

Gemensam Närområdesplan

För Hälso- och sjukvård och angränsande socialtjänst



Planen gäller för Närområde Strömstad kommun
med följande ingående parter

Strömstad Kommun
Vårdcentralen Bohuslinden
Capio Vårdcentral Strömstad

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.....	5
*Akuta bedömningar och oplanerade hembesök	6
*Palliativ vård	6
*Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning.....	7
*Läkare i beredskap	7
Medicinskt rådgivningsansvarig läkare.....	7
Vaccinationer	8
Beslutstöd	8
Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård	8
Samordnad individuell plan – SIP.....	9
Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård	9
*POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande	9
Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet.....	9
*Barnhälsovård.....	9
*Asylsökande och personer utan tillstånd.....	10
Hälsofrämjande och förebyggande arbete.....	10
Egenvård.....	10
Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter.....	10
Integrerade mottagningar	11
*Gemensam uppföljning	11
*Gemensam kompetensutveckling.....	11
*Utvecklingsområden.....	11

*Ansvariga för gemensam närområdesplan	11
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* 25-02-01och 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

Årlig Medicinsk Vårdplanering (ersätter årskontroller)

Innehåller: medicinsk vårdplanering, årskontroller med hälsoundersökning samt en fördjupad läkemedelsgenomgång:

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 närstående/anhöriga enligt överenskommelse med patienten
- läkaren och sjuksköterskan tar fram en årsplanering med inplanerade medicinska vårdplaneringar:
 - jämn fördelning över arbetsdagarna
 - Planering fördelas utifrån patientens födelsemånad
 - jämn fördelning över året
 - planeras inte in under ordinarie semestertider

Förberedelser ca två veckor innan hembesöket:

- förankras med läkaren via ett ”Planeringsunderlag fast planerad läkartid”
- 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:

- analys av 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

*** 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 helst samma dag men senast dagen efter
- telefonkontakt 30 minuter för återkoppling eller efter överenskommelse, se bilaga ett för aktuella telefonnummer
- avstämningstid med sjuksköterska se bilaga
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner
- vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut för ärenden som inte kräver besök hos patienten.

*** 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

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

***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

- planerade patientbesök
- akuta patientbesök se ovan
- avstämningstid med sjuksköterska
- DELAT ANSVAR SOM TIDIGARE-EGEN ROND
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner
- vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut för ärenden som inte kräver besök hos patienten.

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

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

***Läkaransvar vid dagverksamhet och daglig verksamhet**

Hänvisas till patientens ordinarie fasta läkarkontakt vid vårdcentral.

Kommentarsfält

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

- 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

Akut hembesök samma dag eller senast dagen efter återkoppling telefon inom 30 minuter eller efter överenskommelse.

***Palliativ vård**

Läkarbedömning av försämrad patient och ställningstagande till palliativ vård och trygghetsläkemedel

Planering och ställningstagande till vård i livets slutskede ska alltid fattas av legitimerad läkare i samverkan med sjuksköterska. Sjuksköterska får inte inleda medicinsk vård i livets slutskede utan läkarkontakt. Det är läkarens ansvar att göra en medicinsk bedömning av var i sjukdomsförloppet patienten befinner sig och om hen har nått tidpunkten för övergång till palliativ vård i livets slutskede. Om ordinationen av trygghetsläkemedel är insatt sen tidigare (längre tid tillbaka än 14 dagar) ska en ny kontakt tas med läkare innan trygghetsordinationer startas.

Brytpunktsamtal

En patient genomgår under sin sjukdomstid en serie övergångar eller brytpunkter då sjukdomen och behandlingen skiftar karaktär. Brytpunkten till palliativ vård i livets slutskede handlar oftast om en process över tid snarare än ett distinkt tillfälle.

Brytpunktssamtal vid övergång till palliativ vård i livets slutskede är samtal mellan den ansvariga eller tjänstgörande läkaren och patienten/närstående om beslutet att övergå till palliativ vård i livets slutskede. Samtalen utgår från patientens situation och önskemål så långt det är möjligt och anpassas till patientens kognitiva förmåga, kulturella bakgrund och önskan om delaktighet.

Medicinsk vårdplan vid palliativ vård

Ett brytpunktssamtal bör leda till en uppdatering av den medicinska vårdplanen som innehåller en strategi för fortsatt vård och behandling. Den ska innehålla ställningstagande till fortsatt läkemedelsbehandling, ordinationer på ”Trygghetsläkemedel” samt åtgärder vid exempelvis infektion och minskat näringsintag

Efterlevandesamtal

Den palliativa vården fortsätter även efter dödsfallet, genom att ta hand om den avlidna och genom att erbjuda närstående efterlevandesamtal i överenskommelse mellan läkaren och sjuksköterskan.

***Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning**

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

Att fastställa dödsfall

Vid förväntade dödsfall, kan den kliniska undersökningen för att fastställa dödsfallet, göras av legitimerad sjuksköterska efter delegation från läkaren. Det är läkaren som fastställer dödsfallet och skriver dödsbevis enligt Socialstyrelsens formulär. (SOF SF 2005:10, 3 kap. § 1–2).

Information i SAMSA

Pacemaker

Tid/plats

Omständigheter/Närstående/Anhöriga

***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 \(vgr.region.se\)](http://vgr.region.se/beredskapsjour)

Kontakt se länk:

[Beredskapsjouren Norra Bohuslän + Dalsland \(vgr.region.se\)](http://vgr.region.se/beredskapsjouren-norra-bohuslan-dalsland)

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

Medicinskt rådgivningsansvarig läkare

Den medicinskt ansvariga rollen delas in i två nivåer; enhetsnivå samt övergripande ledningsnivå för kommunal primärvård.

Medicinska rådgivningsansvarig läkare på enhetsnivå

Medicinskt rådgivningsansvar på enhetsnivå; särskilt boende, inklusive korttidsboende, ordinärt boende, samt i bostäder med särskild service är den fasta läkarkontakten/mobila hemsjukvårdsläkaren enl. närområdesplanen.

Mobil hemsjukvårdsläkaren/fasta läkarkontakten blir inbjuden till ett ledningsteamsmöte från respektive enhet 2 gånger/år för att:

- medverka och ansvara för patientsäkerhetsarbetet
- ansvara för råd och stöd till personalen i hälso- och sjukvårdsfrågor
- utvärdera gemensamma riktlinjer och rutiner
- medverka i resultat och uppföljning av avvikelser i samverkan

Medicinska rådgivningsansvarig läkare på övergripande nivå.

Övergripande frågor för de medicinskt rådgivningsansvariga läkarna hanteras i samverkansmötet mellan regional och kommunal primärvård:

- medverka i att ta fram gemensamma riktlinjer och rutiner samt vara
- behjälplig i uppföljning av avvikelser
- bistå ledningen för den kommunala verksamheten i planering av
- verksamhetsförlagd medicinsk fortbildning
- medverka i att ta fram gemensamma riktlinjer och rutiner samt vara
- behjälplig i uppföljning av avvikelser

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

Vid vaccination av patienter inom kommunal primärvård används företrädesvis hälsodeklaration som har tagits fram av Smittskydd Västra Götaland. Patientens fasta läkarkontakt ansvarar för ordination av vaccin. Vårdcentralerna samverkar avseende beställning av vaccin för att så långt som möjligt få till ett så effektivt vaccinationsförfarande som möjligt samt ansvarar för registrering av givet vaccin i vaccinationsregister.

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. Beslutsstöd och rapporteringsstöd i vårt område

- SBAR använder vi när vi rapporterar eller ställer frågor till varandra. Om till exempel hemsjukvårds sjuksköterska behöver ringa till ansvarig läkare och ställa en fråga så ska frågan ställas och rapport ges enligt SBAR.

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

Hur följs länsövergripande överenskommelse, riktlinje och rutin vid in- och utskrivningsprocessen?

Följs väl inom kommun och vårdcentral. Det är ibland svårare i dialogen med sjukhuset. Men vi erbjuder SIP från vårdcentralen och kommunen tar hem sina patienter i tid. Patienten får ett tryggt mottagande i hemmet förutsatt att vårdcentral och kommun fått tillräcklig information i tid från sjukhuset.

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.

Sjuksköterska i Kommunal Primärvård utfärdar intyg för de patienter som uppfyller fastställda kriterier och är inskrivna i den kommunala primärvården.

***POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande**

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

Möten där vi ses och pratar kring samarbete samt planerar en gång årligen. Sammanfattas vid behov däremellan.

Kontaktpersoner:

Strömstad kommun:

Capio vårdcentral: Ylva Hagsköld ylva.hagskold@capio.se 0702419336

Vårdcentralen bohuslinden: Elisabet Mörk elisabeth.mork@ptj.se 0526-18780

Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet

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

Kontaktpersoner

Strömstad kommun:

Capio vårdcentral: Ylva Hagsköld ylva.hagskold@capio.se 0702419336

Vårdcentralen bohuslinden: Ulla Engdahl ulla.engdahl@ptj.se 0526-18780

***Barnhälsovård**

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

- Hälsöfrämjande och förebyggande arbete.
-Vi följer rikshandboken för barnhälsovård. Vi erbjuder alla barn alla besök enligt rikshandboken och ger extra hembesök där det behövs enligt rikshandboken.
- Kring barn med särskilt behov av stöd, social eller utvecklingsmässig problematik

-Tätt samarbete med socialtjänst och specialpedagoger på familjecentralen. Är enkelt i och med att vi är samlokaliserade.

- Föräldraskapsstöd.
-Erbjuds i föräldragrupper samt olika föräldrautbildningar som öppna förskolan erbjuder.
- Hygien och smittskyddsfrågor.
-Vi har varit på förskolorna i kommunen och informerat om vad som är viktigt gällande smittskydd och hygien på förskolan.
- Familjecentral eller familjecentralsliknande verksamhet.
- Vi har en synnerligen väl fungerande familjecentral där vi har ett fantastiskt fint samarbete med samtliga deltagare i familjecentralen. Barnet och familjen är i centrum för samtliga.
- Hälsoundersökning på vårdcentralen av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet.
- Vi gör hälsoundersökningar när detta efterfrågas från socialtjänsten.

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

Varje vårdcentral tar emot de patienter som man tilldelas i vera asyl och hjälper dessa. Vera asyl tilldelar enligt vår närområdesplan. Fungerar väl.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

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

[Vi pratar kring och planerar för förebyggande och hälsofrämjande arbete vid våra lokala samverkansmöten.

Representant i folkhälsorådet finns, verksamhetschef från båda vårdcentralerna bjuds in och deltar när möjlighet finns.

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 kortidsvistelse LSS

Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter

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

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 slutna hälso- och sjukvård

Integrerade mottagningar

- Mini-Maria finns i kommunen, är samlokaliserad med ungdomsmottagning och familjecentral vilket är en fördel. Mer info behövs till personal på vårdcentral samt till allmänheten om att Mini-Maria finns, för att fler ska ta möjligheten att söka vård där.
- Familjecentral finns, mycket välfungerande.

***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
- Avvikelser i samverkan
- Palliativa registret ex brytpunktsamtal, smärtskattning
- Digitalisering

***Gemensam kompetensutveckling**

- Planera in fortbildningar en gång per år tillsammans i samverkan mellan kommun och vårdcentraler. Vi bedömer tillsammans vilken typ av fortbildning som är aktuell utifrån behovet just nu.

***Utvecklingsområden**

(Förslagsvis minst 2 områden)

Samsyn kring det gemensamma uppdraget.

Hälsofrämjande och förebyggande insatser alla legitimerade professioner.

Egenmonitorering i hemmet, Informationsöverföring via SBAR, bli bättre på medicinskvårdplan och inskrivningssamtal.

Tidsbegränsade palliativa ordinationer, KVÅ brytpunktsamtal

***Ansvariga för gemensam närområdesplan**

Datum: 2025-01-30

Ulla Engdahl
Verksamhetschef
Vårdcentralen Bohuslinden

Ylva Hagsköld
Verksamhetschef
Capio Vårdcentral Strömstad

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