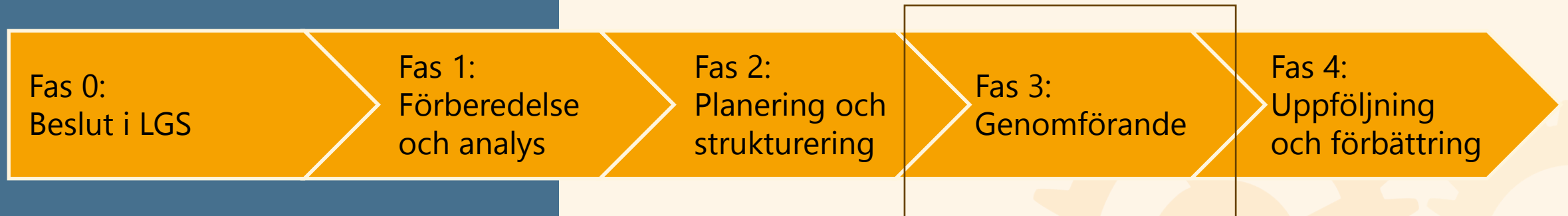


Vårdsamverkan i
Göteborgsområdet

Statusrapport: In- och utskrivningsarbetsprocessen

260525 Temagrupp Äldre

Implementering



Implementering, fas 3

(april -26 tom okt-26)

Slutenvård	Region Primärvård	Kommun Primärvård	Kommun Socialtjänst	Samverkan
<ol style="list-style-type: none">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.	<ol style="list-style-type: none">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 process4. Planera tidigt i SAMSA enligt förtydligad process	<ol style="list-style-type: none">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	<ol style="list-style-type: none">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	<ol style="list-style-type: none">1. Pilottesta nya lathundar dokumentationsstöd och planeringsprocess.2. Utvärdering och ev justeringar i dokumentationsstöd/ aktiviteter i processen3. Synkroniserad implementering på bred front.

GEMENSAM UTBILDNINGSSTRUKTUR LANSERAD 21/5

Utbildningens delar:

- DEL 1: Gemensam introduktion
- DEL 2: Gemensam översikt av flödesschemat
- DEL 3: Fördjupning per huvudman utifrån simbanan (ca 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

Gemensam utbildning nu publicerad

Nu är den gemensamma utbildningen för in- och utskrivningsprocessen från slutenvård publicerad i Lärportalen.

Alla medarbetare som arbetar i in- och utskrivningsprocessen uppmanas att genomföra utbildningen.

[Länk till utbildningen i Lärportalen](#)

Förändringsarbetet i verksamheterna ska påbörjas direkt och Ledningsgruppen för samverkan (LGS) har beslutat att alla medarbetare som arbetar i processen ska ha gått utbildningarna och justerat sitt arbetssätt senast den **15 oktober**.

Under övergångsperioden är det viktigt att vi alla hjälps åt för att så snabbt som möjligt anpassa våra arbetssätt men också ta gemensamt ansvar för att på bästa sätt skapa en trygg, säker och effektiv vårdkedja ihop med den enskilde.

Om du arbetar inom kommunen tar du del av utbildningen genom samma länk ovan men får då logga in i Lärportalen som en extern part enligt denna [instruktion](#).

När du har genomgått utbildningen erbjuder vi öppna digitala tillfällen för frågor och reflektion via länkarna här nedan, fler tillfällen publiceras löpande:

- [Teamslänk 2026-05-27 kl. 08:30-09:30](#)
- [Teamslänk 2026-06-01 kl. 13:00-14:00](#)
- [Teamslänk 2026-06-10 kl. 08:30-09:30](#)
- [Teamslänk 2026-06-15 kl. 13:00-14:00](#)
- [Teamslänk 2026-06-24 kl. 08:30-09:30](#)

Länk:

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

Ny Informationsbroschyr till den enskilde

Länk: [Det du behöver veta inför din utskrivning](#)



Det du behöver veta inför din utskrivning

Planering inför din utskrivning

→ Trygghet från första dagen

När du läggs in på sjukhuset börjar vi planera för din utskrivning. Vårt mål är att du ska känna dig trygg när du återvänder hem.

Med ditt samtycke får din vårdcentral, hemkommun och eventuell rehabmottagning information om dina behov, till exempel:

- varför du vårdas på sjukhuset
- vilka behov du kan ha när du skrivits ut från sjukhuset

En viktig del av planeringen är vad du själv upplever att du behöver hjälp med. Därför kommer personalen att fråga dig om dina tankar och eventuella behov inför hemgången.

Din behandlande läkare avgör när du är utskrivningsklar, vilket betyder att du inte längre behöver sjukhusvård.

Planering inför hemkomsten

→ Vi planerar tillsammans

Planeringen görs tillsammans med dig – och om du vill – en närstående. Personalen på avdelningen kommer hjälpa dig att förmedla dina behov till de andra samverkansparterna. Vi samarbetar nära med:

- din hemkommun
- din vårdcentral
- eventuell rehabmottagning

Tillsammans ser vi till att du får det stöd du behöver när du kommer hem.

→ Information till de som ska hjälpa dig

De verksamheter som kommer att stötta dig får meddelande om när du förväntas lämna sjukhuset.

Dina behov är viktiga

Vi lyssnar på dig och tar med dina önskemål i planeringen. Tillsammans strävar vi efter att din hemgång ska kännas trygg, tydlig och väl förberedd.

Fundera gärna på:

- Vad klarade du av att göra själv **innan** du skrevs in på sjukhuset?
- Vad tror du att du kan behöva hjälp med **efter** du kommer hem?

Till exempel förflyttningar, hjälpmedel, personlig hygien och dusch, läkemedelshantering, vårdbehov, städning, inköp, matlagning.

Fast vårdkontakt

Du får en fast vårdkontakt i öppenvården. Det är en utsedd person på din vårdcentral eller specialiserad öppenvårdsmottagning som hjälper och stödjer dig i att samordna och planera din fortsatta vård och omsorg på längre sikt.

Din fasta vårdkontakt är också en viktig del i planeringen inför din utskrivning och tiden därefter.

→ Din fasta vårdkontakt:

Namn: _____

Verksamhet: _____

Telefon: _____

Samordnad individuell plan (SIP)

Under din vårdtid på sjukhuset kommer du att få information om och erbjudas en **Samordnad individuell plan (SIP)**. Denna långsiktiga planering görs oftast **efter att du skrivits ut**, vid ett möte som du och eventuella närstående deltar i, tillsammans med de verksamheter som ska stödja dig hemma.

Vid en samordnad individuell plan (SIP) förtydligas:

- Dina egna förutsättningar och mål utifrån vad som är viktigt för dig.
- Vilka behov av stöd du har och vem som gör vad.

Inför SIP-mötet – fundera gärna på:

- Vilka personer vill du ska delta?
- När och hur vill du att mötet ska ske (på plats, video, telefon)?

→ Datum och tid för SIP-möte:

Datum: _____

Tid: _____

Plats: _____

Efter mötet kan planen läsas i 1177.

Kontaktuppgifter

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 bland annat egenvård.

Implementering, fas 4

(oktober tom december -27)

Slutenvård

Region Primärvård

Kommun
Primärvård

Kommun Socialtjänst

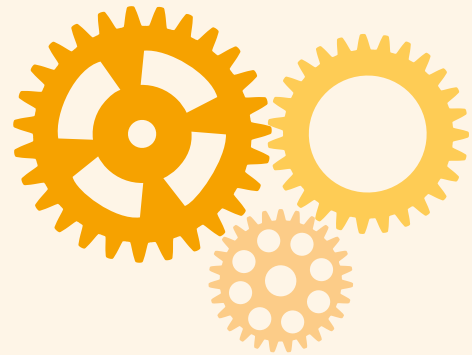
Samverkan

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.



Funderingar & frågor?





Vårdsamverkan i Göteborgsområdet