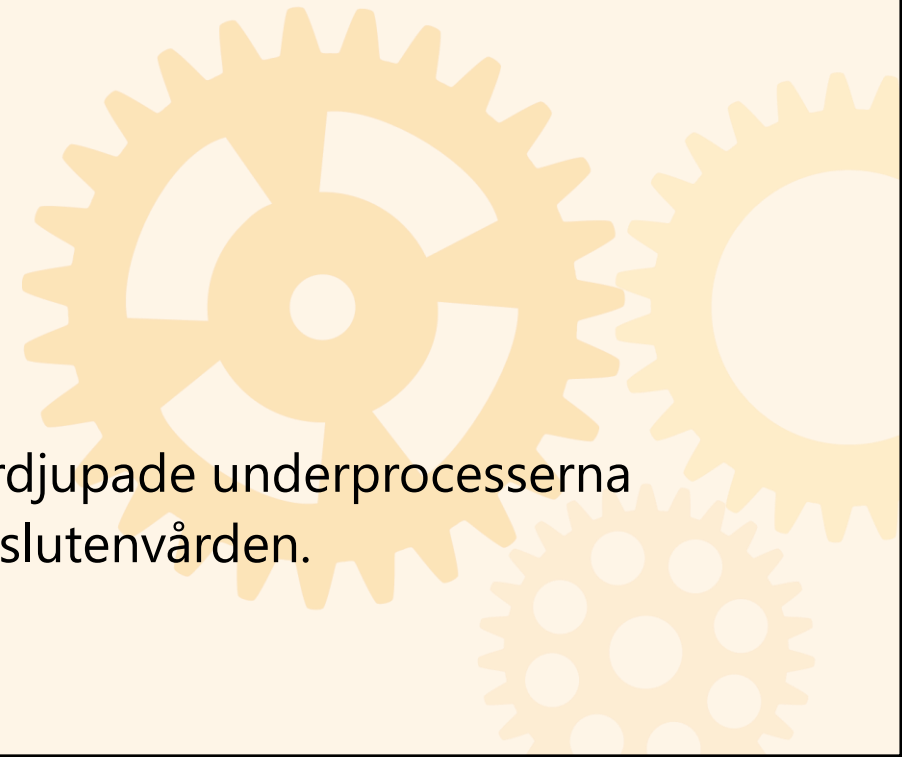
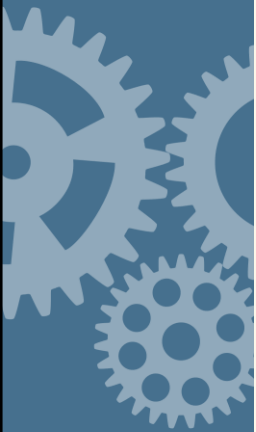
- Dokumentationsstöden för Vårdbegäran & Planeringsmeddelande
- Att Checklistan i SAMSA ska användas
- Information till enskild/anhöriga
- Ställt sig bakom arbetsgruppens förslag på fördjupad simbana för Egenvård.
- Ställt sig bakom utbildningsstrukturen

UTBILDNINGENS STRUKTUR

Utbildningens delar:

- DEL 1: Gemensam introduktion
- DEL 2: Gemensam översikt av flödesschemat
- DEL 3: Fördjupning per huvudman utifrån simbanan (ca 2-3 filmer per modul)
 - MODUL A: Slutenvården
 - MODUL B: Regional primärvård
 - MODUL C: Kommunal primärvård
 - MODUL D: Kommunal socialtjänst
- DEL 4: DEL 3: Gemensam utbildningsdel kring de fördjupade underprocesserna för SIP & Egenvård i samband med utskrivning från slutenvården.
- DEL 5 Avslutning och utvärdering

Digital utbildning
Tidsåtgång: ca 1h
per medarbetare



Gemensamma frågetillfällen

Öppen teamslänk publiceras inom kort på vårdsamverkanssidan så de som gått utbildningen kan ställa frågor. Vid varje träff deltar en representant från varje "simbana".

(Ons 6/5	8.30-9.30)
Ons 13/5	13.00-14.00
Mån 18/5	13.00-14.00
Ons 27/5	8.30-9.30
Mån 1/6	13.00-14.00
Ons 10/6	8.30-9.30
Ons 15/6	13.00-14.00
Ons 24/6	8.30-9.30

Följeforskning och uppföljning

Forskningsetikansökan är godkänd

Enkät delas ut via personal på SU under tidsperioderna mätningen ska ske. Varje mätning beräknas vara 4-6veckor.

Baseline inhämtas under slutet av april-maj, första uppföljningen sker i september och därefter kvartalsvis tom 24 månader från start.

Ca 1500 informationsbrev med länk till den digitala enkäten behöver delas ut per omgång för att få rätt svarsfrekvens.

Förslag på hur uppföljning av verksamheternas effektmål kan samlas in med minst belastning på verksamheterna håller på att arbetas fram.



Vårdsamverkansgrupp SAMSA

- Partsammansatt arbetsgrupp på uppdrag från LGS
- Kommer få det långsiktiga uppdraget att utveckla arbetsprocessen med stöd av vårdsamverkan.
- Ingår även i en del länsgemensamma arbetsgrupper.
- Läs uppdragshandling och hitta era ledamöter:
[Utvecklingsgrupp SAMSA - Vårdsamverkan i Göteborgsområdet](#)
- Deltagandet i denna gruppering kräver kunskap kring användning av IT-verktyget SAMSA och behov är förtydligat att alla skapar en egen förvaltningsstruktur i verksamheten.

Vi är precis på väg in i implementeringsfas 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
5. Utbilda medarbetare i nya arbetssätt.

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.

Gemensamt identifierade behov

- Viktigt att vi "dansar i takt" i implementeringsarbetet.
- Att vi börjar "göra" det som beskrivs i arbetsprocessen och utbildningen.
- Övergångsperioden kommer kräva både mer tålamod och resurs.
- Fortsatt kompetensutveckling för att stärka kunskap och samsyn kring Egenvård.

Vad behöver vi för att komma vidare?

Fortsatta tydliggjorda roller och ansvar genom utsedda processägare och processledare

Resurser för att skapa Vårdsamverkansombud– initialt en ökad belastning men ger effekt på sikt.

Utbildningssatsning kring internt kring egenvård, säkra egenvårdsbeslut på ett patientsäkert sätt. I maj planeras en workshop internt på SU för att skapa bättre samsyn då ny intern rutin för egenvård är på plats.

Skapa förutsättning för uppföljning av effektmålen

När vårt gemensamma utbildningsmaterial är klart kommer SAMSA-förvaltningen på SU bjuda in till tre tillfällen där medarbetare tillsammans med förvaltningen tittar på utbildningsfilmerna och tillsammans reflekterar och hittar lösningar för nya arbetssätt.

Vad behöver vi för att komma vidare?

- Aktivt deltagande i nya arbetsbeskrivningen av alla så att den tidiga planeringen kommer till stånd och ingen fördröjning sker.
- Förtydligande av vissa processer där det idag uppstår problem som tex:
 - Bättre samverkan vid utskrivning till korttid samt ansvar för läkemedel vid vårdövergångar.
- Att den enskilde löpande får information om sin vård och SIP på ett sätt de förstår, med stöd från avdelningspersonal inom slutenvården.
- Förbättra struktur i SAMSA med logisk användning och konsekvent dokumentation från alla.
- Ekonomiska förutsättningar för hantering av SAMSA då arbetet viktigt men tidskrävande. Rehab enheterna påtalar behov av justering i ersättningsystemet.

Vad behöver vi för att komma vidare?

Kontinuerlig information och dialog.

Fortsatta gemensamma arbetsgrupper i NOSAM där ALLA är delaktiga, även vårdval rehab.

Fortsatta arbetsgrupper internt i kommunen för att kunna se över interna samverkansrutiner för olika målgrupper, samt se över SAMSA strukturen.

Skapa förutsättningar för fortsatt gott internt samarbete nu när VPL mötena tas bort.

Fortsatta försök till att agera tidigt i processen. Intern dialog för att öka kunskap om egenvård.

Gemensamma sittningar planeras i vissa kommuner för att titta på de utbildningsfilmer som ska publiceras i april-maj, detta tillsammans, med tid för dialog.

Utförare behöver tillgång till SAMSA för tidigare informationsöverföring

Vad behöver vi för att komma vidare?

- Verka för att hemmet ska vara den naturliga vård- och omsorgsplatsen
- Stärka arbetet på primärvårdsnivå
- Arbeta vidare utifrån den GAP-analys som är genomförd för förbättrad samverkan både internt och externt.
- SIP i hemmet behöver användas och förenklas
- Alla parter behöver bidra och prioritera arbetet kring in- och utskrivningsprocessen i NOSAM
- Hemtjänst planeras in i SAMSA

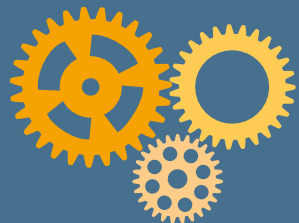


Funderingar & frågor?



Paus

Återsamling 15.05



Vårdsamverkan i
Göteborgsområdet

4. Öppenvårdsprocessen: Samverkan för sammanhållen patientresa vid psykisk ohälsa

Ingen ska falla mellan stolarna

Mia Johansson, Lena Ekeröth och Anna Ström

Bakgrund till uppdraget

Goda resultat i arbetet med in- och utskrivningsprocessen

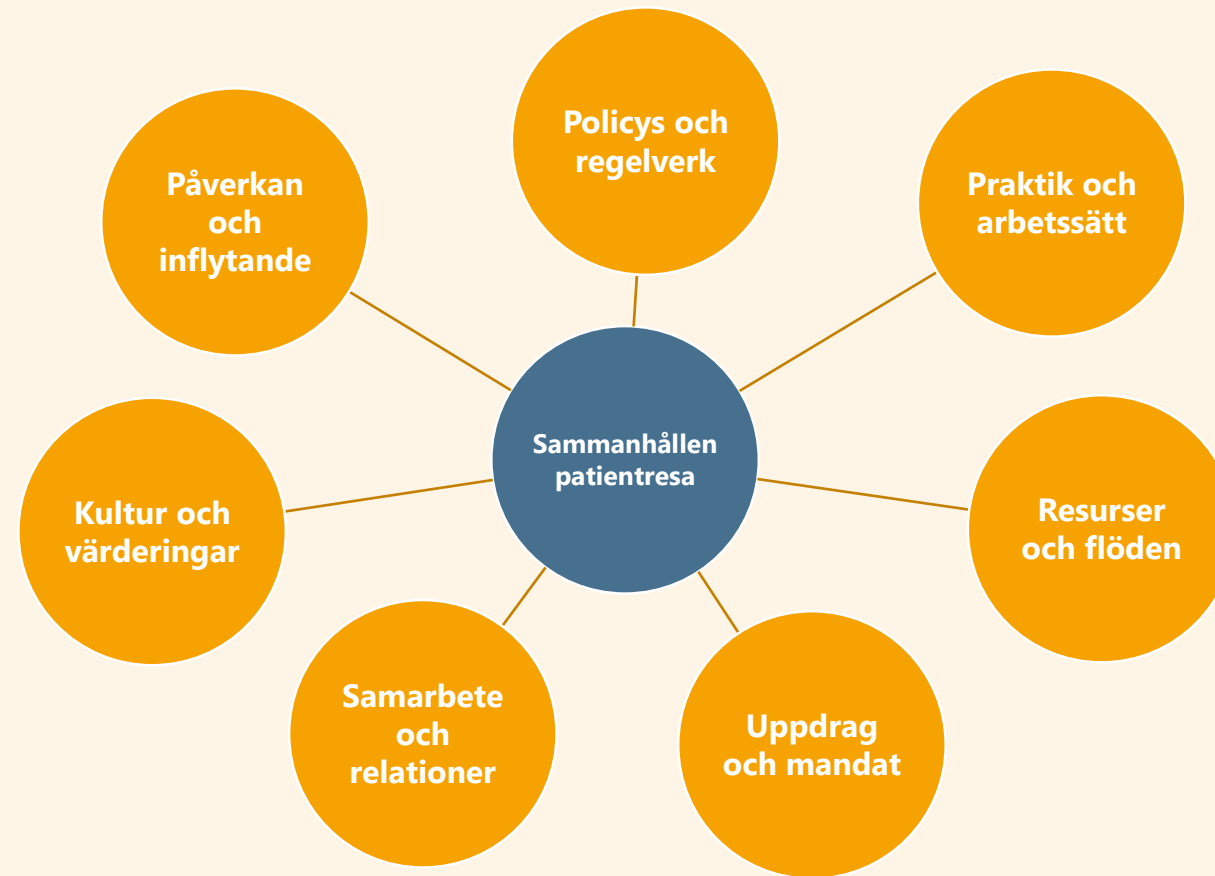


Nytt uppdrag från LGS

- Vård och stöd vid psykisk ohälsa.

Påverkande delar i systemet

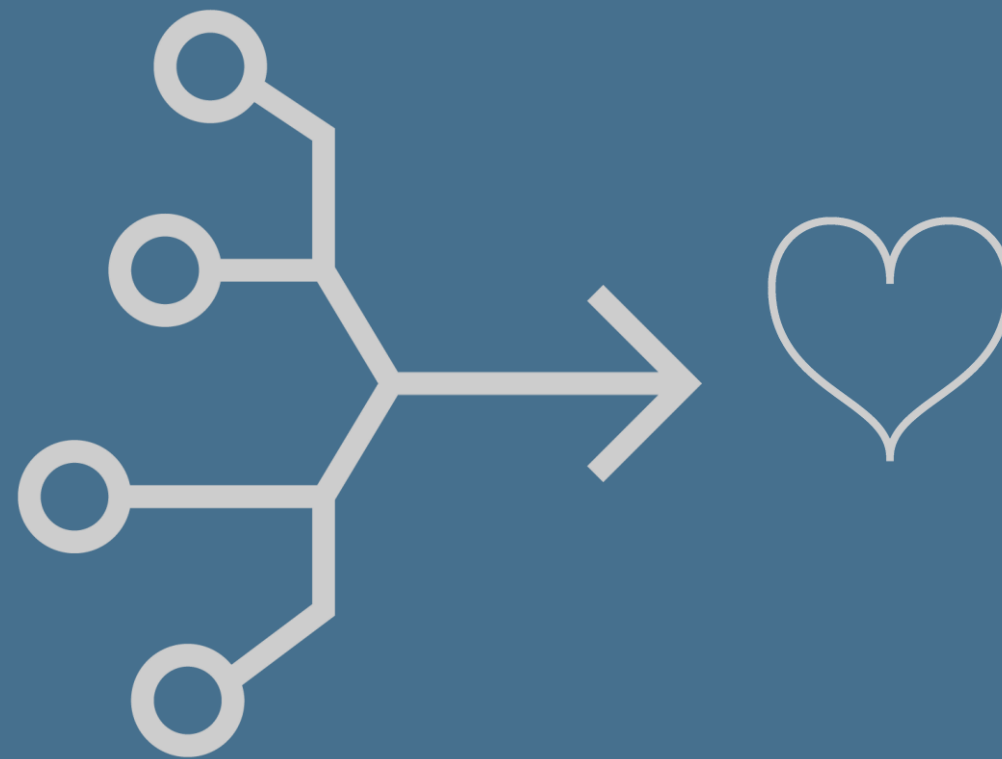
exempel



Vision

Att personer med psykisk ohälsa som söker vård upplever att de tillsammans med professioner skapar en väg framåt mot bättre hälsa och livskvalitet.

** Professioner: De aktörer som är relevanta vid psykisk ohälsa, t.ex. inom vård, skola, socialtjänst eller ideell sektor. Såväl första kontakt som långsiktiga insatser.*



Prioriterade målgrupper

VUXNA

- Psykisk ohälsa + beroende
- Psykisk ohälsa + annan psykiatrisk diagnos/NPF

BARN & UNGA

- Psykisk ohälsa + sammansatt problematik/NPF
- Psykisk ohälsa + bristande stöd från familj/nätverk

Upplevelsebaserade effektmål

Formulerade ur personens perspektiv.

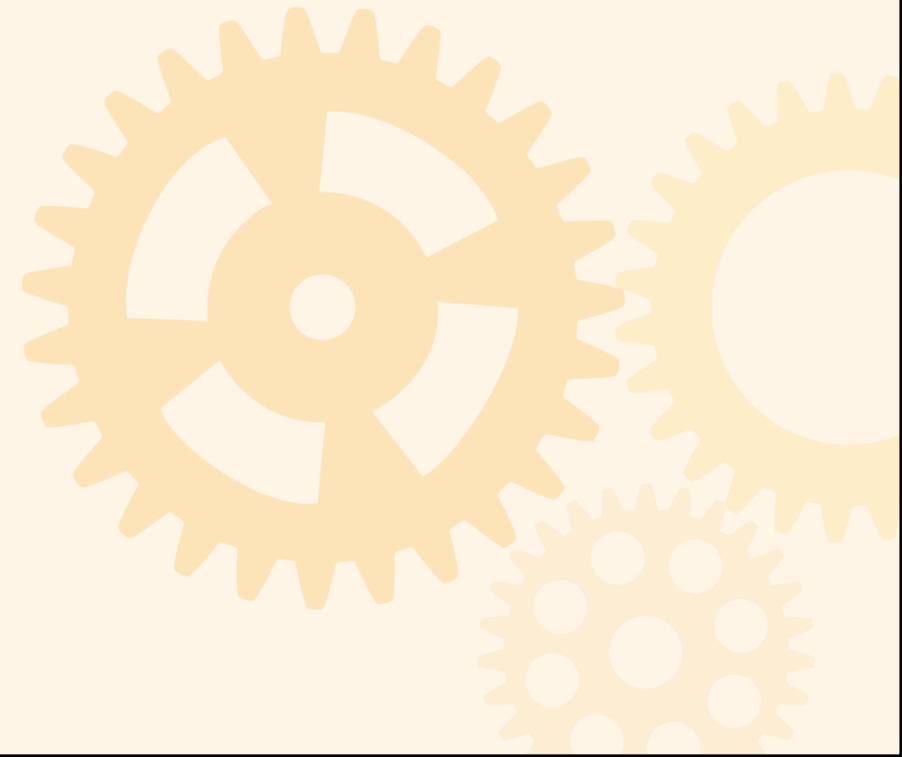
- En väg genom vård och stöd som hänger ihop bättre
- Tidig kontakt och hjälp inom rimlig tid
- Helhetssyn, delaktighet och respektfullt bemötande
- Tydlighet, kontinuitet och trygg övergång mellan aktörer

Här visas en sammanfattning av effektmålen. Samtliga mål finns på projektets webbplats:
vardsamverkan.se/goteborgsomradet-sammanhallen-patientresa

Effektmål – verksamheter

Möjliggörare för upplevelsemålen

Aktörer har en **gemensam bild** av **vem** som ansvarar för **vad** och **när**, så att målgruppens behov möts genom insatser som hänger ihop.



Var vi befinner oss i arbetet



Kartläggnings- och fördjupningsfas



Fokus – bygga gemensam, faktabaserad förståelse av systemet



Flera områden utforskas vidare



Löpande samordning med andra initiativ

Vi bygger förståelsen från flera håll



Personnivå

Hur det upplevs att söka hjälp



Samverkansnivå

Samspel och förväntningar mellan verksamheter



Systemnivå

Hur ansvar, roller och beroenden hänger ihop

Vad vi ser

- Friktion kring remisser och SIP
- Otydlighet i ansvar, språk och förväntningar
- Hänvisningar fram och tillbaka mellan aktörer
- Glapp mellan behov och insatser
- Svårigheter att orientera sig mellan aktörer och verksamheter
- Bristande kunskap om både helheten och andra aktörers uppdrag

Underliggande hinder

- Otydliga incitament för samverkan
– särskilt när nyttan uppstår utanför den egna verksamheten
- Olika tolkningar av begrepp och uppdrag
- Svårt att förstå vilka aktörer som finns och hur helheten hänger ihop
- Information finns, men är svår att hitta och använda i rätt situation
- Det saknas gemensamt, fungerande stöd för samverkan
- Olika förståelse av systemet leder till olika sätt att agera

Strukturen för information försvårar samverkan

- Information om vad verksamheter ska göra finns utspridd i många olika dokument och på flera olika ställen.
- Det är svårt att hitta, bedöma och förstå vad som gäller i praktiken
- Informationen är inte organiserad utifrån verksamheternas faktiska behov

Det skapar ett glapp mellan beslut, kännedom och praktisk användning

Gemensamma arbetssätt kräver fungerande stöd i verksamheterna

- Gemensamma verktyg fungerar inte som stöd för hela samverkan
- Gemensamma processer blir svåra att använda när aktörer har olika tillgång, förutsättningar och kunskap
- Verktyg, tillgång, användbarhet och orientering fungerar inte tillräckligt väl

Hur kartläggningen kan användas inför samsjuklighetsreformen

- visar var det glappar idag
- ger en konkret nulägesbild
- visar vad som behöver lösas i samverkan
- pekar ut vilka vad som behöver förtydligas
- synliggör viktiga förutsättningar för förändring

Kontakt

Mia Johansson, Projektledare

Tjänstedesigner/facilitator

mia.johansson@consid.se

Tel. 076 -111 48 78

Lena Ekeröth, Processledare

Temagrupp barn och unga

lena.ekeroth@vgregion.se

Tel. 076 - 843 06 81

Anna Ström, Processledare

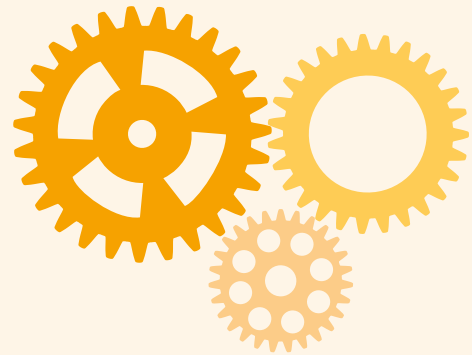
Temagrupp psykiatri

Temagrupp rehabilitering och habilitering

anna.strom@aldrevardomsorg.goteborg.se

Tel. 031-365 50 52

www.vardsamverkan.se/goteborgsomradet



Vårdsamverkan i Göteborgsområdet

5. Information från VVG 9/4 (Katarina och Maria)

- Förvaltningsplan för Samordnad Hälsa Vård och Omsorg (SHVO)
- Riktlinje om Egenvård – *Riktlinjen har reviderats med en textändring i den del som tidigare stod i konflikt med Socialstyrelsens kunskapsstöd.*
- Införandet av Mitt Vaccin Journal (MVJ)

Förslag till ställningstagande:

Vårdsamverkan Västra Götaland noterar informationen och ställer sig bakom:

1. Förslag på Förvaltningsplan 2026 GITS förvaltningsobjekt samordnad hälsa, vård och omsorg
2. Att arbetsgruppen problematiserar kring parkerade frågor som grund för fortsatt dialog i VVG under 2026
3. Att arbetsgruppen ser över mallen för årsrapport utifrån inkomna svar
4. Att uppföljande dialog kring förvaltningsplanen genomförs i VVG hösten 2026 för att kunna fastställa 2027 års förvaltningsplan före årsskiftet

Parkerade frågor från arbetsgruppen

- Ansvar
 - Vad kan VVG hantera och vad är partsfrågor
 - Olika åsikter om vad som kan omhändertas i förvaltningsplanen
- GITS
 - Saknas tillräcklig kännedom om GITS uppdrag och resurser utifrån avtalet för SITIV.
- Support
 - Olika organiserat delregionalt
- Tillkommande uppdrag
 - Hur ska arbetet ske med behov som inte finns hos alla

Socialstyrelsen säger	Riktlinjen säger	Förslag på ny formulering
<p>Med egenvård avses i egenvårdslagen en hälso- och sjukvårdsåtgärd som behandlande hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en patient kan utföra själv eller med hjälp av någon annan. (s. 5)</p>	<p>Egenvårdsbeslut är den legitimerade personens samlade bedömning om den hälso- och sjukvårdsåtgärd hen bedömt kan utföras genom egenvård.</p>	<p>Egenvårdsbeslut är den legitimerade hälso- och sjukvårdspersonalens samlade bedömning om den hälso- och sjukvårdsåtgärd som bedöms kunna utföras genom egenvård.</p>
<p>Av förarbetena framgår att det inte finns krav på att den enskilde ska medverka aktivt i vårdåtgärderna när det gäller egenvård som utförs med hjälp av någon annan. (s. 14)</p>	<p>Egenvårdsbeslut ska skrivas när den enskilde bedöms kunna ta ansvar för sin medicinska vård och behandling men har behov av praktisk hjälp av annan personal än legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal för att utföra åtgärden. (s. 5)</p>	<p>Egenvårdsbeslut ska skrivas när behandlande hälso- och sjukvårdspersonal har bedömt att en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård, av patienten själv eller med hjälp av någon annan.</p>

Information från VVG 9/4 forts.

- I Göteborgsområdet tillämpas riktlinjen om Egenvård i in- och utskrivningsprocessen men det täcker inte hela området för egenvård. Vi ser att det finns kompetensbrister kring egenvård och hur riktlinjen ska tillämpas.
- **Förslag:** Att genomföra en kompetenshöjande insats kring Egenvård i Göteborgsområdet.
- Mitt Vaccin Journal (MVJ) - På VVG beslutades att behov finns av att inventera om fler kommuner är intresserade av att ansluta sig. Frågan skickas vidare till delregional vårdssamverkan för att undersöka om fler delregionala områden är intresserade av ett gemensamt arbete. Återkopplingen kommer att ske till Västkom som samordnar det fortsatta arbetet.

6. Statliga medel (Karolina)

Vårdsamverkan i Göteborgsområdet har tilldelats statliga medel under 2026 för:

- **Samordnade insatser för personer med komplexa behov - 4 313 085 kr** (inklusive sparat, totalt 7 617 402kr)
- **Stärkt suicidprevention - 2 837 895kr** (inklusive sparat, totalt 6 467 351kr)
- För att regioner och kommuner ska få ta del av medlen från överenskommelsen för 2026 ska de prestationskrav som slås fast i överenskommelsen för 2025 uppnås och redovisas. Den samlade redovisningen av hur de tilldelade medlen använts, sammanställs i samband med återrapportering till Socialstyrelsen i mitten av mars 2027. [Strategiska insatser inom område psykisk hälsa och suicidprevention, överenskommelse mellan staten och SKR 2025](#)

6. Samordnade insatser för personer med komplexa behov

- Genomföra insatser för att stärka samverkan för att främja en god vård och en socialtjänst med god kvalitet för enskilda som under eller efter öppen eller sluten vård behöver insatser från socialtjänsten, den kommunalt finansierade hälso- och sjukvården eller den regionfinansierade öppna vården och i detta särskilt uppmärksamma åtgärder inför och vid utskrivning från den rättspsykiatriska vården.
- Genomföra insatser för att utveckla arbetssätt, såsom genom integrerade team, verksamheter eller behandlingsmetoder, för att kunna möta komplexa behov, inbegripet samsjuklighet, såväl när det gäller fysisk som psykisk ohälsa samt skadligt bruk eller beroende.

6. Stärkt suicidprevention

- genomföra insatser för att utveckla omhändertagandet vid, och systematiskt följa upp, patienter och brukare vid suicidalitet eller efter suicidförsök inom hälso- och sjukvården och socialtjänsten,
- genomföra insatser för att stärka arbetet för att förebygga suicid och i detta särskilt verka för att genomföra suicidpreventiva analyser i lokal samverkan,
- genomföra insatser för att stärka stödet till anhöriga och efterlevande

6. Statliga medel – förslag

Samordnade insatser för patienter med komplexa behov:

- Fortsatt finansiering av öppenvårdsprocessen: *Samverkan för sammanhållen patientresa vid psykisk ohälsa*. (ca 1,5 miljoner kvar i kostnader tom april 2027 då avtalet löpet ut, möjlighet till förlängning i ytterligare två år)
- Finansiera fortsatt projekt för ACT-teamen – med fokus på vidareutveckling av befintligt arbetssätt inom ramen för samsjuklighetsreformen.
- Ge Temagrupp psykiatri i uppdrag att: Se över representation, uppdrag och arbetssätt framåt för att aktivt arbeta med samsjuklighetsreformen med syftet att stärka samverkan och kopplingen till NOSAM. Tex finansiera en utvecklingsdag för fördjupning.
- Konferens/temadagar för temagrupperna med möjlighet till fördjupning och dialog inom samsjuklighet under hösten.
- Genomföra information- och dialogmöten om samsjuklighetsreformen för NOSAM i Göteborgsområdet.

6. Statliga medel - förslag

Stärkt suicidprevention:

- Efterlevandestöd – finansiera lösning /pilot enligt beslut på LGS i juni.
- Projektansökan via hemsidan – tydlig prioritering av initiativ utifrån kriterier och förväntat mål och möjlig fortsatt finansiering inom ordinarie verksamhet.

Övriga förslag?

7. Återkoppling från NOSAM kring delregional rutin (Katarina, Maria, Karolina)

- En fråga har lyfts kring kontaktvägarna mellan kommun, vårdcentral och närsjukvårdsteam av vårdcentralchefer och chefer inom den kommunala primärvården.
- Ett mejl har skickats ut till NOSAM:s ordförande för att efterhöra om [Delregional rutin Närsjukvårdsteam SU – Kontakt och kommunikation.pdf](#) är känd, om den fungerar och vad som inte fungerar.

Återkoppling från NOSAM angående delregional rutin - kontaktvägar



10 av 14 NOSAM har svarat



De svar som inkommit visar på att rutinen inte alltid är känd men att det ändå är så man arbetar.

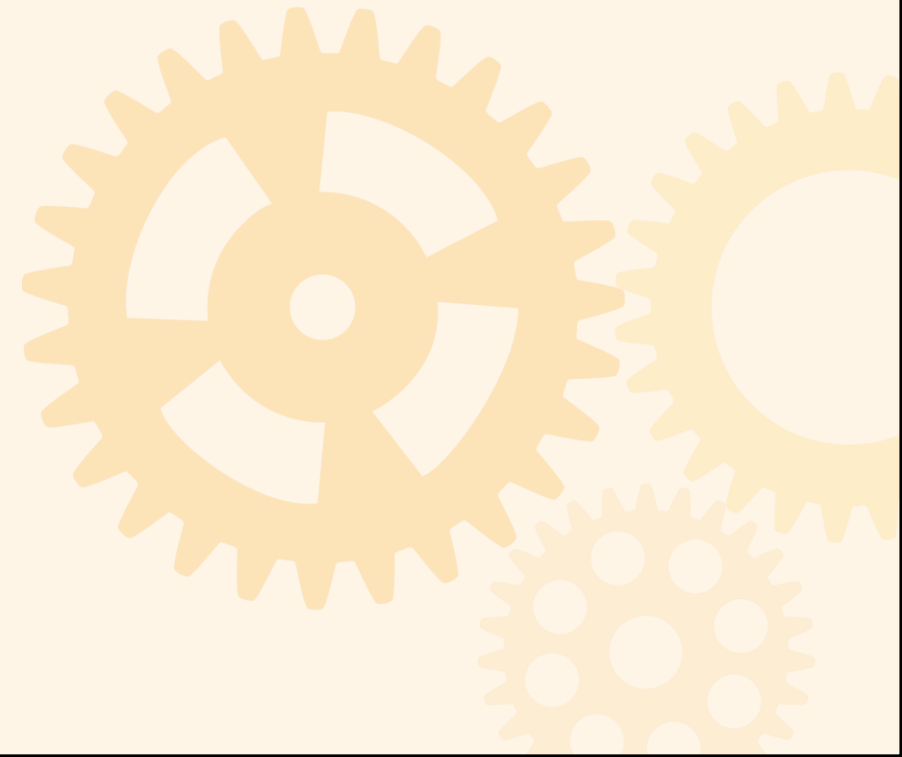
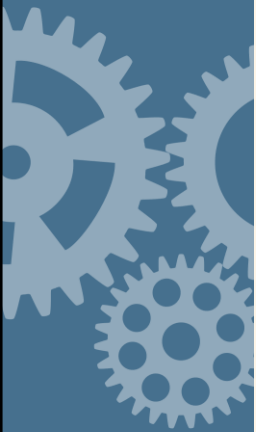


Ökad spridning nu efter utskick.

Förbättringsområden:

- Det finns behov av att i större utsträckning använda SAMSA som kommunikationsväg. Tex hänvisas Kommunal PV att ringa till VC ibland när återkoppling kan ske i SAMSA. Ett annat exempel är att NSVT besöker patienten utan kommunikation vilket bidrar till att flera vårdgivare åker hem till patienten samtidigt(två svar som visar på det).
- Svar från SU visar att det fungerar bra men att NSVT ibland blir inkopplad innan primärvårdens läkare eller där patient inskriven i kommunal primärvård ringer ambulans innan de själva kontaktat ansvarig SSK. Vilket innebär att ssk står helt utanför händelseförloppet.
- Inspel att Närsjukvårdsteamet inte har Rävlanda/Hindås som upptagningsområde – gäller rutinen i hela området? (Härryda)
- I övrigt menar man att det är lätt att få kontakt med NSVT.

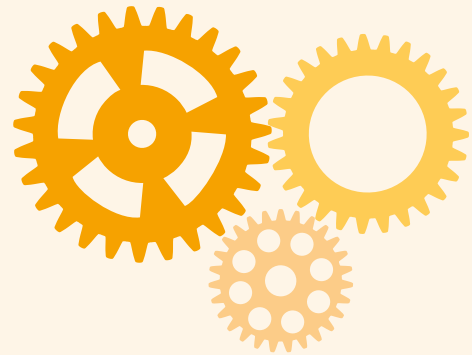
8. Övriga frågor?



Nästa LGS

- **Torsdag 4 juni kl. 13.00-15.00**

Digitalt via teams



Vårdsamverkan i Göteborgsområdet