

# Gemensam Närområdesplan

## För Hälso- och sjukvård och angränsande socialtjänst



**Planen gäller för Närområde Västra Göteborg**  
med följande ingående parter

Göteborgs stad
Wästerläkarna
Wästerläkarna Redegatan
Johannesvården

Närhälsan Styrso
Närhälsan Opaltorget

## 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 .....	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 läkaransvar inom socialpsykiatri.....	5
*Akuta bedömningar och oplanerade hembesök .....	6
*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 .....	8
Kris- och beredskapsfrågor inom närområdet.....	9
*Barnhälsovård.....	9
*Asylsökande och personer utan tillstånd .....	9
Hälsofrämjande och förebyggande arbete.....	9
Egenvård.....	9
Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter.....	9
Integrerade mottagningar .....	10
*Gemensam uppföljning .....	10
*Gemensam kompetensutveckling.....	10
*Utvecklingsområden.....	10

*Ansvariga för gemensam närområdesplan .....	10
Referenser.....	10
*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 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 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
- vid försämrat hälsotillstånd
- för nya patienter inom kommunal primärvård

### **Planering:**

- sjuksköterskorna samordnar planeringen i god tid tillsammans med läkaren, minst 1 månad innan årskontroll, informerar patienten och bjuder in närstående/anhöriga enligt överenskommelse med patienten
- läkaren och sjuksköterskan tar fram en planering av årskontroller för kommande år, med jämn fördelning över året

### **Förberedelser ca fyra veckor innan hembesöket:**

- Planering förankras med läkaren företrädesvis vid rondtillfälle
- 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 och omvårdnadspersonal genomför överenskomna riskbedömningar

### **Under hembesöket:**

- analys av provsvar, symtomskattningar och hälsotillstånd
- läkaren gör en läkemedelsgenomgång, undersökning och fördjupad läkemedelsgenomgång
- Vård- och omsorgsplanering, med fokus på prognos och vårdnivå, genomförs.
- läkaren upprättar eller uppdaterar vård- och omsorgsplaneringen
- Ställningstagande till behandlingsbegränsningar – vårdnivå och EJ HLR

- Säkerställ att information överförs till ansvarig sjuksköterska efter hembesöket

### \* 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 punkten ”Årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård” ovan.
- Fast rondtid på vårdcentralen ska erbjudas
- Tydlig och snabb kontaktväg vid akuta ärenden
- Akuta hembesök ska erbjudas i enlighet med medicinsk bedömning
- Proaktiv handlingsplan utifrån en medicinsk vårdplan
- Direktnummer till utsedd funktion med meddelande om när svar behövs senast

### \* 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 punkten ”Årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård” ovan.
- Fast rondtid på boendet ska erbjudas av vårdcentralen
- Sjuksköterska faxar aktuella rondärenden dagen innan rond
- Båda sjuksköterska och läkare ska vara förberedda inför rond
- Tydlig och snabb kontaktväg vid akuta ärenden
- Direktnummer till utsedd funktion, bådaparter ska eftersträva information om när svar behövs för en medicinskt säker handläggning.
- Alternativ kommunikation för icke-akuta ärenden ex fax.
- Proaktiv handlingsplan utifrån en medicinsk vårdplan

### \*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

- På korttidsenheter erbjuds planerade och akuta besök samt rondtid
- Proaktivt arbete med fokus på vårdnivå, palliativa behov och vårdbegränsingar
- På avlösningseenheten ska vårdcentralen erbjuda akuta insatser vid behov, men behov av fasta tider föreligger inte.

## **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

- Se punkten ”Årlig genomgång och planering för patienter med kommunal primärvård” ovan
- Fast rondtid och fast läkarkontakt för patienter listade på närhälsan och vårdcentraler med hög volym (många listade)
- Akuta och planerade hembesök
- Direktnummer till utsedd funktion och återkoppling från läkare, båda parter ska eftersträva information om när svar behövs för en medicinskt säker handläggning.
- Alternativ kommunikation, ex fax, för icke-akuta ärenden

### **\*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

- Se rubrik BMSS
- Se rubrik mobil läkare i ordinärt boende.

## **\*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*

- samtliga vårdcentraler ska erbjuda direktnummer till vårdpersonal med möjlighet till snar kontakt med läkare
- Det ska finnas utrymme för akuta hembesök samma dag eller senast dagen efter utifrån medicinsk bedömning

## **\*Palliativ vård**

- Vid försämring hos en patient är det läkarens ansvar att göra en medicinsk bedömning av patienten för att avgöra om patienten är i behov av ökad vård samt om palliativ vård bör initieras
- 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 i livets slutskede
- När läkare har bedömt att en patient har palliativa vårdbehov tas ställning till trygghetsläkemedel och övriga ordinationer. Läkaren ordinerar på den gemensamt framtagna blanketten ”Palliativa trygghetsordinationer”. I samarbete med den kommunala primärvården säkerställs en helhetsbild av patientens tillstånd för att fatta beslut om vårdinsatser och eventuella vårdbegränsningar. Samtliga beslut fattas i samråd med patient och närstående
- Brytpunktsamtalet är ett centralt moment där patienten och de närstående informeras om övergången till palliativ vård i livets slutskede. Samtalen hålls av läkaren, tillsammans med en sjuksköterska, och syftar till att ge information på ett lugnt och begripligt sätt samt bemöta frågor eller oro. Viktigt att beakta tidiga tecken på försämrat hälsotillstånd hos patienter för att inte samtalet sker för sent.
- 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 närstående är en viktig del av den palliativa vården och kan omfatta stöd, avlastning och information om patientens tillstånd. Det är särskilt viktigt att ta hänsyn till familjer där det 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. Sjuksköterska ansvarar för att registrera i palliativa registret i samråd med ansvarig läkare och omvårdnadspersonal.

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

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

- Den vårdcentral där patienten är listad ska konstatera dödsfallet samt utföra LPT-bedömning. För invånare ej listade i närområdet västra Göteborg tillämpas närhetsprincipen.
- Vid dödsfall och LPT- bedömning utanför närområdet västra Göteborg tillämpas närhetsprincipen.
- Vardagar kl. 17-08 samt helger ansvarar Läkarjouren AB för ovanstående.

### **\*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 [Samtliga vårdcentraler har avtal med läkarjouren i Sverige AB kring beredskapsuppdraget enligt KoK.](#)*

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 primärvård.

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

- Båda parter har ansvar att ta upp frågor som kommunen behöver stöd i, för att hålla frågan levande planeras en stående punkt på NOSAM kring detta.

### **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

Målet är att tillsammans säkerställa en hög vaccinationstäckning för gemensamma patienter.

Leverans av vaccin behöver ske samordnat till kommunal primärvårds lokaler. Förutom vaccin så behöver allt material som behövs för att kunna vaccinera ingå. Alternativt kan ett fåtal vårdcentral utses där kommunal primärvård hämtar vaccin till samtliga patienter inom NOSAM området.

**Självständighet och delaktighet:** För att stärka patienternas självständighet och delaktighet i sin egen vård, uppmuntras de som kan och vill besöka sin listade vårdcentral, exempelvis patienter inom boende med särskild service (BMSS).

#### **Ansvar:**

Kommunal primärvård: Kartläggning vem som önskar vaccin, hälsodeklaration, administrerar vaccin till patient, dokumentation i PMO, lämna underlag för att vaccin är givet till vårdcentralen där patienten är listad.

Vårdcentral där patient är listad: Ordinera vaccin (kan efter överenskommelse med kommunen göras av distriktssköterska i kommunen), registrering i nationella vaccinationsregistret.

## **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

- VISAM
- SBAR
- Utvecklingsarbete planeras under 2025 för att implementera gemensamma beslutsstöd och rapporteringsmetoder.

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

[Länsgemensam rutin om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland.pdf](#)

[Länsgemensam riktlinje om in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård i Västra Götaland](#)

[Överenskommelse om samverkan vid in- och utskrivning från slutet hälso- och sjukvård](#)

## **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.

- Munhälsa ska uppmärksammas vid årlig genomgång.
- För patienter inskrivna i kommunal omsorg ansvarar socialsekreterare för att utfärda N-tandvårdsintyg.
- Läkare ansvarar för att utfärda F- och S-intyg

## **\*POSOM – Psykisk och socialt omhändertagande**

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

Kontaktpersoner:

För Vårdcentralerna: Anna Klingström, verksamhetschef Närhälsan Opaltorget 070-0824301

För kommunen: Anna Engström Celik

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

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

*Se punkt POSOM*

### **\*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 ansvarar listad vårdcentral för.

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*

Varje vårdcentral ansvarar enligt fördelning i Vera Asyl

### **Hälsöfrämjande och förebyggande arbete**

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

[Hälsoteket

### **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

Det finns ingen korttidsenhet LSS för barn och unga i området.

### **Samverkan med vårdgrannar och andra myndigheter**

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

:

- Vi använder befintliga strukturer inom NOSAM, LGS för samverkan med NSVT, mobila team, specialistmottagningar och sjukhusen

- LPP Samverkansgrupp psykiatri – Henrik Åhsberg, Närhälsan storsö VC
- Samverkan med slutenvården vid in- och utskrivning från slutna hälso- och sjukvård sker dels genom NOSAM och LGS. Dels genom partsgemensamma arbetsgrupper där Västerläkarna deltar.

## **Integrerade mottagningar**

- Närhälsan Opaltorget vårdcentral – Familjecentral

## **\*Gemensam uppföljning**

Denna plan ska årligen följas upp inom lokala samverkansområdet.

- Samtliga punkter ska följas upp årligen och brister ska prioriteras för arbete under kommande överenskommelse

## **\*Gemensam kompetensutveckling**

Detta tas upp på NOSAM som en stående fråga.

## **\*Utvecklingsområden**

(Förslagsvis minst 2 områden)

Gemensam vårdplan

SAMSA – kommunikation och enade arbetssätt

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

Datum: 250128

Mona Månsson  
Verksamhetschef  
HS Sydväst  
Göteborgs stad

Henrik von Sydow  
Verksamhetschef  
Västerläkarna  
VG region

Uppdaterad:

Datum:

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