



RAPPORT 2016:8

Uppföljning av hemsjukvårdens kvalitet

- Uppföljning 2 år efter kommunaliseringen

Anders Engelholm

KOMMUNFÖRBUNDET VÄSTERNORRLAND

Kommunförbundet; FoU Västernorrland
Järnvägsgatan 2
871 45 Härnösand
Tfn: 0611-55 54 00
E-post: info@kfvn.se

Författare: Anders Engelholm

Textredigering: Madeleine Blusi, Fredrik Kjellman Ölmerud

Omslag: Bilden publiceras med tillstånd från projektet hemsjukvård, som har copyright.

Tryckår: 2016

ISSN: 1653-2414

ISBN: 978-91-85613-98-4

SAMMANFATTNING

Bakgrund

I samband med överföringen av hemsjukvården beslutades att hemsjukvårdens kvalitet skulle följas med några i förväg valda indikatorer. Data skulle hämtas från två processregister (kvalitetsregister) och Öppna jämförelser.

Metod

Uttag av registerdata från kvalitetsregistren Seniora alert och Svenska Palliativregistret samt resultat från Öppna Jämförelser, publicerat av Socialstyrelsen. Kvalitetsregistrens data fördes över till Office Excell under tiden 2013-01 till 2015-12. Öppna Jämförelser publicerades våren 2015 och omfattade data för 2014. Valda indikatorer var nya 2014. Ingen mätning genomfördes 2015.

Resultat

I Öppna jämförelser skiljer sig resultaten ang. delaktighet kraftig åt både mellan och inom kommuner. Skillnaderna kan bero på hur frågorna har uppfattats och för att säkra detta bör inlämning av data till Öppna jämförelser kvalitetssäkras mellan och inom kommuner. När det gäller kvalitetsregistret Senior alert saknas i stort sett data helt. Det går alltså inte dra några slutsatser annat än att Senior alert inte används i hemsjukvården i dagsläget. I Svenska Palliativregistret har jämförelser kunnat göras mellan åren 2013-2015. År 2014, då hemsjukvården gick över till kommunen, sjönk framför allt antalet registreringar – för att sedan återhämta sig helt under 2015 i hemsjukvården. Kvalitén i de mätta kvalitetsindikatorerna har dock ökat sakta under hela perioden.

Konklusion

Det finns en dokumentationströtthet vad gäller att dokumentera i kvalitetsregister som tar tid från den direkta vården och omsorgen. En orsak till detta kan vara att resultat från den data som förs in i registren inte återanvänds systematiskt på mikronivån direkt i verksamheten. Det innebär att verksamhetens medarbetare inte får feedback på det arbete som de genomförs. Det lokala förbättringsarbetet behöver lyftas fram och tillämpas i högre grad för att stimulera verksamheten och dess medarbetare och där kan data och resultat från både Öppna jämförelser och kvalitetsregistren användas.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	5
Uppföljning av kommunalisering av hemsjukvården i Västernorrland	6
Referensram	6
SYFTE	7
METOD	7
Insamling av data	7
Hantering av kvalitetsregisterdata.....	7
RESULTAT OCH FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER	8
Uppföljning/utvärdering av hemsjukvårdens kvalitet	8
Område 1, Planering av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser	8
Område 2, Preventivt arbete	9
Område 3, Vård i livets slutskede	10
REFLEKTIONER	13
REFERENSER	16

INLEDNING

I samband med att hemsjukvården i Västernorrland den 3 februari 2014 överfördes från landstinget till kommunerna beslutades att genomföra uppföljning vid två tillfällen fram till 2017. För att få en utgångspunkt och kunna fånga utveckling och förändringar genomfördes inför överföringen en baslinjemätning vilken skulle utgöra referenspunkt för jämförelser vid kommande mätningar.

I det avtal som reglerade överföringen av hemsjukvård mellan landstinget och kommunerna i Västernorrlands län berördes bland annat att den framtida hemsjukvården skulle följas upp och utvärderas utifrån fyra olika perspektiv:

- Patientperspektiv
- Medarbetarperspektiv
- Resurs- och kostnadsperspektiv
- Processperspektiv

Processperspektivet omfattar dels samarbetsstruktur mellan den landstingsfinansierade primärvården och den kommunala hemsjukvården, dels resultat ur processinriktade kvalitetsregister (senior alert och svenska palliativregistret) samt resultat från öppna jämförelser. Uppföljning och utvärdering av hemsjukvården skulle ske utifrån de faktorer och indikatorer som Socialstyrelsen föreslog i rapporten Hemsjukvård i förändring: En kartläggning av hemsjukvård i Sverige och förslag till indikatorer (2008).

Föreliggande rapport beskriver uppföljningen av hemsjukvården ur ett processperspektiv med fokus på samarbetsstrukturer mellan den landstingsfinansierade primärvården och den kommunala hemsjukvården,

Uppföljning ur övriga perspektiv, som genomfördes samtidigt, har publicerats i FoU Västernorrlands rapportserie enligt följande: Patientperspektiv hemsjukvård från sjuksköterska (rapport 2016:2), Patientperspektiv arbetsterapeut/sjukgymnast (rapport 2016:3), Medarbetarperspektiv (rapport nr 2016:4) och Processperspektiv med fokus på samarbetsstrukturer (rapport 2016:5).

Uppföljning/utvärdering av avtal för hemsjukvårdsövertagande

Uppföljning och utvärdering av avtal handlar om att klargöra huruvida avtalspartner upplever att avtal om hemsjukvårdsövertagande efterlevs. Om det konstateras att det finns delar i avtal som någon avtalspartner inte upplever vara uppfyllt ska åtgärdsförslag tas fram som kan korrigera brist/er.

Beredningsgruppen och Tolkningsgruppen är två nätverks- och arbetsgrupper som inrättats i samverkan mellan kommunerna och landstinget i Västernorrlands län. Oklarheter och tolkningar kring hemsjukvårdsavtalet har hanterats i dessa två grupper. Dokumentation från dessa möten samt rapporter och lösningsförslag.

Uppföljning av kommunalisering av hemsjukvården i Västernorrland

Inför kommunaliseringen av hemsjukvården i Västernorrland län utarbetades en enhetlig uppföljningsmodell för hela länet. Ansvaret för att initiera och genomföra specifik uppföljning och utvärdering låg på beredningsgruppen till SocialKOLA. I händelse av framtida organisatorisk förändring övertas ansvaret av eventuell gruppering som övertar beredningsgruppens roll i framtiden.

Uppdraget att genomföra uppföljningen tillföll forskningsenheterna på kommunförbundet respektive landstinget. Planen för uppföljningen utarbetades av det länsövergripande projekt som samordnade förberedelsearbetet inför överföringen av hemsjukvård, tillsammans med forskare från kommunförbundets FoU Västernorrland och landstingets Forskning och Utveckling. Innehållet i planen stämde även av och diskuterades med kontaktpersoner för överföringsarbetet från landstinget och samtliga kommuner, vars synpunkter beaktades i den slutliga utformningen. Den slutliga versionen av dokumentet skickades sedan till beredningsgruppen till SocialKOLA för fortsatt beslutshandling (Beredningsgruppen, 2015).

Gällande patient- och medarbetarperspektiven genomfördes inför överföringen av hemsjukvård en baslinjemätning. Syftet var att få data för att kunna jämföra patienters upplevelse av hemsjukvården och personalens situation före respektive efter huvudmannaskapsförändringen. Resultatet från baslinjemätningen finns publicerat i två rapporter i FoU Västernorrlands rapportserie från 2014: Patienters upplevelser av hemsjukvården (rapport 2014:1) och Personalens upplevelser av hemsjukvården (rapport 2014:2). När det gäller processperspektivet finns inga baslinjedata.

Referensram

Hemsjukvård är inte helt okomplicerat att definitionsmässigt beskriva. En tydlig definition med fastställda kriterier finns inte. Att hemsjukvård omfattar medicinska insatser, rehabilitering, habilitering samt omvårdnad som utförs av legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal eller av annan vårdpersonal med delegering enligt Socialstyrelsens föreskrifter kan konstateras. I Socialstyrelsens termbank definieras hemsjukvård som ”hälso- och sjukvård när den ges i patientens bostad eller motsvarande och som är sammanhängande över tiden” (Socialstyrelsen, 2012). Utgångsläget för uppföljningen av hemsjukvårdsöverföringen i Västernorrlands län är det avtal som skrevs mellan landstinget Västernorrland och kommunerna i Västernorrland och där omfattningen av överföring av hemsjukvård reglerades.

En del i uppföljningen av hemsjukvårdsövergången var att följa och analysera kvalitén utifrån några i förväg valda indikatorer. Indikatorerna är tagna från Öppna jämförelser (kommun och enhetsundersökning) och processregistren Senior alert och Svenska Palliativregistret.

För ytterligare information om överföringen av hemsjukvård i Västernorrland hänvisas till www.lvn.se/hemsjukvardsprojektet

SYFTE

Syftet med det arbete som redovisas i denna rapport var att beskriva uppföljningen av hemsjukvården i Västernorrland ur ett processperspektiv, med fokus på samarbetsstrukturer mellan den landstingsfinansierade primärvården och den kommunala hemsjukvården.

METOD

Metoden bestod i insamlande av registerdata från de nationella kvalitetsregistren Senior alert och Svenska Palliativregistret samt resultat från Socialstyrelsens Öppna jämförelser.

Insamling av data

Kvalitetsregistrens data hämtades från respektive utdataportal. För Senior alert krävdes inloggning som ”rapportbeställare” för att ta del av resultat. Inloggning erhöles från kvalitetsregistret. Registerdata från Svenska Palliativregistret är öppna registerdata som inte kräver inloggning för att hämta ut. Resultat från Öppna Jämförelser publicerades våren 2015 på Socialstyrelsens webbsida och omfattade data för 2014. Valda indikatorer var nya 2014. Ingen mätning genomfördes 2015.

Hantering av kvalitetsregisterdata

Data från Senior alert bestod av allt för litet underlag – så resultatet redovisas enbart i text. Data från Palliativkvalitetsregistret ordnades i linjediagram och för att se trender tillfördes linjära trendlinjer i diagrammen.

RESULTAT OCH FÖRSLAG TILL ÅTGÄRDER

Uppföljning/utvärdering av hemsjukvårdens kvalitet

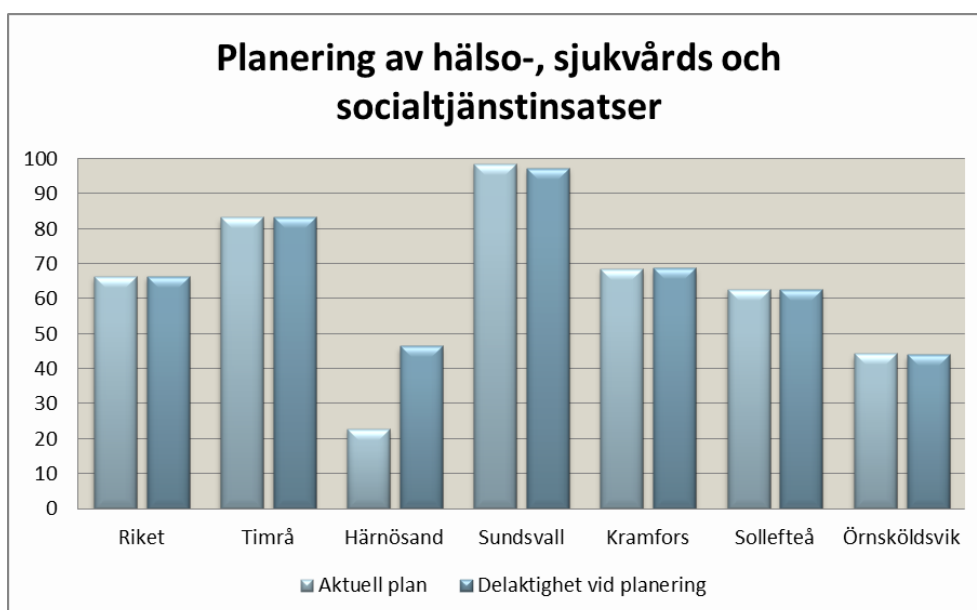
Innehåll

I bilaga 3 till det avtal som reglerar övertagandet av hemsjukvård mellan landstinget och kommunerna beskrivs ett flertal mätetal och indikatorer som är lämpliga för att följa upp hemsjukvårdens kvalitet vad avser målgruppen 65 år och äldre.

Område 1, Planering av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser

1. Andel personer med aktuell vårdplan samt andel personer som varit delaktiga i att utforma sin egen vårdplan
Andel personer med aktuell genomförandeplan samt andel personer som varit delaktiga i att utforma sin egen genomförandeplan

Resultat kring planering av hälso- och sjukvårds- och socialtjänstinsatser



Ovanstående uppgifter har hämtats från Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre 2015.

Kommentar: Nivåerna skiftat kraftigt mellan kommunerna vilket kan bero på att det föreligger stora skillnader mellan kommunerna, men det kan även bero på att det finns olika tolkningar av frågorna och lokala rutiner hur dessa noteras i den sociala dokumentationen. Bakom respektive kommunstapel finns det även stora lokala skillnader. För Härnösand kan skillnaden mellan staplarna bero på att en av verksamheterna lämnat ett nollvärde. Tas detta bort är staplarna lika stora.

Förslag på åtgärd: Det är viktigt att alla äldre som tar del av socialtjänstens insatser har en aktuell plan. Det är inte rimligt att det är kraftiga skillnader mellan kommuner och framför allt inom en kommun. För att komma vidare i detta föreslås att resultat från Öppna jämförelser både analyseras lokalt, men även gemensamt mellan kommuner för att identifiera och överföra rutiner och goda exempel. Det är även viktigt att kvalitetssäkra uppgifterna som lämnas till Öppna jämförelser både inom och mellan kommuner inom länet.

Område 2, Preventivt arbete

Förebyggande arbete för att minska risker för fallskador, trycksår, undernäring och ohälsa i munnen bedömdes viktiga att följa i samband med övergången av hemsjukvården till kommunerna. Kvalitetsregistret Senior alert skulle användas som datakälla.

De indikatorer som skulle följas var:

2. Andel personer som har hemsjukvård och som erhållit en riskbedömning med avseende på undernäring, risk för fall, risk för trycksår samt riskbedömning inom munhälsoområdet
3. Andel personer som erhållit någon form av åtgärd i relation till riskbedömning
4. Andel personer som vårdas och som har risk för undernäring och fått en viktnedgång och/ eller vårdas för trycksår, och/ eller vårdats för en höftfraktur orsakad av fall

Resultat kring förebyggande arbete

Före övergången ansvarade den landstingsdrivna Hälsocentralerna och de privata Vårdcentralerna för det preventiva arbetet. Registreringar gjordes sporadiskt i Senior alert. Totalt registrerade hälso-/vårdcentralerna 34 stycken riskbedömningar (upp till 7 stycken registreringar som mest på en månad) under 2013 innan övergången. Efter övergången av hemsjukvården gjordes inga registrerade riskbedömningar i Senior alert under hela 2014 i kommunerna, från februari till oktober 2015 började två kommuner göra registreringar av riskbedömningar (Härnösands kommun och Ånge kommun) och totalt kan 22 stycken riskbedömningar noteras i registret. Fyra av sju kommuner har inte lagt upp hemsjukvård som enheter i sina organisationsträd i kvalitetsregistret Senior alert.

Nivån är allt för låg för att kunna göra några analyser eller dra några slutsatser om det förebyggande arbetet kring de äldre som får hemsjukvård av kommunerna i länet.

Förslag på åtgärd: För att kunna arbeta förebyggande har länets kommuner under den nationella äldresatsningen "Bättre liv för sjuka äldre" beslutat att Senior alert är det system som ska användas för att identifiera personer med risker. För att komma igång med riskbedömningar i hemsjukvården behöver respektive kommun fatta beslut om att påbörja arbetet i hemsjukvården, skapa hemsjukvårdsenheter i Senior alert och starta identifieringen av personer med risk för fallskador, trycksår,

undernäring och ohälsa i munnen. Det finns exempel i länet där verksamheten kommit igång, om än i liten skala.

Det finns goda erfarenheter i länets alla kommuner att arbeta med Senior alert i Särskilt boende - den kunskapen behöver komma ut och tillämpas i hemsjukvården. Enl. journalstudier på Hälsocentralen Ankaret i Örnsköldsvik liknar gruppen mest sjuka äldre i hemsjukvården gruppen äldre i särskilt boende. Så det är troligt att antalet personer med risker för vårdskador är lika stort i hemsjukvården som de är i särskilt boende.

Blåsdysfunktion

Nationella indikatorer inom området blåsdysfunktion (inkontinens) finns i Öppna jämförelser för särskilda boendeformer. Det pågår arbete på Socialstyrelsen för att gruppen äldre i hemsjukvården även ska omfattas av indikatorn. Det finns dock inga data i dagsläget kring hemsjukvården. I Senior alert finns en kvalitetsmodul för området där individer med risk för Blåsdysfunktion/ inkontinens kan identifieras, få åtgärder insatta samt hantera uppföljning.

Den indikator som skulle följas var:

1. Andel personer som har hemsjukvård och risk för Blåsdysfunktion/ inkontinens och som fått en basal utredning av sina besvär.

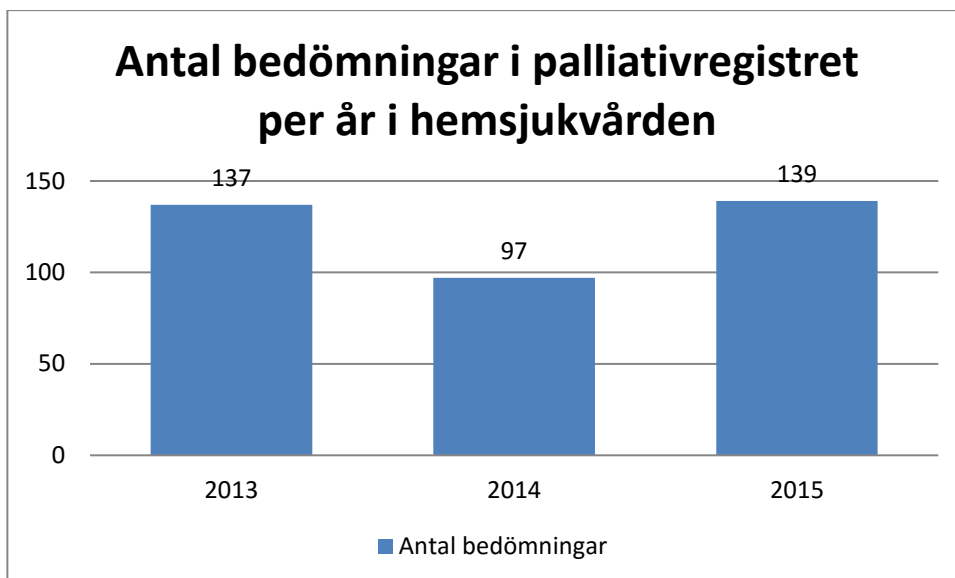
Resultat kring blåsdysfunktion och basal utredning

Under 2014 har inga registreringar gjorts i Senior alert modul kring blåsdysfunktion/inkontinens i länets kommuner. Under 2015 har 8 st. registreringar gjorts i Härnösands kommun, med start under september månad. Ingen av de identifierade personerna med risk för blåsdysfunktion hade fått en basal utredning av sina besvär enl. de registerdata som finns.

Förslag på åtgärd: För att komma igång med identifiering av personer med risk för blåsdysfunktion i hemsjukvården behöver kommunerna fatta beslut om att starta arbetet. Det finns identifieringsinstrument i Senior alert och stöd i form av filmer på Senior alerts hemsida kring hur en basal utredning kan genomföras. Nätverket Nikola har på sin webb omfattande stöd som är fritt att använda, www.nikola.nu.

Område 3, Vård i livets slutskede

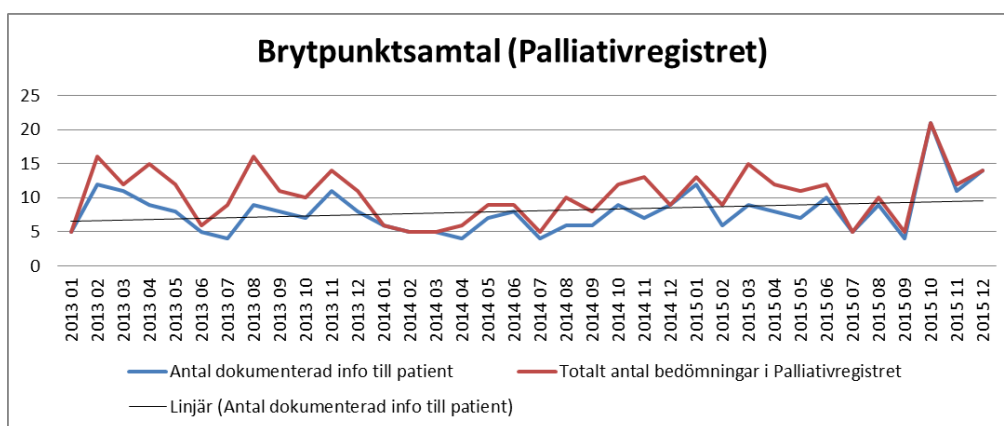
Under äldresatsningen "Bättre liv för sjuka äldre" implementerades Svenska Palliativregistret i Västernorrland.



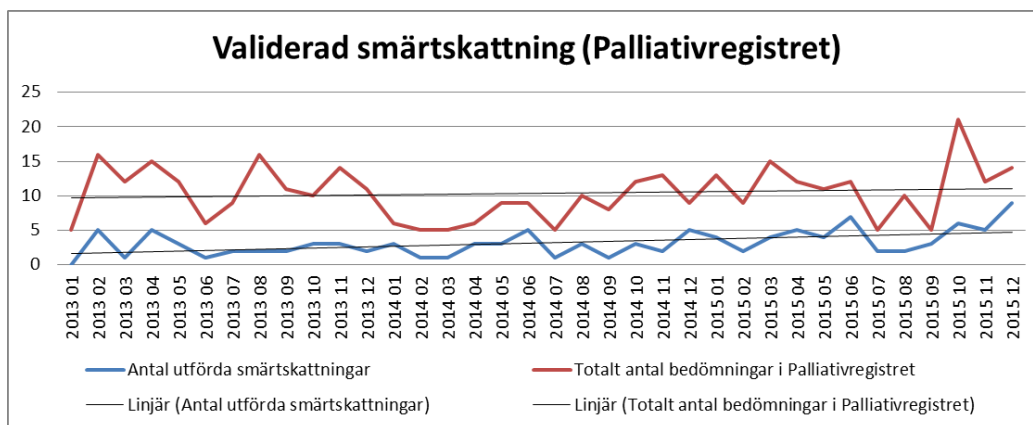
Kommentar: Antalet bedömningar och registreringar i Svenska Palliativregistret minskade med 29,2 procent mellan 2013, innan övergången, och 2014. Under 2015 har denna minskning återgått till tidigare nivå innan övergången.

De indikatorer som skulle följas var:

2. Andelen personer där det genomförts ett s.k brytpunktssamtal
3. Andelen personer som vårdas och som har smärtskattats med hjälp av vedertaget instrument (NRS-skala, VAS-skala, Abbey Pain Scale) under sista veckan i livet
4. Andelen efterlevande som erbjudits ett efterlevandesamtal
5. Andel vars munhälsa bedömts

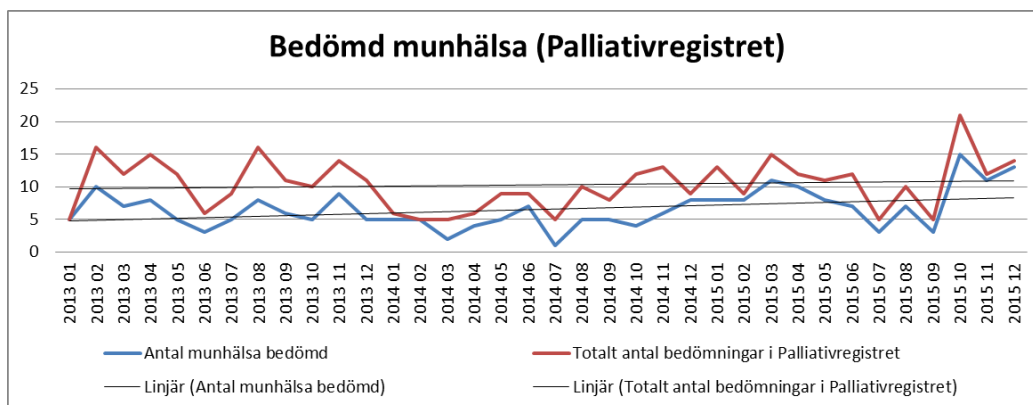


Kommentar: Tappet mellan åren framträder tydligt inom alla indikatorer – med en återhämtning under 2015. Det intressanta med brytpunktssamtal är att linjerna går ihop under andra halvan av 2015. Det betyder att alla patienter som bedömts i Palliativregistret har erbjudits ett brytpunktssamtal.



Kommentar: Även när det gäller validerad smärtgranskning med instrument ses en minskning under 2014. Här är dock spannet mellan totala antalet bedömningar och användning av validerad smärtskattning klart större. En sakta minskning kan ses när trendlinjer adderas grafen. Totalt under tre år har spannet minskat med knappt hälften. I jämförelse med grannlänen i norra regionen ligger Västernorrland bra till både när det gäller antalet registreringar i hemsjukvården och användning av smärtskattningsinstrument.

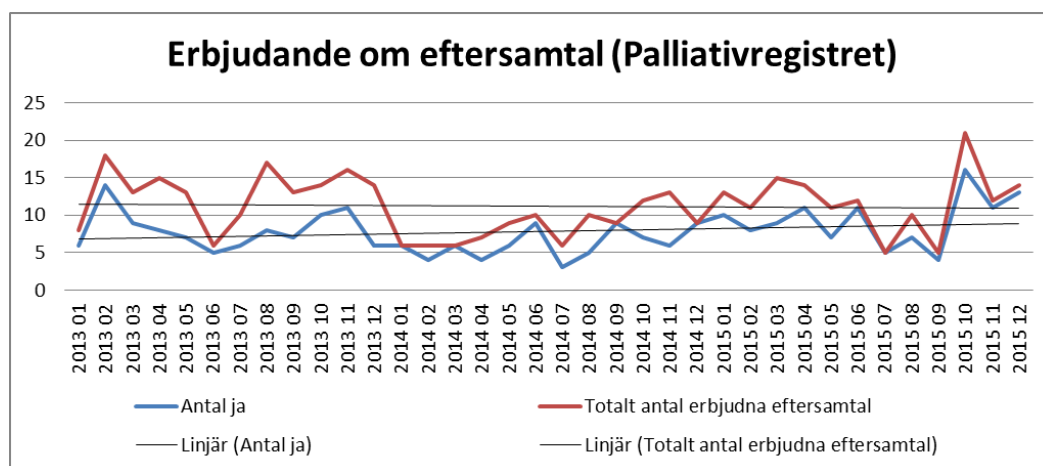
Förslag till åtgärd: Det är positivt att andelen smärtskattningar ökar. Troligen finns det ytterligare förbättringspotential då spannet mellan totala antalet registreringar och antalet smärtskattningar ökar och minskar över tid. Det kan bero på vilka sjuksköterskor som är ansvariga för vården i livets slutskede. Ytterligare utbildning i att använda validerad smärtgranskning kan öka andelen bedömningar. Inga patienter i livets slutskede ska behöva uppleva smärta och ångest. Att använda validerade instrument ökar möjligheten för individuella anpassade behandlingar.



Kommentar: Gapet mellan totala antalet bedömningar och bedömd munhälsa har minskat, framför allt under andra halvan av 2015. Munhälsa är ett mycket viktigt kvalitetsområde inom vården i livets slutskede. Att slippa sår och svampsjukdomar i munnen sista tiden i livet ökar välbefinnandet och livskvalitet hos den sjuke.

Förslag till åtgärd: Munhälsobedömningar finns som en egen modul i kvalitetsregistret Senior alert. Det registret används fortfarande sparsamt i hemsjukvården. En ökad användning av detta skulle sannolikt kunna påverka att

det återstående gapet mellan registreringar. Det finns kunskapsstöd på palliativregistrets hemsida med bra metoder och förslag på åtgärder för en förbättrad munhälsa i livets slutskede.



Kommentar: Precis som några kvalitetsområden ovan ses en långsam minskning av gapet mellan totala antalet registrerade bedömningar och erbjudna eftersamtal. Gapet har i stort sett halverats sedan 2013.

Förslag till åtgärd: Många närstående till döende patienter har ofta en svår situation med bl.a. oro, utmattning, depression och vanmakt under patientens sjukdomstid och har ett behov av stöd efter patientens död. Det är därför viktigt att det erbjuds efterlevandesamtal en tid efter dödsfallet. Att erbjuda eftersamtal är ett sätt att erbjuda stöd och samtidigt få återkoppling från den närstående kring den sista tiden – för att utveckla verksamhetens kvalitet. Det finns kunskapsstöd på palliativregistrets hemsida kring efterlevandesamtal.

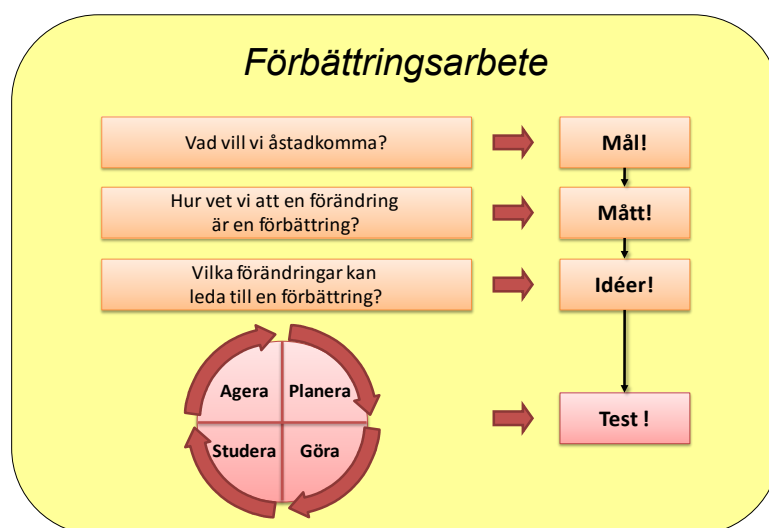
Ovanstående uppgifter registreras i och hämtas från Svenska palliativregistret (www.palliativ.se) av FoU Västernorrland.

REFLEKTIONER

Att arbeta med registerdata påbörjades i större skala under satsningen ”Bättre liv för sjuka äldre” under åren 2010-2014. Det var ett nytt arbetssätt som skulle implementeras i länets verksamheter inom äldreomsorgen för såväl personal i kommun som landsting. Tidigare har mätningar kring olämpliga läkemedel förekommit samt vårdrelaterade infektioner. De relativt nya kvalitetsregistren, Senior alert samt Svenska Palliativregistret fick under satsningen sällskap av BPSD-registret (Beteendemässiga och psykiska symtom vid demens) och SveDem (Svenska Demensregistret).

I kvalitetsregistren förs individdata in för att sedan kunna analyseras på både lokal, verksamhets, kommun, län och nationell nivå. Det blev ett helt nytt sätt att arbeta som av många kliniskt verksamma upplevdes som ett dubbelarbete. Uppgifterna ska även föras in i patientens journal – då kvalitetsregistren inte är en del av patientjournalen. Merarbetet blir än tydligare om verksamheten inte tar fram och tittar på sina resultat och diskuterar i verksamheten varför det ser ut som det gör för att komma på förslag kring förbättringar. Verksamhetens medarbetare får inte feedback på det arbete de utför och då kan de bli svårt att motivera arbetet i kvalitetsregistret.

För att komma hela varvet runt (planera, göra, studera och agera) enligt förbättringscirkel PGSA, nedan, så behöver verksamheten komma upp i en viss mognad samt att ha en lokal chef som stöttar sina medarbetare i förbättringsmetodiken.



Under Äldresatsningen genomfördes ett flertal förbättringsutbildningar, både inom ramen för kvalitetsregistren – men även som renodlad utbildning i förbättringskunskap.

De resultat som i denna uppföljning valts att fokusera på lider till stor del av svårigheten för medarbetarna att veta varför kvalitetsregister ska användas som ett stöd i det lokala förbättringsarbetet. De kommentarer och förslag till åtgärder som återfinns i samband med respektive kvalitetsindikator (mätområde) bör alltså kompletteras med området förbättringskunskap. Registrering utan att ha en plan kring att använda införd data i ett förbättringsarbete är resursslöseri och sänker förtroendet för kvalitetsregisterarbete.

Det förslag som författarna i denna delrapport vill råda beställaren är att lyfta fram nyttan av det lokala förbättringsarbetet. Att bara svara på enkäter i Öppna jämförelser och registrera individdata i kvalitetsregister och inte använda resultaten systematiskt gör ingen nytta.

Det finns en mängd litteratur inom området förbättringskunskap, mikrosystem och hur vård och omsorg kan utvecklas systematiskt och kunskaper finns i länets FoU-miljöer samt på webben.

REFERENSER

Region Jönköpings län. (2016). *Förbättringskraft – en meny av möjligheter*.

Online: <http://plus.rjl.se/forbattringskraft>

Senior alert.(2016). *Registerdata 2013-2015 för hemsjukvårdsenheter*. hämtad online via rapportbeställarfunktion 2016-01-18.

<http://plus.rjl.se/infopage.jsf?childId=15836&nodeId=39305>

Socialstyrelsen. (2014). *Kommun- och enhetsundersökningen, vård och omsorg om äldre, 2014*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Svenska Palliativregistret. (2016). *Publika registerdata 2013-2015 för vård i livets slutskede hemsjukvård och ASIH*. Realtidsrapporter hämtad online 2016-01-18.

<https://data.palliativ.se/app/utdata/changeReg.aspx>



Uppföljning av hemsjukvårdens kvalitet

I den här undersökningen, vilken genomfördes efter kommunernas övertagande av huvudmannaskapet för hemsjukvården i Västernorrlands län, visar att kvalitetsregistret Senior alert inte används alls i hemsjukvården och att det därför inte går att värdera kvalitén inom det preventiva området. Svenska Palliativregistret används dock i hemsjukvården och där kan ses vissa positiva trender över tid. Fler patienter i livets slut erbjuds exempelvis brytpunktsamtal och får sin smärta bedömd med validerade instrument.

Författare

Anders Engelholm, leg. sjuksköterska, kandidat i omvårdnad, utvecklingssamordnare med fokus på äldrevård på Kommunförbundet.

FoU Västernorrland finansieras av kommunernas socialtjänster i Västernorrland med Kommunförbundet Västernorrland som huvudman. Enhetens uppdrag är att fånga upp idéer och stödja forsknings-, utvecklings- och uppföljningsprocesser inom socialtjänsten samt att göra dessa tillgängliga för socialtjänstens personal. Mer information om FoU Västernorrland finns på www.fouvasternorrland.se



Kommunförbundet

FoU Västernorrland