



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

Datum 2026-04-24
Dokumenttyp Minnesanteckningar

Ärende Möte i närområdesgrupp och lokal psykiatrigrupp Tjörn

Datum 2026-04-22

Plats Tjörn, Källekärr

Närvarande (√)	Mikael Bengtsson ✓	Cajsa Hamel ✓
	<i>Kungälv's sjukhus</i>	<i>Tjörns kommun</i>
	Anette Johansson ✓	Magdalena Romanov ✓
	<i>Kungälv's sjukhus</i>	<i>Tjörns kommun</i>
	Björn Erholm -	Claire Engström ✓
	<i>Närhälsan Tjörn - rehab</i>	<i>Tjörns kommun</i>
Ann-Sofie Lekander ✓	Lilian Hansson -	
<i>Närhälsan Tjörn - vårdcentral</i>		
Karin Olsson ✓	Maria Hjelte ✓	
<i>Capio Vårdcentral/rehab</i>	<i>Tjörns kommun</i>	
	Johanna Ehrenholm -	
	<i>(adjungerad)</i>	
	<i>Delregional samordnare</i>	

1. Presentationsrunda

Presentationsrunda då alla inte träffats tidigare. Maria Hjelte, nyttillträdd MAS, hälsas välkommen till närområdesgruppen.

2. 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.

Uppdrag

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.

3. 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 i 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.

4. 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.

5. 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. Även om alla inte hunnit läsa igenom revisionsförslaget ställer sig representanterna i närområdesgruppen bakom förslaget. Eventuella synpunkter mailas till Mattias under kommande vecka.

6. Samverkan kring FaR

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 i närområdesgruppen delar den uppfattningen och föreslår att kravprofilen ses över. Kommunen har till exempel en boendestödjare som de bedömer skulle kunna vara lämplig för uppdraget.

7. Avvikelsehantering i samverkan

Punkten bordläggs till kommande möte på grund av tidsbrist.

8. Proaktiv SIP vid demensdiagnoser

Nulägesstatus

Kommunen informerar om att under Q1 har de blivit inbjudan till en proaktiv SIP och under april två.

Dialog förs om man skulle kunna utvidga målgruppen för proaktiva [SIP:ar](#) till att omfatta alla multisjuka, äldre personer.

9. Samverkan kring skörhet och skattning enligt CFS

Nulägesstatus i respektive verksamhet

Marie informerar om att kommunen arbetar strukturerar och målmedvetet med att alla patienter ska ha en CFS-skattning samt att vårdbegäran ska vara komplett och aktuell.

Närhälsan har nu ett strukturerat arbetssätt med skattning för skörhet med CFS-skalan. Capio har inte kommit riktigt lika långt än.

Uppföljning CFS-skattning – dokumentation av resultat i vårdbegäran

Dokumentation av CFS-skattning i vårdbegäran är fortfarande ett utvecklingsområde. Vid den aktuella tidpunkten fanns 14 patienter inlagda i SAMSA, var av 13 hade en vårdbegäran. För fyra av patienterna fanns en CFS-skattning dokumenterad.

10. 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 dess 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 planerar vården och en förutsättning för att kunna göra kloka kliniska val. Kommunen önskar statistik från SAMSA uppdelat på om patienterna har kommunal primärvård eller regional primärvård.

11. Övrigt

-

Vid minnesanteckningen

Carina Westerelve

Processledare