

Gemensam Närområdesplan

För Hälsa- och sjukvård och angränsande socialtjänst



Planen gäller för Närområde Askim Frölunda Högsbo

med följande ingående parter

Göteborgs stad
Omtanken Vårdcentral Frölunda Torg
Närhälsan Sisjön vårdcentral
Närhälsan Frölunda vårdcentral
Närhälsan Högsbo vårdcentral

Capio Vårdcentral Hovås
Nötkärnan Hovås Askims Familjeläkare BVC
Omtanken Vårdcentral Grimmered
Högsboläkarna vårdcentral och BVC

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	4
*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	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	10
*Gemensam uppföljning	11
*Gemensam kompetensutveckling.....	11
*Utvecklingsområden.....	11

*Ansvariga för gemensam närområdesplan	11
Referenser.....	11
*Bilaga 1 Läkaransvar i kommunal primärvård.....	11
*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*2025-02-01och 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

Ansvarsfördelning inför årlig genomgång och planering:

Vård- och omsorgsplanering:

- genomförs minst en gång/år
- vid försämrat hälsotillstånd
- för nya patienter inom kommunal primärvård

Planering:

- sjuksköterska i kommunal primärvård initierar och samordnar planeringen i god tid tillsammans med läkare, minst 1 månad innan årskontroll, informerar patienten och bjuder in närstående/anhöriga enligt överenskommelse med patienten
- läkaren och sjuksköterskan tar fram en planering av årskontroller för kommande år, med jämn fördelning över året

Förberedelser ca fyra veckor innan hembesöket:

- Planering förankras med läkaren företrädesvis vid rondtillfälle
- 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 enkel läkemedelsgenomgång, hälsoundersökning och fördjupad läkemedelsgenomgång
- Vård- och omsorgsplanering, med fokus på prognos och vårdnivå, genomförs.

- Läkaren upprättar eller uppdaterar vård- och omsorgsplaneringen
Ställningstagande till behandlingsbegränsningar - vårdnivå och EJ HLR
- Säkerställ informationsöverföring mellan vårdcentral och kommunal hälso- och sjukvård

* 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 punkten ”Årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård” ovan.
- Fast rondtid på vårdcentralen ska erbjudas
- Tydlig och snabb kontaktväg vid akuta ärenden
- Akuta hembesök ska erbjudas i enlighet med medicinsk bedömning
- Direktnummer till utsedd funktion med meddelande om när svar behövs senast

Området arbetar vidare med följande fråga:

- Förebyggande arbete t ex proaktiv handlingsplan utifrån medicinsk vårdplan

* 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 punkten ”Årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård” ovan.

- Fast rondtid på boendet ska erbjudas av vårdcentralen
 - Sjuksköterska faxar aktuella rondärenden dagen innan rond.
 - Både sjuksköterska och läkare ska vara förberedda inför rond.
 - Tydlig och snabb kontaktväg vid akuta ärenden
 - Direktnummer till utsedd funktion med meddelande om när svar behövs senast
 - Akuta hembesök ska erbjudas i enlighet med medicinsk bedömning
- Alternativ kommunikation för icke-akuta ärenden ex. fax

Området arbetar vidare med följande fråga:

- Förebyggande arbete t ex proaktiv handlingsplan utifrån medicinsk vårdplan

*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

- På korttidsenheter erbjuds planerade och akuta patientbesök samt rondtid
- Proaktivt arbete med fokus på vårdnivå, palliativa behov och vårdbegränsningar

- På avlösningseenheten ska vårdcentralen erbjuda akuta insatser vid behov, men behov av fasta tider föreligger inte.

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

- Arbetet läggs upp enligt punkten ” Årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård” ovan.
- Vid behov och många listade patienter kan vissa vårdcentraler erbjuda rondtider.
- Akuta och planerade hembesök
- Direktnummer till utsedd funktion med meddelande om när svar behövs senast
- Alternativ kommunikation, ex fax, för icke-akuta ärenden.

***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 rubrik BMSS
- Se rubrik mobil läkare i ordinärt boende

***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

Samtliga vårdcentraler ska erbjuda direktnummer till vårdpersonal med möjlighet till snar kontakt med läkare.

Det ska finnas utrymme för akuta hembesök samma dag eller senast dagen efter utifrån medicinsk bedömning

***Palliativ vård**

Den regionala vården och den kommunala primärvården arbetar med palliativ vård i både tidigt och sent palliativ skede samt med vård i livets slut.

Vården vilar på god kommunikation, teamarbete, symtomlindring och närståendestöd. Stycket nedan fokuserar på när patienten vårdas i livets slutskede.

Vid försämring hos en patient är det läkarens ansvar att göra en medicinsk bedömning av patienten för att avgöra om patienten är i behov av ökad vård samt om palliativ vård bör initieras.

Om patientens tillstånd är allvarligt och obotligt görs en gemensam bedömning av läkare och vårdpersonal/ sjuksköterska för att avgöra om det är lämpligt att inleda palliativ vård i livets slutskede.

När läkaren har bedömt att en patient har palliativa vårdbehov tas ställning till trygghetsläkemedel och övriga ordinationer. Läkaren ordinerar på den gemensamt framtagna blanketten ”Palliativa trygghetsordinationer”. I samarbete med den kommunala primärvården säkerställs en helhetsbild av patientens tillstånd för att fatta beslut om vårdinsatser och eventuella vårbegränsningar. Samtliga beslut fattas i samråd med patienten och närstående.

Brytpunktsamtalet är ett centralt moment där patienten och de närstående informeras om övergången till palliativ vård i livets slutskede. Samtalet hålls av läkaren, tillsammans med en sjuksköterska, och syftar till att ge information på ett lugnt och begripligt sätt samt bemöta frågor eller oro. Viktigt att beakta tidiga tecken på försämrat hälsotillstånd hos patienter för att inte samtalet sker för sent.

En medicinsk vårdplan upprättas och dokumenterar olika aspekter av vården, såsom medicinering, smärtlindring och andra behov. Vårdplanen uppdateras regelbundet för att anpassas till patientens förändrade behov.

Stöd till närstående

är en viktig del av den palliativa vården och kan omfatta stöd, avlastning och information om patientens tillstånd. Det är särskilt viktigt att ta hänsyn till familjer där det finns minderåriga barn.

Läkaren ansvarar för att fastställa dödsfall men kan utfärda blankett ”Överenskommelse vid väntat dödsfall” för att tjänstgörande sjuksköterska skall kunna konstatera dödsfallet. Dödsbevis skrivs alltid av läkare och kan ej delegeras vidare till sjuksköterska.

Efter dödsfallet erbjuds de närstående ett efterlevandesamtal. Under samtalet får de möjlighet att bearbeta sin sorg och ställa frågor. Detta samtal genomförs vanligtvis av en sjuksköterska, läkare, kurator eller annan vårdpersonal som känner familjen. Sjuksköterska ansvarar för att registrera i palliativa registret i samråd med ansvarig läkare och omvårdnadspersonal.

***Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning**

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

Den vårdcentral där patienten är listad ska konstatera dödsfallet samt utföra LPT-bedömning. För invånare ej listade i närområdet Askim-Frölunda-Högsbo tillämpas närhetsprincipen. Vid dödsfall och LPT-bedömning utanför närområdet Askim-Frölunda-Högsbo tillämpas närhetsprincipen.

Vardagar kl 17-08 samt helger ansvarar Läkarjouren AB för ovanstående

***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

Samtliga vårdcentraler har avtal med Läkarjouren i Sverige AB kring beredskapsuppdraget enligt KoK.

Uppdraget finns också beskrivet i länken:

[Beredskapsjour - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](https://www.vgregion.se/beredskapsjour)

Kontakt se länk:

[Beredskapsjouren Göteborg + MPH \(vgregion.se\)](https://www.vgregion.se/beredskapsjouren-goteborg)

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

Båda parter har ansvar att ta upp frågor som kommunen behöver stöd i, för att hålla frågan levande planeras en stående punkt på NOSAM kring detta.

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

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

Självständighet och delaktighet: : För att stärka patienternas självständighet och delaktighet i sin egen vård, uppmuntras de som kan och vill att besöka sin listade vårdcentral, exempelvis patienter boende inom Boende med särskild service (BmSS).

Ansvar:

Kommunal primärvård - Kartläggning vem som önskar vaccin, hälsodeklaration, administrerar vaccin till patient, dokumenterar i vår journal PMO, lämna underlag för att vaccin är givet till vårdcentralen där patienten är listad.

Vårdcentral där patient är listad – Ordinera vaccin, (kan efter överenskommelse med kommunen göras av distriktsköterska i kommunen)

Ansvar för registrering i nationella vaccinationsregistret är en fråga området kommer att arbeta vidare med under året.

Leverans av vaccin: Leverans av vaccin och tillhörande material för vaccination sker samordnat via ett fåtal utsedda vårdcentraler alternativt direkt till kommunal primärvårds lokaler

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?

- VISAM
- SBAR

Utvecklingsarbete planeras under 2025 för att implementera gemensamma beslutsstöd och rapporteringsmetoder.

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

Vi följer den fastställda rutinen men ser ett behov av att förtydliga lokala processer. En nätverksgrupp är tillsatt och har påbörjat sitt arbete. Uppföljning kommer att ske under 2025.

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

[Länsgemensam riktlinje 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.

Munhälsa ska uppmärksammas vid årlig genomgång.

För patienter inskrivna i kommunal omsorg ansvarar socialsekreterare för N-tandvårdsintyg. F- och S-intyg ansvarar läkare för

***POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande**

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

Kontaktpersoer:

För vårdcentralerna kontaktas Anna Berglund Melin, verksamhetschef Capio VC Hovås
Mona Månsson återkommer från kommunens sida

Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet

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

Kontaktpersoer

Se punkt POSOM

***Barnhälsovård**

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

- Hälsöfrämjande och förebyggande arbete ingår i BVC-uppdraget och varje BVC arbetar med dessa frågor.
- Kring barn med särskilt behov av stöd, social eller utvecklingsmässig problematik

- Föräldraskapsstöd
- Hygien och smittskyddsfrågor
- Familjecentral eller familjecentralsliknande verksamhet
Närhälsan Högsbo vårdcentral – familjecentralsliknande verksamhet
Närhälsan Frölunda vårdcentral – Familjecentralen Trädet
- Hälsoundersökning på vårdcentralen av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet ansvarar listad vårdcentral för

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 ansvarar enligt fördelning i Vera Asyl

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget
Representant i folkhälsoråd Representant i folkhälsoråd
Mona Månsson
Hälsoteket

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

Det finns inte Korttidsvistelse LSS i området

Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter

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

- Vi använder befintliga strukturer inom NOSAM, LGS för samverkan med NSVT, mobila team, specialistmottagningar och sjukhusen.
- LPP samverkansgrupp Psykiatri – Henrik Åhsberg, Närhälsan Styrso VC, representant från Närhälsan
- Samverkan med slutenvården, vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård sker dels genom NOSAM och LGS. Dels genom partsgemensamma arbetsgrupper

Integrerade mottagningar

- Närhälsan Högsbo vårdcentral – familjecentralsliknande verksamhet
- Närhälsan Frölunda vårdcentral – Familjecentralen Trädet

***Gemensam uppföljning**

Denna plan ska årligen följas upp inom lokala samverkansområdet.
Samtliga punkter ska följas upp årligen och ev brister ska prioriteras för arbete under kommande år i överenskommelse

***Gemensam kompetensutveckling**

Detta tas upp på NOSAM som en stående fråga.

***Utvecklingsområden**

(Förslagsvis minst 2 områden)

Gemensam vårdplan
SAMSA – kommunikation och enade arbetssätt

***Ansvariga för gemensam närområdesplan**

Datum: 2025-01-31

Mona Månsson
Verksamhetschef
HS Sydväst
Göteborgs Stad

Jennifer Rudolph
Vårdcentralchef
Närhälsan Sisjön vårdcentral
Västra Götalandsregionen

Uppdaterad:

Datum:

Mona Månsson
Verksamhetschef
HS Sydväst
Göteborgs Stad

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