

Följesedel för Dnr: RV172174

Region Västmanland

Region Västmanland

Reg Datum	Info Klass	Serie	Utskr Datum
2017-12-19		RV	2017-12-19

Initierat av Regionens revisorer	Ärendemening Revisionsrapport, Granskning av införandet av standardiserade vårdförlopp		
Handlägges av RF/RS-sekretariat Gren Karlsson Benita	Anteckning		
Ärendetyp 1.02 Tillsyn, granskning och revision	Planerat färdigdatum	Sekreteress	
Tidigare dnr	AdActa	Registrerad av KARROS	

Bevakningsdatum, ärende

Datum	Beskrivning	Anteckning

Vidtagna åtgärder (skrivelser, tel samtal, beslut etc)

[illegible]

2017-12-15



Hans Strandlund

Till
Regionstyrelsen för svar
Regionfullmäktige för kännedom

Granskning av införandet av standardiserade vårdförlopp

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Västmanland granskat hur arbetet fortskridit med introduktion och implementering av standardiserade vårdförlopp (SVF). Syftet med satsningen är i korthet att förkorta tiden mellan välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling. Revisionsfrågan har varit: Har regionstyrelsen på ett ändamålsenligt sätt arbetat med introducering och implementering av standardiserade vårdförlopp i cancersjukvården under 2016?

Efter genomförd granskning är vår sammantagna revisionella bedömning att regionstyrelsen i allt väsentlig på ett ändamålsenligt sätt arbetat med introducering och implementering av standardiserade vårdförlopp i cancersjukvården under 2016 givet de direktiv och förutsättningar som funnits.

Utifrån de bedömningar som gjorts av ställda kontrollfrågor och av granskningens övergripande revisionella bedömning lämnar vi följande rekommendationer till regionstyrelsen:

- Att aktivt följa hur arbetet fortskrider med att säkra och tydliggöra hur den fortsatta utredningsprocessen ska se ut och stödjas efter avslutat projekt.

Iakttagelser och bedömningar framgår i bifogad rapport. Revisorerna önskar svar från regionstyrelsen senast 2018-03-28.

FÖR REGIONENS REVISORER



Hans Strandlund
Ordförande



Elisabeth Löf
Revisor

Revisionsrapport

Införandet av standardiserade vårdförlopp under år 2016

Region Västmanland

Fredrik Markstedt,
certifierad kommunal
revisor
Linnéa Grönvold
Louise Tornhagen

December/2017

pwc

Innehåll

Sammanfattning	2
1. Inledning	4
1.1. Bakgrund	4
1.2. Revisionsfråga	4
1.3. Revisionskriterier	4
1.4. Kontrollfrågor	4
1.5. Metod och avgränsning	5
2. Sammanfattning av revisionsrapporten 2015.....	6
3. Iakttagelser och bedömningar	7
3.1. Implementering och introduktion av de första 18 SVF (2015 och 2016)	7
3.1.1. Vårdförloppen har införts enligt plan	7
3.1.2. Prioriterat utvecklingsarbete	8
3.1.3. Uppmärksammade utmaningar	8
3.1.4. Bedömning.....	8
3.2. Redovisning enligt direktiv	9
3.2.1. Redovisning enligt överenskommelse.....	9
3.2.2. Information och beslut regionstyrelsen	9
3.2.3. Bedömning.....	9
3.3. Beaktande av rekommendationer från granskningen 2015	10
3.3.1. Yttrande från regionstyrelsen	10
3.3.2. Hantering av lämnade rekommendationer	10
3.3.3. Bedömning.....	11

Sammanfattning

PwC har på uppdrag av de förtroendevalda revisorerna i Region Västmanland granskat hur arbetet fortskridit med introduktion och implementering av standardiserade vårdförlopp (SVF). Syftet med satsningen är i korthet att förkorta tiden mellan välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling.

Efter genomförd granskning är vår sammantagna revisionella bedömning att regionstyrelsen i allt väsentlig på ett ändamålsenligt sätt arbetat med introducering och implementering av standardiserade vårdförlopp i cancersjukvården under 2016 givet de direktiv och förutsättningar som funnits. Inriktningen på granskningsinsatsen och de bedömningar som tillsammans bildar underlag för den övergripande bedömningen av revisionsfrågan följer nedan. Bedömningen av kontrollmålen görs på en fyrgradig skala: ej uppfyllt, i begränsad utsträckning, till övervägande del eller uppfyllt.

Kontrollfrågor	Bedömning och motivering
Har SVF som introducerades under 2015 nu implementerats inom berörda verksamheter?	Till övervägande del Implementeringsarbetet av de 5 SVF som introducerades under år 2015 fortskrider i allt väsentligt enligt plan. Region Västmanland ligger i flera avseenden i framkant avseende arbetet med att skapa en gemensam struktur för hanteringen av SVF. Här vill vi särskilt lyfta fram arbetet som genomförts med att säkra tillförlitligheten till den in- och utdata som ligger till grund för de ledtidsmätningar som nu görs. Att ledtidsdatan kan följas i systemet för uppföljning DUVA ger även förutsättning för att ta fram underlag på flera nivåer, vilket även möjliggör för ett mer riktat stöd.
Har introduktionen av de ytterligare 13 SVF genomförts enligt fastställd plan?	Till övervägande del Vårdförloppen som introducerades under år 2016 fortskrider i flera avseenden enligt plan. Patienter har genomgått och avslutat SVF inom samtliga vårdförlopp som införts under perioden. Samtidigt är det i nuläget svårt att få en samlad bild av ledtiderna för samtliga vårdförlopp och i vilken utsträckning man når önskvärda ledtidnivåer. I Region Västmanland är det framförallt kopplat till att antalet patienter för flera vårdförlopp är så pass få. Det i sig gör det svårt att ur ett revisionellt perspektiv att bedöma om implementeringsarbetet som nu bedrivs är tillräckligt för att nå önskvärda ledtidnivåer inom projektperioden för de vårdförlopp som introducerades under år 2015 och 2016.

Har resultat av arbetet och införande av vårdförloppen redovisats i enlighet med de direktiv som finns?

Uppfyllt

Redovisning har skett i enlighet med direktiven. Handlingsplaner har upprättats och regionen har lämnat in rapporter som samordnats via RCC Uppsala-Örebro om hur de arbetat under året med införandet. Rapporteringen har uppfyllt de krav som ställts och regionen har därmed fått ta del av tillgängliga stimulansmedel för det arbete som genomförts.

Har rekommendationerna från granskningen 2015 beaktats i det fortsatta arbetet med SVF?

Till övervägande del

Några tydligare delmål för att nå önskvärda väntetider, givet nuvarande ledtidnivåer har inte fastställts. Här har man istället valt att tillämpa och följa upp genomförandet av prioriterade aktiviteter. I sammanhanget är det inte fel utan mer ett annat sätt att närma sig frågan om hur projektet drivs framåt och slutligen ger förutsättningar för att nå uppsatta målnivåer.

Ingen samlad riskanalys har upprättats för att underlätta möjligheten till att göra väl underbyggda prioriteringar samt hänföra eventuella åtgärder och aktiviteter till rätt nivå. Samtidigt finns ett strukturerat arbetssätt för att uppmärksamma och diskutera risker kopplat till arbetet med SVF. Positivt är till exempel att en plan och tänkt arbetssätt efter avslutat projekt påbörjats.

Rekommendation

Utifrån de bedömningar som gjorts av ställda kontrollfrågor och av granskningens övergripande revisionella bedömning lämnar vi följande rekommendationer till regionstyrelsen:

- Att aktivt följa hur arbetet fortskrider med att säkra och tydliggöra hur den fortsatta utredningsprocessen ska se ut och stödjas efter avslutat projekt.

1. Inledning

1.1. Bakgrund

Regeringen och SKL har träffat en överenskommelse om en fyraårig satsning på kortare väntetider och minskade regionala skillnader i cancervården. Standardiserade vårdförlopp (SVF) utgår från en dansk modell. Vårdförloppen ska förkorta tiden mellan välgrundad misstanke om cancer till start av första behandling.

Vilka utredningar och första behandlingar som ska göras inom en viss cancerdiagnos beskrivs, liksom vilka tidsgränser som gäller för olika utredningsåtgärder. Tidsgränserna utgår enbart från värdeskapande tid och varierar mellan diagnoser och behandlingar.

Under 2015 granskade revisorerna om landstingsstyrelsen på ett ändamålsenligt sätt infört standardiserade vårdförlopp i cancersjukvården, avseende införandet av de första fem SVF som omfattades av satsningen. Under 2016 ska enligt plan ytterligare 13 SVF¹ introduceras. Arbetet med att planera, introducera och implementera samt följa upp satsningen är omfattande. Sammantaget föreligger en övergripande risk för att SVF inte implementeras fullt ut i berörda verksamheter och att målsättningen med kortare väntetider och minskade regionala skillnader inte uppnås.

1.2. Revisionsfråga

Har regionstyrelsen på ett ändamålsenligt sätt arbetat med introducering och implementering av standardiserade vårdförlopp i cancersjukvården under 2016?

1.3. Revisionskriterier

Överenskommelse med SKL, regioninterna styrdokument, protokoll samt handlingsplaner.

1.4. Kontrollfrågor

- Har SVF som introducerades under 2015 nu implementerats inom berörda verksamheter?
- Har introduktionen av de ytterligare 13 SVF genomförts enligt fastställd plan?
- Har resultat av arbetet och införande av vårdförloppen redovisats i enlighet med de direktiv som finns?
- Har rekommendationerna från granskningen 2015 beaktats i det fortsatta arbetet med SVF?

¹ SVF som introducerats under 2016: Allvarliga ospecifika symtom som kan bero på cancer Cancer utan känd primärtumör, Maligna lymfom, Cancer i bukspottkörteln och periampullärt, Primär levercancer, Cancer i gallblåsa och perihilar gallgång, Malignt hudmelanom, Myelom, Äggstockscancer, Bröstcancer, Lungcancer, Tjock- och ändtarmscancer och Primära maligna hjärntumörer.

1.5. *Metod och avgränsning*

Granskningen har omfattat intervjuer med hälso- och sjukvårdsstrateg, cancersamordare, samt två funktioner med ansvarig för ledtidsarbetet inklusive arbetet med verksamhetsstatistik och uppföljningssystem. En dialog har även förts med hälso- och sjukvårdsdirektören. Granskning har även genomförts av tillgänglig dokumentation – överenskommelsen mellan staten och SKL, handlingsplaner och rutiner inom Region Västmanland samt återrapportering till Socialdepartementet mm.

Granskning har gjorts av regionens ledtidsmätningar. I granskningen har särskilt styrelsens beslut och uppföljning utifrån tidigare lämnade rekommendationer från revisionen beaktats.

Granskningen avser regionstyrelsen.

De intervjuade har givits möjlighet att sakgranska ett utkast av rapporten innan färdigställande.

2. Sammanfattning av revisionsrapporten 2015

I revisionsrapporten 2015 bedömdes det att dåvarande landstingsstyrelsen i Landstinget Västmanland i allt väsentligt på ett ändamålsenligt sätt arbetat med införandet av standardiserade vårdförlopp (SVF) utifrån de direktiv och krav som funnits. Däremot var det för tidigt att uttala sig om de insatser som gjorts är tillräckliga för att säkra följsamhet till respektive standardiserat vårdförlopp (SVF). Uppföljning och analys utifrån kommande ledtidsmätningar ansågs avgörande för att synliggöra följsamhet och i det även identifiera eventuella brister och avvikelser.

Inledningsvis konstaterades att landstinget tagit beslut och upprättat en handlingsplan i enlighet med de direktiv som ligger till grund för att landstinget ska få ta del av de statliga stimulansmedlen. Vidare konstaterades att landstinget i flera avseenden infört reserverade tider hos utredande och behandlande enheter för patienter som fått beslut om standardiserat vårdförlopp. Dock nämndes det att en lokal anpassning gjorts på röntgen med att upprättad rutin, i dialog med professionen, bedömts tillgodose intentionerna med reserverade tider.

Landstinget bedömdes kommit långt i arbetet med att utveckla metoder för att mäta och redovisa ledtiderna i vårdförloppet. Vidare gjordes bedömningen att Landstinget Västmanland i allt väsentligt bidragit i arbetet med att förbättra den regionala och nationella samordningen. Exempelvis noterades att representanter från landstinget Västmanland kontinuerligt medverkat i seminarier och workshops anordnade av Regionala cancercentrum (RCC) Uppsala-Örebro. I granskningen uppmärksammades en del hinder och utmaningar för att få till en nationell samordning. Här lyftes bland annat otydligheter kopplat till stöd och direktiv från både RCC Uppsala-Örebro och SKL. Att flera landsting har olika patientadministrativa system ansågs vara en grundläggande utmaning kopplat till ledtidsmätning och kodning.

Efter granskningen 2015 gavs följande rekommendationer till Region Västmanland:

- Att det under projektets gång sätts tydliga delmål utöver de långsiktiga mål som gäller för satsningen i stort. Detta för att mer aktivt kunna följa utvecklingen under de år som satsningen pågår. Målen behöver också förankras och diskuteras med berörda politiker. Diskussioner om mål och ambitioner måste diskuteras i hela organisationen och inte stanna lokalt i arbetsgrupper.
- Att arbetet med riskanalys för såväl satsningen i dess helhet som för de specifika SVF struktureras upp på ett tydligare sätt och dokumenteras ner. Bland annat för att underlätta möjligheten till att göra väl underbyggda prioriteringar samt hänföra eventuella åtgärder och aktiviteter till rätt nivå.
- Att kommande återrapporteringar i större utsträckning lyfter goda exempel på styrning, genomförande och uppföljning för såväl satsningen som helhet samt inspel från processen kopplat till specifika vårdförlopp.

3. Iakttagelser och bedömningar

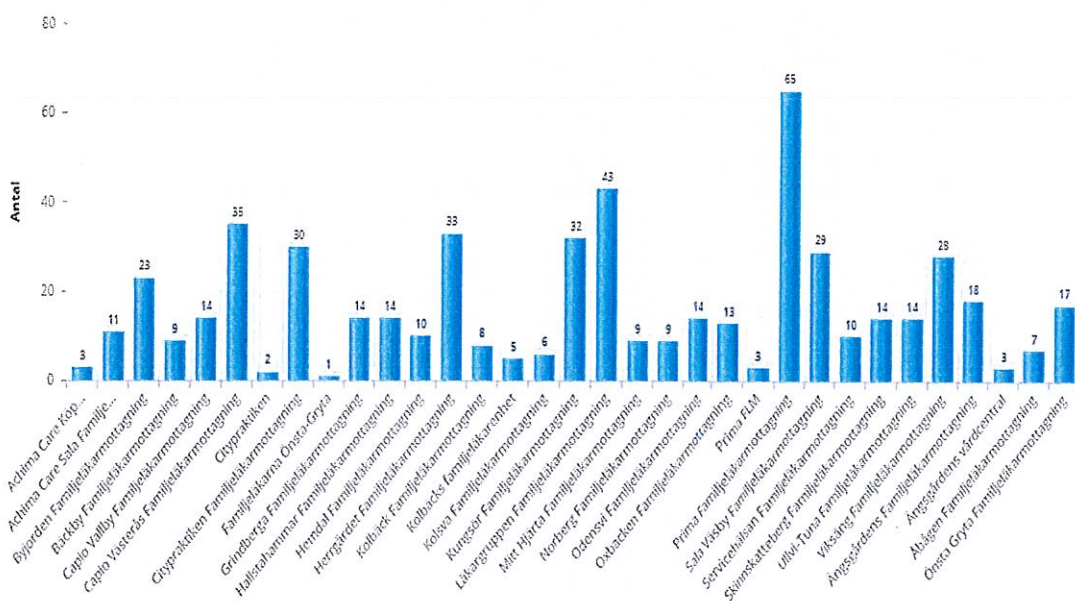
3.1. Implementering och introduktion av de första 18 SVF (2015 och 2016)

3.1.1. Vårdförloppen har införts enligt plan

Via Region Västmanlands åiterrapportering/redovisning av införandet av SVF i cancervården (2017-10-23) konstateras att utredningsförloppen löper på enligt redovisad handlingsplan 2017. Här nämns specifikt att ett antal av dessa förlopp har övergått i "egen regi" vilket innebär att en namngiven processägare övertagit ansvaret och att stödet i dessa fall begränsats till kodning till läkare, medicinska sekreterare och arbetet kring kvalitetssäkring för SVFs KVÅ koder.

Här nämns även att diagnostiskt centrum (DC) inrättats i augusti 2016 på medicinkliniken i Västerås för ett antal diagnoser. Verksamheten har redan varit föremål för två landstingsinterna utvärderingar där resultaten sammantaget varit positiva. Överlag lyfts att arbetssättet med SVF stabiliserats hos de professioner och medarbetare som kontinuerligt arbetar med förloppen.

De nationella mätpunkterna, men framförallt ingående ledtider inom respektive SVF, ska enligt upprättad handlingsplan användas för att följa följsamhet till överenskomna rutiner och riktlinjer. Ledtidsdatan kan nu följas i systemet för uppföljning DUVA² på verksamhets- och individnivå inom respektive vårdförlopp. I exemplet nedan från systemet visas antalet remisser per vårdcentral gällande tjock- och ändtarmscancer. Möjligheten att få ut den här typen av data som utgångspunkt för diskussion med verksamhetsföreträdare ger enligt de intervjuade möjlighet till mer riktad information och insatser utifrån behov.



² Verksamhetssystem för uppföljning DUVA – Datalager för Uppföljning och VerksamhetsAnalys

Patienter har vidare genomgått och avslutat SVF inom samtliga vårdförlopp. Antalet patienter som genomgått och avslutat ett SVF varierar stort beroende på diagnos. Här kan till exempel nämnas att till och med 1 nov 2017 har totalt:

- 926 patienter genomgått utredningsförloppet för urinblåse- och urinvägscancer (SVF 2015)
- 28 patienter genomgått utredningsförloppet för akut myeloisk leukemi (SVF 2015)
- 1041 patienter genomgått utredningsförloppet för prostatacancer (SVF 2015)
- 1430 patienter genomgått utredningsförloppet för bröstcancer (SVF 2016)
- 29 patienter genomgått utredningsförloppet för levercancer (SVF 2016)

3.1.2. Prioriterat utvecklingsarbete

Ett omfattande arbete har genomförts för att skapa en gemensam struktur för hanteringen av SVF. Här kan till exempel nämnas att remissmallar upprättats för samtliga förlopp. En specifik lathund/guide har även tagits fram för primärvården för att underlätta och synliggöra vilka SVF som finns och var remiss ska skickas för respektive SVF. Vidare har även arbetet kring röntgen prioriterats där kontinuerliga uppföljningsmöten nu genomförs samt planering och hantering av obokade tider.

3.1.3. Uppmärksammade utmaningar

Några av de utmaningar som lyfts fram via redovisningen till Socialdepartementet och via de intervjuade är felkällor kopplat till befintlig statistik avseende ledtiderna. Här har åtgärder vidtagits inom området som bland annat omfattar uttalat och riktat stöd direkt till KVÅ-kod kvalitetsgranskare på respektive enhet. Här lyfts även att de verksamheter och medarbetare som inte dagligen möter patienter som är involverade inom SVF behöver särskilt stöd, exempelvis akutmottagningen. Gemensamma genomgångar och informationsmöten på klinikerna och för alla kvalitetsgranskare har även det genomförts.

Enligt de intervjuade borgar genomförda aktiviteter för att kodningen i allt väsentligt är korrekt. Samtidigt finns en övergripande utmaning kopplat till ledtidssammanställningarna. Här finns det till exempel olika målsättningar att förhålla sig till beroende på typ av misstanke inom ett och samma vårdförlopp. Andra vårdförlopp har så pass få patienter att den genomsnittliga ledtiden från välgrundad misstanke till start av behandling förutsätter och kräver en mer omfattande analys. Sammantaget medför det svårigheter att synliggöra om implementeringen av SVF på kort sikt bidrar till att nå önskvärda ledtidsnivåer.

Ytterligare en utmaning som lyfts fram är förbättringsmöjligheterna i information till patienterna och förutsättningarna samt möjligheterna för närstående att följa med efter inledande utredning. Här konstateras att det inte finns några enkla svar eller åtgärder att vidta. Däremot kan en viss förbättring ses via resultaten i genomförd PREM-enkät.

3.1.4. Bedömning

Implementeringsarbetet av de 18 SVF som introducerades under år 2015 och 2016 fortskrider i flera avseenden enligt plan. Vår bedömning är vidare att Region Västmanland i flera avseenden ligger i framkant avseende arbetet med att skapa en gemensam struktur

för hanteringen av SVF. Här vill vi särskilt lyfta fram arbetet som genomförts med att säkra tillförlitligheten till den in- och utdata som ligger till grund för de ledtidsmätningar som nu görs. Att ledtidsdatan kan följas i systemet för uppföljning DUVA ger även förutsättning för att ta fram underlag på flera nivåer, vilket även möjliggör för ett mer riktat stöd.

Samtidigt är det i nuläget svårt att tolka ledtiderna för samtliga vårdförlopp och i vilken utsträckning man når önskvärda ledtidsnivåer. I Region Västmanland är det framförallt kopplat till att antalet patienter för flera vårdförlopp är så pass få. Det i sig gör det svårt att ur ett revisionellt perspektiv att bedöma om implementeringsarbetet som nu bedrivs är tillräckligt för att nå önskvärda ledtidsnivåer inom projektperioden för de vårdförlopp som introducerades under år 2015 och 2016.

3.2. Redovisning enligt direktiv

3.2.1. Redovisning enligt överenskommelse

Region Västmanland har i enlighet med direktiven bland annat upprättat handlingsplaner för införandet kopplat till de aktuella åren. Vidare har regionen lämnat in rapporter som samordnats via RCC Uppsala-Örebro om hur de arbetat under året med införandet. Då rapporteringen uppfyllt de krav som ställts har regionen fått ta del av tillgängliga stimulansmedel för det arbete som genomförts.

3.2.2. Information och beslut regionstyrelsen

Vid genomgång av regionstyrelsens och dåvarande landstingsstyrelsens protokoll från 2016 till november 2017, kan vi se att styrelsen fyra gånger beslutat om förfogande av de medel som Region Västmanland fördelats av regeringen för införandet av standardiserade vårdförlopp enligt överenskommelsen. Därutöver har styrelsen mottagit information avseende införandet av standardiserade vårdförlopp genom årsredovisning och patientsäkerhetsredovisning år 2015 och 2016.

3.2.3. Bedömning

Vår bedömning är att redovisning skett i enlighet med direktiven. Handlingsplaner har upprättats och regionen har lämnat in rapporter som samordnats via RCC Uppsala-Örebro om hur de arbetat under året med införandet. Rapporteringen har uppfyllt de krav som ställts och regionen har därmed fått ta del av tillgängliga stimulansmedel för det arbete som genomförts.

3.3. Beaktande av rekommendationer från granskningen 2015

I tidigare genomförd granskning lyftes behovet av att eventuellt utforma tydligare delmål utöver de långsiktiga mål som gäller för satsningen i stort. Ytterligare en rekommendation var att arbetet med riskanalys för såväl satsningen i dess helhet som för de specifika SVF behöver struktureras upp på ett tydligare sätt och dokumenteras ner. Bland annat för att underlätta möjligheten till att göra väl underbyggda prioriteringar samt hänföra eventuella åtgärder och aktiviteter till rätt nivå.

3.3.1. Yttrande från regionstyrelsen

I styrelsens yttrande (2016-02-24) lyfts att revisorernas medskick bör beaktas i det fortsatta arbetet, vilket innebär följande:

- Tydligare delmål ska utarbetas för respektive SVF. Delmålen ska tydliggöra respektive SVF:s tidsplan. Styrgruppen ska fastställa delmålen som förankras politiskt på lämpligt sätt
- I samband med att nya SVF ska implementeras ska en analys genomföras som beskriver eventuella svårigheter som kan finnas för genomförandet. I samband med rapportering av den årliga handlingsplanen till Socialdepartementet kommer eventuella risker för genomförandet att lyftas.
- I den årliga återrapporteringen till Socialdepartementet kommer fler positiva exempel att lyftas beträffande styrning, genomförande och uppföljning för hela satsningen men även från enskilda SVF.

3.3.2. Hantering av lämnade rekommendationer

Vi har inte i granskningen uppmärksammat att några tydligare delmål kopplat till den övergripande målsättningen att förkorta väntetiderna och minska de regionala skillnaderna. Vi noterar samtidigt att det i nuläget är svårt att få en samlad bild av ledtiderna för samtliga vårdförlopp och i vilken utsträckning man når önskvärda ledtidsnivåer. Något som framförallt är kopplat till att antalet patienter för flera vårdförlopp är så pass få.

Däremot har ett strukturerat och mer aktivitetsbaserat arbetssätt tillämpats för att skapa en gemensam struktur och därigenom möjliggöra ett arbetssätt i enlighet med direktiven kopplade till respektive vårdförlopp.

Någon samlad dokumenterad riskanalys har inte tagits fram. Däremot har risker/-svårigheter kontinuerligt diskuterats i styrgrupp och utsedd arbetsgrupp. Via de intervjuade får vi en tydlig beskrivning av hur SVF ska leva vidare efter projektets avslut som övergripande uppmärksammas som en risk då finansieringen upphör. Tanken är här att varje SVF blir en process med processägare och att processägaren rapporterar till verksamhetschefen. En uppföljning per SVF med processägare, verksamhetschef och en företrädare för projektet är inplanerad direkt efter årsskiftet med syfte att skapa en handlingsplan per förlopp. Dessa handlingsplaner ska enligt intervju åtgärdas före överlämnandet skiftet 2018-2019.

Slutligen noteras att Region Västmanlands i senaste återsrapportering till Socialdepartementet särskilt lyfter arbetet kring att få struktur på KVÅ-kodning och stöd till utvecklingsarbete som ett gott exempel.

3.3.3. Bedömning

Vår bedömning är att regionstyrelsen till övervägande del genomfört åtgärder i enlighet med tidigare lämnade rekommendationer. Några tydligare delmål för att nå önskvärda väntetider, givet nuvarande ledtidsnivåer har inte fastställts. Här har man istället valt att tillämpa och följa upp genomförandet av prioriterade aktiviteter. I sammanhanget är det inte fel utan mer ett annat sätt att närma sig frågan om hur projektet drivs framåt och slutligen ger förutsättningar för att nå uppsatta målnivåer. Vidare har ingen samlad riskanalys upprättats för att underlätta möjligheten till att göra väl underbyggda prioriteringar samt hänföra eventuella åtgärder och aktiviteter till rätt nivå. Samtidigt finns ett strukturerat arbetssätt för att uppmärksamma och diskutera risker kopplat till arbetet med SVF. Positivt är till exempel att en plan och tänkt arbetssätt efter avslutat projekt påbörjats.

2017-12-15

Tobias Bjöörn

Uppdragsledare

Fredrik Markstedt

Projektledare