

# Gemensam Närområdesplan

## För Hälsa- och sjukvård och angränsande socialtjänst



### Planen gäller för Närområde Centrum (Skånegatan)

med följande ingående parter

Göteborgs stad Centrum Skånegatan
Capio Vårdcentral Gårda
Vårdcentralen Carlanderska
Vårdcentralen Läkarhuset
Omtanken Landala

Närhälsan Gibraltargatan Vårdcentral
Kvarterskliniken Avenyn
Kvarterskliniken Lorensberg
Meliva Vårdcentral Fredriksdal
Citysjukhuset +7 Vårdcentral

## 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 socialpsykiatri.....	6
*Akuta bedömningar och oplanerade hembesök .....	6
*Palliativ vård .....	6
*Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning.....	7
*Läkare i beredskap .....	8
Medicinskt rådgivningsansvarig läkare.....	8
Vaccinationer .....	8
Beslutstöd.....	9
Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård .....	9
Samordnad individuell plan – SIP .....	9
Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård .....	9
*POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande .....	10
Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet .....	10
*Barnhälsovård.....	10
*Asylsökande och personer utan tillstånd .....	10
Hälsofrämjande och förebyggande arbete .....	10
Egenvård.....	11
Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter .....	11
Integrerade mottagningar .....	11
*Gemensam uppföljning .....	11
*Gemensam kompetensutveckling.....	12
*Utvecklingsområden.....	12

*Ansvariga för gemensam närområdesplan .....	12
Referenser.....	12
*Bilaga 1 Läkaransvar i kommunal primärvård.....	12
*Bilaga 2 Barnhälsovård .....	12

## 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\* 25-01-01och 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 **tillsammans med ansvarig läkare**, informerar patienten och bjuder in närstående/anhöriga enligt överenskommelse med patienten
- läkaren och sjuksköterskan tar fram en årsplanering med medicinska insatser och uppföljningar:
  - jämn fördelning över arbetsdagarna
  - jämn fördelning över året
  - planeras inte in under ordinarie semestertider

### Förberedelser ca två veckor innan hembesöket:

- förankras med läkaren i samband med rond
- sjuksköterskan informerar om eventuell förändring i patientens hälsotillstånd
- läkaren ordinerar provtagning
- sjuksköterskan utför ordinerad provtagning
- sjuksköterskan gör symtomskattning, t.ex. PHASE-20
- sjuksköterskan, arbetsterapeut, fysioterapeut/sjukgymnast och omvårdnadspersonal genomför överenskomna riskbedömningar

### Under hembesöket:

- Läkaren bedömer provsvar, symtomskattningar och hälsotillstånd

- läkaren gör en läkemedelsgenomgång, hälsoundersökning och fördjupad läkemedelsgenomgång
- Vård- och omsorgsplanering genomförs tillsammans med patient och eventuellt närstående och eventuellt fast omsorgskontakt samt berörda
- läkaren upprättar eller uppdaterar vård- och omsorgsplaneringen
- Ställningstagande till behandlingsbegränsningar såsom ej HLR, palliativ vård, brytpunktssamtal, ej sjukhusvård

### \* 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*

- planerade patientbesök inkl. årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård
- akuta patientbesök
- tydlig och direkt kontaktväg vid akuta ärenden
- planerad rond 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*

l

- vårdcentral där patient är listad ansvarar för planerade patientbesök inkl. årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård
- vårdcentral där patient är listad ansvarar för akuta patientbesök. Det skall finnas en tydlig och direkt kontaktväg vid akuta ärenden
- planerad rond 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*

Enligt krav och kvalitetsbok l

- planerade patientbesök
- akuta patientbesök
- Tydlig och direkt kontaktväg vid akuta ärenden
- Planerad rond med sjuksköterska enligt bilaga
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner

- Vårdcentral/läkare som ansvarar för korttidsenhet har ansvar för läkemedelsförskrivning, medicinsk service såsom lab/radiologi eller annan beställd vård samt kostnaderna för detta under patientens vistelsetid på korttidsenheten och upp till tre veckor efter utskrivning.
- Vid ett akut behov av uppstart av Apodos i samband med utskrivning från slutenvård samt under vistelsen på korttidsenhet ansvarar vårdcentral med behandlingsansvar för korttidsenheten. Detta gäller också om skyndsamt behov av apodos vid utskrivning till hemmet identifierats.
- Ställningstagande till eventuell och ej brådskande apodos efter utskrivning från korttidsenhet till hemmet, remitteras till ordinarie fast läkarkontakt i regionala primärvården eller specialistvården beroende på vem som är huvudansvarig fast vårdkontakt för patienten.
- Inkommen remiss från specialistvården där uppföljningsbehov finns under patientens vistelsetid på korttidsenheten, sänds vidare till den vårdcentral som har behandlingsansvar för korttidsenheten. Inkommen remiss med behov av uppföljning efter avslutad tid på korttidsenhet handläggs av ordinarie fast läkarkontakt i regionala primärvården eller specialistvården beroende på vem som är huvudansvarig fast vårdkontakt för patienten.
- Vårdcentralen där patienten är listad ansvarar för förskrivning av hjälpmedel och läkemedelsnära produkter även under vistelse på korttidsenhet

### **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*

### **\*Läkaransvar vid dagverksamhet och daglig verksamhet**

Hänvisas till patientens ordinarie fasta läkarkontakt vid vårdcentral.

## **Fasta inplanerade tider för läkaransvar inom socialpsykiatri**

Personer inom socialpsykiatri 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 socialpsykiatri (ej hanterad i Samverkan 2024/2025 till exempel

- planerade patientbesök inkl. årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård
- avstämningstid med sjuksköterska
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner
- vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut för ärenden som inte kräver besök hos patienten.

## **\*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*

## **\*Palliativ vård**

- Vid försämring hos en patient är det viktigt att läkaren gör en noggrann bedömning för att avgöra om patienten är i behov av ökad vård samt om palliativ vård bör initieras. I samarbete med sjuksköterskor och andra vårdgivare säkerställs en helhetsbild av patientens tillstånd för att fatta beslut om vårdinsatser.
- Om patientens tillstånd är allvarligt och obotligt görs en gemensam bedömning av läkare och legitimerad vårdpersonal för att avgöra om det är lämpligt att inleda palliativ vård. För att underlätta smärtlindring och hantera symtom påbörjas trygghetsordinationer. Dessa beslut fattas i samråd med patienten och anhöriga, där det är möjligt. Trygghetsordinationen skall uppdateras vid förändrat hälsotillstånd.
- En medicinsk teambaserad vårdplan upprättas, såsom medicinering, smärtlindring och- eller andra behov. Vårdplanen uppdateras regelbundet för att anpassas till patientens förändrade behov. I dokumentationen ska vi kunna följa vårdens inriktning genom att använda samma KVÅ koder för att säkerställa patientsäkerheten.

- Brytpunktsamtalet är ett centralt moment där patienten och de närstående informeras om övergången till palliativ vård i livets slutskede. Samtalet hålls av läkaren, ofta tillsammans med en sjuksköterska, och syftar till att ge information på ett lugnt och begripligt sätt samt bemöta frågor och/eller oro. Läkaren tar ställning till HLR och informerar patient och anhöriga/ närstående. Beslut om ej HLR skall följas upp kontinuerligt och omvärderas.
- Stöd till anhöriga är en viktig del av den palliativa vården och bör omfatta samtalsstöd, avlastning och information om patientens tillstånd. Det är särskilt viktigt att ta hänsyn till familjer där finns minderåriga barn.
- Vid patientens bortgång är det läkaren som har ansvaret för att fastställa dödsfallet enligt gällande riktlinjer. Vid förväntade dödsfall kan överenskommelse fattas om att sjuksköterska kan utföra uppgifter för att ansvarig läkare skall kunna fastställa dödsfall. Detta förutsätter att kontrollblankett ”Överenskommelse vid förväntat dödsfall” är underskriven av ansvarig läkare. Observera att konstaterande av dödsfall aldrig kan delegeras från läkare.
- Efter dödsfallet erbjuds de närstående ett efterlevandesamtal. Under samtalet får de möjlighet att bearbeta sin sorg och ställa frågor. Detta samtal genomförs vanligtvis av en sjuksköterska, läkare, kurator eller annan vårdpersonal som känner familjen. Sjuksköterskan i den kommunala primärvården har kontakt med närstående och erbjuder efterlevandesamtal. Sjuksköterskan kommunicerar närståendes önskemål till ansvarig vårdgivare och gör en gemensam planering.

### **\*Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning**

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

1. **Förväntade och icke förväntade dödsfall samt vårdintygsbedömning inom Centrum Skånegatan dagtid 08.00-17.00 ansvarar den vårdcentral där patienten är listad om detta är vårdcentraler inom NOSAM området.** Dödsfallet konstateras av den enhet som patienten är listad på. Ansvarig enhet kontaktar anhöriga och utfärdar dödsbevis och dödsorsaksintyg.
2. **Dödsfall samt vårdintygsbedömning inom närområdet dagtid 08.00-17.00 gällande patienter listade utanför närområdet.** Dödsfallet konstateras av läkare på den enhet som enligt närområdesprincipens karta har geografiskt ansvar. Läkaren tillser att anhöriga/närstående blir kontaktade, avgör om polis skall kontaktas och tar vid behov denna kontakt. Läkaren utfärdar dödsbevis och säkerhetsställer att dödsorsaksintyg utfärdas av ansvarig läkare. Ansvarig läkare ansvarar för att vid behov remittera för obduktion.

3. **Dödsfall (förväntade och icke förväntade) samt vårdintygsbedömnings som inträffar under jourtid i närområdet konstateras enligt avtal med Beredskapsjouren.** Jourtelefon 073-532 30 00. För mer information se vårdgivarwebben.

### **\*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 Kommentarsfält*

Uppdraget finns också beskrivet i länken:

[Beredskapsjour - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#)

Kontakt se länk:

[Beredskapsjouren Göteborg + MPH \(vgregion.se\)](#)

### **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*

*(ej hanterad i Samverkan 2024/2025 Hur ska medicinskt rådgivningsansvar fungera i vårt område?)*

### **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 (ej hanterad i Samverkan 2024/2025)

**Mål:** Målet är att tillsammans säkerställa en hög vaccinationstäckning för gemensamma patienter.

1. **Självständighet och delaktighet:** : För att stärka patienternas självständighet och delaktighet i sin egen vård, uppmuntras de som kan och vill att besöka sin listade vårdcentral, exempelvis patienter boende inom Boende med särskild service (BmSS).
2. **Ansvar:**
  - **Kommunal primärvård** - Kartläggning vem som önskar vaccin, ansvara för att hälsodeklaration fylls i, administrera vaccin till patient, dokumentera i vår journal PMO, lämna underlag för att vaccin är givet till vårdcentralen där patienten är listad.

- **Vårdcentral där patient är listad** – Ordinera vaccin, (kan efter överenskommelse med kommunen göras av distriktsköterska i kommunen) Registrera i nationella vaccinationsregistret.

3. **Leverans av vaccin:** Behöver ske samordnat till kommunal primärvårds lokaler, förutom vaccin så behöver allt material som behövs för att kunna vaccinera ingå. Alternativt kan en vårdcentral utses där kommunal primärvård hämtar vaccin till samtliga patienter inom NOSAM området. Ärendet är ett prioriterat samverkansområde i NOSAM under tidigare delen av 2025

## 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 (*ej hanterad i Samverkan 2024/2025 Vilket/vilka och hur användes beslutsstöd och rapporteringsstöd i vårt område?*)

- VISAM
- BViS
- SBAR
- NEWS
- Annat

## Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård

(*ej hanterad i Samverkan 2024/2025 Hur följs länsövergripande överenskommelse, riktlinje och rutin vid in- och utskrivningsprocessen?*)

## 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.

(ej hanterad i Samverkan 2024/2025 Vem gör vad i vårt lokala samverkansområde, ex. utfärdar intyg.?)

## **\*POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande**

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

POSOM finns ej längre. Vi kommer att behöva ha dialog på NOSAM och mellan verksamheterna under 2025 för att kunna säkerställa en god kris- och beredskapsplan.

## **Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet**

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

(ej hanterad i Samverkan 2024/2025)

## **\*Barnhälsovård**

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

Hur arbetar vi i vårt lokala samverkansområde?

- Hälsöfrämjande och förebyggande arbete enligt central barnhälsovård och rikshandbokens barnhälsovårdsprogram
- Kring barn med särskilt behov av stöd, social eller utvecklingsmässig problematik
- Föräldraskapsstöd
- Hygien och smittskyddsfrågor. Dialog med förskolor vid behov.
- Familjecentral eller familjecentralsliknande verksamhet
- Hälsoundersökning på vårdcentralen av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet

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*

Respektive vårdcentral ansvarar för sitt närområde enligt närområdeskartan efter rutinmässig kontroll i Vera-ASYL. Respektive vårdcentral ansvarar för att rutin finns i ledningssystemet som säkerhetsställer ett tryggt omhändertagande. Dialog kring ansvar för ansvar kring asylsökande och personer utan tillstånd registrerade på migrationsverket sker i samverkan med flyktingmedicinsk mottagning.

## **Hälsöfrämjande och förebyggande arbete**

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

(ej hanterad i Samverkan 2024/2025) Hur arbetar vi i vårt lokala samverkansområde

Representant i folkhälsoråd

## Egenvård

Kopplat till Läns gemensam rutin för egenvård och Läns gemensam rutin för hälso- och sjukvårdsinsatser som är bedömda att kunna utföras som egenvård för barn och unga på korttidsvistelse LSS

(ej hanterad i Samverkan 2024/2025 Hur arbetar vi i vårt lokala samverkansområde?)

## Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter

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

(ej hanterad i Samverkan 2024/2025)

Exempelvis:

- Mobila team som utgår från specialiserad vård i vårt lokala samverkansområde
- Psykiatri
- Rehabilitering, specialistvård
- Habilitering och hälsa
- Specialistmottagningar
- Samverkan med slutenvården, vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård
- Övriga

## Integrerade mottagningar

(ej hanterad i Samverkan 2024/2025)

Exempelvis

- Socialmedicinsk mottagning
- Mini-Maria
- Familjecentral
- Familjecentralsliknande verksamhet
- Övriga

## \*Gemensam uppföljning

Denna plan ska årligen följas upp inom lokala samverkansområdet.

- 
- Samverkan på lokal ledningsnivå
- Teamarbetet och samarbetet
- Tillgänglighet av ansvarig läkare
- Fasta planerade läkartider
- Följsamhet till beslutsstöd
- Fördjupad läkemedelsgenomgång
- Vård och omsorgsplanering samt SIP
- Avvikelse i samverkan
- Palliativa registret ex brytpunktsamtal, smärtskattning
- Digitalisering

Denna plan ska årligen följas upp inom lokala samverkansområdet. NOP ska följas upp 2ggr/ år i NOSAM samt vid behov

## **\*Gemensam kompetensutveckling**

Förslagsvis en gång per år gemensamt bedöma och planera behov av kompetensutveckling och utbildningsstöd för gemensamma satsningar inför kommande år.

Kommunal primärvård har lyft att det finns utbildningsbehov på NOSAM. Skrivs in som dagordning på NOSAM 1ggr/ år. Utbildning från regional primärvård 2 ggr/termin á 2 h utifrån gemensamt identifierat utvecklingsbehov. Utbildningstillfällena fördelas mellan vårdcentralerna inom NOSAM området.

## **\*Utvecklingsområden**

(Förslagsvis minst 2 områden)

Aktivt samarbeta kring in- och utskrivningsprocessen samt SIP.

## **\*Ansvariga för gemensam närområdesplan**

Datum: 240109

Namn Anneli Ekman  
Titel Enhetschef  
Verksamhet Ordinärt boende  
vårdplanering Skånegatan Centrum  
Göteborgs kommun

Namn Martin Jensen  
Titel Verksamhetschef  
Verksamhet Capio Vårdcentral Gårda  
VG region

Uppdaterad:

Datum:

Namn  
Titel  
Verksamhet  
XXX kommun

Namn  
Titel  
Verksamhet  
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