

# Gemensam Närområdesplan

## För Hälsa- och sjukvård och angränsande socialtjänst



**Planen gäller för Närområde Lysekil**  
med följande ingående parter

Lysekil Kommun
Närhälsan Lysekil Vårdcentral
Capio Vårdcentral Lysekil


## 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.....	5
*Korttidsboende/Korttidsenhet .....	5
Ansvarsfördelning mellan läkare på korttidsboende och ordinarie fast läkarkontakt .....	5
*Bostad med särskild service för vuxna (LSS) .....	6
*Läkaransvar vid dagverksamhet och daglig verksamhet.....	6
Fasta inplanerade tider för läkaransvar inom socialpsykiatri.....	6
*Akuta bedömningar och oplanerade hembesök .....	6
*Palliativ vård .....	7
*Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning.....	7
*Läkare i beredskap .....	7
Medicinskt rådgivningsansvarig läkare.....	8
Vaccinationer .....	8
Beslutstöd .....	8
Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård .....	8
Samordnad individuell plan – SIP.....	8
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 .....	9
Hälsofrämjande och förebyggande arbete.....	10
Egenvård.....	10
Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter.....	10
Integrerade mottagningar .....	10
*Gemensam uppföljning .....	10
*Gemensam kompetensutveckling.....	11
*Utvecklingsområden.....	11

*Ansvariga för gemensam närområdesplan .....	11
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\* 25-01-31 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*

Årlig Medicinsk Vård- och omsorgsplanering:

- genomförs minst en gång/år, eller oftare vid behov
- för nya patienter inom kommunal primärvård

Planering: nedan gäller för närhälsan:

- I början av året tar sköterska kommunal primärvård fram en underlag för årsplanering för sina patienter. läkaren och sjuksköterskan går igenom denna och gör tillsammans en planering för årliga medicinska vårdplaneringar:
  - o jämn fördelning över arbetsdagarna
  - o jämn fördelning över året
  - o planeras inte in under ordinarie semestertider
- Sjuksköterskorna kommunal primärvård samordnar planeringen i god tid, informerar patienten och bjuder in närstående/anhöriga enligt överenskommelse med patienten. Sjuksköterska inhämtar information från övriga fasta kontakter. Detta innebär att sjuksköterskan förväntas vara spindeln i nätet kring patient, och att då ha en samlad bild om andra fasta vårdkontakter

Planering: nedan gäller för Capio:

- I början av året tar vc-sköterskan fram en underlag för årsplanering för sina patienter. läkaren och sjuksköterskan går igenom denna och gör tillsammans en planering för årliga medicinska vårdplaneringar:
  - o jämn fördelning över arbetsdagarna
  - o jämn fördelning över året
  - o planeras inte in under ordinarie semestertider
- vc sjuksköterskorna samordnar planeringen i god tid tillsammans med sjuksköterska kommunal primärvård, informerar patienten och bjuder in närstående/anhöriga enligt överenskommelse med patienten.

Sjuksköterska inhämtar information från övriga fasta kontakter. Detta innebär att sjuksköterska förväntas vara spindeln i nätet kring patient, och att då ha en samlad bild om andra fasta vårdkontakter

Förberedelser ca tre veckor innan hembesöket:

- Förberedelser förankras med läkaren på rondtid.
- sjuksköterskan informerar om eventuell förändring i patientens hälsotillstånd
- läkaren ordinerar provtagning
- sjuksköterskan säkerställer att ordinerad provtagning utförs.
- sjuksköterskan gör symtom skattning med PHASE-20
- sjuksköterskan säkerställer att övriga överenskomna riskbedömningar/ symtomskattning görs efter behov.
- Utöver ovan skall sjuksköterska göra skattningar enligt nedan:

Senior alert:

- Enligt senior alert >65år görs var 6:e månad bedömning för Fallrisk, Trycksår och Nutrition.
- Munhälsobedömning erbjuds vid inskrivning och rätt till tandvårdskort bedöms och ev utfärdas.
- Inkontinens

I samråd med läkare bestäms utifrån patientens symtom, diagnoser och behov görs följande bedömningar:

- Diabetes: HbA1c mål, blodsockerkontroller och ev vid behovsdoser planeras. Fotstatus görs var 6:e månad.
- Hjärtsvikt: Viktkontroller, vid behovsdoser och ev kompressionsbehandling planeras.
- KOL: Ev plan vid försämring och behandling vid exacerbationer.
- Läkemedel: Ev plan för labkontroller eller utsättning med GI-symtom.
- Sår och KAD: Upprätta ev plan.

Under hembesöket:

- Årlig medicinsk planering genomförs tillsammans med patient och eventuellt närstående och eventuellt fast omsorgskontakt samt berörda
- analys av provsvar, symtomskattningar och hälsotillstånd
- läkaren gör en fördjupad läkemedelsgenomgång och hälsoundersökning
- Ställningstagande till behandlingsbegränsningar
- Ssk går igenom övriga fasta vårdkontakter. Övriga specialistmottagningar ansvarar för att förnya sina utskrivna läkemedel, ssk är länken mellan patient och specialistmottagning, ibland kan behov av remiss från läkare finnas.
- I journalanteckning, under rubrik ”bedömning” skall läkaren skriva en medicinsk plan, exempelvis ”vid behovsdoser”, planer för framtida vård- inklusive vårbegränsningar.
- Anteckning skrivs ut och skickas till kommunal primärvård

### \* 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*

Se punkt ovan. Samma gäller för denna patientgrupp.

Om patient är inskriven i HSV på enbart rehabgrund ligger PALansvar kvar hos patientens ordinarie fasta läkare på respektive VC. Övergår behovet till andra långvariga medicinska behov byts PAL till den läkare som är ansvarig för HSV ordinärt boende på respektive VC.

Vid frånvaro läkare upp till en vecka ställs rond in. Vid längre frånvaro sker rond med annan läkare. Sommartid ändras rondtider.

### **\* 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*

Se punkt ”årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård”, samma gäller för denna patientgrupp.

Mål: Alla som skrivs in på SÄBO skall snarast möjligt ha en dokumenterad vårdplan avseende framtida vård och vårdbegränsningar.

Ssk som skall föredraga patient på rondlista skall vara påläst på ärendet

Vid frånvaro läkare upp till en vecka ställs rond in. Vid längre frånvaro sker rond med annan läkare. Sommartid ändras rondtider.

### **\*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*

*Ansvaret ligger kvar hos den vårdcentral där patient är listad.*

*Vid frånvaro läkare upp till en vecka ställs rond in. Vid längre frånvaro sker rond med annan läkare. Sommartid ändras rondtider.*

### **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*

Se punkt ”årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård”, samma gäller för denna patientgrupp.

Vid frånvaro läkare upp till en vecka ställs rond in. Vid längre frånvaro sker rond med annan läkare. Sommartid ändras rondtider.

Ssk som skall föredraga patient på rondlista skall vara påläst på ärendet

### **\*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

Se punkt ”årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård”, samma gäller för denna patientgrupp.

Vid frånvaro läkare upp till en vecka ställs rond in. Vid längre frånvaro sker rond med annan läkare. Sommartid ändras rondtider.

Ssk som skall föredraga patient på rondlista skall vara påläst på ärendet

Patienter som inte är inskrivna i kommunal primärvård har kvar sin ordinarie PAL på respektive VC.

### **\*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*

Närhälsan Lysekil: akut rondtid finns vardagar kl.13.00-14.00

Även akuta hembesök kan göras på denna tid

I första hand skall kontakt tas med ansvarig läkare direkt. Om hen inte finns tillgänglig och ärendet inte kan vänta skall HSV ssk ringa 010-4416907 och be att få prata med ssk för vidare handläggning.

Capio Lysekil: akut rondtid finns vardagar kl.13.00-14.00

Även akuta hembesök kan göras på denna tid

Övrig tid hänvisas ssk att kontakta 0523-459200, knappval 9.

Patienter som tas upp på akut rondtid skall rapporteras enligt SBAR

### **\*Palliativ vård**

Tankar kring eventuell framtida palliativ vård bör diskuteras med patient vid det årliga medicinska vård och omsorgsplaneringsbesöket.

Vi har en strävan om att göra nedan i ett tidigt stadie för patienten.

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.

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

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

Respektive vårdcentral ansvarar för sina listade patienter vardagar 08-17. Övrig tid används beredskapsjouren.

Om patient ej är listad hos någon av vårdcentralerna fördelas uppdrag enligt närhetsprincipen.

### **\*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*

Uppdraget finns också beskrivet i länken:

[Beredskapsjour - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vregion.se\)](http://vregion.se)

Kontakt se länk:

[Beredskapsjouren Norra Bohuslän + Dalsland \(vgregion.se\)](http://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*

*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

*Hur arbetar vi i vårt lokala samverkansområde?*

## 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

*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

*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.

*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*

Det finns en POSOM grupp i Lysekil. Information om POSOM finns på kommunens hemsida

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

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

*Hur arbetar vi med kris- och beredskapsfrågor i vårt lokala samverkansområde?*

Kontaktperson-/er

## **\*Barnhälsovård**

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

Vi arbetar med nedan på respektive BVC:

- Hälsöfrämjande och förebyggande arbete
- Kring barn med särskilt behov av stöd, social eller utvecklingsmässig problematik
- Föräldraskapsstöd
- Hygien och smittskyddsfrågor

· Familjecentral planeras att startas kvartal 1 2026.

· Hälsoundersökning på vårdcentralen av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet: skall göras skyndsamt, görs av läkare på den vc i vår kommun där barnet är listad. Om barnet är listad på vc utanför kommun skall det göras av läkare enligt närhetsprincip i vår kommun utifrån vistelseadress

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*

Vårdcentralerna delar på uppdraget att utföra hälsoundersökningar enligt närhetsprincip om person ej fått fullständigt personnummer. Vid fullständigt personnummer utförs hälsoundersökning av den vårdcentral personen är listad på.

## Hälsofrämjande och förebyggande arbete

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

*[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

*Hur arbetar vi i vårt lokala samverkansområde?*

## 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*
- *Övriga*

## Integrerade mottagningar

*Exempelvis*

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

## \*Gemensam uppföljning

Denna plan ska årligen följas upp inom lokala samverkansområdet.

*Exempelvis*

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

## **\*Gemensam kompetensutveckling**

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

Vi skall löpande under året ta ställning till utbildningsinsatser som vi gemensamt behöver tillgodose till chefer och medarbetare inom regional och kommunal primärvård

## **\*Utvecklingsområden**

(Förslagsvis minst 2 områden)

*POSOM*

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

Datum: 250131

Elin Hansson  
vårdcentralschef  
Närhälsan Lysekil vc

Kristina Nyckelgård  
MAS  
Lysekils kommun

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

