

# Gemensam Närområdesplan

## För Hälsa- och sjukvård och angränsande socialtjänst



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

Lidköpings Kommun
Närhälsan Guldvingens Vårdcentral
Närhälsan Ågårdens Vårdcentral
Hamnstadens Vårdcentral

## Innehåll

Inledning och syfte .....	2
Målgrupp .....	2
Organisation .....	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 läkarmedverkan inom socialpsykiatri .....	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.....	7
Vaccinationer .....	8
Beslutstöd .....	8
Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård .....	8
Samordnad individuell plan – SIP.....	8
Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård .....	8
Kommunal primärvårds ansvar: .....	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 .....	11
Integrerade mottagningar .....	11
*Gemensam uppföljning .....	11
*Gemensam kompetensutveckling .....	11
*Utvecklingsområden.....	11
Uppdaterad: .....	12
Referenser.....	12
*Bilaga 1 Läkaransvar i kommunal primärvård.....	12
*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\* 2025-03-01 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 läkarmedverkan 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 kommunal 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:**

- 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:
  - 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*

1

- planerade patientbesök inkl. årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård
- akuta hembesök
- avstämningstid med sjuksköterska
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner
- vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut för ärenden som inte kräver besök hos patienten.

#### **\* 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 hembesök
- avstämningstid med sjuksköterska
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner
- vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut för ärenden som inte kräver besök hos patienten.

#### **\*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 inkl. årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård
- akuta hembesök
- avstämningstid med sjuksköterska
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner
- vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut för ärenden som inte kräver besök hos patienten.

### **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*

*l*

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

## **Fasta inplanerade tider för läkarmedverkan 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 inkl. årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård*
- *akuta hembesök*
- *avstämningstid med sjuksköterska*
- *proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner*
- *vid behov fysioterapeut/sjukgymnast och arbetsterapeut för ärenden som inte kräver besök hos patienten.*

### **\*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*

### **\*Palliativ vård**

Arbets sättet utgår från Palliativ vård Nationellt vårdprogram 2021-03-11 version 3.0

#### **Läkarbedömning av försämrade 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.

*Vidare hänvisning till Social Velfärd – Rutin palliativ vård*

#### **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. 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 Lidköpings kommun finns utarbetat anhörigstöd som erbjuds vid behov till alla kommunens invånare. Anhörigsamordnare finns inom äldre och för de med långvarig sjukdom samt inom funktionsnedsättning. 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. (SOF SF 2005:10, 3 kap. § 1-2).

## **\*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 Skaraborg \(vregion.se\)](http://vregion.se)

## **Medicinskt rådgivningsansvarig läkare**

Medicinskt rådgivningsansvar är skilt från patientansvaret och rör övergripande hälso- och sjukvårdsfrågor i kommunal hälso- och sjukvård.

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

Medicinskt ansvarig sjuksköterska bjuder in medicinsk rådgivare från respektive vårdcentral en eller två gånger/ år för att uppdatera gemensamma rutiner t ex läkemedelshantering generella direktiv, läkemedel eller RMR som berör kommunen.

## **Vaccinationer**

Ansvarsfördelning gällande beställning, ordination, administrering och registrering inklusive överföring till NVR (Nationella vaccinationsregistret) för vaccinationer som säsongsinfluensa och Covid-19

Avvaktar beslut på Skaraborgsnivå

## **Beslutstöd**

- *BViS Beslutstöd i Skaraborg*
- *SBAR*

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.

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

Vi följer gällandegällande rutiner och riktlinjer

Avstämningsmötet genomförs två gånger i veckan i SAMSA med ansvariga representanter från respektive organisation.

SAMSA representanter medverkar på Lokal GDP två gånger/år

## **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 hälso- och sjukvård 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 N-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*

Lidköpings krisstöd är en del av kommunens krisorganisation. Krisarbetet i kommunen styrs av lagen (SFS 2006:544) om kommuners och regioners åtgärder inför och vid extraordinära händelser i fredstid och höjd beredskap (LEH). Begreppet krisstöd används numera istället för tidigare begreppet POSOM då Socialstyrelsen förordar att man använder namnet Krisstöd. Det är ett tydligare namn för vad insatsen är till för.

Lidköpings kommun har i kommunstyrelsen fastställt att en organisation för psykiskt och socialt omhändertagande vid företrädesvis stora olyckor ska finnas (KS § 89,1993- 05-23). Krisstöds arbete ska utgå från Socialstyrelsens ”Krisstöd vid allvarlig händelse”, artikel nr 2018-10-9.

Socialstyrelsen förordar att det i varje kommun ska finnas en beredskapsgrupp/ledningsgrupp som snabbt kan kallas samman och organisera ett psykiskt och socialt omhändertagande. Gruppen aktiveras via Kommundirektör eller Sektorchef social välfärd eller Räddningstjänsten.

Kontaktperson-/er: Områdeschef Camilla Johansson Lidköpings kommun. Representant Från VGR: Per-Anders Björck Hamnstadens Vårdcentral

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

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

Kontaktperson-/er Pernilla Blomqvist Områdeschef Kommunal primärvård, hälsofrämjande och bemanning Lidköpings kommun.

Vi avvaktar tills regional primärvård får tydligare uppdrag lokalt. Kommunen ska under året föredra vad som pågår i Lidköpings kommun

## **\*Barnhälsovård**

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

Denna fråga är inte klar vi arbetar vidare med den i samverkansgruppen barn och unga under våren 2025.

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

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. Regionen kontaktar ansvarig chef för kommunal primärvård. Vid en överenskommelse om utförande av hälso- och sjukvårdsinsatser ska även ersättning till kommunen regleras.

### **Hälsöfrämjande och förebyggande arbete**

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

I Folkhälsorådet arbetar man efter Hållbarhetsprogrammet och de mål som finns där, samt att vi arbetar efter en överenskommelsen som finns mellan kommunerna och VGR.

Områden som man arbetar med under året är:

- SES NXT (Samarbete efter separation)
- Seniormässa (målgrupp 65+ samt anhöriga)
- Språk och läsning, fritt och fantasifullt Målgrupp: Boende i socioekonomiskt utsatta områden.

Representant i folkhälsoråd från kommun är ordförande och vice ordförande från respektive nämnd, två förtroendevalda från DRNÖ, Sektorschef och utvecklingsledare social hållbarhet  
Representant från regional primärvård är.....

### **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

*Utvecklingsområden behöver identifieras under våren 2025*

## 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*
- *Palliativa team och närsvårdsteam utgår från SkaS.*
- *Psykatri*
- *Rehabilitering, specialistvård*
- *Habilitering och hälsa utgår från Skövde*
- *Specialistmottagningar*
- *Samverkan med slutenvården, vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård*
- 

## Integrerade mottagningar

- Socialmedicinsk mottagning finns inte i Lidköping med dialog pågår i Ledningsgruppen för Trepårt
- Mini-Maria erbjuder rådgivning och behandling till ungdomar, föräldrar och anhöriga. Mottagningar finns i Lidköping, Skövde, Falköping och Mariestad. På mottagningen arbetar kurator, sjuksköterska, psykolog och läkare tillsammans. Mini-Maria drivs gemensamt av Skaraborgs 15 kommuner och Västra Götalandsregionen. Alla besök på Mini-Maria är kostnadsfria och personalen har tystnadsplikt.
- Familjecentralliknande verksamhet Lokala avtal finns upprättade mellan Guldvingens vårdcentral samt Ågårdens Vårdcentral.

## \*Gemensam uppföljning

Denna plan ska årligen följas upp inom lokala samverkansområdet.

- *Tillgänglighet läkarmedverkan följs en gång/år*
- *Fasta planerade läkartider följs en gång/år*
- *Följsamhet till beslutsstöd, följs i oplanerade transporter*
- *Medicinsk vårdplanering*
- *Avvikelse i samverkan*
- *Palliativa registret ex brytpunktsamtal, smärtskattning*

## \*Gemensam kompetensutveckling

*Förslagsvis en gång per år gemensamt bedöma och planera behov av kompetensutveckling och utbildningsstöd för gemensamma satsningar inför kommande år. Petra kollar*

## \*Utvecklingsområden

(Förslagsvis minst 2 områden)

Ta fram ett gemensamt arbetsätt kring egenvård

Digifysiska möten utöka vid akuta behov av bedömningar

Ökad samverkan mellan äldreteam och kommunens bedömningsteam

Ansvariga för gemensam lokal plan  
Datum: 250428

Camilla Johansson  
Tf Sektorschef  
Sektor Social välfärd  
Lidköpings kommun

Lena Vestlin  
Tf vårdcentralschef  
Närhälsan Ågårdens vårdcentral

Petra Aronsson  
Vårdcentralschef  
Närhälsan Guldvingens vårdcentral

Per-Anders  
Vårdcentralschef  
Hamnstadens vårdcentral

## Uppdaterad:

Datum:  
Namn

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, fylls i och sparas i av respektive huvudman

## **\*Bilaga 2 Barnhälsovård**

Förteckning över ansvar mellan barnhälsovård och förskolor

Finns på SharePoint ytan Gemensam Närområdesplan, fylls i och sparas i av respektive huvudman