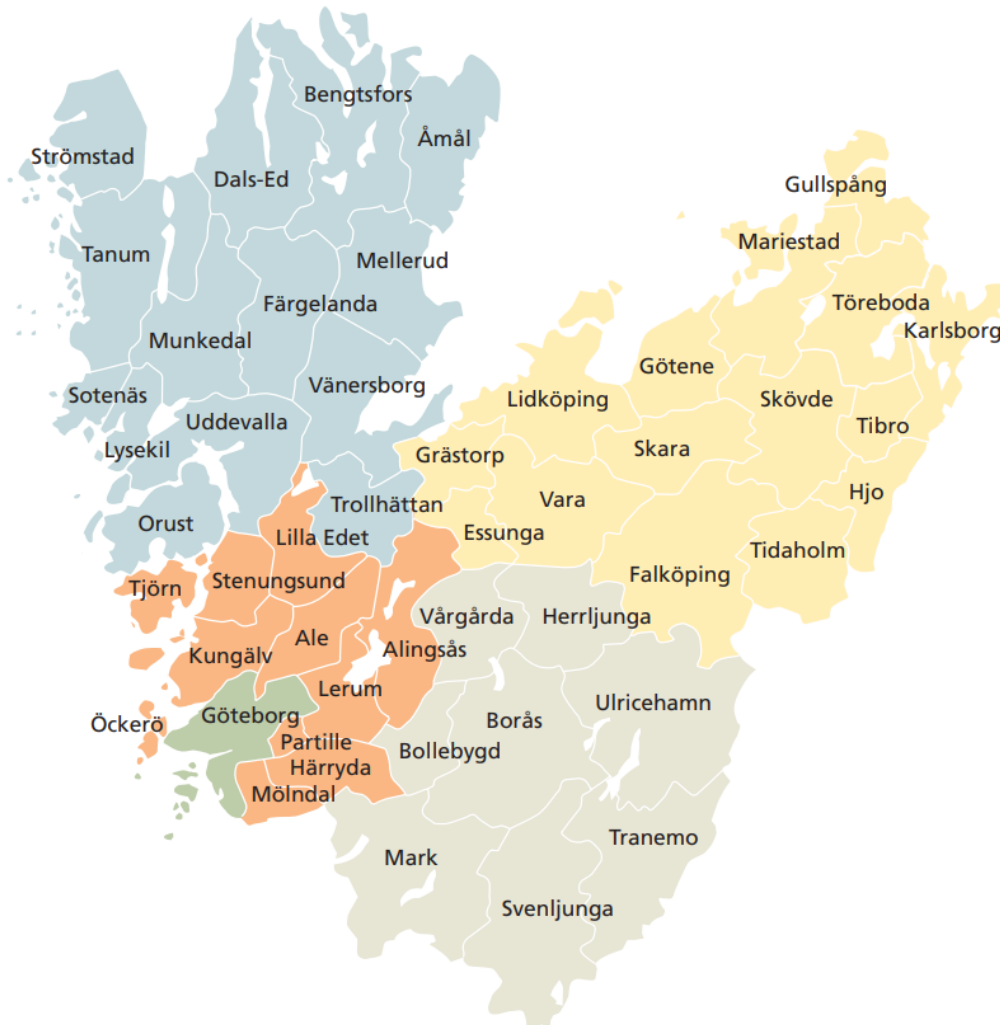


Gemensam Närområdesplan

För Hälso- och sjukvård och angränsande socialtjänst



Planen gäller för Närområde Partille med följande ingående parter

Partille Kommun
Medipart Vårdcentral och BVC
Doktor.se Sävedalens Vårdcentral och BVC
Närhälsan Partille Vårdcentral, BVC och UPH

Närhälsan Furulund Vårdcentral och BVC
Närhälsan Öjersjö Vårdcentral och BVC
Capio Vårdcentral Sävedalen
Närhälsan Sävedalens Rehab

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	3
*Korttidsboende/Korttidsenhet	4
Ansvarsfördelning mellan läkare på korttidsboende och ordinarie fast läkarkontakt	4
*Bostad med särskild service för vuxna (LSS)	4
*Läkaransvar vid dagverksamhet och daglig verksamhet	5
Fasta inplanerade tider för läkaransvar inom socialpsykiatri	5
*Akuta bedömningar och oplanerade hembesök	5
*Palliativ vård	5
*Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning	6
*Läkare i beredskap	6
Medicinskt rådgivningsansvarig läkare	7
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	8
*POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande	8
Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet	8
*Barnhälsovård	8
*Asylsökande och personer utan tillstånd	9
Hälsofrämjande och förebyggande arbete	9
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.....	11
*Bilaga 1 Läkaransvar i kommunal primärvård.....	11
*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* 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 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 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 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

Se nedan rutin

Gemensam rutin för Läkemedelsgenomgång - Partille

* 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

- Varje vårdcentral har en framtagen rutin hur samarbetet med kommunal primärvård ser ut.
- Ambition att under 2025 ta fram ett sammanställt dokument över dessa rutiner

* 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

- vårdcentral där patient är listad ansvarar för planerade patientbesök inkl. årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård
- vårdcentral där patient är listad ansvarar för akuta patientbesök
- avstämningstid med sjuksköterska

- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner
- vid behov kommunens 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

- planerade patientbesök
- akuta patientbesök
- avstämningstid med sjuksköterska
- proaktivt arbete ex. ordinationer av vid behovsmediciner
- vid behov kommunal 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

- Det är den VC där brukaren är listad som ansvarar för patientens sjukvård. Brukarna på LSS-boende ska ha så normaliserad vård som möjligt och träffa sin PAL på VC. Hembesök görs på samma premisser som för övriga patienter som är listade på VC
- Vi ska under 2026 etablera ett samarbete mellan VC och SSK inom funktionsstöd i KPV för att definiera de patienter som ska ha en årlig genomgång enligt Ansvarsfördelning för medicinskt omhändertagande av vuxna med medfödd

[funktionsnedsättning.pdf](#). Det gäller patienter med följande diagnoser F70-F79 (intellektuell funktionsnedsättning), F84 (autismspektrumtillstånd), G80 (cerebral pares), Q05 (ryggmärgsbråck), eller Q90 (Downs syndrom). Patienterna inom målgruppen får information om sina möjligheter till Årligt besök enligt RMR och uppmanas kontakta sin VC. Patienter ska även erbjudas att lista sig på den VC som är ansvarig för boendet, men det är alltid det fria vårdval som styr.

***Läkaransvar vid dagverksamhet och daglig verksamhet**

Hänvisas till patientens ordinarie fasta läkarkontakt vid vårdcentral.

Patienten hänvisas till patientens ordinarie fasta läkarkontakt på VC där pat är listad

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

Dessa personer sköts på samma sätt som övriga som är inskrivna i KPV (och LSS), dvs det är den VC där personen är listad som ansvarar för dennes sjukvård. Dessa patienter har ofta en etablerad kontakt inom psykiatri och då gäller ansvarsfördelning som vanligt mellan primärvård och specialistmottagning.

***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**

Efterlevandesamtal

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 legitimerad vårdpersonal för att avgöra om det är lämpligt att inleda palliativ vård. För att underlätta smärtlindring och hantera symtom påbörjas trygghetsordinationer. Dessa beslut fattas i samråd med patienten och anhöriga, där det är möjligt. Trygghetsordinationen skall uppdateras vid förändrat hälsotillstånd.

En medicinsk teambaserad vårdplan upprättas, såsom medicinering, smärtlindring och- eller andra behov. Vårdplanen uppdateras regelbundet för att anpassas till patientens förändrade behov. I dokumentationen ska vi kunna följa vårdens inriktning genom att använda samma KVÅ koder för att säkerställa patientsäkerheten.

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 och/eller oro. Läkaren tar ställning till HLR och informerar patient och anhöriga/ närstående. Beslut om ej HLR skall följas upp kontinuerligt och omvärderas.

Stöd till anhöriga är en viktig del av den palliativa vården och bör omfatta samtalsstöd, avlastning och information om patientens tillstånd. Det är särskilt viktigt att ta hänsyn till familjer där 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. Sjuksköterskan i den kommunala primärvården har kontakt med närstående och erbjuder efterlevandesamtal. Sjuksköterskan kommunicerar närståendes önskemål till ansvarig vårdgivare och gör en gemensam planering.

***Fastställande av dödsfall och vårdintygsbedömning**

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

Gäller under 8-17, övriga tider hänvisas till Läkare i beredskap, gällande avtal. Det är GPS-Vårdcentral som ansvarar för konstaterande av dödsfall och vårdintygsbedömning. Dialog kan dock föras mellan GPS-VC och den VC där patienten är listad om det anses mer lämpligt att VC där pat är listad tar hand om ärendet.

***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:

[Beredskapsjouren Göteborg + MPH \(vgregion.se\)](#)

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

Gemensam rutin för Medicinskt rådgivningsansvar- Partille

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.

1. Ansvar:

- **Kommunal primärvård** - Kartläggning vem som önskar vaccin, ansvara för att hälsodeklaration fylls i, administrera vaccin till patient, dokumentera i journal, lämna underlag för att vaccin är givet till vårdcentralen där patienten är listad senast nästkommande vardag.
- **Vårdcentral där patient är listad** – Ordinera vaccin, (kan efter överenskommelse med kommunen göras av distriktsköterska i kommunen) Registrera i nationella vaccinationsregistret.

2. Leverans av vaccin: Varje Vårdcentralerna står för beställning av material, inklusive vaccin för sina listade patienter.

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
- SBAR

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

NOSAM arbetar fortlöpande med förbättringar i samverkansmöten i olika konstellationer.

Vi bör jobba mer aktivt och i samverkan med avvikelserna.

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.

Kommunen har ett uppdrag att identifiera och utfärda intyg till dem som har rätt till N-tandvård och munhälsobedömning. I Partille utfärdas dessa intyg av sjuksköterska och biståndshandläggare inom Vård och omsorgsförvaltningen.

Den som inte har stödinsatser från kommunen får kontakta sin listade vårdcentral som gör en ansökan om N-tandvård.

Läs mer: [N-tandvård och munhälsobedömning](#)

I Partille genomför folktandvården den årliga munhälsobedömningen.

***POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande**

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

Numera Kommunens krisstöd Representant Närhälsan

Kontaktperson-/er: Katrine Buskhe, tel 0737-712725, Närhälsan Partille

Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet

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

***Barnhälsovård**

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

- Hälsöfrämjande och förebyggande arbete
- Kring barn med särskilt behov av stöd, social eller utvecklingsmässig problematik
- Föräldraskapsstöd
- Hygien och smittskyddsfrågor
- Familjecentral eller familjecentralsliknande verksamhet
- Hälsoundersökning på vårdcentralen av barn och unga som vårdas utanför det egna hemmet

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

Respektive vårdcentral ansvarar för sitt närområde enligt närområdeskartan efter rutinmässig kontroll i Vera-ASYL. Respektive vårdcentral ansvarar för att rutin finns i ledningssystemet som säkerhetsställer ett tryggt omhändertagande. Dialog kring ansvar för ansvar kring asylsökande och personer utan tillstånd registrerade på migrationsverket sker i samverkan med flyktingmedicinsk mottagning.

Hälsofrämjande och förebyggande arbete

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

Det är följande regionala representanter i Partilles folkhälsoråd:

- 2 politiker från DRNV (delregional nämnd västra)
- Närhälsan Partilles verksamhetschef
- Folkandvårdens verksamhetschef

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

Den i samverkan framtagna Läns gemensamma riktlinjen för egenvård ska följas. Den beskriver huvudmännens ansvar i de delar som är av central betydelse för egenvård.

[Läns gemensam riktlinje för egenvård.](#)

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

- UPH Närhälsan Partille
- Familjecentral

***Gemensam uppföljning**

Denna plan ska årligen följas upp inom lokala samverkansområdet.

Exempelvis

- Kostnadsfördelning material mellan VC:s
- Rutin som gäller årskontroller, läkemedelsgenomgång, läkemedel och dylikt..
- Säsongsvaccinering
- In- och utskrivning i HSV – listor fr HSV slutet av varje kvartal på listade per VC
- Genomgång av nyckeltal kopplat till gemensamma rutiner (Genomförda lkm-genomgångar, beslut vårdbegränsningar, mm.)
- Rutinen för läkarsamverkan i hemsjukvården i ordinärt boende och SÄBO
- Samverkan på lokal ledningsnivå (NOSAM-Kvalitativ uppföljning i dialog)
- Teamarbetet och samarbetet (Kvalitativ uppföljning i dialog)
- Tillgänglighet av ansvarig läkare (Avvikelser i Medcontrol)
- Fasta planerade läkartider (Avvikelser i Medcontrol)
- Följsamhet till beslutsstöd (Avvikelser i Medcontrol)
- Läkemedelsgenomgång - Statistik
- Vård och omsorgsplanering samt SIP - Statistik
- Avvikelser i samverkan (Dialog om samverkan i utredning och planering/implementering av åtgärd)
- Palliativa registret ex brytpunktsamtal, smärtskattning
- Digitalisering

*Gemensam kompetensutveckling

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

*Utvecklingsområden

(Förslagsvis minst 2 områden)
RMR årlig kontroll medfödd...
Primärvårdsteam

*Ansvariga för gemensam närområdesplan

250131

Vårdcentral

John Thunberg
Medicinskt ansvarig sjuksköterska
Vård och omsorgsförvaltningen
Partille kommun

Anna Rindeskär
Verskamhetschef
Capio Vårdcentral Sävedalen
VG region

Rehabenhhet

Titel
Verksamhet
XXX kommun

Namn
Titel
Verksamhet
VG region

Uppdaterad:

Datum:

Vårdcentral

Namn
Titel
Verksamhet
XXX kommun

Namn
Titel
Verksamhet
VG region

Rehabenhet

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