

Gemensam Närområdesplan

För Hälso- och sjukvård och angränsande socialtjänst



Planen gäller för Närområde Majorna/ Linné/Centrum

med följande ingående parter

HS Centrum Första långgatan
Capio Vårdcentral Axess
Kvarterskliniken Husaren
Närhälsan Kungssten
Närhälsan Majorna

Närhälsan Masthugget
Närhälsan Slottsskogen
Masthugget familjeläkarna Nötkärnan
Omtanken Majorna
Meliva vårdcentral Masthuggskajen & BVC

Innehåll

Inledning och syfte	2
Målgrupp	2
Organisation	2
Läkarmedverkan 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	5
*Akuta bedömningar och oplanerade hembesök	5
*Palliativ vård	6
*Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning.....	6
*Läkare i beredskap	7
Medicinskt rådgivningsansvarig läkare.....	7
Vaccinationer	7
Beslutstöd.....	8
Samverkan vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård	8
Samordnad individuell plan – SIP.....	8
Munhälsa – uppsökande och nödvändig tandvård	8
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
Uppdaterad:	12

Referenser.....	12
*Bilaga 1 Läkarmedverkan i kommunal primärvård	12
*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* 2026-01-01 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 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 socialpsykiatri.

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.

Läkarmedverkan 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

Sjuksköterskorna i kommunal primärvård samordnar och planerar

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

Planering:

- **Sjuksköterskorna i kommunal primärvård 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

Se bilaga 1

- 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 för ärenden som inte kräver besök hos patienten. A

Vårdcentraler enl Vårdval Vårdcentral

*** 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 bilaga 1

***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

Se bilaga 1

- 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 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

Se bilaga 1

***Läkaransvar vid dagverksamhet och daglig verksamhet**

Hänvisas till patientens ordinarie fasta läkarkontakt vid vårdcentral.

Se Bilaga 1

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
- 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

SE BILAGA 1

***Palliativ vård**

Vid försämring hos en patient är det viktigt att läkaren gör en noggrann bedömning för att avgöra om patienten är i behov av ökad vård samt om palliativ vård bör initieras. I samarbete med sjuksköterskor och andra vårdgivare säkerställs en helhetsbild av patientens tillstånd för att fatta beslut om vårdinsatser.

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. För att underlätta smärtlindring och hantera symtom påbörjas med trygghetsläkemedel. Dessa beslut fattas i samråd med patienten och anhöriga, där det är möjligt.

Brytpunktsamtalet är ett centralt moment där patienten och de närstående informeras om övergången till palliativ vård i livets slutskede. Samtalet hålls av läkaren, ofta tillsammans med en sjuksköterska, och syftar till att ge information på ett lugnt och begripligt sätt samt bemöta frågor eller oro.

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

Vid patientens bortgång är det läkaren som har ansvaret för att fastställa dödsfallet enligt gällande riktlinjer. Detta sker ofta i nära samarbete med sjuksköterskor.

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.

***Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning**

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

Ansvarsfördelningen i vårt lokala samverkansområde

Fördelning mellan vårdcentralerna

1. Förväntade och icke förväntade dödsfall inom närområdet Majorna/Linné ansvaras för av den vårdcentral där patienten är listad. Dödsfallet konstateras av den enhet som patienten är listad på. Ansvarig enhet kontaktar anhöriga och utfärdar dödsbevis och dödsorsaksintyg.
2. Dödsfall dagtid 08.00-17.00 gällande patienter listade utanför närområdet. Dödsfallet konstateras av läkare på den enhet som enligt närområdesprincipens karta har geografiskt ansvar. Läkaren tillser att anhöriga/närstående blir kontaktade, avgör om polis skall kontaktas och tar vid behov denna kontakt. Läkaren utfärdar dödsbevis och tillser att dödsorsaksintyg utfärdas av ansvarig läkare. Vid behov remitteras för obduktion.

3. Dödsfall (förväntade och icke förväntade) som inträffar under jourtid i närområdet konstateras enligt avtal med Beredskapsjouren. Jourtelefon 073-532 30 00. För mer information se vårdgivarwebben.

Vårdintygsbedömningar Att initiera/genomföra undersökning och bedömning av eventuellt behov av tvångsvård görs av läkare från den vårdcentral där patienten listad, om patienten befinner sig i närområdet (Majorna/Linné).
Om patienten är listad utanför närområdet är i behov av denna bedömning görs den av läkare från den enhet som, enligt karta från VGPV, ansvarar för det område där patienten befinner sig. <https://vgpv.vgregion.se/>

***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 om uppdraget i Krav- och kvalitetsbok 2.4.8.2

Kontaktuppgifter till Läkare i beredskap inklusive telefonnummer

Läkarjouren Sverige AB

Kontorstid: 031–190180

kontakt@lakarjourenisverige.se

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 hälso- och sjukvård.

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

Vaccinationer

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

*Två vårdcentraler beställer vaccin och material **från och med hösten 2025**. Närhälsans vårdcentral Slottskogen beställer för alla Närhälsans listade patienter och utsedd privat vårdcentral beställer för alla listade patienter inom privat vårdcentral.*

Privata vårdgivare

- **Höst/vår 25/26 Nötkärnan Masthugget**
- **Höst/vår 26/27 Omtanken Majorna**
- **Höst/vår 27/28 Meliva Masthuggskajen**

- **Höst/vår 28/29 Capiro VC Axess**
- **Höst/vår 29/30 Husaren**

Arbete pågår.

Leverans av prover

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?*

Arbete pågår

- VISAM
- BViS
- SBAR
- NEWS
- Annat

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

[Samverkan vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård - Vårdsamverkan 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 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.

Kriterier finns här [N-tandvård och munhälsobedömning - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen](#).

De som har stödinsatser av kommunen kan vänder sig till sin socialsekreterare för att utfärda N-tandvård

POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande

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

Ingen grupp POSOM fråga kvarstår

Kontaktperson **Veronica Ottosson Capio Axess** veronika.ottosson@capio.se

Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet

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

Upprätta plan för medverkan vid olyckor och katastrofer och representera primärvården i närområdet i lednings-gruppen.

Kontaktperson **Veronica Ottosson Capio Axess** veronika.ottosson@capio.se

***Barnhälsovård**

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

Hur arbetar vi i vårt lokala samverkansområde

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

Nätverk inom Barnhälsovård

Familjecentral eller familjecentralsliknande verksamhet Familjecentral: Sandarna Kungssten

Samverkande enheter: Samtliga vårdcentraler i närområdet deltar i det övergripande utvecklingsarbetet för familjecentrerat arbetssätt

- Är ett helt BVCs uppdrag lokaliserat på familjecentralen?
 Bedrivs delar av ett BVCs ordinarie verksamhet på familjecentralen?

Är gällande avtal för familjecentralen inlämnat till Koncernkontoret?

- Ja
 Nej

Samverkande enheter: Samtliga vårdcentraler i närområdet deltar i det övergripande utvecklingsarbetet för familjecentrerat arbetssätt

- Är ett helt BVCs uppdrag lokaliserat på familjecentralen?
 Bedrivs delar av ett BVCs ordinarie verksamhet på familjecentralen?

Är gällande avtal för familjecentralen inlämnat till Koncernkontoret?

- Ja
 Nej

Samverkande enheter: Samtliga vårdcentraler i närområdet deltar i det övergripande utvecklingsarbetet för familjecentrerat arbetssätt

- Är ett helt BVCs uppdrag lokaliserat på familjecentralen?
 Bedrivs delar av ett BVCs ordinarie verksamhet på familjecentralen?

Är gällande avtal för familjecentralen inlämnat till Koncernkontoret?

- Ja
 Nej

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

Medverkande vårdcentraler i närområdet har beslutat att behov av samordning i nuläget ej är aktuellt. Hälsoundersökning tillgodoses individuellt.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

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

Varje verksamhet arbetar med att ge råd om egenvård och tidig upptäckt av hälsorisker och ohälsosamma levnadsvanor. Varje verksamhet hänvisar vid behov patienter till patientens val av rehabenhet. Verksamheterna står till förfogande för samverkan med kommunen och andra aktörer för att exempelvis delta i gemensamma planerade aktiviteter.

Representant i folkhälsovården

Ellinor Öjersson ellinor.ojersson@socialcentrum.goteborg.se

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 kortidsvistelse LSS

Genom utbildning

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

Integrerade mottagningar

Psykosmottagning centrum/SU

Enhetschef Catharina Jedenius: catharina.jedenius@vgregion.se

Rehabmottagningar enl Vårdval Rehab

Myndighet Äldre, äldre samt vård- och omsorgsförvaltningen, Centrum

Viktoria Magnusson Myndighet enhetschef Majorna-Linné
viktoria.magnusson@aldrevardomsorg.goteborg.se

Sevintj Bunyatova Herimansson, enhetschef planering hela centrum
sevintj.bunyatova.herimansson@aldrevardomsorg.goteborg.se

Få tag på Socialsekreterare:

031-365 00 00, Göteborgs Stads kontaktcenter hänvisar vidare till rätt socialkontor beroende på var den enskilde bor.

***Gemensam uppföljning**

Denna plan ska årligen följas upp inom lokala samverkansområdet.
NOP ska följas upp 2ggr/ år i NOSAM samt vid behov

***Gemensam kompetensutveckling**

Skrivs in som dagordning på NOSAM 1ggr/ år

***Utvecklingsområden**

(Förslagsvis minst 2 områden)

Kris och beredskap

Ansvariga för gemensam lokal plan

Datum: 2026-01-01

Vårdcentral

Helené Andersson
Enhetschef Hälso- och Sjukvård
Göteborgs Stad, Stadsområde Centrum

Therese Ekelund
Verksamhetschef
Närhälsan Slottsskogen vc
VG region

Rehabenhet

Uppdaterad:

Datum:2026-01-16

Namn

Vårdcentral

Helené Andersson
Enhetschef Hälso- och Sjukvård
Göteborgs Stad, Stadsområde Centrum

Therese Ekelund
Verksamhetschef
Närhälsan Slottsskogen vc
VG region

Rehabenhhet

Referenser

- Länkar till referenser finns i dokument: Referenser Gemensam Närområdesplan

***Bilaga 1 Läkarmedverkan 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