



EXTERN KVALITETSGRANSKNING av specialiseringstjänstgöring

Akademiskt Specialistcentrum SLSO

Klinik

Reumatologi

Specialitet

2026-05-12

Datum

Stockholm

Ort

Tomas Husmark och Jan Cedergren

Inspektörer

SOSFS 2015:8

HSLF-FS 2021:8

Föreskrift

Vid två parallella utbildningar – enligt SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8 års föreskrifter – bedöms följsamheten i förhållande till båda. Om brister påvisats vad gäller följsamheten till någon av föreskrifterna krävs en handlingsplan.

Observera att bedömning av följsamhet till föreskrift, allmänna råd och kvalitetsindikatorer gäller både SOSFS 2015:8 och HSLF-FS 2021:8, såvida inte annat anges.

Styrkor

- Mycket god stämning på kliniken
- Förbättringsorienterad och lyhörd ledning
- Engagerad studierektor
- Moderna och funktionella lokaler
- Mycket väl genomförda kvalitets och utvecklingsarbeten som dessutom har pågått över tid
- Mycket goda möjligheter till både intern och extern utbildning
- Mycket hög vetenskaplig kompetens med stort antal disputerade både specialister och ST-läkare

Svagheter

- Se förbättringspotential

Förbättringspotential

- Utveckla struktur för bedömning av medicinskt ledarskap, undervisning och handledning för att underlätta praktiskt genomförande
- Införa handledarträffar
- Uppföljning av sidoutbildningar med ansvarig handledare på sidoutbildningsenheten
- Förbättrat beslutsstöd, exv UpToDate
- Utbildning i bilddiagnostik kan förbättras, exv genom införande av röntgenrond
- Införa intern kvalitetsgranskning mellan de 5-åriga externa

STRUKTUR

A Verksamheten

Centrum för reumatologi (CFR) tillhör Akademiskt specialistcentrum (ASC) som bedriver öppen specialistvård i Region Stockholms regi. Övriga enheter vid ASC är diabetes, neurologi, obesitas samt en studieenhet för kliniska prövningar. CFR är en renodlad öppenvårdsverksamhet med ca 8500 patienter i stocken. Majoriteten av patienterna har artrit eller spondylartrit diagnos, vilket är i linje med verksamhetens initiala uppdrag. Uppdraget har genom åren successivt breddats och innefattar ett mindre antal patienter med ex. PMR, GCA , gikt och SLE. Besöksstatistiken 2025 visar på 1676 nybesök, 11184 fysiska återbesök och 16135 distanskontakter. Det finns också en infusions mottagning där ca.1400-1500 behandlingar ges årligen. Konsult/telefon finns dagtid. Enheten i sig har inte ett tillräckligt sjukdomspanorama men tjänstgöringen bedöms absolut tillräckligt allsidig mot bakgrund av sidoutbildningen på Karolinska universitetssjukhuset.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket, enligt SPUR-modellen, innebär att:

- ☒ Det finns skriftliga riktlinjer från vårdgivaren om hur verksamhetens specialiseringstjänstgöring ska genomföras.
- ☒ Vårdgivaren tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur bedömning av ST-läkarens kompetens ska göras.
- ☒ Tjänstgöringen är tillräckligt allsidig.

Kvalitetsindikator

- ☐ Det finns rutiner som, utöver extern granskning, anger hur kvaliteten i ST-utbildningen kontinuerligt ska utvärderas och säkerställas.

Gradering

2015

2021



A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.



B. Socialstyrelsens föreskrifter följs.



D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

B Medarbetarstab och interna kompetenser

Verksamheten bemannas av cirka 45 medarbetare totalt. 12 specialistläkare/överläkare med varierande klinisk tjänstgöringsgrad, sammantaget ca 8 heltidstjänster. 7 ST-läkare finns i dagsläget. Dessutom arbetar 5-6 erfarna specialister som timanställda i olika omfattning. De akademiska meriterna är imponerande. 8 av specialisterna är disputerade (varav 3 är docenter). 3 av ST-läkarna är också disputerade. På CFR arbetar också ca 12 sjuksköterskor (med varierande anställningsgrad), 3-4 undersköterskor (vara 2 endast med kliniskt arbete) samt 2 sjukgymnaster, 1 arbetsterapeut och 1 kurator.

Föreskrift



Den huvudansvariga handledaren har ett bevis om specialistkompetens i avsedd specialitet.



Samtliga huvudansvariga ST-handledare har genomgått handledarutbildning.



Övriga handledare är legitimerade läkare med relevant specialistkompetens.



Det finns tillgång till specialistkompetent studierektor, som har genomgått handledarutbildning.



Det finns tillgång till handledare i en omfattning som motsvarar behovet av handledning.



Det finns tillgång till medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner.

Allmänna råd



Studierektor har relevant specialistkompetens.

Kvalitetsindikator

- ☒ Det finns generella skriftliga instruktioner för hur handledningen av ST-läkare ska gå till.
- ☐ Handledarna ges minst en gång per år möjlighet till utbildning/uppdatering/kompetensutveckling inom området.
- ☒ Det finns skriftlig uppdragsbeskrivning för studierektorn.

Gradering

2015 2021

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☒ | ☒ | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| ☐ | ☐ | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| ☐ | ☐ | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| ☐ | ☐ | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

C Lokaler och utrustning

Verksamheten är väl samlad i moderna lokaler. Antalet mottagningsrum för läkare kunde vara fler. Det finns ett öppet kontorslandskap för administrativt arbete. God närhet till alla yrkeskategorier på mottagningen. Det finns 3 ultraljuds apparater och ett modernt kapillär-mikroskop. Det finns tillgång till kliniska beslutsstöd och vetenskaplig databas. Utrymme för förbättring finns här, ex. kan man komplettera med Up-to-Date.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☒ Utrustning för diagnostik, utredning och behandling är adekvat.
- ☒ Utrustning för mottagningsverksamhet, möten och behandlingskonferens på distans är adekvat.

Kvalitetsindikator



ST-läkarna har tillgång till funktionell arbetsplats.



Det finns tillgång till relevanta IT-baserade kliniska beslutsstöd, sökbar vetenskaplig databas samt stöd från bibliotek eller FoU-enhet under hela specialiseringstjänstgöringen.

Gradering

2015

2021



A. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.



B. Socialstyrelsens föreskrifter.



D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

PROCESS

D Tjänstgöringens upplägg

Vad gäller verksamhetens översiktliga plan för ST-utbildningen inkl. randningar gör vi en del reflektioner En ST-utbildning i reumatologi bör innefatta minst 3 års reumatologisk tjänstgöring inklusive tid för uppfyllande av de allmänna kompetenserna (inkluderande bl.a. vetenskapligt arbete och kvalitetsarbete). I den översiktliga planen anges 3 år reumatologi varav 1 år på CFR och 1 år på KS. Övriga tjänstgöringar under denna rubrik (handkirurgi, immunlab , klinisk genetik och barnreumatologi) är i strikt mening sidoutbildningar som ligger utanför huvudspecialiteten. Utbildningen är givetvis målstyrd men vår uppfattning är att ST-läkarna ges för lite tid för att uppfylla specialitetens delmål utifrån översiktsplanen. Vi rekommenderar en översyn av denna.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☒ Verksamheten tillhandahåller skriftliga riktlinjer för hur målbeskrivningen ska uttolkas, samt styrande dokument för tjänstgöringens upplägg. Dessa ska vara kända och användas.
- ☒ Jourtjänstgöring/beredskap utgör en adekvat del av tjänstgöringen.
- ☒ Alla ST-läkare har lika rättigheter, skyldigheter och möjlighet att uppnå målen i målbeskrivningen oavsett kön, könsöverskridande identitet eller uttryck, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, sexuell läggning eller ålder.

Föreskrift

- ☒ Verksamhetschefen på det tjänstgöringsställe där en ST-läkare genomför sin huvudsakliga tjänstgöring har det övergripande ansvaret för ST-läkarens ST-utbildning.
- ☒ Den ansvariga verksamhetschefen ansvarar för att det för varje ST-läkare tas fram ett individuellt utbildningsprogram och att det för varje ST-läkare utses en huvudansvarig handledare.
- ☒ Varje ST-läkare har ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen och som omfattar de utbildningsaktiviteter som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.
- ☒ Utbildningsprogrammet följs upp regelbundet och revideras vid behov.
- ☒ Studierektorn samordnar ST-läkarnas interna och externa utbildningsaktiviteter.

Allmänna råd

- ☒ Studierektorn är en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.
- ☒ I studierektorns arbetsuppgifter ingår att ansvara för att utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna.
- ☒ Studierektorn tar del av kompetensbedömningarna.

Kvalitetsindikator

- ☒ Alla ST-läkare får introduktion till tjänstgöringen.
- ☒ Leg läkare som arbetar vid enheten med sikte på ST och som avslutat sin BT och/eller BT-läkare som påbörjat sin ST med BT vid enheten har tillgång till individuella utbildningsprogram och handledning i enlighet med ST.

Gradering

2015

2021

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☒ | ☒ | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| ☐ | ☐ | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| ☐ | ☐ | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| ☐ | ☐ | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

EHandledning och kompetensbedömning

Bra systematisk kompetensutvärdering med gott om medsittningar, schemalagd handledning och specialistkollegium. God tillgång till daglig instruktion. Sidoutbildningar har följts upp i en del fall, men inte regelmässigt.

Föreskrift

- ☒ Varje ST-läkare ges kontinuerligt handledning i form av stöd och vägledning med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns en utsedd huvudansvarig handledare för varje ST-läkare.
- ☒ Varje ST-läkare har tillgång till en handledare för varje del av tjänstgöringen.
- ☒ Den huvudansvariga handledaren bedömer ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt, med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ Det finns fastställda rutiner för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamheten har rutiner för hur den kontinuerliga bedömningen dokumenteras (För ST enligt 2015:8 är verksamhetschef ansvarig enligt ovan)

Föreskrift (endast 2021)

- ☒ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.

Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren bör, utöver handledning, få fortlöpande instruktioner, samt återkoppling från de som har gett instruktionerna.
- ☒ Handledningen är inplanerad i den ordinarie tjänstgöringen för huvudansvarig handledare och ST-läkare.
- ☒ Den huvudansvariga handledaren tjänstgör vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren genomför sin huvudsakliga specialiseringstjänstgöring. Om så inte är fallet ska vårdgivaren på något annat sätt säkerställa att huvudhandledaren är tillgänglig för handledning och även i övrigt har förutsättningar att utföra sitt uppdrag.
- ☒ Varje handledare har genomgått handledarutbildning som tillgodoser kraven enligt föreskriften.
- ☒ Om det finns en risk för att en ST-läkare inte kommer att uppfylla kompetenskraven bör det leda till en åtgärdsplan. En åtgärdsplan bör omfatta justeringar i det individuella utbildningsprogrammet, förändringar i vårdgivarens utbildningsinsatser eller tydligare krav på ST-läkarens insatser.

Allmänna råd (endast 2015)

- ☒ Ändamålsenliga metoder används för bedömningar av ST-läkarens kompetens.
- ☒ Verksamhetschefen eller motsvarande håller regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkarna.

Kvalitetsindikator

- ☐ ST-läkarnas sidoutbildning följs upp.

Gradering

2015 2021

- | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☒ | ☒ | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| ☐ | ☐ | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| ☐ | ☐ | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| ☐ | ☐ | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

F Teoretisk utbildning

Mycket god tillgång till både intern och extern utbildning. ST-läkarna har lätt att komma i väg på kurser och utbildningar. Den interna utbildningen är i nuläget inte kopplad till specifika delmål.

Föreskrift

Den vårdgivare som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att det finns förutsättningar för att genomföra sådan tjänstgöring av hög och jämn kvalitet.

Vilket enligt SPUR-modellen innebär att:

- ☒ Teoretiska utbildningsmoment och kurser planeras in i enlighet med målbeskrivningen och individuella utbildningsprogrammet.
- ☒ ST-läkarna genomgår den utbildning som planerats i enlighet med målbeskrivningen och det individuella utbildningsprogrammet.

Allmänna råd

- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade interna utbildningsaktiviteter.
- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerade externa utbildningsaktiviteter.
- ☒ Det individuella utbildningsprogrammet innehåller planerad tid för självstudier.

Kvalitetsindikator

- ☐ Den teoretiska interna utbildningen är systematiskt uppbyggd med koppling till Socialstyrelsens delmål.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☒ | ☒ | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| ☐ | ☐ | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| ☐ | ☐ | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| ☐ | ☐ | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

G Medicinsk vetenskap och systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete

Mycket hög nivå på kvalitets och utvecklingsarbeten där deltagande också har skett över tid. Tre av ST läkarna är disputerade. God tillgång till schemalagd forskningstid. Journal Club cirka 3 ggr per termin.

Föreskrift

- ☒ ST-läkarens kompetens inom medicinsk vetenskap bedöms utifrån kunskap kring vetenskapliga metoder och forskningsetiska principer.
- ☒ ST-läkaren bedöms utifrån förmågan att kunna kritiskt granska och värdera vetenskaplig information, samt i sitt arbete ta ansvar för att omsätta och tillämpa denna kunskap.
- ☒ ST-läkaren deltar i systematiskt kvalitets- och patientsäkerhetsarbete i sådan utsträckning att förutsättningar för delmåluppfyllelse föreligger.

Föreskrift (endast 2015)

- ☒ Utbildning erbjuds för att uppnå ett medicinskt vetenskapligt syn- och förhållningssätt.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för genomförande av ett skriftligt individuellt arbete enligt vetenskapliga principer.
- ☒ Det finns goda förutsättningar för att genomföra, dokumentera och redovisa ett kvalitetsarbete.

Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren ges möjlighet till utbildning inom patientsäkerhetsarbete och systematiskt kvalitetsarbete.

Kvalitetsindikatorer

- ☒ Under det senaste året har av ST-läkare genomförda arbeten publicerats och/eller presenterats (av ST-läkaren) vid vetenskapliga/professionella sammankomster.
- ☒ Det finns tillgång till ett välfungerande doktorandprogram.
- ☒ Enheten har regelbundna möten där medarbetare diskuterar och kritiskt granskar vetenskaplig litteratur.

Kvalitetsindikator (endast 2021)

- ☒ ST-läkare ges möjlighet att medverka i forskningsprojekt under arbetstid.

Gradering

2015

2021



A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma.



B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs.



C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas.



D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs.

H Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

Viss bedömning av ST-läkares kompetens i medicinskt ledarskap, undervisning och handledning har skett, men det finns inte satt i system och många chanser till bedömning missas då det saknas rutiner och struktur för denna typ av kompetensvärdering. Åtgärd krävs.

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med handlingsplan, se bilaga. Graderingen är ändrad till C.

Föreskrift



ST-läkaren ges förutsättningar att kontinuerligt utveckla ledarskapskompetens i enlighet med målbeskrivningen.



ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.



ST-läkaren genomgår utbildning i hälso- och sjukvårdens förutsättningar i enlighet med målbeskrivning.



ST-läkaren ges kontinuerlig handledning i kommunikativ kompetens.



ST-läkarens kommunikativa kompetens bedöms fortlöpande och återkoppling sker.



ST-läkaren bereds möjlighet att planera och genomföra undervisning.



ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.



ST-läkaren bereds möjlighet att handleda medarbetare och studenter.



ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Allmänna råd

- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att undervisa under handledning.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att själv handleda under handledning.
- ☒ ST-läkaren bereds möjlighet att delta i reflektion i grupp i enlighet med målbeskrivningen.

Kvalitetsindikatorer

- ☒ Det finns möjlighet att auskultera hos chefer och ledare inom organisationen.

Gradering

- | 2015 | 2021 | |
|----------------------------------|----------------------------------|--|
| ☐ | ☐ | A. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. Övriga kvalitetsindikatorer är uppfyllda, men enstaka undantag kan förekomma. |
| ☐ | ☐ | B. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd följs. |
| ☒ | ☒ | C. Socialstyrelsens föreskrifter följs. Allmänna råd följs i väsentliga delar men brister förekommer. Åtgärder rekommenderas. |
| ☐ | ☐ | D. Brister har påvisats vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter. Åtgärder krävs. |

HANDLINGSPLAN

Under granskningen påvisades brister vad gäller följsamheten till Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd. Verksamheten har efter granskningen inkommit med följande handlingsplan.

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkaren bedöms kontinuerligt i medicinskt ledarskap och multiprofessionellt samarbete och återkoppling sker.

Planerad åtgärd

Införa strukturerad bedömning av ST-läkarens medicinska ledarskap och multiprofessionella samarbete samt återkoppling vid handledarsamtal. Bedömning dokumenteras i ST-läkarens utbildningsplan.

ST-läkarna får individuella uppgifter om att leda olika arbetsgrupper och kommer att få feedback från gruppmedlemmar (t.ex. PsA-grupp - att förbättra vården för PsA-patienter; öka kunskap om DMARD/bDMARD-verkningsmekanismer i sköterskegrupp). Specialistkollegium planerat till 12 november 2026. Därefter genomförs bedömning och återkoppling årligen samt vid behov.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

Höstterminen samt 12/11 2026

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare + studierektor

Datum för uppföljning

2027, intern spurgranskning 2028

Ansvarig för uppföljningen

Enhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kompetens i undervisning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Planerad åtgärd

ST-läkaren ges möjlighet att regelbundet genomföra internutbildningar, fallpresentationer och undervisning av kollegor eller andra yrkesgrupper. Strukturerad återkoppling ges av specialistläkare och dokumenteras i ST-läkarens utbildningsplan.

Planeras föreläsning på ssk-möte 2-4 gg/termin och nu till hösten 2026 samt föreläsning i oktober för omvårdnadspersonal på CFR + Karolinska.

Vgs föregående punkt.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026 och framåt

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare + studierektor

Datum för uppföljning

2027, 12 november 2026 i samband med handledarträff

Ansvarig för uppföljningen

Enhetschef

H. Ledarskapskompetens och kommunikativ kompetens

ST-läkarens kompetens i handledning bedöms fortlöpande och återkoppling sker kontinuerligt.

Planerad åtgärd

ST-läkaren ges möjlighet att handleda studenter. Bedömning av handledningsförmåga genomförs via dubbel sit-in med strukturerad återkoppling vid tillfället samt vid handledarsamtal och handledarträffar. De tillfällen kommer vi schemalägga när studenter börjar på kliniken (handledning av handledning)

Separat handledarträff planerad till 12 november 2026 där rutiner för bedömning och dokumentation fastställs. Fortlöpande bedömning sker därefter minst en gång per år.

Datum när åtgärden ska vara genomförd

2026 och framåt

Ansvarig för genomförandet

Huvudhandledare + studierektor

Datum för uppföljning

2027

Ansvarig för uppföljningen

Enhetschef