



Carina Westerelve
Processledare
Mobil: 070 – 020 76 04
carina.vesterelve@vgregion.se

Datum 2026-04-23
Dokumenttyp Minnesanteckningar

Ärende Möte i närområdesgrupp och lokal psykiatrigrupp Stenungsund

Datum 2026-04-20

Plats Stenungsund, Capio vårdcentral

| | | |
|--------------------------|--------------------------------------|----------------------------------|
| Närvarande (√) | Anette Johansson ✓ | Susanne Vinqvist ✓ |
| | <i>Kungälv's sjukhus</i> | <i>Stenungsunds kommun</i> |
| | Mikael Bengtsson ✓ | Therese Anja ✓ |
| | <i>Kungälv's sjukhus</i> | <i>Stenungsunds kommun</i> |
| | Nina Pedersen ✓ | Viktor Persson ✓ |
| | <i>Öppenvårdpsykiatri</i> | <i>Capio vårdcentral</i> |
| | Lisa Båstedt - | Lisa Lok Hinnerson - |
| | <i>Stenungsunds kommun</i> | <i>Närhälsan Rehab</i> |
| | Cecilia Malm ✓ | Anna Belfrage ✓ |
| | <i>Stenungsunds kommun</i> | <i>VC Närhälsan Stora Höga</i> |
| | Carina Johansson-Strandberg - | Kristina Hellekant ✓ |
| | <i>Stenungsunds kommun</i> | <i>VC Närhälsan Stenungsund</i> |
| | Hampus Bergman ✓ | Ann Sundström ✓ |
| | <i>Stenungsunds kommun</i> | <i>VC Stora Högas läkargrupp</i> |

| | |
|--------------------------------|-------------------------------|
| Anneli Dyberg ✓ | Johanna Jaring ✓ |
| <i>Stenungsunds kommun</i> | <i>NSPH</i> |
| Carina Gadd Eriksson ✓ | Johanna Ehrenholm - |
| <i>Stenungsunds kommun</i> | <i>(adjungerad)</i> |
| Agneta Hamilton ✓ | <i>Delregional samordnare</i> |
| <i>(adjungerad punkt 9-10)</i> | Karin Jonsson ✓ |
| <i>VC Kusten, Kungälv</i> | <i>(adjungerad punkt 13)</i> |
| Mattias Leufkens | <i>Stenungsunds kommun</i> |
| <i>(adjungerad punkt 13)</i> | Åsa Herling |
| <i>Ale kommun</i> | <i>(adjungerad punkt 13)</i> |
| | <i>Stenungsunds kommun</i> |

1. Presentationsrunda

Presentationsrunda då alla inte träffats tidigare.

| |
|---------|
| Uppdrag |
| |

2. Samsjuklighetsutredningen

Information om nuläget samt dialog kring vad som är möjligt att förbereda i samverkan

Charlotta informerar, utifrån bifogad PP-presentation, om historik och nuläget. Charlotta lyfter att vi är i ett paradigmskifte.

Dialog förs kring ansvarsfördelningen för vård och behandling. Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag att senast den 31 augusti tydliggöra gränsdragningen mellan kommun och region samt mellan primärvård och psykiatri.

3. Psykiatrigruppens formation

Dialog kring om psykiatrigruppen ska särskiljas från närområdesgruppen

Nina lyfter önskemål om att bryta ut frågorna som berör psykisk ohälsa så den lokala psykiatrigruppen kan arbeta mera operativt, vilket övriga representanter är beredda på att prova. Vårdcentralerna meddelar att då kommer de att representeras med mer verksamhetsnära personal.

Carina påminner om att samsjuklighetsutredningen berör alla åldrar och en liten farhåga om att både barn och äldre kan tappas om inte frågan hanteras i det gemensamma forumet. Beslut tas om att ordförande i den lokala psykiatrigruppen återkopplar till närområdesgruppen, där även nödvändiga beslut behöver hanteras.

Den lokala psykiatrigruppen träffas kl.08:30-10:00 och närområdesgruppen kl.10:00-12:00.

4. Gemensam checklista efter suicidförsök

I Kungälv har en checklista tagits fram avseende ansvarsfördelning av olika uppgifter mellan verksamheterna efter ett suicidförsök. Nina undrar om checklistan även kan användas i Stenungsund?

Checklistan bifogas minnesanteckningarna och representanterna har fram till den 1 maj att återkoppla. Utebliven återkoppling betraktas som att man ställer sig bakom att checklistan används även i berörda verksamheter i Stenungsund.

5. Samverkan kring FaR

Nulägesstatus

Undertecknad informerar om att annons varit ut en andra gång men inga ansökningar har inkommit och att undertecknad tillsammans med SIMBA-områdets folkhälsoutvecklare tagit beslut om en förlängning av ansökningstiden på fyra veckor. Undertecknad funderar över om kraven är för högt ställda på kvalifikationerna med anledning av tjänsten endast är en projektanställning, omfattande ett år. Representanterna föreslår som första steg en geografiskt utökad zon avseende de sökande och föreslår att tjänsten läggs ut på LinkedIn. Undertecknad tar med detta till samordningsgruppen.

6. **Kommunikation kring gemensamma beslut och beslut inom respektive verksamhet som påverkar samarbetsparterna**

Dialog kring beslutade kommunikationsvägar

Punkten finns med på förekommen anledning då sjukhuset ändrade i gemensamt tagit beslut utan att informationen spreds till alla berörda verksamheter.

Gemensamt tagna beslut ska spridas i linjen och flödet ska gå till och från de man representerar i SIMBAs olika grupperingar enligt beslut i samordningsgruppen.

Om någon verksamhet har tagit beslut inom sin verksamhet som även påverkar samarbetsparterna och behöver spridas är det verksamhetsrepresentanternas ansvar att sprida denna information. SIMBAs processledare kan bistå med kontaktuppgifter.

7. **Antabusbehandling**

Vilket arbetssätt har respektive vårdcentral kring antabusbehandling?

Styrgruppen för de socialmedicinska mottagningarna har ställt fråga till vårdcentralerna om hantering av antabusbehandling. Samtliga vårdcentraler säger sjuksköterskan på den socialmedicinska mottagningen kontaktar vårdcentralerna när behov av antabus behöver. Vårdcentralen ordinerar och delar ut läkemedlet. Samtliga vårdcentraler tycker arbetssättet fungerar väl.

8. **Egenvårdintyg**

Information om och dialog kring egenvårdsintygsutfärdarens ansvar

Agneta lyfter att en egenvårdsbedömning behöver genomföras patientsäkert, vilket innebär att om bedömningen ska göras av vårdcentralerna behöver de antingen boka in den enskilde på ett besök på vårdcentralen eller boka in ett hembesök för bedömning. Ett egenvårdsbeslut ska föregås av dialog med utföraren för att säkerställa att det finns kompetens och resurser hos utföraren att utföra uppgiften. Lagen om egenvård och socialstyrelsens föreskrifter säger inget om att ett egenvårdsbeslut behöver utfärdas, men beslutet ska journalföras. Mottagarna kan behöva ett egenvårdsbeslut för att kunna bedöma vilken kompetens samt vilka resurser som behövs för uppgiften och då har utfärdaren en skyldighet att upprätta ett. För "mängdinsatser" kan dialog föras med utföraren om ett egenvårdsbeslut behöver utfärdas.

Utfärdare behöver också reflektera över att det verkligen är en hälso- och sjukvårdsinsats man fattar beslut om egenvård på så det inte är en insats som berörs av omsorg, vilket har hänt inom det rehabiliterande området. I samband med beslut om egenvård ska alltid en uppföljning bokas in. Om den regionala primärvården utfärdar ett beslut och den enskilde inte har kommunal primärvård är det den regionala primärvården som har ansvaret för uppföljning. Om den enskilde har kommunal primärvård kan en dialog föras med den kommunala primärvården om de kan följa upp egenvårdsbeslutet.

När det gäller specialistvård så vilar uppföljningsansvaret på specialistvården när behandlingsansvaret kvarstår inom specialistvården.

För egenvårdsbeslut som specialistvården tar och där behandlingsansvaret kan överlämnas till primärvården kvarstår ansvaret för uppföljning till primärvården omprövat egenvårdsbeslutet. Dialog behöver i dessa ärenden ske mellan specialistvården och primärvården för ett patientsäkert ansvarsövertagande.

När det gäller utbildningsbehov har specialistvården ansvaret för att utbilda utförarens personal när behandlingsansvaret kvarstår inom specialistvården. När primärvården har ansvaret och patienten har kommunal primärvård kan dialog föras med den kommunala primärvården om vem som ska ansvara för utbildningen. För patienter som inte har kommunala primärvård är det den regionala primärvården som har utbildningsansvaret.

Utfärdaren kan föra dialog med utföraren om man kan utbilda ett fåtal personal t.ex enhetschef och omsorgskontakten och att de i sin tur kan utbilda vidare inom den berörda verksamheten.

9. Föräldrahälsan i Ale

Dialog kring intresse av att införa modellen

Agneta informerar utifrån bifogad PP-presentation, om det SIM-projekt som pågår i Ale där breddinförande från att en vårdcentral och en skola varit involverad till att alla vårdcentraler och skolor nu arbetar utifrån konceptet. Syftet är att stötta föräldrar vars barn varit i kontakt med elevhälsoteamet då barns ohälsa många gånger beror på att föräldrarna har en ohälsa. Projektet har visat att skolnärvaron ökat hos de vars föräldrar tackat ja till ett hälsosamtal. Hälsosamtalet är tvådelat och på ca 45 minuter, där ena delen av samtalet är med psykolog och andra delen med en sjuksköterska.

Agneta undrar om vårdcentralerna i Stenungsund är intresserad av att införa modellen. Man kan utifrån vårdcentralernas perspektiv antingen se det som att det ingår i grunduppdraget eller att det kan ge undanträngningseffekter. Dock kommer troligtvis de berörda förr eller senare behöva insatser från vårdcentralen och då i sämre skick och mer vårdkrävande än om de kan fångas tidigare. I Skepplanda rörde det sig om 62 personer under en treårsperiod så det är inte en större mängd patienter.

Om det finns ett intresse hos vårdcentralerna i SIMBA-området att införa arbetssättet kan fråga gå till samordningsgruppen om finansiering av projektledare från de gem samma medlen. Gustav har också i uppdrag att stötta en spridning av arbetssättet så han kan stödja en projektledare. Enligt den beräkning Gustav gjort rör det sig om en projektledare på omfattande 80% under en 1,5 års period.

10. Samverkan när den enskilde får insatser från NSVT

Information om och dialog kring utkast

Agneta informerar om att en arbetsgrupp med representanter från regional och kommunal primärvård samt NSVT och chefsläkaren på SiV har tagit fram ett utkast till samverkansrutin för kommunikation när en patient har insatser i hemmet både från primärvården och specialistvården. Rutinen går igenom och representanterna i närområdesgruppen ställer sig bakom den.

11. Revisionsförslag till samverkansrutinen mellan primärvård och MPT *Några tankar/reflektioner?*

Mattias informerar om att en arbetsgrupp med representanter från regional och kommunal primärvård samt MPT har tagit fram ett revisionsförslag till samverkansrutinen då den var inaktuell. Revisionsförslaget har varit ut på remiss och inkomna synpunkter har omhändertagits i de dokument som bifogades kallelsen till dagens möte. Mattias berättar att under arbetsgång har "bifynd" hittats som behöver hanteras i särskild ordning. Revisionsförslag och bifynd tas med till utvecklingsgrupp äldre för dialog och därefter går revisionsförslaget upp till samordningsgruppen för beslut. Representanterna i närområdesgruppen ställer sig bakom förslaget.

12. Vårdbegäran i SAMSA

Dokumentation av aktivitet och funktion i SAMSA

Mikael informerar, utifrån bifogad PP-presentation, att på sjukhuset finns nu särskilt fokus på dokumentation av aktivitet och funktionsstatus och att dessa ska omprövas kontinuerligt. Mikael lyfter att det fortfarande brister i dokumentation av aktivitet och funktionsstatus och att det ofta saknas aktuellt aktivitets- och funktionsstatus i vårdbegäran. För sjukhuset är detta en viktig parameter när de ska planera vården och en förutsättning för att kunna göra kloka kliniska val.

Uppföljning CFS-skattning – dokumentation av resultat i vårdbegäran

Dokumentation av CFS-skattning i vårdbegäran är fortfarande ett utvecklingsområde. Vid den aktuella tidpunkten fanns tolv patienter med vårdbegäran inlagda i SAMSA. För ingen av patienterna fanns en CFS-skattning dokumenterad

13. Proaktiv SIP vid demensdiagnoser

Nulägesstatus

Karin och Åsa informerar, utifrån bifogad PP-presentation om nulägesstatus. Förberedelser är klara och dialogmöte med äldresköterskorna och arbetsterapeut på vårdcentralerna är inplanerad i veckan. Det Karin och Åsa fått till sig från Kungälv är att läkarna många gånger missar att informera äldresköterskan är en diagnos är satt så hon kan initiera ett SIP-möte. Vårdcentralens representanterna ser inte att detta skulle vara ett bekymmer i Stenungsund då äldresköterskorna är delaktiga i utredningarna. På förslag från Karin och Åsa tas beslut om att börja tillämpa arbetssättet efter sommarssemestern.

14. Övrigt

-

Vid minnesanteckningen

Carina Westervel

Processledare