Gällande:
2025- tills vidare

Gemensam Närområdesplan

För Hälso- och sjukvård och angränsande socialtjänst



Planen gäller för Närområde Herrljunga

med följande ingående parter

Herrljunga kommun	Närhälsan Herrljunga vårdcentral

Innehåll

Inledning och syfte 2
Målgrupp 2
Organisation 2
God och nära vård 3
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 5
Ansvarsfördelning mellan läkare på korttidsboende och ordinarie fast läkarkontakt 5
*Bostad med särskild service för vuxna (LSS) 5
*Läkaransvar vid dagverksamhet och daglig verksamhet 6
Fasta inplanerade tider för läkaransvar inom socialpsykiatrin 6
*Akuta bedömningar och oplanerade hembesök 6
*Palliativ vård 6
Läkarbedömning av försämrad patient och ställningstagande till palliativ vård och trygghetsläkemedel 6
Brytpunktsamtal 6
Medicinsk vårdplan vid palliativ vård 7
Efterlevandesamtal 7
Anhörigstöd 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
Kommunal primärvårds ansvar: 9
*POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande 9
Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet 10
*Barnhälsovård 10
*Asylsökande och personer utan tillstånd 10
Hälsofrämjande och förebyggande arbete 11

Egenvård 11
Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter 11
Integrerade mottagningar 11
*Gemensam uppföljning 12
*Gemensam kompetensutveckling 12
*Utvecklingsområden 12
*Ansvariga för gemensam närområdesplan 12
Referenser 13
*Bilaga 1 Läkaransvar i kommunal primärvård 13
*Bilaga 2 Barnhälsovård 13

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* 2026-01-01och 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

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 vårdplaner:
    - jämn fördelning över året
    - planeras inte in under ordinarie semestertider
    - tidpunkt för hembesöket förankras med läkaren på ”kontakttiden”

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 till exempel via Senior Alert

Under hembesöket:

- analys av provsvar, symtomskattningar och hälsotillstånd
- läkaren gör en läkemedelsgenomgång, hälsoundersökning och fördjupad läkemedelskontroll
- vård- och omsorgsplanering genomförs tillsammans med patient och eventuellt närstående och eventuellt fast omsorgskontakt samt omvårdnadsansvarig sjuksköterska
- läkaren upprättar eller uppdaterar vård- och omsorgsplaneringen i samråd med sjuksköterska
- läkaren och sjuksköterskan medverkar vid upprättande, revidering och uppföljning av individuella vårdplaner
- ställningstagande till behandlingsbegränsningar samt ställningstagande till palliativa åtgärder

* 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
- 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

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

- 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

- planerade patientbesök inkl. årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård
- akuta patientbesök
- 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.
Kommunal primärvård har ansvar för personer vid vistelse på dagverksamhet och daglig verksamhet. Inträffar något akut vid vistelse kan sjuksköterska, fysioterapeut och arbetsterapeut bedöma och hänvisa till rätt vårdnivå.

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 med sjuksköterska
- 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
Vid akuta fall ska Visam bedömning utföras och finnas med som underlag vid läkarkonsultation.

*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. Det ska också framgå tydligt om patienten ska återupplivas vid hjärtstopp. 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.

Anhörigstöd

I Herrljunga kommun finns upparbetat anhörigstöd som erbjuds vid behov till alla kommunens invånare. Informationsmaterial finns framtaget som ska finnas tillgängligt på Vårdcentralerna så att information kan förmedlas till anhöriga när behov uppstår.

*Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget
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. (SOFSF 2005:10, 3 kap. § 1-2).
Läkare skriver vårdintygsbedömning när sjuksköterska initierar behov.

*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 (vgregion.se)

Kontakt se länk:
Beredskapsjouren Älvsborg + Södra Bohuslän (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
Medicinskt rådgivningsansvarig läkare från primärvården är Martin Johansson from 260101. Samverkansmöten sker kontinuerligt mellan kommunen och primärvården. Där deltar även medicinskt rådgivningsansvarig läkare vid behov.

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

Vårdcentralen ansvarar för att inför varje vaccinationsinsats höst och vår beställa vaccin och tillhörande sprutor och nålar som täcker behovet som finns inom kommunal primärvård.

Kommunal primärvård ansvarar för att meddela vaccinationsamordnare/vårdcentral om antal doser som önskas inför den planerade insatsen i god tid. Samt fördelning av förstärkt influensavaccin alternativt vanlig säsongsinfluensa.

Vårdcentralen ansvarar för att registrera vaccinationerna i Närhälsans journalsystem och detta medför således också en överföring till NVR.

Kommunal primärvård ansvarar för att vaccinationsunderlag/hälsodeklaration inkommer till vårdcentralen senast en vecka efter given/givna doser. Kommunal primärvårds distriktsjuksköterskor ordinerar vaccin som ingår i vaccinationsprogrammet. Kommunal primärvård iordningställer och administrerar covid-19 vaccinet. Administrering av influensavaccin behövs ej då dessa kommer i förifyllda sprutor och endast kräver extra nål som levereras av vårdcentralen i samband med utlämnande av vaccin.

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

- VISAM beslutsstöd
- SBAR rapporteringsstöd

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

Följer regional och delregionala rutiner och riktlinjer

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.

Kommunal primärvårds ansvar:

- Utse tillräckligt många intygsutfärdare inom kommunal hälso- och sjukvård och socialtjänst för att identifiera berättigade personer
- Intygsutfärdare regelbundet genomgår utbildning
- Aktuella uppgifter är registrerade i IT-stödet
- Personer med intyg om nödvändig tandvård årligen erbjuds munhälsobedömning
- Omvårdnadspersonal deltar vid munhälsobedömning
- Omvårdnadspersonal har ansvar för att individen ges daglig munvård enligt tandvårdens instruktioner

*POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande

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

Ansvar för krisstöd Herrljunga kommun: Emma Sjöberg 0513-17190
Kontorstid vardagar 8-16

Krisstöd – Herrljunga kommuns organisation vid stora olyckor och katastrofer.
I kommunen finns en krisstöds-grupp (tidigare kallat POSOM). Den kan aktiveras vid allvarliga och oväntade händelser som berör många personer. De ansvarar då för att leda och samordna praktiska och sociala stödinsatser till drabbade och närstående.

Vid en kris/extra ordinär händelse inom socialförvaltningens område ska beslutsordning och ledningsstruktur så långt det är möjligt följa den struktur som gäller under normala förhållanden.

Socialchef beslutar när förvaltningens ledning vid kris ska aktiveras/inkallas och informerar den centrala krisledningen.

Om förvaltningschefen inte finns tillgänglig ersätts denna av:

1. Verksamhetschef Socialt stöd
2. Verksamhetschef Individ- och familjeomsorg
3. Verksamhetschef Vård och omsorg

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 Socialförvaltningen Herrljunga kommun: Jennie Turunen 0513-17140
Kontorstid vardagar 8-16

Kontaktperson Närhälsan vårdcentralen Herrljunga: Marie Linder Jakobsson 076-282 89 52
kontorstid vardagar 8-17. TIB i regionen övrig tid- nås via växel 010-435 80 00

*Barnhälsovård

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

Hälsofrämjande och förebyggande arbete i familjecentralens verksamhet. Kring barn med särskilt behov av stöd, social eller utvecklingsmässig problematik sker samverkan med psykolog FOSB- föräldraskap och små barn (BHV psykolog), och vid behov kontakt med socialtjänst och /eller med orosanmälningar. Överlämning sker enligt rutin från BVC till skolhälsan inför förskolestart. Föräldrastöd sker i familjecentralens verksamhet. Hygien och smittskyddsfrågor hänvisas till HYFS-smittskydd i förskolan som är ett samarbete mellan smittskydd VGR, barnhälsovården och kommunerna i VGR. Vårdhygien SÄS, Närhälsan har utsedda kontaktpersoner som deltar på utbildningar och informationsmöten som Vårdhygien SÄS håller i.

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
Hälsoundersökningar genomförs av vårdcentralerna enligt närområdeskartan. Kommunen kan tillfrågas om att utföra hälso- och sjukvårdsinsatser i hemmet inom ramen för primärvård. Regional primärvård eller slutenvård kontaktar ansvarig chef för kommunal primärvård. Vid en överenskommelse om utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser ska även ersättning till kommunen regleras.
Det finns en gemensam asylmottagning för Sjuhäradsområdet på Närhälsan Boda vårdcentral. Asylsökande uppmärksammas av denna verksamhet i systemet VEGA och erbjuds hälsoundersökning. Personer utan tillstånd aktualiseras i direktkontakt.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget
I Herrljunga har man infört sedan 2024 att hålla en hälsovecka under året och den infaller alltid V 36. Det finns även en folkhälsostrateg i kommunen, Li Nyström. Kommunens sjuksköterskor håller hälsosamtal med invånare som är över 75 år som inte är inskrivna i kommunal primärvård. Det finns en träffpunkt/seniorfika en gång i veckan som kommunen anordnar för de personer som har få eller inga insatser.

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
Egenvårdsintyg skrivs av sjuksköterska eller läkare på vårdcentralen exempelvis vid handräckning av läkemedel när inte behov av kommunal hemsjukvård finns.

Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter

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

- I vårt lokala samverkansområde i Herrljunga utgår inga mobila team. Men det finns mobila team som utgår från Södra Älvsborgs sjukhus, SÄS och Alingsås sjukhus, MALT-mobilt akutläkarteam
- Palliativa teamet Alingsås
- Rehabilitering, specialistvård
- Habilitering och hälsa
- Specialistmottagningar finns på SÄS och SU
- Samverkan med slutenvården, vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård enligt regional och delregional rutin
- NSVT i Alingsås

Integrerade mottagningar

- Mini-Maria är ett samarbete mellan kommunen och regionhälsan. Socionomer, socialpedagog, sjuksköterskor, psykolog och läkare arbetar därför tillsammans i tvärprofessionellt teamarbete. Hanterar frågor, funderingar eller en problematik kopplat till alkohol, droger och spel om pengar för ungdomar upp till 21 år. I samband med att den unge har kontakt med mottagningen erbjuds även stöd till föräldrar eller andra viktiga anhöriga.

- Familjecentralen är en verksamhet som vänder sig till alla blivande föräldrar och småbarnsföräldrar med barn 0–6 år. Syftet är att skapa en mötesplats för familjer, där man knyter kontakter, får information, kunskap, råd och stöd. Herrljunga familjecentral drivs i samverkan mellan Västra Götalandsregionen och Herrljunga kommun. Under ett och samma tak finns barnmorskemottagning, barnavårdscentral,

öppen förskola och socialrådgivning. De olika yrkesgrupperna samverkar och erbjuder olika tjänster av betydelse för barns och föräldrars hälsa och välbefinnande

*Gemensam uppföljning

Denna plan ska årligen följas upp inom lokala samverkansområdet.

- Tillgänglighet läkarmedverkan följs upp minst en gång/år förslagsvis höst och vår
- Fasta planerade läkartider följs upp minst en gång/år förslagsvis höst och vår
- Medicinsk vårdplanering sker kontinuerligt
- Avvikelser i närvårdssamverkan (Med Control Pro) sker också kontinuerligt
- Palliativa registret ex brytpunktsamtal, smärtskattning
- Fördjupad läkemedelsgenomgång följs upp fortlöpande på samverkansmöten
- Egenvårdsintyg följs upp en gång/år

*Gemensam kompetensutveckling

Vi försöker se och lyfta de behov som finns av kompetensutveckling på de gemensamma samverkansmöten vi har

*Utvecklingsområden

(Förslagsvis minst 2 områden)
Utöka antalet fördjupade läkemedelsgenomgångar
Samverkan via SAMSA och öka antalet SIP. Planerad gemensam utbildning maj-2026
Samverkan kring diabetespatienter
Samverkan kring psykiatripatienter
Samverkan kring äldremottagning

*Ansvariga för gemensam närområdesplan

Datum:260401

Vårdcentral
Marie Linder Jakobsson
Vårdcentralschef
Närhälsan Herrljunga vårdcentral
Västra Götalands regionen

Kommun

Susanne Johnsen
Verksamhetschef vård och omsorg
Socialförvaltningen
Herrljunga kommun

Mattias Olerot
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Socialförvaltningen
Herrljunga kommun

Rehabenhet
Sara Lundqvist
Enhetschef
Närhälsan Herrljunga rehabmottagning
Västra Götalands regionen

Uppdaterad:
2026-04-01

Vårdcentral
Marie Linder Jakobsson
Vårdcentralschef
Närhälsan Herrljunga vårdcentral
Västra Götalands regionen

Kommun
Mattias Olerot
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Socialförvaltningen
Herrljunga kommun

Rehabenhet
Sara Lundqvist
Enhetschef
Närhälsan Herrljunga rehabmottagning
Västra Götalands regionen

Kommun
Susanne Johnsen
Verksamhetschef vård och omsorg
Socialförvaltningen
Herrljunga kommun

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