

# Rapport workshop Nära vård

## Svenljunga 2025-10-13



**Närvårdssamverkan**  
Södra Älvsborg

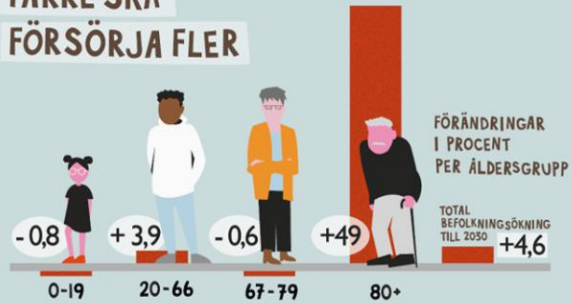
# Omställningen



**Närvårdssamverkan**  
Södra Älvsborg

# Nära Vård - varför

FÄRRE SKA  
FÖRSÖRJA FLER



VARFÖR  
STÄLLER VI OM  
TILL  
NÄRA VÅRD?

FÖRÄNDRADE  
BEHOV



DIGITALISERING FÖRÄNDRAR BETEENDEN

JÄMLIK HÄLSA



# Fokusområden beslutade 241206



Den primära vården som nav – 24/7 – förändrade arbetssätt

Nära vård

Personcentrerat arbetssätt

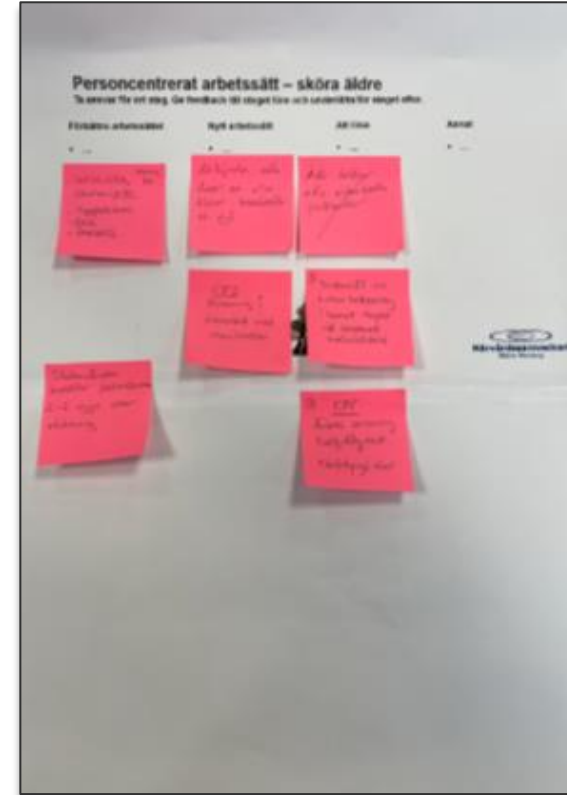
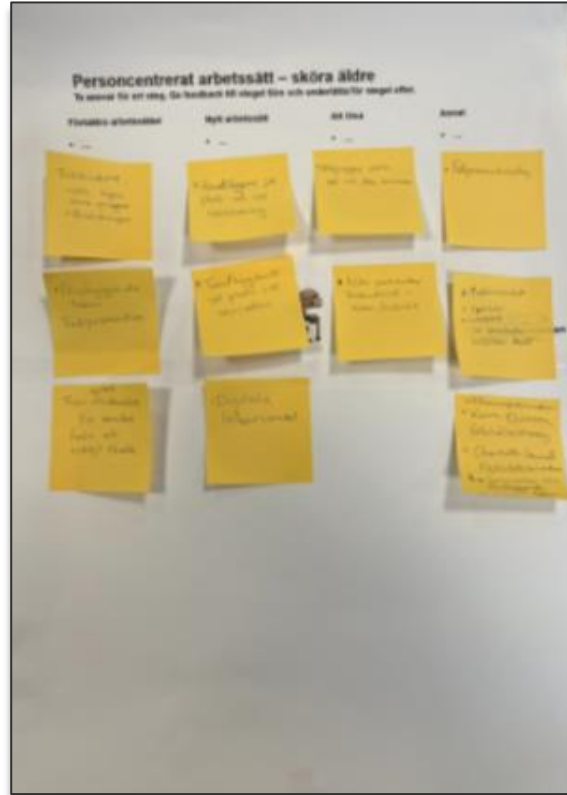
Beslutsunderlag Nära Vård

# Utfallet – lokalt

Citat och sammanställning utan  
värdering



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

## Förbättra arbetssättet – Grupp 1

- Propsa på att patienten är färdigbehandlad på sjukhus för att minimera vårdbehovet och insatser därefter.
- Samordna den totala vården - görs i viss mån – det är oklart vilka team som är fortsatt involverade – ex. MALT och palliativa teamet. Den primära vården vet ej om vad som är gjort och av vem.
- 2 veckors släpande dokumentation från den specialiserade vården motverkar optimal fortsatt vård.
- Ett gemensamt journalsystem hade varit bra.
- Remiss in till akuten från vårdcentral för att motverka glapp i kedjan. Extra viktigt över helger då det är svårt för primärvårdsläkaren att följa upp dagen efter.
- Socialtjänst och sjuksköterska behöver medverka vid samordning av behoven. Framförallt vid motsvarande mångsökare.
- Patientansvarig sjuksköterska förespråkas – framförallt vid motsvarande mångsökare.
- Korttidsplatser kopplat till 23% närvaro av verksamheter inom ramen för kontorstid. Akuta korttidsplatser hade behövts inom ramen för Närvårdssamverkan – rullande över samtliga kommuner. Behövs därmed inte x-antal varje vecka i varje kommun men fördela ansvaret över fler områden. Motverkar inläggning motsvarande ohållbar hemsituation.
- Psykisk hälsa omhändertas inom ramen för befintligt team – frågan är hur man finner de som verkligen behöver insatser utöver redan identifierade (suicidriskpatienter).
- Stöd från den specialiserade vården ur perspektivet psykiatri behöver fortsatt utvecklas (del i målgruppen sköra äldre).



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

## Förbättra arbetssättet – Grupp 2

- Bra om sjukhuset kan behålla ansvaret ett par dygn extra vid utskrivning samt väl genomförd medicinsk vårdplan.
- Förbättra dialogen mellan aktörer inom den primära vården.
- Hur finner man de som inte söker insatser och är mångsökare – bra att gå ut med information vid exempelvis vaccinationstillfällen. Aktivt ta del av vem som upplevs vara en person som behöver ha extra insats. Även biståndsbedömare hade varit bra att ha vid dessa tillfällen för att identifiera och agera.
- Erbjud hembesök till samtliga över en viss ålder i syfte att screena och identifiera de som står utanför – som inte ens uppmärksammas vid exempelvis vaccinationstillfällen (det finns statliga medel för uppsökande verksamhet).
- Önskvärt med läkarbedömning i hemmet under dagtid.
- Ändrad bemanning kväll, helg och natt för den primära kommunala vården.
- Akut korttid hade varit bra för att omhänderta insatser på kort varsel och motverka sjukhusvård.



# Personcentrerat arbetssätt – sköra äldre - UTFALL

## Förbättra arbetssättet – Grupp 3 - chefer

- Utbildningar hade varit bra om det är mindre grupper och därmed mer hanterbart.
- Förebyggande team och fallprevention finns men de som inte fångas upp är viktiga att identifiera.
- Första samtal i tidigt skede från vårdcentral efter korttid eller sjukhus för att fånga den enskilde.
- Handläggare och tandhygienist vid exempelvis vaccinationsdagar.
- Utöka digitala läkarsamtal med patienter.
- Målgrupper som är svåra att nå behöver få väl fungerande samverkan där strukturen där även folkhälsosamordnare med fler behöver inkluderas – även förebyggande team inkluderat.
- Flöde för patienten med tillhörande återkopplingen till folktandvården för rätt insatser i rätt tid.
- Få med audionom, logoped och optiker på gemensamma träffar.



Sammanfattning och  
gruppering av  
workshopens förslag  
som underlag för fortsatt  
arbete



# Invånarperspektiv och tillgänglighet

## Samtycke

Genom att efterfråga samtycke från patienten för att delge information till vårdgrannar, är sekretessfrågan omhändertagen. Samtycke handlar inte bara om att ge sitt godkännande, utan om att vara delaktig och informerad. Genom kartläggande samtal och tydliga kontaktvägar stärks individens möjlighet att påverka sin vård.

## Kontinuitet och tillgänglighet

Kontinuitet i vården skapar trygghet och kvalitet. Genom att stärka teamarbete, ha fasta kontaktpersoner (ex. namngiven äldre-sjuksköterska) och planera långsiktigt, särskilt inom palliativ vård, kan vården bli mer sammanhållen.

- Namngiven sjuksköterska (ex. äldre-sjuksköterskan) är värdefull för målgruppen. I synnerhet de med många vårdkontakter.
- Noga planering vid en uttalad skör patient – dokumentera väl och rapportera till varandra.
- Att arbeta mer proaktivt med [ex. årskontroller](#). Teamarbete för att identifiera skör patient med uppföljande insatser enligt den primära vården som nav med tillhörande lots.
- Deltagarna upplever ett behov av ändrad bemanning kväll, helg och natt för den primära kommunala vården.

## Trygg hemgång

Trygg hemgång kräver både uppföljning och rätt resurser. Genom hembesök, hjälpmedel och samverkan mellan team kan övergången från sjukhus till hemmet bli säkrare. Social kontakt och tid för omställning är också viktiga faktorer för att skapa trygghet.

- Konceptet [trygg hemgång](#) efterfrågas för ett gott mottagande för patienten vid hemkomst. För att säkerställa omvårdnadsbehov och rehabiliterade åtgärder i syfte att skapa en trygg situation i hemmet.
- Arbetssättet ökar självständighet och minskar omvårdnadsbehov och risken för återinläggning. Behovet upplevs inte tillgodoses fullt ut med dagens organisation och förutsättningar. Hemtjänstens utmaningar styrks av [forskning](#).
- Ett steg i trygg hemgång föreslås vara att ett första samtal från vårdcentralen sker i tidigt skede efter hemkomst från korttid eller sjukhus. Detta för att skapa trygghet för den enskilde och eventuellt vidta åtgärder och snabb uppföljning för att inte riskera återinläggning.

*Viktigt – omhändertagande av patient enligt ovan skapar i förlängningen tillgänglighet.*

# Förebyggande arbete och uppsökande verksamhet

## Förebyggande team

- Förebyggande team skapar förutsättningar för tidiga insatser och minskad behov av akut vård. Genom hälsosamtal, SIP och kartläggning kan både patienter och anhöriga få rätt stöd i tid. Grunden ligger i ett nära samarbete mellan biståndshandläggare, äldre-sjuksköterska samt arbetsterapeut (regional). Syftet med [förebyggande team](#) är att förstärka personens egna resurser för att bibehålla hälsa och självständighet. Detta bör göras i samarbete med folkhälsa, civilsamhälle och tandvård.
- Förslag om att erbjuda hembesök till samtliga över en viss ålder i syfte att screena och identifiera de som är svåra att nå – som inte ens uppmärksammas vid exempelvis vaccinationstillfällen. Dessa målgrupper kräver god samverkan. Detta gäller inte minst fallprevention, motverka ensamhet med mera.
- Att inkludera biståndshandläggare i vårdcentralens arbete genom att de finns på plats regelbundet kan effektivisera arbetet. Det sänker trösklarna och ökar tillgängligheten till biståndshandläggare och möjliggör tidiga åtgärder. Ett första steg kan va att ha biståndshandläggare på plats vaccinationsdagar.

## Folkhälsa och civilsamhälle

- Folkhälsa är mer än medicinsk vård – det handlar om att skapa förutsättningar för ett meningsfullt liv. Genom samverkan med civilsamhället och bättre informationsspridning kan fler ta del av aktiviteter som främjar både fysisk och psykisk hälsa.
- Förflyttningen från dagens vård- och omsorgsbehövande population kommer över tid att kräva än mer samarbete med civilsamhället i sin helhet. Föreningar, trossamfund med flera, en del i att klara av framtidens utmaningar.
- Ett uttalat anhörigstöd efterfrågas och då både vad som finns att erbjuda samt att tillgodose behov så tidigt som möjligt.

*Viktigt – samarbetet mellan förebyggande team, folkhälsa, civilsamhälle och tandvård etableras.*

# Förebyggande arbete och uppsökande verksamhet forts.

## Tandvård

- Det bör etableras en koppling mellan förebyggande team och tandvård då äldre trots påtagligt behov ofta tenderar bli sällansökare inom tandvården.
- Tandvård är det en viktig del av förebyggande hälsa – särskilt för äldre. Det kan vara relevant att inkludera tandvård i hälsosamtal och SIP-planering, samt att samverka med tandvården i lokala folkhälsoinsatser.

## Digitalisering

- Det är viktigt att vården är tillgänglig för alla, oavsett digital kompetens. Digital kontakt är ibland svår att hantera för målgruppen då flertal befinner sig i vad som kallas för digitalt utanförskap. Tillgänglighet är personligt där såväl fysisk-, digital och chatt samt telefon finns som alternativ. Detta då allt inte passar alla.
- Trots utmaningarna finns förslag på att utöka digitala läkarsamtal med patienter där kommunal, primärvård eller hemtjänst är på plats hos invånaren och hanterar tekniken vid behov.

*Viktigt –samarbetet mellan förebyggande team, folkhälsa, civilsamhälle och tandvård etableras.*

# Samordning och informationsutbyte mellan aktörer

## Samordning

- Samordning kräver att aktörer inom vård och omsorg har gemensam förståelse för varandras roller och ansvar. Genom regelbundna möten, tydlig kommunikation och ökad samverkan kan insatser bli mer träffsäkra och effektiva.
- Inom ramen för de dagliga avstämningarna avhandlas bland annat vad som skett sedan dagen före, dvs utanför kontorstid utifrån de invånare som behöver stöd efter inhämtat samtycke från dessa.
- Navet i den dagliga avstämningen är vårdcentralen med tillhörande äldre-sjuksköterska (lots) där biståndshandläggare är en viktig och naturlig samarbetspartner. Kommunal primär vård bör ingå då de är en samarbetspartner för del av de invånare som är aktuella. Arbetet inkluderar även psykisk hälsa då personcentrerat arbetssätt inkluderar hela människan.
- SIP i de fall där behov framkommer genom samarbete ovan, samt att specialistvården är fortsatt viktig aktör även efter övertag av nästa vårdgivare.
- Chef i beredskap föreslås med syftet att utanför kontorstid kunna ta nödvändiga beslut utan fördröjningar.

## Grundprincip

- Grundprinciperna för god samverkan bygger på tid, resurser och vilja att testa nya arbetssätt med vårdgrannar för att underlätta för nästa steg (*ex. när kommunal primärvård skickar in en patient till akuten, [ViSam](#), behöver även en medicinskt ställd remiss skickas till akutläkaren för rätt vård och insats samt om begränsningar finns*).
- I det dagliga arbetet är [CFS-bedömning](#) och uppdaterade vårdplaner centralt för samverkan med vårdgrannar för ett personcentrerat arbetssätt.

## Systemstöd

- Mångsökare som identifierats utifrån besöksstatistik från akuten och vårdcentralerna kräver systemstöd (*påbörjat inom regionen*).
- Systemstöd är en nyckel för effektiv samverkan. Gemensamma digitala verktyg och kontaktvägar förenklar kommunikationen och stärker vårdkedjan. Tekniken bör användas strategiskt för att överbrygga avstånd och skapa tillgänglighet. Användandet av TIK (taligenkänning) påskyndar hanteringen vid utskrivning och motverkar fördröjning av fortsatt vård.

*Viktigt - respektive verksamhet har till ansvar att ha kända rutiner för utökade insatser utanför kontorstid. Rutinerna skall innefatta hur informationen förmedlas för daglig dialog enligt ovan. Den primära vården som nav.*

# Specialiststöd till den primära vården

## Mobila team och tillgänglighet

- De befintliga mobila team som finns etablerat inom den specialiserade vården behöver fortsatt, och i samarbete med den primära vården, definieras gällande uttalad efterfrågan. Såväl volym och tillgänglighet under dygnets timmar samt innehåll. I Mark efterfrågas specialistvårdens närvaro i den vård som förespråkas flyttas hem samt stötta primärvården vid komplexa situationer.
- Den mobila vården, definierad i [Modell för mobilt vårdutbud i Västra Götalandsregionen](#), tydliggöra vad som skall utvecklas inom:
  1. Modell A - Mobil vård som utförs inom ramen för regional primärvård, genom vårdval – prioriterad gällande primärvårdsläkare dygnets alla timmar (utöver så väl planerad verksamhet som möjligt för omhändertagande kontorstid)
  2. Modell B - Mobil vård som utförs i mellanrummet mellan regional primärvård och specialiserad vård
  3. Modell C - Modell C utgår från den specialiserade vårdens uppdrag och utformningen inom olika specifika vårdområden kan anpassas utifrån det specifika vårdområdets behov och lokala förutsättningar

Modell A, dvs den mobila primära vården dygnets alla timmar, behöver prioriteras och tydliggöras för att därefter kompletteras. Det finns ett behov av att få ut läkare på hembesök dygnets alla timmar vilket är svårt för vårdcentralerna att lösa dagtid. Dygnets övriga timmar finns ingen möjlighet att få läkarbedömning på plats och primärvårdsjouren är bara möjlig att konsultera via telefon.

Mobila team är en viktig del av framtidens vård. Genom att flytta kompetens närmare patienten, särskilt vid komplexa fall, kan vården bli mer tillgänglig, samordnad och trygg – både för patient och vårdgivare

## Tillgänglighet

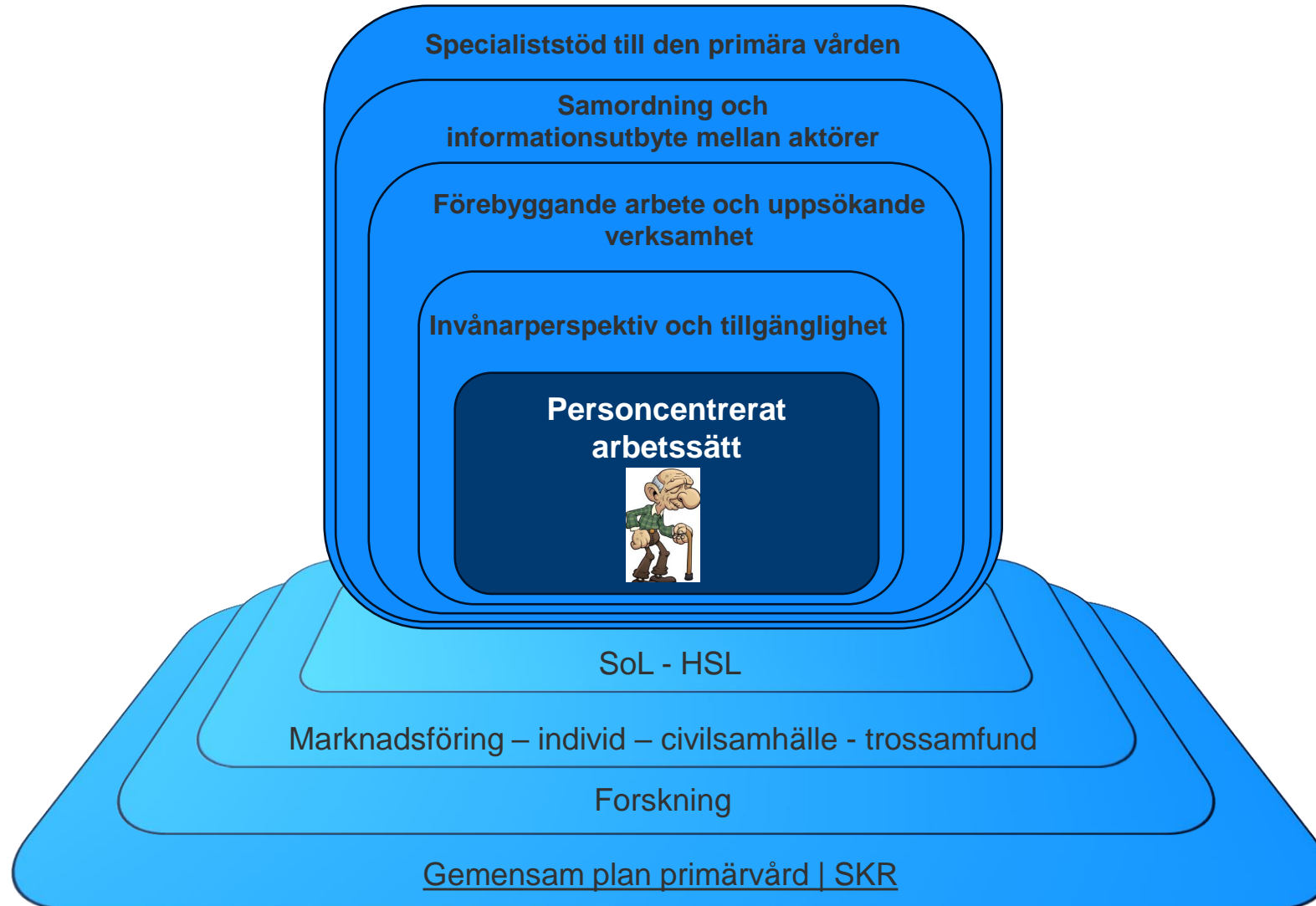
- Efterfrågan gällande tillgänglighet att kontakta specialistläkare utifrån råd för fortsatt behandling eller ställningstagande till sjukhusvård. Utvecklingsarbete pågår inom ramen för innovationsprojektet som syftar till [effektiva kontaktvägar mellan vårdgivare](#) och då med fokus på läkare som skall nå läkare. Detta föreslås kompletteras med att utöka provtagningstider och ha medicinsk kompetens tillgänglig dygnet runt kan onödiga väntetider och belastning på akutsjukvården minskas.

## Medicinska vårdplaner

- Medicinska vårdplaner är centrala för kontinuitet och trygghet. När behandlingsplaner är tydliga och överrapportering fungerar väl, kan primärvården ta vid utan osäkerhet – vilket gynnar både patient och vårdpersonal. Man påtar vikten av att patienten är färdigbehandlad på sjukhuset för att minimera vårdbehovet och insatser därefter samt för att undvika återinläggning.

*Viktigt – tillgänglighet till läkarkompetens i hemmet dygnets alla timmar behöver lösas ut.*

## 4 områden att arbeta vidare med



Processledarnas  
diskussion – koppling  
mellan forskning, SKR,  
myndigheten för vård- och  
omsorgsanalys samt input  
per geografiskt område



# Diskussion

**Workshopen** har ägt rum enligt [beslut](#) i Närvårdssamverkan där processledarna föreslagit fokus på följande beslutade områden som samtliga berörts via deltagarna:

- Förändrade arbetssätt - Att vidareutveckla gemensamma och samverkande arbetssätt, där vi utgår från invånarnas behov och där den primära vården är navet som skall gå jämna steg med socialtjänsten.
- Tillgänglighet dygnets alla timmar - Att vård och omsorg ska kunna fungera optimalt dygnets alla timmar och för att omsorgen skall fungera optimalt vilket kräver förändrade arbetssätt förslagna i rapporten.
- Kommunikation - Att på lokal nivå göra omställningen till Nära vård känd hos medarbetarna samt vidta åtgärder som gör skillnad lokalt och samstämmer med nationella beslut.

**Närvaron** på workshop gällande målgruppen skör äldre, med utgångspunkt från [färdplan](#) samt [aktivitetsplan](#), är relativt låg. De yrkesprofessioner som förväntas närvara gör så i viss utsträckning då del i målet för workshops är att sprida kunskap om den nära och personcentrerade vården och det bland såväl chefer som medarbetare (*saknas på mötet är habilitering och hälsa och brukarrepresentant samt primärvårdsrehab*). Brukarrepresentant medverkar inte men målgruppen har på nationell nivå delgivit gällande vad begreppet trygghet innebär och sammanställt av Socialstyrelsen.

**Svenljunga** är en av de kommuner som varit delaktiga i historiskt arbete med bland annat målgruppen skör äldre inom projektet Skene Närsjukhus som senare mynnade ut i avsiktsförklaringen och där processen för nära vård är en del i utfallet. Svenljunga beskriver en god kommunikation mellan flertal aktörer men saknar ett formaliserat arbetssätt enligt lokala ledningsgrupper inom Närvårdssamverkan.

Forts.

# Diskussion - fortsättning

**Flertal förslag** kräver fortsatt arbete där förutsättningar för exempelvis åtgärder för utökade insatser dygnet runt behöver definieras (hur löser man tiden utanför kontorstid). Det stöd som efterfrågas från den specialiserade vården behöver även den ytterligare beskrivas för att efter avrapportering i december 2025 fortsätta i beslutad process. Ytterligare fokus är att än mer beskriva den förebyggande verksamheten där bland annat folktandvård och habilitering och hälsa har en viktig roll samt hela civilsamhället i det längre perspektivet.

**Svenljunga** beskrivs av deltagare, som flertal andra kommuner, att fler blir fler äldre och där de geografiska utmaningarna är uttalade. Kommunens yta har nämnts där ytterområden i relation till resurser och restider skapar utmaningar. Antalet vårdcentraler, dvs en i Svenljunga, bidrar till goda förutsättningar att etablera den primära vården som nav och där målgruppen skör äldre omhändertas och utvecklas över tid.

**Professionen hemtjänst** är i drift dygnets alla timmar och året runt. Förutsättningarna för att få utrymme att bli den reflekterande yrkesgrupp, som krävs ur ett förebyggande perspektiv och möta behovande tidigt, utmanas av dagens utbredda styrning. Det beskrivs närmre inom [den forskning](#) som berört såväl förutsättningar som utmaningar. Forskningen berör bland annat:

- Omstruktureringen av arbetstiden i hemtjänsten har lett till en försämring av arbetsvillkor.
- Avhandlingen bekräftar tidigare forskning om försämrade arbetsförhållanden och visar på hur inomorganisatoriska strukturer och tidsstyrning är bidragande orsaker.

**Ur ett förebyggande perspektiv** kommer även civilsamhället, föreningar och trossamfund med fler att bli viktiga aktörer inom ramen för hållbarhet och förebyggande förhållningssätt. Att arbeta förebyggande och agera tidigt skapar utrymme bland annat genom färre mångsökare. Vikten av sammanhållen förebyggande vård, med målet att hindra tidigt behov av vård och omsorg, beskrivs närmre i [potentialerna i Nära vård](#) där "transformation av traditionella förhållningssätt och arbetssätt – och nya sätt att leda, styra och följa upp vården och omsorgen" fördjupas. Effektmål över längre tidsperspektiv kommer bli viktigt för politiken att systematiskt följa upp.

Forts.

# Diskussion - fortsättning

**Svenljungas workshop** resonerar dels om vad som behövs för att minimera onödiga insatser och främja en trygg övergång från sjukhus till fortsatt vård. Samordningen av den totala vården behöver förbättras genom att bland annat tydliggöra vilka team som är fortsatt involverade, exempelvis MALT eller palliativa teamet. För detta krävs samordning och uppdraget att etablera den primära vården som nav tydliggör också vart den specialiserade vården skall vända sig och därmed inkluderas även den primära regionala vården i tid.

Remiss från vårdcentral till akuten kan minska glapp i vårdkedjan, särskilt över helger (jourläkare) och är en del i förslag till sammanhållen vård i syfte att underlätta uppföljning av primärvården. Socialtjänst och sjuksköterska bör alltid delta i samordningen, särskilt vid komplexa ärenden och patientansvarig sjuksköterska förespråkas för kontinuitet. Dialogen mellan primärvårdsaktörer behöver stärkas och det inom ramen för navet. Ett konkret förslag till att möta behovande ur ett förebyggande perspektiv är att till exempel nå de som inte söker vård vid vaccinationstillfällen, och även tandvård nämns som lämplig deltagare. Vid dessa tillfällen kan som nämns biståndsbedömare vara på plats för att identifiera behov.

Hembesök till äldre kan screena för att identifiera dolda behov. Läkarbedömning i hemmet dagtid vore värdefullt inom ramen för nära och personcentrerad vård samt i tidigt skede minska risken för ytterligare vårdbehov. Bemanningen kväll, helg och natt i kommunal vård behöver ses över.

Det förs även resonemang gällande digitala läkarsamtal som bör utökas. Svårnådda målgrupper kräver strukturerad samverkan där även folkhälsosamordnare och förebyggande team ingår. Återkoppling till folktandvården behöver säkras och även vara en del kommande etablerat nav. Likaså audionom, logoped och optiker bör inkluderas i gemensamma träffar för helhetssyn.

I Svenljunga föreslås att korttidsplatser samordnas över kommungränser för att möjliggöra akuta insatser och undvika inläggningar vid ohållbara hemsituationer. Psykisk hälsa hanteras inom befintliga team, men det är oklart hur man fångar upp de som inte redan är identifierade och en viktig del för den primära vården som nav att utveckla vidare.

Forts.

# Slutord

**Med fortsatt arbete**, och då med utgångspunkt från påbörjad workshop, behöver flertal HUR-frågor adresseras och omhändertas. Varje chef, oavsett nivå, har till ansvar att skapa förutsättningarna (vikten av chefers ledning och skapande av förutsättningar samt vinster genom forskning beskrivs närmre i [personcentrerat arbetssätt](#)). Parallellt med fortsatt arbete inom kommunen, byggs arbetet på med kommande workshops i samtliga kommuner för sammanställning och konkreta förslag för styrgrupp och politik att fatta beslut om innan utgången av 2025.

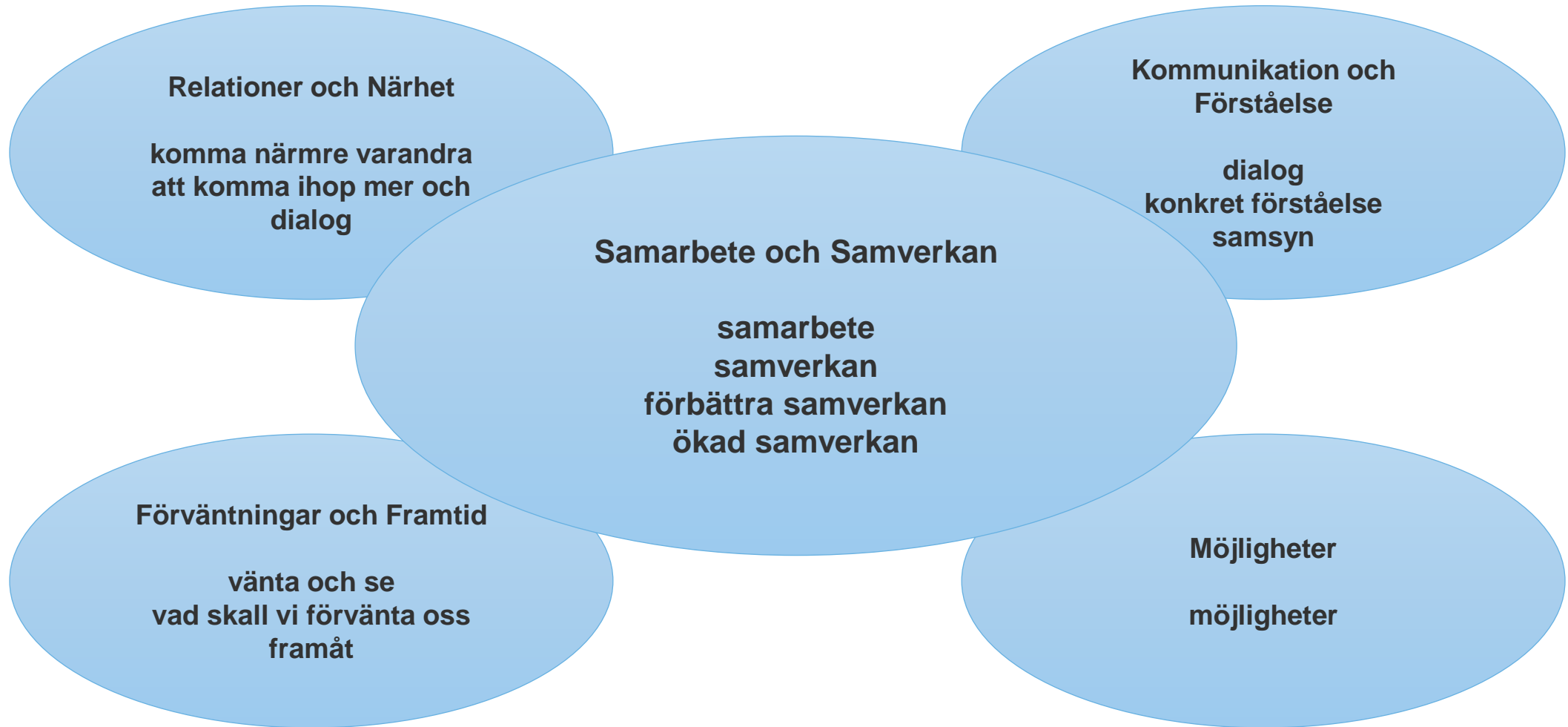
Målet är att med arbetet inom varje kommun docka an till de rapporter som inkommit under våren 2025 genom SKR och [Myndigheten för vård- och omsorgsanalys](#), och där man på nationell nivå fortsatt rekommenderar att:

- ✓ Utveckla den statliga styrningen av omställningen.
- ✓ Säkerställ en tydligare och mer samordnad styrning från nationell till regional och kommunal nivå.
- ✓ Stärk primärvårdens förutsättningar.
- ✓ Stärk uppföljningen av primärvården och omställningen.

På lokal och nationell nivå fortsatt arbeta för:

- ✓ Patienternas perspektiv – lokala förslag baserat på lokala förutsättningar
- ✓ De yrkesverksammas perspektiv (ex. tillitsbaserad styrning inom äldreomsorg) – lokala och delregionalt
- ✓ Vårdsystemets perspektiv – utfallet av förslag att uppnå den primära vården som nav enligt diskussionens inledning.

# 1 ord om dagens förväntningar



# Deltagarnas tre ord om workshopen



Länkar



**Närvårdssamverkan**  
Södra Älvsborg

- [Nära vård](#) - film
- [Personcentrerat arbetssätt](#) - film
- [Beslutsunderlag Nära Vård](#)
- [Färdplan](#)
- [Aktivitetsplan](#)
- [Sköra Äldre – CFS](#)
- [Att styra för nära vård – effektstyrning](#)
- [Tid för tillit? Om styrning, kontroll och inflytande i äldreomsorgen](#)
- [Omtag för omställning | Vård- och omsorgsanalys](#)
- [Nya socialtjänstlagen](#)
- [Primärvård - inkluderar målet för ersättningsmodell](#)
- [Gemensam plan primärvård | SKR](#)
- [Modell för mobilt vårdutbud i Västra Götalandsregionen.pdf](#)
- [Mobil närvård - Vårdsamverkan i Västra Götaland](#)
- [Trygg hemgång](#)
- [Specialiserad vård i hemmet](#)
- [Potentialerna i Nara vard 250326.pdf](#)
- [Borgholmsmodellen](#)
- [Äldrevårdsmottagningar i Region Östergötland – forskning och praktisk vardag](#)
- [Blankett för Pastel 2.0](#)



Ett stort tack till ert deltagande.

Lycka till med ert fortsatta arbete.

Med vänliga hälsningar processledarna  
Anna-Lena Ingelhag, Catarihna Petersson  
och Marko Anttila



**Närårdssamverkan**  
Södra Älvsborg