Gällande:
2025- tills vidare

Gemensam Närområdesplan

För Hälso- och sjukvård och angränsande socialtjänst



Planen gäller för Närområde Mölndal

med följande ingående parter

Mölndals Stad
Capio Mölndal
Distriktsläkarna Mölndal
Forsåker Vårdcentral
Hälsa Hemma
Läkargruppen Mölndalsbro

Närhälsan Krokslätt
Närhälsan Lindome
Nötkärnan Familjeläkare och BVC
Omtanken Kållered
Omtanken Pedagogen Park
Omtanken Åby

Innehåll

Inledning och syfte 2
Målgrupp 2
Organisation 2
God och nära vård 2
Läkaransvar i kommunal primärvård 3
*Årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård 3
* Mobil läkare inom ordinärt boende 4
* Kommunala boendeenheter, särskilt boende 4
*Korttidsboende/Korttidsenhet 4
Ansvarsfördelning mellan läkare på korttidsboende och ordinarie fast läkarkontakt 5
*Bostad med särskild service för vuxna (LSS) 5
*Läkaransvar vid dagverksamhet och daglig verksamhet 5
Fasta inplanerade tider för läkaransvar inom socialpsykiatrin 5
*Akuta bedömningar och oplanerade hembesök 6
*Palliativ vård 6
*Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning 6
*Läkare i beredskap 6
Medicinskt rådgivningsansvarig läkare 7
Vaccinationer 7
Beslutstöd 7
Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård 7
Samordnad individuell plan – SIP 7
Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård 8
*POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande 8
Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet 8
*Barnhälsovård 8
*Asylsökande och personer utan tillstånd 9
Hälsofrämjande och förebyggande arbete 9
Egenvård 9
Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter 9
Integrerade mottagningar 9
*Gemensam uppföljning 9
*Gemensam kompetensutveckling 10
*Utvecklingsområden 10

*Ansvariga för gemensam närområdesplan 10
Referenser 11
*Bilaga 1 Läkaransvar i kommunal primärvård 11
*Bilaga 2 Barnhälsovård 11

Inledning och syfte

Gemensam närområdesplan för lokal partsamverkan som gäller för primärvård, angränsande socialtjänst samt vårdgrannar och är ett verktyg för en god och nära vård utifrån ett personcentrerat förhållningssätt och vårdförlopp. Planen tydliggör omfattning och former för samverkan inom flera områden.
Den gemensamma närområdesplanen gäller från* 2025-02-01 och tillsvidare.
Gemensam närområdesplan ska följas upp och utvärderas en gång per år mellan samverkande parter på lokal nivå, kommunvis. Planen revideras vid behov
Koncernkontoret följer upp gemensam närområdesplan utifrån krav och kvalitetsboken inom vårdval vårdcentral.

Målgrupp

Enligt Hälso- och sjukvårdslagen och hälso- och sjukvårdsavtal ansvarar Västra Götalandsregionen för att avsätta läkarresurser till de patientgrupper som ingår i kommunernas hälso- och sjukvårdsansvar enligt 14 kap. 1 § hälso- och sjukvårdslagen, HSL, (2017:30).

- Personer i särskilda boendeformer samt bostäder med särskild service 5 kap. 5 § andra stycket, 5 kap. 7 § tredje stycket eller 7 kap. 1 § första stycket 2 socialtjänstlagen (2001:453), SoL.
- Personer som bor i bostad med särskild service enligt 9 § 8 och 9 § 9 LSS.
- Personer under vistelsetiden vid biståndsbedömd dagverksamhet (3 kap. 6 § SoL) samt daglig verksamhet enligt lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, LSS.
- I Västra Götaland har kommunerna ansvaret för hälso- och sjukvård i hemmet sedan regionbildningen 1999, avtal enligt möjligheten i 12 kap. 2 § HSL (2017:30).

Organisation

Det ska finnas en särskilt utsedd fast läkarkontakt/läkare i kommunal primärvård, som utgår från vårdcentral, som har patientansvaret inklusive medicinskt rådgivningsansvar på enhetsnivå, inom respektive enhet inom; Särskilt boende, kommunal primärvård inom ordinärt boende samt lagen om stöd och service (LSS) och socialpsykiatrin.
När en person flyttar in på ett särskilt boende så ska den personen, med respekt för det fria valet, erbjudas att lista sig på den vårdcentral som har läkaransvar på boendet. Enl. *bilaga 1 läkaransvar inom primärvård*.

God och nära vård

En god och nära vård bygger på kontinuitet vilket är en förutsättning för relation och tillit där

patienten är medskapare utifrån ett personcentrerat arbetssätt. En del i detta arbetssätt är samverkan mellan huvudmännen men också inom och mellan professionerna samt fasta kontakter. Fast vårdkontakt finns i region och/eller kommun, fast omsorgskontakt i hemtjänsten inom kommunal verksamhet samt regionens fasta läkarkontakt. Dessa kontakter utses utifrån patientens behov.

Läkaransvar i kommunal primärvård

Vårdcentralen ansvarar för läkarinsatser och samverkan med den kommunala primärvården enligt gällande hälso- och sjukvårdsavtal, utifrån ett personcentrerat arbetssätt.
Ansvaret gäller för alla patienter med kommunal primärvård. Vårdcentralen ska utse fast läkarkontakt och ska erbjuda hembesök av fast läkarkontakt minst en gång årligen.
Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget

*Årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård

Patienten, eventuellt närstående och de fasta kontakterna, från både region och kommun, har dialog om hälsotillståndet, en fördjupad läkemedelsgenomgång och fortsatt vård- och omsorgsplanering.
Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget

Ansvarsfördelning inför årlig genomgång och planering:
Vård- och omsorgsplanering:

- genomförs minst en gång/år
- vid försämrat hälsotillstånd
- för nya patienter inom kommunal primärvård

Planering:

- sjuksköterskorna samordnar planeringen i god tid, informerar patienten och bjuder in anhöriga enligt överenskommelse med patienten
- läkaren och sjuksköterskan tar fram en årsplanering med inplanerade medicinska planeringar:
    - jämn fördelning över arbetsdagarna
    - jämn fördelning över året
    - planeras inte in under ordinarie semestertider

Förberedelser ca två veckor innan hembesöket:

- sjuksköterskan informerar om eventuell förändring i patientens hälsotillstånd
- läkaren ordinerar provtagning
- sjuksköterskan utför ordinerad provtagning
- sjuksköterskan gör symtomskattning, t.ex. PHASE-20
- sjuksköterskan, (och vid fall även arbetsterapeut, fysioterapeut) genomför överenskomna riskbedömningar

Under hembesöket:

- analys av provsvar, symtomskattningar, riskbedömningar och hälsotillstånd
- läkaren gör en fördjupad läkemedelsgenomgång och hälsoundersökning.

- Ställningstagande till behandlingsbegräsningar

* Mobil läkare inom ordinärt boende

Ansvarsfördelning preciseras i *bilaga 1 läkaransvar inom kommunal primärvård* och ska innehålla ansvarig vårdcentral, dag och tid i veckan/varannan vecka samt mötesform.
Beskriv läkaransvaret för patienter med kommunal primärvård inom ordinärt boende
Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget

De olika vårdcentralerna har lite olika upplägg kring läkarkontakten i ordinärt boende. Planerade patientbesök vid behov, årlig genomgång i hemmet eller på plats på vårdcentralen (beroende på patientens behov).

- akuta patientbesök
- avstämningstid med sjuksköterska
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner

* Kommunala boendeenheter, särskilt boende

Ansvarsfördelning preciseras i *bilaga 1 läkaransvar inom kommunal primärvård* och ska innehålla ansvarig vårdcentral, dag och tid i veckan/varannan vecka samt mötesform.
Beskriv läkaransvaret för patienter med kommunal primärvård inom kommunala boendeenheter
Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget

Veckovis inplanerade tider på plats på vård- och omsorgsboendet mellan läkare och sjuksköterska ansvarig för boendet. Tiden är till för möte om patient, för planerade patientbesök inkl. årlig genomgång:

- akuta patientbesök
- avstämningstid med sjuksköterska
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner

*Korttidsboende/Korttidsenhet

På korttidsboende/korttidsenhet har den/de vårdcentraler behandlingsansvar för alla patienter under deras vistelsetid på boendet, oavsett på vilken vårdcentral patienten har sitt vårdval.
Ansvarsfördelning preciseras i *bilaga 1 läkaransvar inom kommunal primärvård* och ska innehålla ansvarig vårdcentral, dag och tid i veckan/varannan vecka samt mötesform.
Beskriv läkaransvaret för patienter med kommunal primärvård som vistas på korttidsboende/korttidsenhet
Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget

- Den vårdcentral där patienten har sitt vårdval ska tillsammans med ansvarig vårdcentral på korttidsboendet säkerställa vårdkedjan för patienten. Ansvarig vårdcentral på korttidsboendet har ansvar för bland annat läkemedelsförskrivning, medicinsk service samt kostnaderna för detta under patientens vistelsetid på kort-tidsboendet. Vid förskrivning av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter ansvarar den vårdcentral där patienten är listad för detta, även under vistelse på korttidsboende. Vårdcentralen där patienten har sitt vårdval ska ta över läkemedelsansvaret senast tre veckor efter att patienten skrivits ut från korttidsboendet.

- planerade patientbesök
- akuta patientbesök
- avstämningstid med sjuksköterska
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner

Ansvarsfördelning mellan läkare på korttidsboende och ordinarie fast läkarkontakt

Exempel på åtgärder för läkaransvaret på korttidsboendet:

- vid förändring av hälsotillstånd, oro och ångest
- recept på läkemedel som förskrivits på sjukhuset och förnyelse av recept som inte kan vänta.

Exempel på åtgärder som ordinarie fast läkarkontakt ansvarar för:

- förnya dosdispenserade läkemedel (apodos)
- årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård
- remisser från sjukhuset med uppföljningar och provtagning
- utredningar.

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget

*Bostad med särskild service för vuxna (LSS)

Ansvarsfördelning preciseras i *bilaga 1 läkaransvar inom kommunal primärvård* och ska innehålla ansvarig vårdcentral, kontinuerlig avstämning samt mötesform.
Beskriv läkaransvaret för patienter med kommunal primärvård inom bostäder med särskild service för vuxna
Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget

- Nya samarbetssätt håller på att utarbetats, då man uppmärksammat att det försvåras i och med att patienterna är väldigt utspridda till olika vårdval på de olika boendena.

- planerade patientbesök inkl. årlig genomgång
- akuta patientbesök
- avstämningstid med sjuksköterska vid behov
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner

*Läkaransvar vid dagverksamhet och daglig verksamhet

Hänvisas till patientens ordinarie fasta läkarkontakt vid vårdcentral.

Fasta inplanerade tider för läkaransvar inom socialpsykiatrin

Personer inom socialpsykiatrin som har beslut om kommunal primärvård och insats enligt Lagen om stöd och service eller Socialtjänstlagen i form av boende eller andra stödinsatser i ordinärt boende.
Ansvarsfördelning preciseras i *bilaga 1 läkaransvar inom kommunal primärvård* och ska innehålla ansvarig vårdcentral, dag och tid i veckan/varannan vecka samt mötesform.
Beskriv läkaransvaret för patienter med kommunal primärvård inom socialpsykiatrin

- planerade patientbesök inkl. årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård

- avstämningstid på Fallströmmens korttidsboende (socialpsykiatri) med sjuksköterska 1 gång i månaden, utöver det kontakt vid behov.
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner

*Akuta bedömningar och oplanerade hembesök

I akuta fall, när omedelbar bedömning eller rådfrågning av läkaren behövs under dagtid, vardagar ska det finnas direktnummer till ansvarig vårdcentral, med skyndsam återkoppling från läkare, *se bilaga 1 läkaransvar inom kommunal primärvård*
Oplanerat hembesök eller besök av icke akut karaktär ska vårdcentralen erbjuda utifrån medicinsk bedömning.
Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget
Kommentarsfält

*Palliativ vård

God kontakt mellan sjuksköterskor i kommunen och läkare från vårdcentral. Proaktivt förhållningssätt. Hembesök vid behov utav läkare.

*Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget
Ansvar fördelas enligt de GPS avstånd som gäller som grund för passiv listning enligt närhetsprincipen. Vi använder då samma kartor där gatuadresser framgår, http://vgpv.vgregion.se

*Läkare i beredskap

Måndag – torsdag kl.17.00 till 08.00.
Fredag kl 17.00 – måndag 08.00.
Dag före helgdag kl 17.00 till 08.00 närmast efterföljande vardag. Som helgdag räknas även midsommarafton, julafton och nyårsafton.
Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget och på Vårdgivarwebben

Samtliga vårdcentraler i närområdet tillhandahåller för sina listade invånare, läkare i beredskap genom underleverantör, i enighet med KoK-boken kap. 2.4.8.2.

För att komma i kontakt med beredskapsjouren ringer ni direkt till beredskapsläkaren i Göteborg inklusive kranskommuner på telefonnummer **073-532 30 00**.

Enligt vårt avtal är kravet att man telefonledes ska kunna komma i kontakt med läkare i beredskap inom 30 minuter samt 2 timmars inställelsetid för utryckningar. Om det är upptaget eller om beredskapsläkaren är förhindrad att svara ber vi er ringa igen lite senare. Om ni fortfarande inte fått svar inom 30 minuter och/eller har ett brådskande ärende hänvisar vi till en av våra andra beredskapsläkare som kan ge samma medicinska telefonrådgivning och som förmedlar kontakt med beredskapsläkaren i aktuellt område vid behov av besök hos patienten. Telefonnummer till den andra beredskapsläkaren: **077-011 02 88**.

Vid frågor och synpunkter kan ni vända er till Läkarjourens kontor vardagar 08:00-16:30, på telefonnummer 031-190 180 eller maila på e-post: kontakt@lakarjourensverige.se.

Uppdraget finns också beskrivet i länken:
Beredskapsjour - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen (vgregion.se)

Kontakt och mer info om avtalet, se länk:
Beredskapsjouren Göteborg, Mölndal, Partille, Härryda.

Medicinskt rådgivningsansvarig läkare

Medicinskt rådgivningsansvar är skilt från patientansvaret och rör övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor i kommunal primärvård.
Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget

Vaccinationer

Beskriv ansvarsfördelning gällande beställning, ordination, administrering och registrering inklusive överföring till NVR (Nationella vaccinationsregistret) för vaccinationer som säsongsinfluensa och Covid-19 för patienter med kommunal primärvård

Beslutstöd

Vid oplanerade/akuta kontakter med läkare på vårdcentral eller läkare i beredskap ska en bedömning ha gjorts enligt gällande beslutsstöd för att förbättra patientsäkerheten och säkerställa att läkaren har förutsättningar att göra en bedömning och fatta beslut till åtgärd

- Kommunikation sker med stöd av SBAR

Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård

Arbete pågår både lokalt och regionalt för att förändra arbetssätt. Tills större ändringar sker, så arbetar vi på som tidigare:
Patientens vistelse inom slutenvården, följs via Samsa av både kommunal och regional primärvård.
Vårdcentralen ringer upp inneliggande patienter och frågar om de önskar SIP efter utskrivningen.
Både representanter ifrån kommunal och regional primärvård deltar med hög prioritet på de planeringsmöten som hålls.

Samordnad individuell plan – SIP

Samordnad individuell plan, SIP ska erbjudas oavsett ålder, diagnos, funktionsvariation eller behov och är den enskildes plan.
SIP ska erbjudas patienter vid:

- beslut om kommunal primärvård inkl. rehab
- utskrivning från sjukhus
- behov om gemensam planering uppstår

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget

Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård

Uppsökande verksamhet består av två olika delar, munhälsobedömning och utbildning till kommunal omvårdnadspersonal. Västra Götalandsregionen har enligt tandvårdslagen (1985:125) ansvar för uppsökande verksamhet och nödvändig tandvård för individer som har rätt till denna insats.
Samverkansavtalet beskriver varje parts respektive ansvar inom uppsökande tandvård.

Vem gör vad i vårt lokala samverkansområde, ex. utfärdar intyg.?

- Kommunens sjuksköterskor utfärdar tandvårdsintyg för patienter med rätt kriterier inskrivna i kommunal primärvård.
- Kommunens socialsekreterare utfärdar tandvårdsintyg för brukare med rätt uppfyllda kriterier i ordinärt boende (som inte är inskrivna i kommunal primärvård.)
- Om behovet uppmärksammas på vårdcentralen, förmedlas kontakt med rätt instans.
- Läkare och sjuksköterska på vårdcentralen utfärdar tandvårdsintyg till de patienter som uppfyller vissa diagnoskriterier.

*POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget
Krisstöd är en krisorganisation i Mölndals stad som aktiveras vid extraordinära händelser för att ge stöd till drabbade.
Organisationen leds av en ledningsgrupp med representanter från olika förvaltningar och organisationer, och har som mål att erbjuda medmänskligt stöd, praktisk hjälp och avlastande samtal.
Tre ledord präglar deras arbete: "Häll i" (mat och dryck), "Håll om" (fysisk tröst) och "Håll ut" (stanna kvar tills händelsen är över).
Krisstöd arbetar flexibelt och kan upprättas snabbt när ordinarie stödinsatser inte räcker till.

Kontaktperson-/er:

Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget
Läs mer på kommunens hemsida om kris- och beredskapsfrågor i närområdet
https://www.molndal.se/startsida/omsorg-och-hjalp/trygg-och-saker/krisberedskap-och-civilt-forsvar.html
Kontaktperson-/er

*Barnhälsovård

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget

- Hälsoundersökning av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet utförs på begäran av socialtjänsten, på vårdcentral enligt närområdeskartan för placeringsadressen.

Upprätta förteckning över ansvar mellan barnhälsovård och förskolor se *bilaga 2 ansvarsfördelning av förskolor i samverkansområdet.*

*Asylsökande och personer utan tillstånd

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget
Arbetet med asylsökande sköts på respektive vårdcentral och inte i samordnad form.
Om inget aktivt vårdval eller aktiv pågående vårdkontakt på en vårdcentral finns, så fördelas ansvaret via närhetsprincipen. Om en patient har ett aktivt vårdval eller en aktiv påbörjad vårdkontakt på en vårdcentral, och remiss inkommer till vårdcentral enligt närhetsprincip, så skickas inkommande remiss vidare till vårdcentral med aktivt vårdval eller vårdkontakt.

Rutin på vårdgivarwebben följs för både hälso- och sjukvård samt hälsoundersökningar:
https://www.vgregion.se/halsa-och-vard/vardgivarwebben/vardadministration/personer-fran-andra-lander/asylsokande-och-personer-utan-tillstand/

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget
Aktuella hälsofrämjande och förebyggande arbeten presenteras och delges i samverkansforum så som Nosam.

Egenvård

Kopplat till Länsgemensam rutin för egenvård och Länsgemensam rutin för hälso- och sjukvårdsinsatser som är bedömda att kunna utföras som egenvård för barn och unga på kortidsvistelse LSS
Vid behov skrivs egenvårdsintyg. Behov kan uppmärksammas och initieras ifrån både kommunal och regional primärvård.

Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget

- PRT - Palliativa resursteamet
- NSVT – Närsjukvårdsteamet
- Mobil röntgen
- Mobila teamet - Psykiatri
- Specialistmottagningar bjuds in till samverkansmöten vid behov.
  Samverkan med slutenvården, vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård via Samsa och planeringsmöten.

Integrerade mottagningar

Exempelvis

- Mini-Maria
- Familjecentraler
- UPH-mottagningar

*Gemensam uppföljning

Denna plan ska årligen följas upp inom lokala samverkansområdet.

-

- Gemensam uppföljning mellan kommunal och regional primärvård 2g/år, enskilda möten med respektive vårdcentral och kommunen 2g/år.

- Samverkan på lokal ledningsnivå
- Teamarbetet och samarbetet
- Tillgänglighet av ansvarig läkare
- Fasta planerade läkartider
- Fördjupad läkemedelsgenomgång
- Vård och omsorgsplanering samt SIP
- Avvikelser i samverkan
- Palliativa vård, ex brytpunktsamtal, smärtskattning, proaktivt arbete
- Förebyggande arbete-riskbedömningar

*Gemensam kompetensutveckling

- Gemensamma utbildningsdagar, tex SIP-dagen.
- Vid behov, bistår vi med kompetensspridning i olika former mellan kommunal och region primärvård.

*Utvecklingsområden

(Förslagsvis minst 2 områden)
Inskrivning i kommunal primärvård, arbetsgrupp
Palliativ vård
Förbättrad läkarmedverkan och samverkan med funktionsstöd.
Psykisk ohälsa
Gemensam plan för demensutredning/vård och behandling

*Ansvariga för gemensam närområdesplan

2025-11-24

Vårdcentral

Karin Blomqvist	Linn Nordlund
MAS	Verksamhetschef
Vård och Omsorg	Distriktsläkarna Vårdcentral och BVC
Mölndals Stad	VG region

Rehabenhet

Namn	Namn
Titel	Titel
Verksamhet	Verksamhet
XXX kommun	VG region

Uppdaterad:
Datum:

Vårdcentral

Namn	Namn

Titel	Titel
Verksamhet	Verksamhet
XXX kommun	VG region

Rehabenhet

Namn	Namn
Titel	Titel
Verksamhet	Verksamhet
XXX kommun	VG region

Referenser

- Länkar till referenser finns i dokument: Referenser Gemensam Närområdesplan

*Bilaga 1 Läkaransvar i kommunal primärvård

Ansvarig vårdcentral per boende
Finns på SharePoint ytan Gemensam Närområdesplan, bilagor, fylls i och sparas även av respektive huvudman

*Bilaga 2 Barnhälsovård

Förteckning över ansvar mellan barnhälsovård och förskolor
Finns på SharePoint ytan Gemensam Närområdesplan, bilagor, fylls i och sparas även av respektive huvudman