

Vårdsamverkan i
Göteborgsområdet

NOSAM Örgryte/Härlanda

2026-05-11

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.

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.

Handlingsplan Delregional vårdssamverkan 2025-2030

Består av två prioriterade områden:

1. Öppenvårdsprocessen

Nytt projekt:

Samverkan för sammanhållen patientresa vid psykisk ohälsa -
Vårdssamverkan i Göteborgsområdet

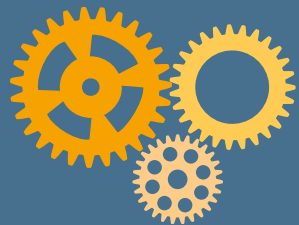
Handlingsplan Delregional vårdsamverkan 2025-2030

Består av två prioriterade områden:

2. Slutenvårdsprocessen/ In- och utskrivning.

Implementera arbetssätt enligt ny arbetsprocessbeskrivning i verksamheterna

**En ny form på in- och utskrivningsprocessen från slutenvårdsvistelse -
Vårdsamverkan i Göteborgsområdet**



Vårdsamverkan i
Göteborgsområdet

Implementering av ny arbetsprocess vid in- och utskrivning från slutenvård

Uppdragsgivare: Ledningsgruppen i samverkan (LGS)

Befolkning

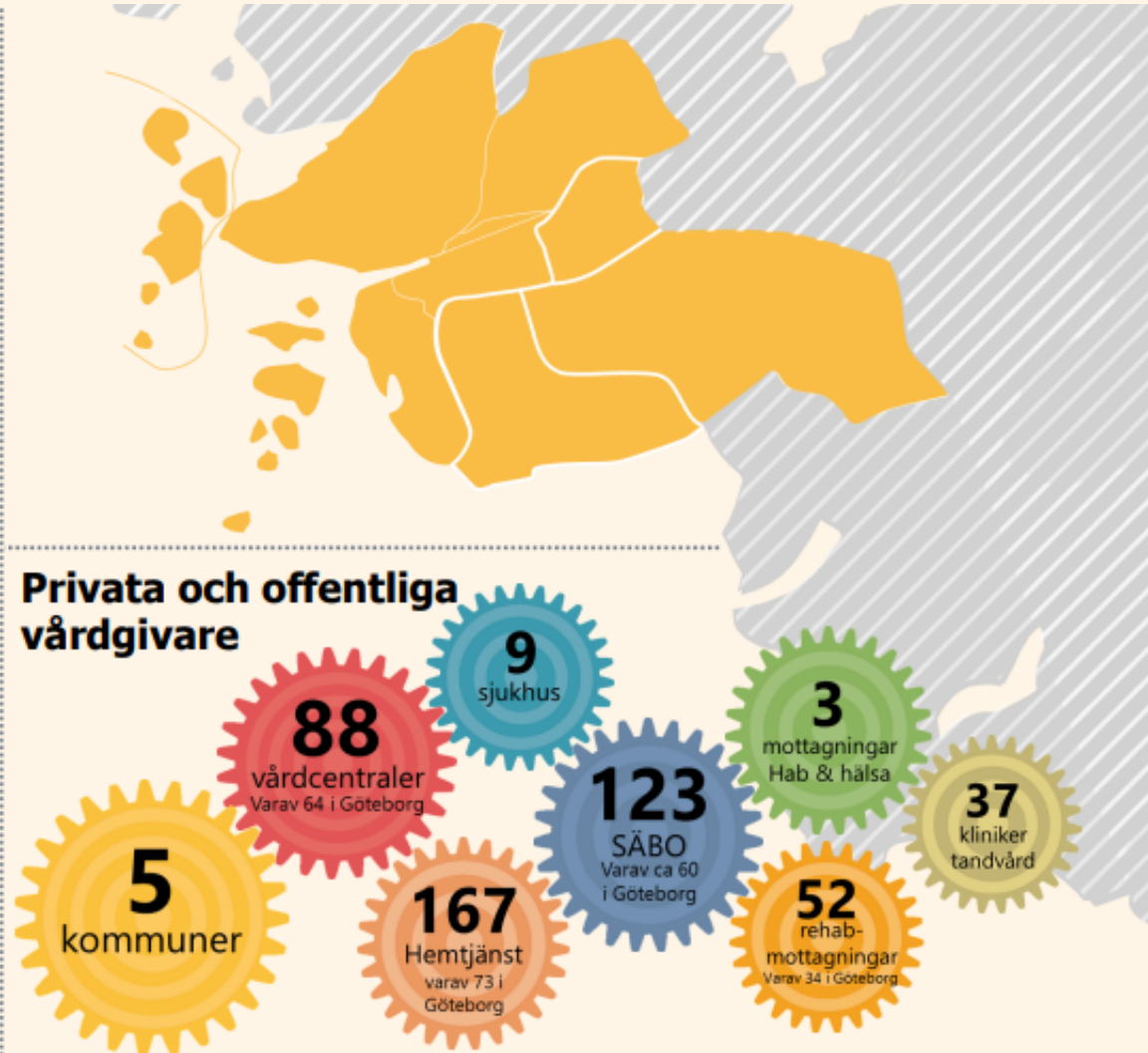


774 247
invånare i
Göteborgsområdet

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 med ett gemensamt nytt arbetssätt

”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.”

För att uppnå syftet ställdes frågor kring vilken effekt som skulle uppnås.

För verksamheterna sattes effektmål kring 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.

För den enskilde sattes effektmålen:

- Att den enskilde upplever vård och omsorg som en helhet i samband med utskrivning
 - Att en ökad andel enskilda upplever att de är delaktiga i sin utskrivningsprocessen vilket leder till ökad trygghet.
- Den enskilde får relevant samordnande insatser i samband med utskrivning
 - Öka antalet erbjudna SIP:ar i samband med utskrivningsprocessen
- Minimera antalet utskrivningsklara dagar
 - Att minimera antal flyttade "planerat utskrivningsklar" datum
- Minimera antal återinläggningar(som kunde ha förebyggts)

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



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

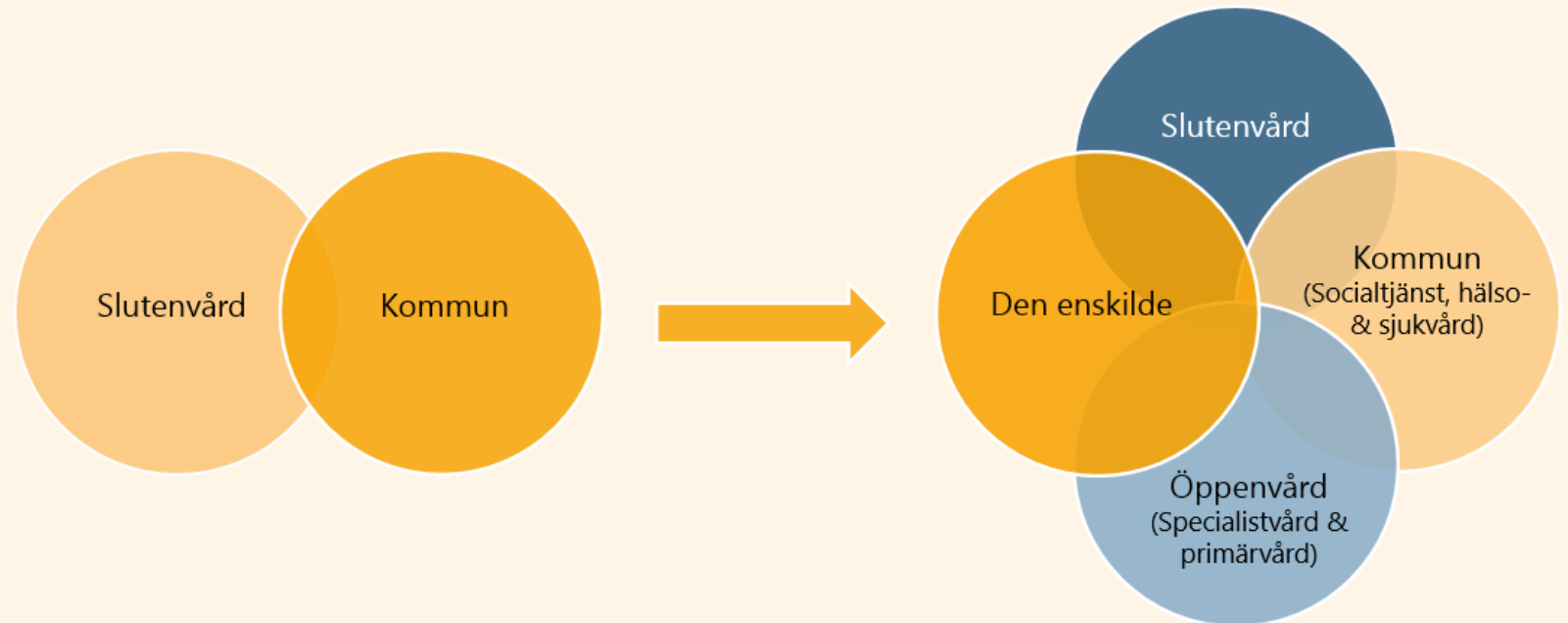
De flesta punkter är kopplade till utebliven förändring i samband med att Lagen om samverkan vid utskrivning från slutenvården började gälla 2018

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.

Omställning till Nära Vård kräver nya arbetssätt

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



Utmaningarna vi prioriterat

– Efter mest påverkan på effektmålen!

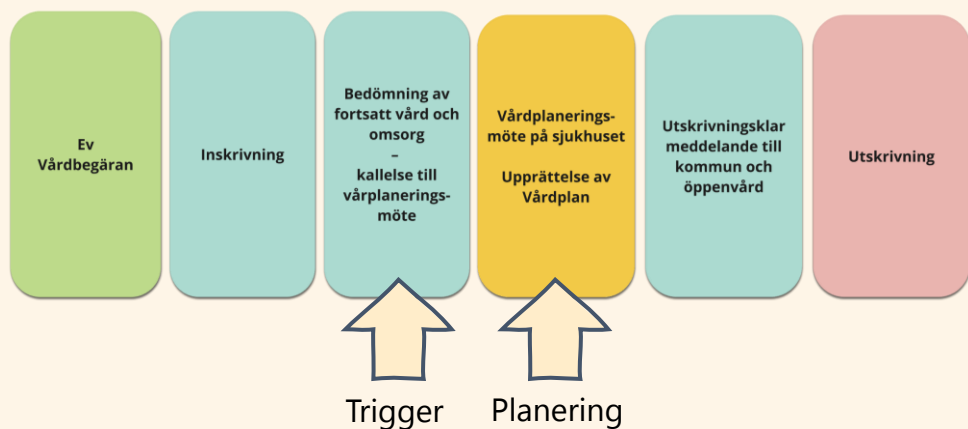
1. Dokumentation och planering påbörjas för sent
2. Komplex informationsstruktur



Dokumentation och planering påbörjas för sent

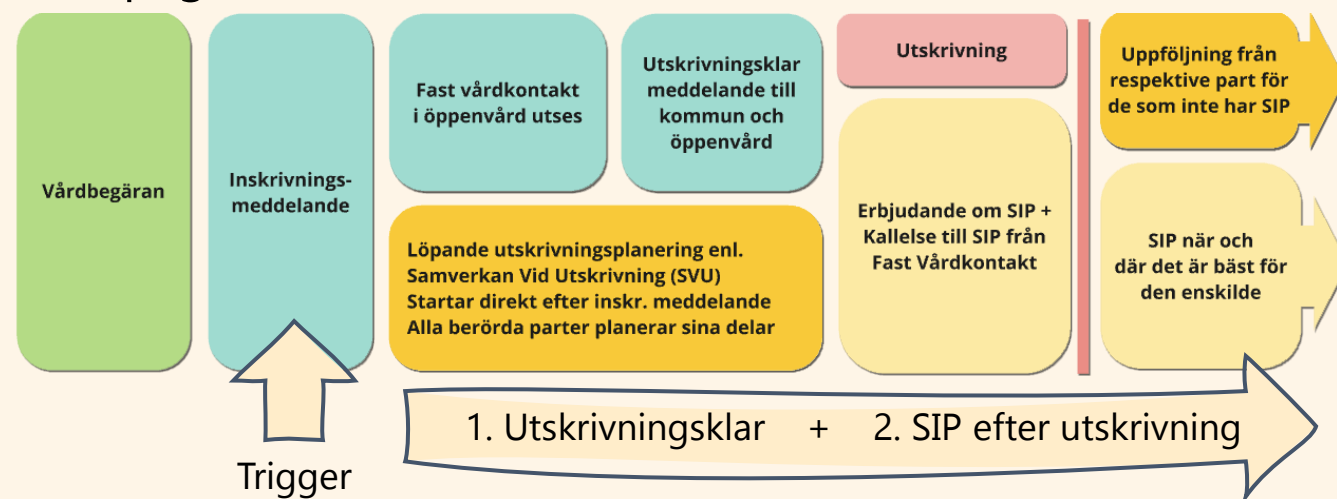
- Gammal vårdplanering (VPL) innan 2018

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.

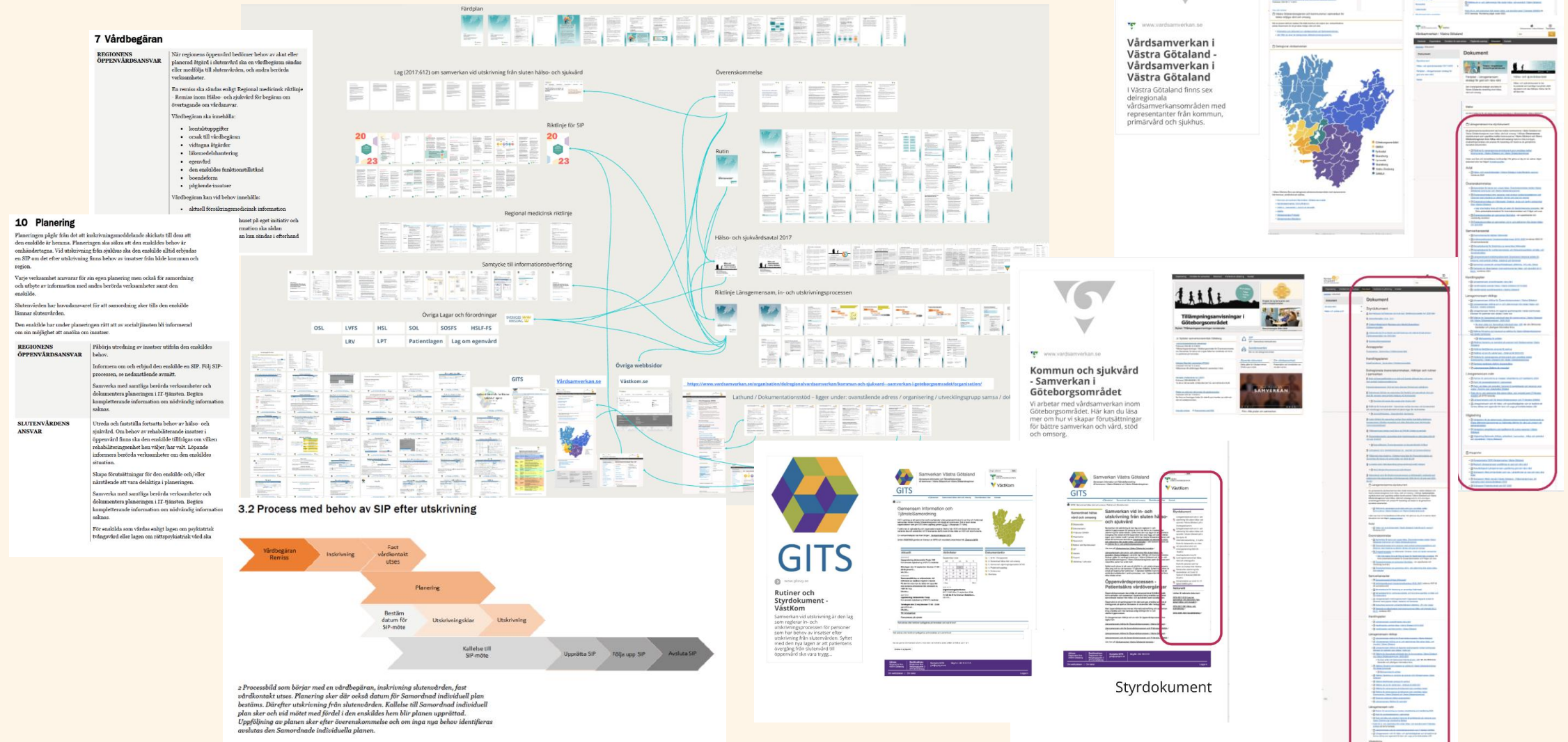
Syfte: Att säkerställa en trygg och effektiv övergång från slutenvård till mottagande vårdnivå.

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.

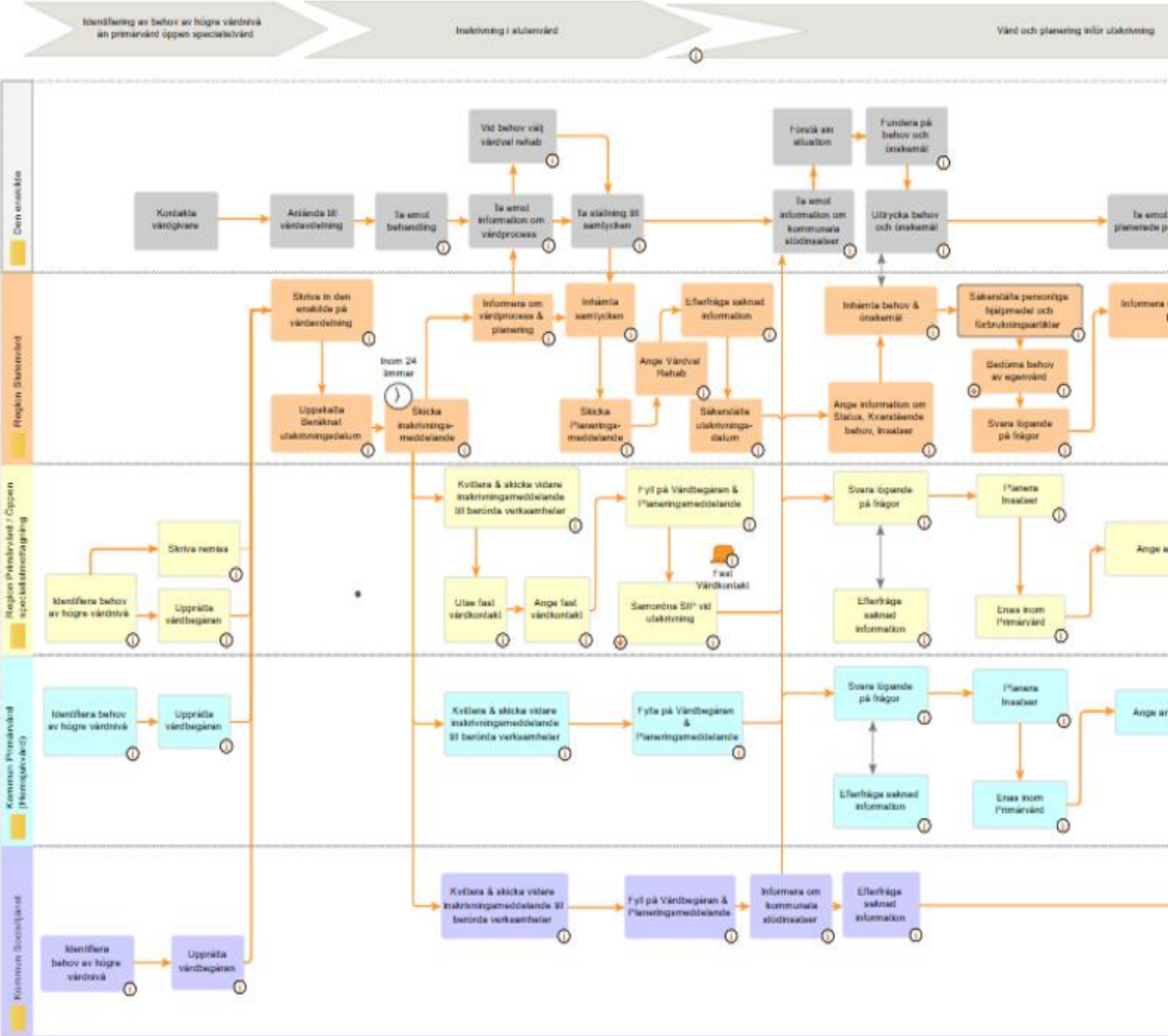
Komplex informationsstruktur



Lösningar som uppfyller effektmålen

- Resultatet blev en arbetsbeskrivning med runt 60 förtydligade 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.
- Lösningar i linje med styrdokument, nya HS-avtalet, personcentrering, omställningen mot nära vård och stärker förutsättningar för god samverkan.
- Våren 2025 presenteras slutrapporten som blir underlag för gemensamt beslut i samverkan om en ny gemensam arbetsbeskrivning och utbildningsstruktur.
- Hösten 2025 påbörjas implementeringsarbetet. Maj 2026 är gemensam utbildningsstruktur klar.

Länk till hela arbetsbeskrivningen:
[En ny form på in- och utskrivningsprocessen från slutenvårdsvistelse - Vårdsamverkan i Göteborgsområdet](https://www.vardsamverkan.se/goteborgsomradet)



Mål, syfte & instruktion

direktlänkar gällande lagrum, länsgemensamma rutiner och riktlinjer

Samordna SIP vid utskrivning

Bryter ned till

- SIP innan utskrivning
- SIP efter utskrivning

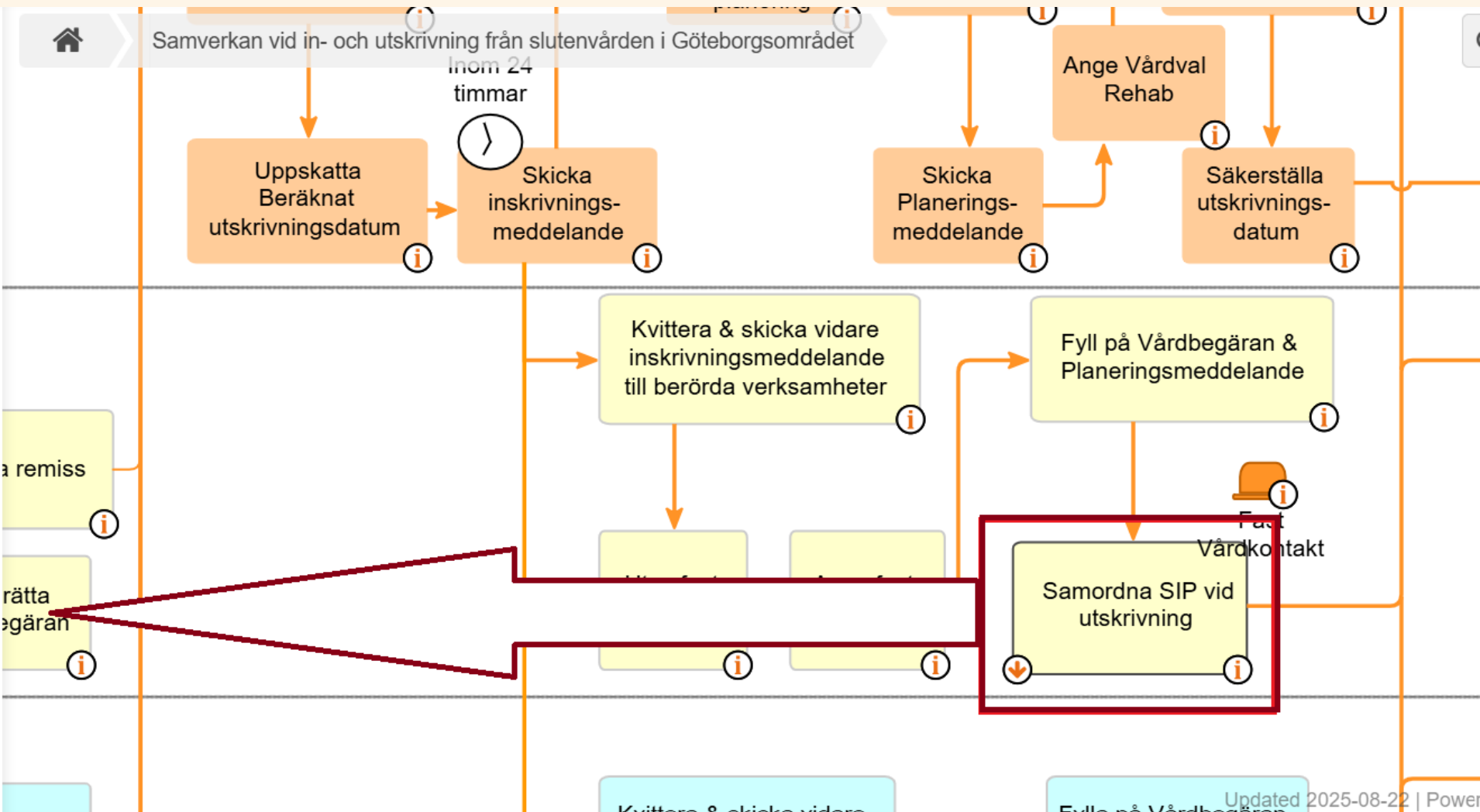
Beskrivning

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.

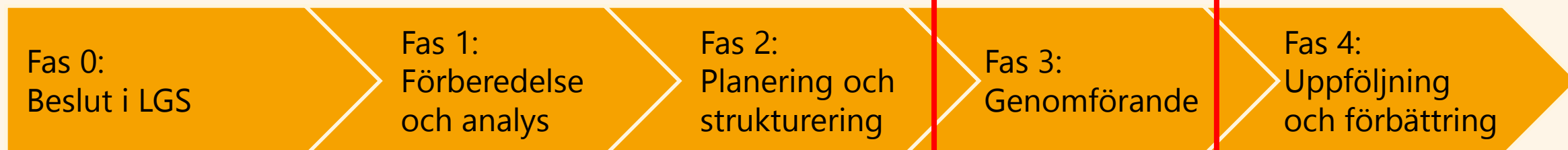
Mål 2:

- 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.



Faser i implementeringen

Nu befinner vi oss här!



Implementering 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
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.

Implementeringsarbetet pågår för fullt:

Arbetsgruppen under projektledning har arbetat vidare med:

- Kvarvarande utvecklingsbehov i arbetsbeskrivningen
- Separat arbetsbeskrivning för LPT-processen
- Dokumentationsstöd för vårdbegäran & planeringsmeddelande i SAMSA
- Ny Informationsbroschyr till den enskilde
- Journalmodul för Egenvård i Melior för att undvika dubbeldokumentation.
- Gemensamt kommunikationsmaterial till verksamheterna att använda på APT.
- Gemensamt utbildningspaket i Lärportalen är klart i april-maj.
- Öppna frågetillfällen kommer finnas under maj och juni för medarbetare som genomgått utbildningen.

forts:

- Följeforskning i samarbete med Centrum för personcentrerad vård (GPCC) är skapad. Enkät är framtagen med brukarsamverkan för att utveckla frågorna som ska ställas till individer som genomgår vårdkedjan kring deras upplevelse av vårdkedjan och möjlighet till delaktighet. Enkät kommer skickas ut först för baslinje och sedan kvartalsvis under 24 månader.
- Projektledare är utnämnda och tillsatta i de stora organisationerna. Ingemar Blomqvist (SU), Ingegärd Ljungqvist (Gbg), Anette Forsberg (Vårdvalsenheterna både offentliga & privata) Dessa har regelbundna avstämningar med projektledare Camilla Lundqvist för att hålla samman implementeringsarbetet.
- Vårdsamverkansgrupp SAMSA är skapad på uppdrag av LGS och fått i uppdrag att bland annat fortsätta att förvalta och uppdatera arbetsbeskrivningen på sikt.
[Vårdsamverkansgrupp SAMSA - Vårdsamverkan i Göteborgsområdet](http://www.vardsamverkan.se/goteborgsomradet)

UTBILDNINGENS STRUKTUR

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

Var står vi idag?

- Etablerad förvaltningsorganisation för SAMSA ansvarar för implementering av in- och utskrivningsprocessen, utbildar nya medarbetare löpande.
- Tydliggjorda roller och ansvar genom utsedda processägare och processledare
- Vårdsamverkansombud planeras att införas på berörda enheter
- Fokus på patientsäker egenvård; intern workshop och rutin på plats
- Uppföljning av effektmålen pågår
- Följeforskning via GU/GPCC kring den enskildes trygghet och delaktighet pågår just nu där vi delar ut information om enkät under mätperioderna.
- 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.

Var står vi idag?

- 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.
- Det finns ett stort intresse av att komma igång med utbildningen.
- Samtliga har fått APT material. Projektledare inbjuden till ett tiotal APT i nuläget.
- Närhälsan har utsett gemensam SAMSA förvaltare för fortsatt implementeringsarbete: Marie Steffenburg Wennberg.
- Frågan kring gemensam förvaltare av SAMSA inom PrimÖR är lyft

Var står vi idag?

- Projektledare arbetar för att hålla ihop implementeringsarbetet i staden. Information gavs till nämnderna gavs under hösten.
- 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.
- Ser över behov av intern samverkan
- Har utvecklat eget stödmaterial för Egenvård:
- Påbörjat nytt arbetssätt för tidig kontakt med den enskilde & att Myndighet upprättar vårdbegäran.
- Pilot genomförs på Hisingen

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.

Samverkan vid in- och utskrivning - Vårdsamverkan i Göteborgsområdet

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?
- Vilka medarbetare behöver prioriteras först att gå utbildningen?
- Vad behöver ni göra tillsammans och vad kan ni göra i egna verksamheter direkt?
- Hur vill ni i ert NOSAM arbeta gemensamt för att synka er i implementeringsarbetet?



Funderingar & frågor?



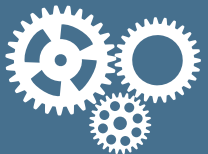
Kontaktuppgifter

Camilla Lundqvist

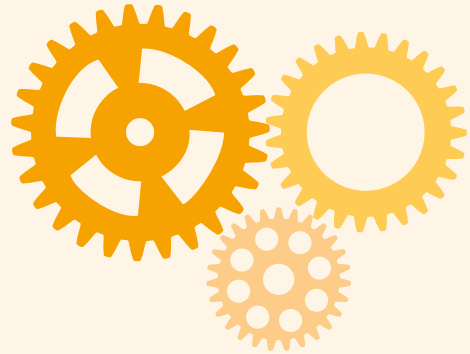
Processledare Temagrupp Äldre & Projektledare: En ny form av
In- och utskrivningsprocessen i Göteborgsområdet

camilla.lundqvist@aldrevardomsorg.goteborg.se

Tfn: 031-3668013 mobil: 0722-188541



Vårdsamverkan i
Göteborgsområdet



Vårdsamverkan i Göteborgsområdet