Gällande:
2025- tills vidare

Gemensam Närområdesplan

För Hälso- och sjukvård och angränsande socialtjänst



Planen gäller för Närområde Vänersborg

med följande ingående parter

Vänersborgs Kommun	
Medpro clinic Brålanda/Torpa Vårdcentral	
Närhälsan Vänerparken Vårdcentral	
Närhälsan Vargön Vårdcentral	
Vårdcentralen Nordstan	

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 6
Fasta inplanerade tider för läkarmedverkan inom socialpsykiatrin 6
*Akuta bedömningar och oplanerade hembesök 6
*Palliativ vård 6
*Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning 7
*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 9
Hälsofrämjande och förebyggande arbete 9
Egenvård 10
Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter 10
Integrerade mottagningar 10
*Gemensam uppföljning 10
*Gemensam kompetensutveckling 10
*Utvecklingsområden 10
Uppdaterad: 11

Referenser 11
*Bilaga 1 Läkarmedverkan 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* 25-02-01 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

*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
- vid försämrat hälsotillstånd
- för nya patienter inom kommunal primärvård efter bedömning eller förändrat behov, tex patienter väl kända på sin vårdcentral och som nyligen haft årskontroll eller sköts av annan specialistmottagning

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 och året
- planeras inte in under ordinarie semestertider

Förberedelser ca två veckor innan hembesöket:

- 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, eventuellt fast omsorgskontakt samt berörda
- Ställningstagande till behandlingsbegräsningar

* 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
- avstämningstid med sjuksköterska
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner
- akuta besök

* 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
- avstämningstid med sjuksköterska
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner
- akuta besök

*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
Nyhaga och Niklasbergsvägen 9K, (korttidsplatser*)*

- oplanerade patientbesök och vid behov planering för patienter med kommunal primärvård
- avstämningstid med sjuksköterska
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner
- ansvar för läkemedel och uppstart av apodos(trots skrivningen nedan om ordinarie fast läkarkontakt)

- remisser från sjukhuset med uppföljningar och provtagning som behöver ske under korttidsvistelsen(trots skrivningen nedan om ordinarie fast läkarkontakt)
- överrapportering till patientens vårdcentral ska ske av kommunens sjuksköterska samt av rondande läkare vid utskrivning från korttidsboendet
- fördelning 2 år i taget per vårdcentral, byte sker 1 maj

Avseende växelvårdsplatserna inom kommunens verksamheter vänder sig kommunal primärvård till patientansvarig läkare på ordinarie vårdcentral vid behov.

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
Det finns en utsedd ansvarig vårdcentral för varje boende. Då patienterna i större utsträckning väljer att vara listad på samma vårdcentral som innan inflyttning blir det i praktiken att vården sker som i ett ordinärt boende, dvs patientansvarig läkare ansvarar för vården. Personer som flyttar in på boendet erbjuds att skrivas in i kommunal primärvård, dock väljer inte alla att ha denna kontakt.

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

- Hälsoundersökningar ska erbjudas och genomföras enligt regional medicinsk riktlinje ”Ansvarsfördelning för medicinskt omhändertagande av vuxna med medfödd funktionsnedsättning”. Primärvården har ett helhetsansvar för medicinska, sociala och försäkringsmedicinska frågeställningar och står för den basala sjukvården för vuxna med medfödd funktionsnedsättning. Dessa patienter ska ha fast vårdkontakt i form av läkarkontakt och kallas till årliga hälsokontroller enligt fastställd bilaga. Lika viktig är

en fast sjuksköterskekontakt och ett etablerat samarbete mellan primärvård och kommun kring enskilda patienter.
- Hälsoundersökningar ska erbjudas alla i målgruppen oavsett boendeform eller om personen har insatser från kommunal primärvård eller ej.

*Läkaransvar vid dagverksamhet och daglig verksamhet

Hänvisas till patientens ordinarie fasta läkarkontakt vid vårdcentral.

Fasta inplanerade tider för läkarmedverkan inom socialpsykiatrin

Personer inom socialpsykiatrin 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 socialpsykiatrin
Det finns en utsedd ansvarig vårdcentral för varje boende. Då patienterna i större utsträckning väljer att vara listad på samma vårdcentral som innan inflyttning blir det i praktiken att vården sker som i ett ordinärt boende, dvs patientansvarig läkare ansvarar för vården. Personer som flyttar in på boendet erbjuds att skrivas in i kommunal primärvård, dock väljer inte alla att ha denna kontakt.

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

*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

Parterna inom närområdet har en framtaget rutin ”Brytpunktssamtal vid palliativ vård - en samverkansrutin mellan Vänersborgs kommun och primärvården i Vänersborg”
Syftet med rutinen är att inom berörda verksamheter vara överens om vad brytpunktssamtal innebär och vad som ska göras i samband med att vården ändrar inriktning och övergår till palliativ vård. Skapa förutsättningar för att individen ska få en jämlik vård oavsett var vården ges.
Brytpunktssamtal vid palliativ vård - samverkansrutin.pdf

*Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget
Sjuksköterska inom kommunal primärvård kontaktar den vårdcentral som patienten är listad på för vidare insats. För patienter som inte har sin vårdcentral inom närområdet är det närhetsprincipen som gäller, dvs närmaste geografiskt placerade vårdcentral ansvarar för att utföra insatsen.

*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 Kommentarsfält

Uppdraget finns också beskrivet i länken:
Beredskapsjour - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen (vgregion.se)

Kontakt se länk:
Läkare i beredskap Trollhättan, Vänersborg, Lilla Edets kommuner (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

- Ansvarsfördelning enligt bilaga 1
- Inventering av utbildningsbehov inom kommunal primärvård genomförs av kommunen. Initiativ om utbildningsinsatser kan också komma från någon av vårdcentralerna.
- Beslut om vilka utbildningar som ska genomföras samt vem som ansvarar för genomförandet beslutas på lokalt samverkansmöte
- Vårdcentralerna och kommunen medverkar till att ta fram gemensamma riktlinjer och rutiner samt vara behjälpliga vid uppföljning av avvikelser
- Vårdcentralerna ska bistå ledningen för den kommunala verksamheten i planering av verksamhetsförlagd fortbildning.
- Kommunen lämnar kasserade läkemedel från kommunalt akutläkemedelsförråd direkt till apoteket

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
Ansvarsfördelning beskrivs i lokal rutin för vaccinationsinsats , lokal rutin gällande erbjudande om influensavaccination personal inom kommunal vård - och omsorg.
Regional registreringsanvisning i samverkan vårdcentral-kommun

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. För närvarande används inget gemensamt beslutsstöd.

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

*I*n- och utskrivning från slutenvården*:*
Se ”Länsgemensam rutin om in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Västra Götaland”
Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård i Västra Götaland

In- och utskrivning, öppenvårdsärenden:
Vid överföring av vårdansvar mellan den regionala och kommunala primärvården skickas vårdbegäran i Samsa. Se ”Lokal rutin för tvåpartskommunikation vid in- och utskrivning i kommunal hälso- och sjukvård Vänersborg via IT-stödet SAMSA”
Lokal rutin för tvåpartskommunikation vid in och utskrivning.pdf

Köp av tjänst, s.k. helguppdrag:
Den regionala primärvården kan köpa tjänster för besök hos patienter som i normala fall får sin vård på vårdcentralen. Insatsen ska ske utanför vårdcentralens öppettid. Se ”Avtal om tjänsteköp”. Insatsen initieras genom vårdbegäran i Samsa.
Avtal om tjänsteköp.pdf

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.

Intyg för uppsökande och nödvändig tandvård utfärdas av vårdcentralerna samt av kommunens sjuksköterskor avseende personer som är inskrivna i kommual primärvård och kommunens biståndsbedömare för personer med insatser från kommunen men som inte har kommunal primärvård.

POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget
Vårdcentralerna har representant i kommunens POSOM-grupp.

Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget
Det finns en lokalt framtagen krishanteringsplan för samverkan mellan vårdcentralerna i närområdet.

*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
- Familjecentralen Sirius
- Alla förskolor i kommunen har en kontakt-vårdcentral

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 för asylsökande och personer utan tillstånd utförs av Medpro Clinic Torpa/Brålanda vårdcentral för samtliga vårdcentraler inom närområdet.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

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

Egenvård

Kopplat till Länsgemensam rutin för egenvård och Länsgemensam rutin för hälso- och sjukvårdsinsatser som är bedömda att kunna utföras som egenvård för barn och unga på kortidsvistelse LSS

Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter

Läs mer i Krav- och kvalitetsbok kapitel 2. Om uppdraget
Samverkan sker på individnivå utifrån den enskilda personens behov och önskemål.
Exempelvis inom nedanstående områden. :

- Mobila team som utgår från specialiserad vård i vårt lokala samverkansområde
- Psykiatri
- Rehabilitering, specialistvård
- Habilitering och hälsa
- Specialistmottagningar

Utöver samverkan på individnivå sker övergripande och strategisk samverkan med öppenvårds- och slutenvårdspsykiatrin (vuxna och barn), NU-sjukvården medicinska ledning, kommunens socialtjänst och skolhälsovård, tandvården, vårdcentralerna, kommunal primärvård samt rehabmottagningar inom primärvård vid lokala samverkansmöten 4 gånger per år.

*Samverkan med slutenvården, vid in- och utskrivning från sluten hälso- och sjukvård*Integrerade mottagningar

Samverkan sker på individnivå utifrån den enskilda personens behov och önskemål.

*Gemensam uppföljning

Denna plan ska årligen följas upp inom lokala samverkansområdet.
Planen ska följas upp i sin helhet och revideras årligen eller tätare om behov uppkommer.
Uppföljning och revidering sker i lokal arbetsgrupp där representanter från samtliga vårdcentraler samt den kommunala primärvården deltar. Vid behov lämnas ärenden vidare till lokal samverkansgrupp.

*Gemensam kompetensutveckling

Vid näst sista lokala samverkansmötet för året görs en gemensam bedömning och planering för kommande år avseende kompetensutveckling och utbildningsstöd.

*Utvecklingsområden

(Förslagsvis minst 2 områden)

1. Gemensamt beslutstöd vid akuta kontakter mellan kommunal primärvård och vårdcentralerna.
2. Samordning kring årliga läkemedelsgenomgångar framför allt inom ordinärt boende.

Ansvariga för gemensam lokal plan
2025-02-01
Vårdcentral

Anette Karlsson	Maria Aronsson
Verksamhetschef	Avdelningschef
Socialförvaltningen	Vårdcentralen Nordstan
Vänersborgs kommun	VGregion

Rehabenhet

Namn	Namn
Titel	Titel
Verksamhet	Verksamhet
XXX kommun	VG region

Uppdaterad:

Datum:
Namn

Vårdcentral

Namn	Namn
Titel	Titel
Verksamhet	Verksamhet
XXX kommun	VG region

Rehabenhet

Namn	Namn
Titel	Titel
Verksamhet	Verksamhet
XXX kommun	VG region

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