



## 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 .....	3
* 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 .....	6
Medicinskt rådgivningsansvarig läkare.....	6
Vaccinationer .....	7
Beslutstöd .....	7
Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård .....	7
Samordnad individuell plan – SIP .....	7
Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård .....	7
*POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande .....	8
Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet .....	8
*Barnhälsovård.....	8
*Asylsökande och personer utan tillstånd .....	8
Hälsofrämjande och förebyggande arbete .....	8
Egenvård.....	9
Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter .....	9
Integrerade mottagningar .....	9
*Gemensam uppföljning .....	9
*Gemensam kompetensutveckling.....	10
*Utvecklingsområden.....	10

*Ansvariga för gemensam närområdesplan .....	10
Referenser.....	10
*Bilaga 1 Läkaransvar i kommunal primärvård.....	10
*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\* 2025-02-03 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*

### Vård- och omsorgsplanering:

- genomförs minst en gång/år i samband med fördjupade läkemedelsgenomgång och årskontroll. Särskild samverkansrutin finns upprättad.
- vid försämrat hälsotillstånd revideras planeringen på avsedd läkartid när angelägenhetsgrad tillåter, i annat fall sker direktkontakt ansvarig läkare alternativt konsulteras akutläkare (jourläkare).
- för nya patienter inom kommunal primärvård sker en förenklad läkemedelsgenomgång inom två veckor därefter en fördjupad läkemedelsgenomgång inom 3 månader

### Planering:

- sjuksköterskorna samordnar planeringen i god tid, informerar patienten och bjuder in närstående/anhöriga enligt överenskommelse med patienten
- läkaren och sjuksköterskan tar fram en årsplanering med inplanerade medicinska vårdplaneringar:
  - Planeras jämt över året
  - planeras inte in under ordinarie semestertider

### Förberedelser ca två veckor innan hembesöket:

- förankras med läkaren via ett planeringsunderlag: PHASE20
- sjuksköterskan informerar om eventuell förändring i patientens hälsotillstånd
- läkaren ordinerar provtagning
- Ordinerad provtagning utförs

### 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
- avstämningstid med sjuksköterska
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner
- vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut.

### **\* 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
- vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut.

### **\*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
- vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut.

## **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.

### **\*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  
*till exempel*

- *planerade patientbesök inkl. årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård*
- *avstämningstid med sjuksköterska*
- *proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner*

- vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut.

### **\*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*

Vårdcentralen tillhandahåller telefonnummer för akuta behov samt direktnummer till ansvariga läkare

### **\*Palliativ vård**

Vid försämrat tillstånd av patient så kontaktas läkare via telefonkontakt, se ovan, alternativt vid ordinarie läkartid beroende på angelägenhetsgrad.

Ordinarie fast ansvarig läkarkontakt eller dennes ersättare vid frånvaro bedömer eventuell palliativ vård och ordinerar trygghetsläkemedel inför vård vid livets slutskede och är också den som ansvarar för medicinsk vårdplan vid palliativ vård

Anhörigstöd ges av lämplig legitimerad personal i patientens vårdteam eller hänvisas till aktuell vårdinstans beroende på behov av stöd.

Att fastställa dödsfall sker enligt särskild Fyrbodals-gemensam rutin med lokala tillägg för Åmåls kommun och Medpro clinic Åmål vårdcentral.

Efterlevandesamtal erbjuds närstående av sjuksköterska enligt kommunal rutin. Vid medicinska frågor hänvisas till fast ansvarig läkare

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

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

Fastställande av dödsfall, se ovan stycke ”Palliativ vård”. För oväntade dödsfall och vårdintygsbedömning utanför vårdcentralens öppethållande kontaktas beredskapsjouren norra Bohuslän och Dalsland

### **\*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 Norra Bohuslän + Dalsland \(vgregion.se\)](#)

### **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*

Utsedd rådgivningsansvarig läkare för kommunal hemsjukvård finns på Medpro clinic Åmål vårdcentral.

## **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*

Säkerhetsansvarig TIB för kommunen sammankallar POSOM-gruppen. Regional primärvård lyder under VGRs kris och beredskapsplan och sammankallas vid behov av regional TIB. Kontaktlista finns upprättad

## **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*

- Hälsöfrämjande och förebyggande arbete utförs primärt med bas i öppna förskolan men integreras också ytterligare genom delaktighet i SIM-projektet Backa barnet Dalsland som för Åmål inkluderar utökat hembesöksprogram där samverkan med kommunens familjestödjare sker.
- Barn med särskilt behov av stöd, social eller utvecklingsmässig problematik identifieras och uppmärksammas via psykolog inom BHV samt med stöd av föräldrastödjare och specialpedagog. Åmål samarbetar via teambesök med fysioterapeut avseende motorisk problematik. VIB tillämpas
- Föräldraskapsstöd erbjuds genom föräldragrupper samt stöds via föräldrastödjare.
- Hygien och smittskyddsfrågor hanteras i enlighet med folkhälsomyndigheten och central barnhälsovård
- Familjecentral erbjuds och följs upp löpande genom styrgrupp där även folktandvården samt hälso-promotör är inkluderad och är under 2024-2026 utökad med införandeteam för backa barnet Dalsland.
- Hälsoundersökning på vårdcentralen av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet erbjuds och uppmärksammas med hjälp av kommunal individ- och familjeomsorg

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*

Ex planerad ansvarsfördelning gällande hälsokontroller

## **Hälsöfrämjande 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.

- Samverkan på lokal ledningsnivå samt utförs genom lokal vårdsamverkan
- Teamarbetet och samarbetet:
  - Kommunal primärvård:
    - Tillgänglighet av ansvarig läkare samt fasta planerade läkartider tillsammans med genomgång av genomförd fördjupad läkemedelsgenomgång följs upp genom kvartalsvis avstämning med ledning och representanter från berörda verksamheter i samverkansgrupp primärvård.
    - Vård och omsorgsplanering samt SIP utvärderas löpande i verksamheterna samt i lokal vårdsamverkan.
  - Barnhälsovård
    - Fasta planerade läkartider av såväl specialistläkare i barnmedicin samt allmänmedicin planeras och följs upp löpande i verksamheten
  - 
  - Övrigt

- Avvikelser i samverkan hanteras i lokal vårdsamverkan genom bl.a. att aktuella avvikelser är en fast punkt.
- Palliativa registret ex brytpunktsamtal, smärtskattning går igenom terminsgenomgång i samverkansgrupp primärvård
- Digitalisering utvärderas terminsvis i samverkansgrupp primärvård

### **\*Gemensam kompetensutveckling**

Gemensam kompetensutveckling planeras och utvärderas terminsvis i samverkansgrupp primärvård

### **\*Utvecklingsområden**

(Förslagsvis minst 2 områden)  
Palliativ vård och SIP

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

2025-01-31:

Helena Wretman  
Förvaltningschef  
Välfärd och arbets-  
marknadsförvaltningen  
Åmål kommun

Fredrik Skärlund  
Verksamhetschef  
Medpro clinic Åmål vårdcentral  
VG region

Uppdaterad:  
Datum: 2025-01-31

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