

Värdebaserad vård

vid

Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Peter Lönnroth, professor (adj)
2017/11/15

Bilagor

Bilaga 1: Uppdragshandling

Bilaga 2: Intervjuer

Bilaga 3: Sökhistorik

*Bilaga 4: Sammanställning över
pågående VBV-projekt*

1. Sammanfattning

Värdebaserad vård (VBV) syftar till att öka värdet för patienterna i sjukvården, genom att styra tydligare mot det resultat som uppnås i relation till de kostnader som genereras. Sedan några år tillbaka är konceptet i varierande omfattning infört på sjukhus i Sverige, bland annat Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Då arbetet med VBV pågick sedan 2013 bestämde sjukhusdirektören att en utvärdering skulle göras. Sjukhusdirektören på Sahlgrenska Universitetssjukhuset gav därför i september 2017 en utredare i uppdrag att:

- utifrån ett samlat perspektiv, men särskilt patientperspektivet, belysa exempel på eventuella förbättringar som kan kopplas till införandet av värdebaserad vård så som metodiken utvecklats på SU från start 2013 och därefter
- värdera hur värdebaserad vård förhåller sig till andra på SU och i Västra Götalandsregionen pågående förbättringsprocesser/vårdfilosofier som personcentrerad vård, (*personcentrerat arbetssätt, VGR*), fokusmodellen m.fl.
- inventera och utvärdera huruvida värdebaserad vård bedöms ha underlättat/förbättrat forskning och utveckling
- beskriva de vetenskapliga publikationer som kan kopplas till införandet av värdebaserad vård
- lämna förslag på hur metoden kan/bör användas framöver, eller om metoden ej ska användas längre på SU

Utvärderingen har gjorts av professor (adj) Peter Lönnroth, under perioden 2017-09-01 till 2017-11-15. 31 vårdprocesser på Sahlgrenska Universitetssjukhuset ingår i rapporten, liksom en standardiserad litteratursökning via HTA-centrum, samt till den kopplad genomgång av 45 vetenskapliga studier med relevans på evidensen för Värdebaserad Vård.

Slutsatserna är i korthet:

- vetenskapliga evidensen för värdebaserad vård saknas, men det konstateras också att evidensvalideringar av effektiviseringskoncept är vanskliga och komplexa
- värdebaserad vård bör betraktas som ett förhållningssätt och en strategi, snarare än en validerbar metod
- det centrala för utvecklings- och förbättringsarbetet i vården är patientfokus och systematiska processkartläggningar – något som kan åstadkommas med olika metoder
- Sahlgrenska Universitetssjukhuset bör fortsätta med värdebaserat förhållningssätt som strategi på samma sätt som idag, men inte genomföra omfattande organisationsförändringar baserade på konceptet

2. Bakgrund

Begreppet Värdebaserad Vård (VBV) beskrevs konceptuellt i USA år 2006 av Porter och Teisberg (*Porter & Teisberg, 2006*). Bakgrunden var de höga kostnaderna inom offentlig förvaltning och inom sjukvården. Med VBV ställde man "Value based performance" mot det fram till dess dominerande ersättningssystem "Fee for service". Ett ersättningssystem som belönade värdet/effekten av insatsen ansågs enligt konceptet vara till större samhälls- och hälsoekonomisk nytta än ersättningssystem baserade på volymproduktion av insatser relaterade till specifika diagnoser (som i Sverige kallas diagnosrelaterade grupper, DRG). Förenklat beskrevs VBV som kvoten mellan uppnådd effekt och kostnaden för det utförda arbetet. Enligt VBV-konceptet föreslogs också att patienten skulle göras delaktig i bedömningen av värdet av insatsen – "hälsoutfallet".

I Sverige och vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset (SU) utfördes sedan flera år kvalitets- och verksamhetsutveckling med andra metoder (såsom *Lean, Six Sigma, Fokus, mm*) för att definiera vad som gav patientnytta. Kombinerat gjordes beräkningar av medelkostnad per standardpatient (KPP) inom ramen för DRG-systemet. Då upphandling av sjukvård från privata vårdgivare blivit allt vanligare hade sådana beräkningssätt vuxit fram naturligt i förhandlingarna mellan olika beställare och utförare av sjukvård i landet. VBV lanserades därför i en tid då sjukvården var mottaglig för konceptet.

Våren 2013 fattade dåvarande sjukhusdirektören vid SU beslut om att införa VBV som övergripande strategi för sjukhusets verksamhets- och kvalitetsutveckling. Boston Consulting Group engagerades som konsultstöd vid en omfattande projektetablering. Efter det inledande projektarbetet startade fyra pilotprojekt vars verksamheters processer kartlades och kostnadsberäknades. Ett förvaltningscentralt kansli upprättades 2015 som internkonsultstöd varefter det externa konsultstödet kunde avslutas. Under perioden inkluderades fler verksamheter i projektet som 2015 omfattade ett tjugofemtal standardiserade processer. Vid en första, mindre, utvärdering samma år konstaterades att det saknades uppföljningsbara utfallsmått i processkartläggningarna varvid energi lades på att definiera sådana mått. Hösten 2017 ingår 31 processer i VBV-arbetet på Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Våren 2016 fattade dåvarande sjukhusdirektören ett så kallat inriktningsbeslut om att VBV skulle gå från projektfas mot en driftsättning av VBV som ledningssystem och att sjukhuset på sikt skulle omorganiseras i tematiska verksamhetsområden definierade av patientflöden och gemensamma standardiserade processer. Denna omorganisation har emellertid inte genomförts på Sahlgrenska Universitetssjukhuset. Våren 2016 lämnade dåvarande sjukhusdirektören Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Direktörsbytet och tillskapandet av en ny ledningsorganisation innebar att genomförandet av en större omorganisation enligt VBV-konceptet pausades. Under hösten 2016 beslutade emellertid den nya sjukhusledningen att helt avstyra en sjukhusövergripande och omfattande omorganisation. Sjukhusledningen har däremot bibehållit VBV-konceptet som strategi och samtidigt etablerat ett samverkansarbete med Göteborgs Universitet om personcentrerat arbetssätt.

Sammanfattningsvis är VBV:s roll på Sahlgrenska Universitetssjukhuset i dagsläget inte tydligt definierad. För Sahlgrenska Universitetssjukhusets fortsatta inriktning har sjukhusdirektören i juni 2017 beslutat att det behövs en värdering av VBV som strategi och dess status i verksamheten. En tydlig riktning för sjukhusets kvalitetsutveckling behöver definieras och kommuniceras inför budgetåret 2018.

3. Uppdraget

I uppdragshandlingen (*bilaga 1*) anger sjukhusdirektören att följande frågor ska belysas:

- 1) Vilka förbättringar har uppnåtts med hjälp av VBV?
- 2) Hur går arbetet med VBV vid SU ihop med andra utvecklingssträvanden i Västra Götalandsregionen, där man vid andra förvaltningar använder till exempel Lean eller Fokusmodellen? Kan VBV kombineras med ett "personcentrerat arbetssätt"?
- 3) Forskning och utveckling i relation till VBV.

I uppdraget ingår också att rapporten ska lämna förslag till fortsatt inriktning.

3.1 Metod

Semistrukturerade intervjuer genomfördes med 15 medarbetare vid sjukhuset (*bilaga 2*). Informanterna nominerades av sjukhusledningen som varande nyckelpersoner för de olika faserna i VBV-projektet.

Vetenskapligheten visavi VBV har bedömts med hjälp av litteratursökningar vid Kliniska Sjukhusbiblioteket utförda i samråd med bibliotekarien Ida Stadig vid HTA-enheten. Bilaga 3 beskriver sökhistoriken.

Chefläkarstaben har låtit upprätta en uppföljning av pågående projektvisa arbeten med VBV under september 2017 (*bilaga 4*). Protokoll från sammanträden i ledningsgruppen och sjukhusstyrelsen under perioden 2013-2017 har genomgått översiktligt med avseende på informations- och beslutsprocesser relevanta för VBV vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

4. Utvärderingen

4.1 Resultatuppföljning av VBV

I den bilagda uppställningen (*bilaga 4*) redovisas resultat från 31 processer som lämnat projektfasen och börjat redovisa resultat. De olika projekten uppvisar en brokig utveckling, där flertalet är så nystartade att tydliga utvecklingstendenser ännu inte kan utläsas. Det är emellertid tydligt att fokus hittills lagts på kvalitets- och utfallsmått medan mindre vikt lagts vid uppföljning av kostnadsutfall. Några projekt redovisar till exempel "proxys" för kostnader men inte kronor och ören. Några projekt redovisar ingen kostnadsanalys över huvud taget.

Inom delar av ortopediverksamheten har goda resultat uppnåtts, både avseende tillgänglighet, patientupplevda utfall och resultat. Ett systematiskt förbättringsarbete i kombination med ökad patientmedverkan i processkartläggning och en strukturerad uppföljning i register hade emellertid etablerats innan lanseringen av VBV. Detta kan tyda på att tämligen likartade resultat kan uppnås med processkartläggningar och standardiserade vårdförlopp - oavsett konceptuella förtecken.

4.2 VBV och klinisk forskning vid SU

Det finns mycket lite forskning som publicerats från arbeten specifikt relaterade till VBV vid SU. I en masteruppsats från Handelshögskolan vid Göteborgs Universitet rapporteras om projektets inriktning och balansen mellan fokus på förbättringskunskap och effektiviseringar å ena sidan och den professionella kunskapsdelen å den andra (*Agahi & Veseli, 2017*). Enligt studien har den medicinska professionslogiken stärkts i projektet - med bibehållen marknadslogik och effektiviseringsambition.

I ett beskrivande arbete rapporteras om hur man inom ortopediprofessionen definierar och vetenskapligt förankrar relevanta utfallsmått (*Rolfson et al, 2016*). Några strikt vetenskapliga resultat utgåendet från VBV vid SU har annars ej återfunnits. Emellertid finns en förväntan att de ansträngningar som gjorts beträffande standardiseringar, processkartläggningar och den uppföljning som kan struktureras i kvalitetsregister ska resultera i en stärkt klinisk forskning vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset. En stark infrastruktur för klinisk forskning med koppling till register, biobank och forskarsamhället kommer att kunna utgöra konkurrenskraftiga egenskaper för genomförandet av större interventionsstudier och real life-uppföljningar.

4.3 VBV och evidensen

Sedan VBV-konceptet tagits i bruk vid andra förvaltningar i Sverige, såsom Akademiska Sjukhuset i Uppsala och Karolinska Sjukhuset i Stockholm, har en debatt väckts inom framför allt läkarprofessionen om huruvida det "finns vetenskaplig evidens för VBV". Denna debatt har också förts i massmedia, sedan man initierat en tematisk omorganisation och ersättningsmodell vid ett av dessa sjukhus. Forskningsministern beställde 2017 en undersökning av evidensläget avseende VBV av Statens Beredning för medicinsk och social

Utvärdering (SBU). Det har därför fallit sig naturligt att inom ramen för denna rapport göra en ansats till sådan validering.

Evidensvalideringar av effektiviseringskoncept är vanskliga och komplexa. I synnerhet gäller detta VBV som utgör en strategi snarare än ett verktyg eller en standardiserad metod. Litteraturen om VBV utgörs till stora delar av diskussioner och anekdoter om vård som skapar värde för patienter och samhälle. Jämförande kontrollerade studier är svåra att genomföra av naturliga skäl. Inom ramen för denna utvärdering gjordes en litteratursökning (bilaga 3). Sökningar gjordes i Cochranes databas, liksom i PubMed, med frågeställningen: "Finns vetenskaplig evidens för nyttan av VBV?". Med de relevanta termerna identifierades 1392 publikationer, efter rensning av dubbelregistreringar och irrelevanta rubriker återstod 1320 arbeten. Av dessa gallrades 45 publikationer fram, som i någon mån behandlar evidensfrågan. Ingen av dessa 45 publikationer rapporterar om jämförande studier ägnade den ställda frågan. Flera arbeten handlar om projektbeskrivningar och implementeringsstrategier och är rent beskrivande. Slutligen identifieras en liten grupp arbeten som handlar om utfall av VBV i vidare mening. Flera av dessa studier är gjorda efter att Obama-administrationen i USA anbefallde ett skifte mot "value based performance" i motsats till "fee for service" som ersättningsbas för vård utförd av Medicare från år 2013. Studierna handlar alltså om effekter av värdebaserad beställning och ersättning snarare än om värdebaserad vård.

De flesta av dessa studier är av typen före-efterstudier och utan större vetenskapligt värde. Bland dessa ses både negativa som positiva effekter visavi kostnader och kvalitet utan att ge en entydig bild. I en studie från Taiwan jämförs sjukhus med och utan värdebaserad ersättning. I studien rapporteras bättre hälsoutfall och lägre kostnad hos sjukhus med det som kallas "bundle pay for performance" – ersättning knuten till utfall för patienterna, jämfört de sjukhus som fått "fee for service" – ersättning kopplad till produktion.

Inom Medicare har man gjort jämförelser före och efter införandet av värdebaserad ersättning av vård. I en studie som omfattade 2,5 miljoner patienter med hjärtinfarkt, hjärtsvikt eller pneumoni sågs inga utfallsskillnader. I en annan publikation rapporteras uppföljningen av kvalitetsutfall och kostnader vid 260 sjukhus före och efter förändringen av ersättningsbas utan att man såg säkra skillnader i utfall. En ytterligare annan rapport från 2837 sjukhus anger att "value based reforms" ledde till kvalitetsförbättringar, framför allt gällande minskande antal återinläggningar. Ytterligare en annan rapport från Medicare rörande uppföljning av patientupplevda kvalitetsmått och mortalitet kunde inte ange några förändringar. Slutligen kan nämnas en systematisk review vari nyttan av värdebaserad "insurance design" validerats vid behandlingen av kroniska sjukdomar. Inte heller denna studie kunde detektera några effekter på kliniskt utfall eller kostnader.

Sammanfattningsvis ledde inte den genomförda litteratursökningen till några vetenskapliga hållpunkter för VBV som utvecklingsmodell eller metod. Sannolikt bör VBV snarare ses som ett strategiskt förhållningssätt. Det kunde inte heller återfinnas evidens för att införa tematiska organisationer enligt VBV. Den knapphändiga information som finns att tillgå handlar i stället om värdebaserad beställning och ersättning, vilket i vidare mening redan tillämpas inom ett beställar-/utförarsystem såsom till exempel i Västra Götalandsregionen. Emellertid ges ej heller här en tydlig vetenskaplig evidens för nyttan av detta i litteraturen.

Som exempel på den vetenskapliga komplexiteten inom det aktuella området kan slutligen nämnas en systematisk review över studier som behandlar värdet av processkartläggning inom sjukvården, något som knappast är värt mödan att invända emot förutsatt att det rör sig om processer som kan standardiseras över huvud taget. I sin review över 903 arbeten kunde författarna endast se vaga vetenskapliga tecken på nyttan av processkartläggning för väntetider och vårdtider (*Nowak et al, 2017*). Detta innebär givetvis inte att det är motiverat att utföra vård utan att kartlägga dess processer och kostnader. Fundamenten vid kvalitets- och verksamhetsutveckling, nämligen processkartläggning och kostnadsanalys torde inte behöva ifrågasättas vetenskapligt. Balansen mellan denna förbättringskunskap och den professionella logiken (*Batalden & Davidoff, 2008*) behöver däremot studeras flitigare. Om man väljer VBV eller andra förbättringsstrategier, såsom exempelvis Lean, förefaller inte vara kritiskt för utfallet. Däremot bör effekterna av ett ökat patientmedverkande i förbättringsarbetet och dess kombination med ett personcentrerat arbetssätt utgöra intressanta objekt för klinisk forskning och utvärdering.

4.4 Intryck från intervjuer

Flertalet intervjuade har bytt position på sjukhuset eller rekryterats under perioden 2013-17. Endast två personer har innehaft samma uppdrag genom tiden för etableringen av VBV vid sjukhuset. Detta innebär att intervjufrågorna kommit att diskuteras ur flera olika utgångspunkter med samma individer, beroende på när man kommit i kontakt med och/eller arbetat i VBV-projektet.

Samtliga anger att man vid starten för lanseringen av VBV mottog konceptet med viss skepsis. Många styrmodeller hade kommit och gått utan att sätta stora avtryck i verksamheterna. Under perioden växte emellertid uppskattningen av VBV. Den dåvarande sjukhusdirektören lyckades kommunicera en strategi inriktad mot kvalitetsstyrning, som upplevdes som ett nödvändigt komplement till budgetstyrning och kostnadskontroll. Sjukhuset hade vid det laget hållit sin budget under tre år och tycktes vara i budgetbalans. Emellertid uppvisade flera verksamheter omfattande problem med tillgängligheten för patienterna. Läget var alltså annorlunda än i USA när konceptet VBV lanserades 2006.

Nyckelpersonerna på Sahlgrenska Universitetssjukhuset såg trots detta VBV som ett lockande alternativ till vanlig budget- och produktionsstyrning. Särskilt tilltalande upplevdes patientfokus och patienternas medverkan i projektet, liksom målsättningarna med kvalitets- och utfallsmått. Processkartläggningar anses vara ett naturligt inslag i allt förbättringsarbete och känns därför i allmänhet motiverade. Samtliga intervjuade är medvetna om att VBV ska utföras med kostnadskontroll, men ingen anser att VBV-konceptet ska leda till besparingar. Snarare förväntas ökad produktivitet och effektivitet med bibehållen kostnad.

En vanlig missuppfattning bland lekmän är att "värdebasen" har något att göra med begreppet "värdegrund" och alltså uttrycker en ambition rörande värderingar och vårdetik snarare än värde per krona. Ingen av de intervjuade hade dock stött på denna missuppfattning på SU. Man anger att sjukhusledningen med stöd av externa konsulter lyckades bra med att pedagogisera konceptet VBV för medarbetarna.

De intervjuade betraktar allmänt VBV som en bra strategi – ej en enhetlig metod – för kvalitetsarbete. Den gängse uppfattningen är att strategin – om rätt applicerad – är potentiellt framgångsrik och värd att bibehålla. Ingen av de intervjuade föreslog en avveckling av strategin. Flera uttryckte tvärtemot att: *”Nu ska vi vårda investeringen”*. Samtidigt för de intervjuade fram att konceptet varit så knutet till den tidigare sjukhusledningen att det nu är viktigt att kommunicera en ny ordning för projektet. Nödvändigheten av detta har ökat i och med den nationella debatt där VBV diskuterats och till del ifrågasatts. Flera föreslår att Sahlgrenska Universitetssjukhuset ska lansera sin egna, lokala, variant av VBV-strategin. Någon önskar att VBV likställs med alla andra strategier för kvalitets- och verksamhetsutveckling och inte längre ska utgöra en huvudstrategi. Man anger att det externa konsultstödet under etableringsfasen av VBV var ett nödvändigt startskott. Lika nödvändigt har det varit att avveckla detta stöd för att vidareutveckla arbetet med interna krafter. Bildandet av *”Värdekontoret”* som internt stöd till utvecklingsledarna i verksamheten var välkommet och upplevs som en framgångsrik etablering som gett goda resultat.

Ingen av de intervjuade var positiv till tanken att låta VBV gå från en strategi- och kulturfråga, till att utgöra ett allomfattande ledningssystem och en därpå följande tematisk omorganisation av sjukhuset: *”Vänder vi på matrisen kommer hela havet att storma”*. Just denna del av utvecklingen anser man att SU måste tydliggöra internt såväl som externt. Man önskar lansera ett *”VBV på SU”*.

Flera vill avdramatisera etableringen av VBV. Man vill trycka på bruket av patientmedverkan i processkartläggningar i vården och i arbetet med att fastställa utfallsmått för hälsa. Processernas medelkostnad kan sedan särredovisas enligt en KPP-bas för att användas vid till exempel benchmarking, utan att ställas mot linjeansvaret för resursen: Resursansvaret är överordnat processansvaret. Någon verksamhetsföreträdare förordade bildandet av en centrumbildning som ett organisatoriskt alternativ för processansvaret. Flertalet intervjuade ser dock faran i att bygga starka centrumbildningar som tenderar att *”bilda brinnande kors i matrisen”*, det vill säga att de kan komma att utmana resursansvaret i linjen och på sikt orsaka utträngningseffekter av annan angelägen vård. Flera hade sett sådana tendenser efter etableringen av standardiserade vårdförlopp med särskilda processledare inom cancervården.

Behovet av en rutinmässig uppföljning av VBV anges ofta. För närvarande sker en uppföljning av resultat på verksamhets- eller områdesnivå, medan sjukhuset centralt endast följer upp aktivitetsnivån av VBV, det vill säga hur många projekt som sätts igång och etableras. Sjukhusets uppföljning av kvalitetsresultaten har inte alltid kopplats naturligt till regionens kvalitetsuppföljning. Här skulle man välkomna en förenklad uppföljningsrutin utan dubbelredovisning. Idag kan utfallet av olika indikatorer begäras in för redovisning av förvaltningsledning, ägare och beställare med olika tidsintervall.

4.5 Värdebaserad vård – vad är beslutat och av vem?

Efter att den dåvarande sjukhusdirektören beslutat om strategin för sjukhusets kvalitets- och verksamhetsutveckling 2013 och därmed angivit starten för arbetet med värdebaserad vård har detta varit en frekvent punkt på ledningsgruppens sammanträdesagenda.

Vid genomgång av sjukhusstyrelsens protokoll framkommer att styrelsen låtit sig informeras kontinuerligt om arbetet med VBV. Styrelsen har emellertid inte fattat beslut om strategi, mål eller innehåll för projektet. Styrelsen har stöttat arbetet och medgivit externt konsultstöd men annars låtit besluten om koncept och strategival fattas på tjänstemannanivån. Sjukhusstyrelsen har inte behandlat frågan om tematiska modeller för omorganisation av verksamheten.

I sin motion till regionfullmäktige från 2015 föreslog den dåvarande styrelseordföranden vid SU att Västra Götalandsregionen skulle införa värdebaserad vård vid alla sjukvårdsförvaltningar. I motionssvaret (juni 2016) fastslår regionfullmäktige att den regionövergripande inriktningen skall vara *”att skapa värde för patienterna”*. Regionfullmäktige anger samtidigt att sjukvården ska präglas av *”ett personcentrerat arbetssätt”*.

Sammanfattningsvis har besluten om strategival legat på tjänstemannanivån. Förslag om omorganiseringar har inte varit föremål för sjukhusstyrelsens beslut. Det är därför logiskt att den nuvarande sjukhusledningen stannat vid att använda VBV som övergripande strategi men inte som styrmodell. Emellertid har den nuvarande sjukhusledningen därmed frångått den tidigare (2016) beslutade inriktningen mot tematiska omorganisationer, vilket behöver tydliggöras och kommuniceras.

Man kan också sluta sig till att regionfullmäktige i Västra Götalandsregionen likställer de olika metoder som tillämpas vid de olika förvaltningarna med avsikt att skapa värde för patienterna. Ur ett regionalt perspektiv spelar det med andra ord ingen roll om VBV, Lean eller Fokusmodellen används för kartläggning av processerna, så länge utförarna fokuserar på att skapa värde för patienterna. Vårdprocessens utfall och kostnad bör kartläggas med KPP. Man skapar värde och använder ett person-/patientcentrerat arbetssätt!

5. Utredarens förslag

- 1) Låt VBV och personcenterat arbetssätt vara övergripande strategier för att skapa patientupplevt värde jämte kostnadseffektivitet - oavsett vilken metodik som används. Frångå inriktningen mot en tematisk omorganisation av sjukhuset.
- 2) Arbetet med kvalitets- och verksamhetsutveckling skall utföras av och i verksamheten. En mindre central resursenhet kan utgöra visst stöd för metod och process. Arbetet baseras på processkartläggning, KPP, definitionen av utfallsmått och patientmedverkan, men verksamheten bör själva få välja metod. Likaså bör verksamheten bestämma vilka processer som det är lönt att kartlägga: Alla processer låter sig inte standardiseras – i synnerhet inte vid ett universitetssjukhus – och få patienter har endast en diagnos.
- 3) Lägg ökat fokus på förenklad uppföljning och koppla i högre grad uppföljningen till regionövergripande aktiviteter och modeller.

- 4) Gör en ny kommunikationsplan för att beskriva och kommunicera sjukhusets nya inriktning till relevanta målgrupper. Ange en pragmatisk SU-modell: *"Värdeskapande för patienterna under kostnads kontroll men utan omfattande omorganisationer"*. Undvik att kommunicera ett förkastande av VBV som strategi: det riskerar att ge ett energitapp i kvalitetsarbetet och en minskad tilltro till uthålligheten i ledningsstrategierna.

Göteborg 2017/11/15



Peter Lönnroth, professor (adj)