

# Gemensam Närområdesplan

## För Hälsa- och sjukvård och angränsande socialtjänst



### Planen gäller för Närområde Härryda med följande ingående parter

Härryda Kommun
Närhälsan Mölnlycke vårdcentral
Närhälsan Landvetter vårdcentral
Närhälsan Hindås vårdcentral

Familjeläkarna i Mölnlycke
Rävlunda vårdcentral
Meliva vårdcentral Landvetter

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

*Ansvariga för gemensam närområdesplan .....	10
Referenser.....	10
*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\* 20250201 och tills vidare.

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
- Ta fram/ uppdatera övergripande vårdplan (vårdens inriktning/prioritering och patientens önskemål)
- Planering av återkommande vaccinationer

### Planering:

- Sjuksköterskorna i samverkan med omsorgspersonal samordnar planeringen i god tid, informerar patienten och bjuder in närstående/anhöriga enligt överenskommelse med patienten
- Läkaren och sjuksköterskan tar fram en planering med inplanerade medicinska årskontroller/hälsoundersökningar:
  - jämn fördelning över arbetsdagarna
  - 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 läkemedelskontroll
- 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 – medicinsk prioritet
- Avstämningstid med sjuksköterska
- Rond
- 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 – medicinsk prioritet
- Avstämningstid med sjuksköterska
- Rond
- 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*

l

- Planerade patientbesök/rond
- Akuta patientbesök – medicinsk prioritet
- 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*

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

### **\*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
- Akuta patientbesök – medicinsk prioritet
- Avstämningstid med sjuksköterska
- Rond, efter behov
- Proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner

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

Hänvisas till patientens ordinarie fasta läkarkontakt vid vårdcentral.

### **Fasta inplanerade tider för läkaransvar inom 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
- Akuta patientbesök
- Avstämningstid med sjuksköterska
- Rond, efter behov
- Proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner

### **\*Akuta bedömningar och oplanerade hembesök**

I akuta fall, när omedelbar bedömning eller rådfrågning av läkaren behövs under dagtid, vardagar ska det finnas direktnummer till ansvarig vårdcentral, med skyndsam återkoppling från läkare, *se bilaga 1 läkaransvar inom kommunal primärvård*

Oplanerat hembesök eller besök av icke akut karaktär ska vårdcentralen erbjuda utifrån medicinsk bedömning.

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

Se bilaga läkaransvar inom kommunal primärvård

### **\*Palliativ vård**

Samverkan kring patienter i behov av palliativ vård sker på samma sätt som samverkan kring alla gemensamma patienter, enligt ovan. God planering och vård i samverkan inför beslut om palliativ vård, samt god samverkan i samband med palliativ vård är av största vikt. För att förbereda patient och anhöriga inför palliativ vård kan [”samtal om allvarlig sjukdom” enligt Kronobergsmodellen](#) vara till hjälp. De i vårdssamverkan i Göteborgsområdets framtagna överenskommelser och blanketter ska användas som underlag för förmedling av beslut om palliativ vård och som ordinationsunderlag för trygghetsordinationer.

[Blankett för trygghetsordinationer](#)

[Överenskommelse i samverkan för bestämmande av människas död vid väntade dödsfall](#)

[Kontrollblankett Överenskommelse vid väntade dödsfall](#)

Om en patient med beslut om palliativ vård lider av komplexa symtom remitteras patienten till det [regionala palliativa resursteamet](#)

Läkarbedömning av försämrad patient

Ställningstagande till palliativ vård och trygghetsläkemedel.

Samtal vid allvarlig sjukdom

Brytpunktsamtal

Bedömning av vårdnivå

Beslut om ej hjärt- & lungräddning (HLR)

Medicinsk vårdplan vid palliativ vård

Anhörigstöd

Att fastställa dödsfall

Efterlevandesamtal

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

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

[Överenskommelse i samverkan för bestämmande av människas död vid förväntade dödsfall,](#)

[Vårdintyg enligt Lag \(19911128\) om psykiatrisk tvångsvård \(LPT\) samt biträde av polis i Västra Götaland.pdf](#)

Se även under föregående punkt.

### **\*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 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*

Respektive enhets MLA/Medicinskrådgivare samverkar 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

*Sker enligt lokalrutin.*

### **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

- SBAR

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

[Överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård](#)  
[Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götaland](#)

[Länsgemensam rutin om in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård i Västra Götaland.](#)

## **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.

[Överenskommelse om samverkan Munhälsa](#)

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

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

Ledningsgrupp POSOM Härryda träffas 4 gånger per år och består av representanter för Härryda kommun, svenska kyrkan och den regionalt finansierade primärvården. Stödgruppen består av medarbetare från Härryda kommun och svenska kyrkan, de träffas i samverkansmöten 4 gånger per år. Utöver samverkansmöten sker utbildning och övning någon gång om året. Det är kommunens tjänsteman i beredskap (TIB) som aktiverar POSOM Härryda vid eventuellt skarpt läge.

Ledningsgrupp POSOM Härryda:

Karin Lindell Ivarsson, Härryda kommun, ordförande

Linda Strandberg, Härryda kommun, sekreterare

Emma Andersson, Meliva vårdcentral, ledamot

Karin Karlsson, Svenska kyrkan, ledamot

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

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

Vi har samsyn kring att de ansvarsområden som finns i normala fall också gäller vid höjd beredskap eller kris.

## **\*Barnhälsovård**

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

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

- Hygien och smittskyddsfrågor
- 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*

Närhetsprincipen gäller för ansvarsfördelning av asylsökande och personer utan tillstånd för vårdcentralerna. Genom verktyget VERA-asyl fördelas asylsökande till vårdcentralerna.

## **Hälsofrämjande och förebyggande arbete**

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

Härryda kommun har en Styrgrupp Folkhälsa för att styra arbetet som utförs med de medel som rekvideras från Västra Götalandsregionen. Det lokala samverkansarbetet kring folkhälsa sker i samverkan genom NOSAM (Närområdessamverkan).

## **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

[Läns gemensam riktlinje för egenvård](#)

[Bilaga 1 Riskbedömning och analys, Läns gemensam riktlinje för egenvård](#)

[Bilaga 2 Läns gemensam Riktlinje Dokumentation för Egenvård.](#)

## **Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter**

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

- 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 eventuella vårdaktörer och myndigheter

## **Integrerade mottagningar**

- Mini-Maria
- Familjecentral
- Familjecentralsliknande verksamhet

- Övriga

### **\*Gemensam uppföljning**

Denna plan ska årligen följas upp inom lokala samverkansområdet.

NOSAM Härryda

- Teamarbetet och samarbetet
- Ej genomförda ronder
- Fördjupad läkemedelsgenomgång/årskontroll
- Avvikelser i samverkan
- Palliativa registret ex brytpunktsamtal, smärtskattning

### **\*Gemensam kompetensutveckling**

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

### **\*Utvecklingsområden**

(Förslagsvis minst 2 områden)

Samverkan och genomförande av hälsobedömningar/årskontroller inom Funktionsstödsverksamheten.

Att identifiera behov av gemensam kompetensutveckling och planera för denna.

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

20250123

Linda Strandberg  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Sektor för socialtjänst  
Härryda kommun

Emma Andersson  
Verksamhetschef  
Meliva vårdcentral Landvetter  
Västra Götalandsregionen

Uppdaterad:

Datum: 20250825

Linda Strandberg  
Medicinskt ansvarig sjuksköterska  
Sektor för socialtjänst  
Härryda KOMmun

Emma Andersson  
Verksamhetschef  
Meliva vårdcentral Landvetter  
Västra Götalandsregionen

### **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