

Borgerdesign fra 2020

Oplæg til KOSU

1. Hvad er Borgerdesign
2. Resultater fra de to første nedslag i INEVA's eksterne evaluering
3. Borgerdesign spiller sammen med Sundhedsaftalens visioner
4. Leverancer
5. Tidslinje for Borgerdesign med ejerkreds, opgave og effekt

Hvad er metoden At borgerdesigne?

- / Et bidrag til tværsektorielle beslutningsprocesser ved at koble borgerperspektiver direkte på de strategiske ledelser på tværs af sektorer
- / En undersøgelse af komplekse problemstillinger inden for rammen af Sundhedsaftalen ved at "gå rundt i problemet" og samle såvel borgerperspektiver, som perspektiver fra regionale og kommunale medarbejdere og ledere
- / Formulering af Mulighedsrum, som er en reframing af den oprindelige problemstilling.
- / Aflevering af Mulighedsrum til forskellige strategiske ledelsesniveauer, og derved bidrage til et uddybet besluthedsgrundlag, som danner afset for ny strategisk retning og efterfølgende handling.

Metoden åbner for den vertikale dialog og for processer, der involverer såvel patienter, pårørende, medarbejdere, ledere og politikere. Den vertikale dialog op og ned i styringskæden er et afgørende supplement til det horisontale, strategiske samarbejde på tværs af sektorerne, som Sundhedsaftalen rammesætter. Det ved vi fra RUC-professor Eva Sørensen, som peger på, at innovation og nytænkning hverken kommer fra oven eller fra neden, men opstår i mødet mellem det overordnede strategiske perspektiv og det konkrete arbejde med at få tingene til at virke i praksis.

Det nye ved metoden At borgerdesigne

Som én metode til inddragelse blandt mange er At borgerdesign kendetegnet ved, at borgere og fagprofessionelle er med hele vejen i processen. Analysen af datamaterialet fra samtalerne sker i såkaldte fælles tolkninger, hvor de, der er berørt af problemet, kontinuerligt validerer de indsamlede data og peger på de manglende. Metoden er som design-metoder involverende, motiverende og skaber ejerskab fra start. Metoden At borgerdesign er endvidere kendetegnet ved at rette sig mod det organisatoriske niveau og særligt de tværsektorielle organiseringer. Den supplerer således metoder som fælles beslutningstagning, der fokuserer på inddragelse af den enkelte patient, ved også at have ledelse som målgruppe og udvikling af det tværsektorielle samarbejde som mål.

Hvor og hvornår anvendes metoden At borgerdesigne?

Metoden er blevet brugt i forbindelse med indsatsområder udpeget af øverste ledelsesniveau i klyngesamarbejdet. Det har været tidligere været Psykisk sårbare unge og Unge med diabetes 1. Pt. er det Livets afslutning og Pårørende omkring Psykiatriens Hus i Aarhus. Derudover er metoden brugt i en række mindre projekter med behov for systematisk inddragelse, som f.eks. ny diabetes handleplan i Aarhus. Senest har Borgerdesign stået for en omfattende inddragelsesproces i forbindelse med udvikling af Lemvig Sundhedshus. I denne proces deltog såvel kommunale og regionale politikere på forskellige tidspunkter, og det illustrerer, at de politiske niveauer igennem de sidste to år har vist stor interesse for metoden. Borgerdesign har således været inviteret ind til at lave processer for såvel midlertidige udvalg i kommune

og region, som regionsrådet. Generelt har der endvidere – ofte med afsæt i de åbne workshops, som Borgerdesign løbende afholder - været vist stor interesse for metoden fra kommuner, regioner, uddannelsesinstitutioner, og Borgerdesign har været inviteret til at bidrage ved flere nationale konferencer.

Hvad siger evalueringen?

De to første evalueringsnedslag viser, at:

- / Bred interesse for metoden og tænkningen 'at borgerdesigner' - også fra politikerne.
- / Positive erfaringer med afprøvningen af metoden.
- / Brug af metoden har betydet et reelt løft i graden af borgerinddragelse og et større fokus på det ligeværdige møde i inddragelsesprocesser.
- / En kvalificering af beslutningsgrundlag i flere tilfælde og en inspiration for ledere og beslutningstagere til nye handlinger – f.eks. har metoden i Midtklyngens projekt Livets afslutning betydet, at der er igangsat 26 prøvehandling med afsæt i det uddybede beslutningsgrundlag.
- / Der er sket en spredning af metoden gennem workshops og konkret træning af andre i at bruge metoden, så den nu er forankret flere steder såvel i Aarhusklyngen, som i Midtklyngen.

Evaluering

Borgerdesign bliver i perioden 2018-19 eksternt evalueret af INEVA. Evalueringen foregår løbende og tager afsæt i en forandringsteori udarbejdet i samarbejde med styregruppen. Der vil være tre nedslag, hvoraf det sidste i efteråret 2019 også er slutevaluering.

Borgerdesign understøtter Sundhedsaftalens fire visioner

MERE LIGHED I SUNDHED – SOCIALT OG GEOGRAFISK

".... Vi vil derfor tilpasse vores indsatser til den enkelte borger (differentierede indsatser) og understøtte den enkelte borger i at styrke sine sundhedskompetencer. Vi skal tilbyde mere støtte og koordinering af indsatsen til de borgere, der har behov for dette....."

- / Borgerdesign bidrager med de mange perspektiver og en bredere forståelse af borgernes reelle behov og muligheder for aktivt medspil. Og viser ved formuleringen af Mulighedsrum for specifikke problemstillinger, hvad der på tværs af sektorerne skal til for koordinere indsatsen for de borgere, der har brug for det

PÅ BORGERENS PRÆMISSER

"....Vi vil samtidig arbejde på at gøre borgerne til medproducenter af sundhed. Både egen og andres. Vi ved fx, at det betyder noget for ens sundhed og livskvalitet at være en del af et fællesskab. Derfor vil vi også samarbejde med pårørende, foreninger og frivillige om opgaveløsningen...."

- / Borgerdesign bidrager med den metodiske tilgang til at gøre borgerne til medproducenter af sundhed, fordi alle aktører i de problemstillinger, der undersøges, bliver inddraget og derved motiveret til at blive del af opgaveløsningen.

SUNDHEDSLØSNINGER TÆT PÅ BORGEREN

"... Sundhedsløsninger tæt på borgeren handler ikke kun om at omlægge indsatser og flytte personaleressourcer og tilbud ud i hjemmet. Det handler også om at understøtte borgerens ansvar og mulighed for egen sundhed og behandling...."

- / Borgerdesign bidrager med en dybere forståelse af det levede liv og samspillet mellem det, borgeren kan tage ansvar for og den indsats de sundhedsfaglige skal bidrage med.

MERE SUNDHED FOR PENGENE

"....Der skal ikke være parallelle tilbud, men de skal løses i de rammer, der giver mest værdi for borgerne, for sundhedstilstanden og for samfundsøkonomien...."

- / Borgerdesign bidrager med et bredere beslutningsgrundlag, som samler perspektiver fra hospital, primærsektor, patienter, pårørende og civilsamfund og herigennem peger på såvel overflødige, som manglende sundhedstilbud.

Borgerdesigns leverancer

Borgerdesigns arbejde tager afsæt i det koncept med eget logo, som fra efteråret 2019 ligger klar i en opdateret version på borgerdesign.dk. Konceptet sikrer med principper, værktøjer og konkrete skabeloner en systematisk tilgang til inddragelsesprocesserne. Centralt er ligeværdigheden mellem borger- og systemperspektiver, og en anerkendelse af, at inddragelsesprocesser er komplekse og demokratiske, og derfor kræver en grundig planlægning og mobilisering.

Sundhedsstyrelsen prioriterer de store borgerdesign forløb, som går i dybden med at finde de mange perspektiver på en kompleks problemstilling under sundhedsaftalen. Et eksempel på et stort forløb er projektet Livets afslutning i Midtklyngen. Borgerdesign light forløb, som anvender elementer af metoden skal udbydes til klyngerne, så de kan melde behov og ønsker ind, hvorefter der kan ske en prioritering og planlægning. Et light forløb kunne f.eks. være samtalesaloner, mindre borgermøder og processer, hvor Borgerdesign giver sparring og har en mindre udførende rolle.

Spredning af viden fra de forskellige borgerdesignprocesser sker ved løbende feedback til de involverede aktører på forskellige niveauer. Viden fra de store forløb afleveres endvidere på øverste strategiske niveau til sundhedsstyrergruppen.

Med tre årsværk i Borgerdesign vil ressourceforbruget årligt kunne se sådan ud:

\	Kompetenceudvikling	
○	4-8 workshops	200 timer
○	Sidemandsoplæringer	100 timer
\	Ad hoc leder sparring på tværsektorielle projekter	200 timer
\	1-2 Borgerdesign light – forskudt i tid	1100 timer
\	1-2 Borgerdesignproces fuld skala – forskudt i tid	1100 timer
\	Opkvalificering af koncept	100 timer
\	Spredning, f.eks. oplæg på konferencer m.v.	100 timer
\	Nødvendig buffer*	300 timer
I alt		<u>3300 timer**</u>

*Erfaringen har vist, at borgerinddragelsesprocesser kan blive mere tidskrævende end forventet. Dels fordi det ikke altid er ligetil at finde frem til de relevante borgere, og dels fordi samarbejdet på tværs med aktører med meget forskellige forudsætninger og baggrunde, løbende kræver et særligt formidlings- og oversættelsesarbejde for at nå i mål med processerne.

**afsæt for timerforbruget er et konsulentårsværk på 1100 timer i Koncern HR Udvikling, RM

Tidslinje for Borgerdesign



EJERKREDS: AUH, Psykiatri og social, RM, almen praksis og de tre magistratsafdelinger i AaK: MSO, MSB og MBU. Delt ledelse mellem: sundhed- og omsorgschef Kirstine Markvorsen, MSO og centerchef Eva Sejersdal, AUH. Borgerdesign har 3 medarbejdere, og et budget på 2.25 mio/år.

OPGAVE: Som et fælles eksperiment i det tværsektorielle sundhedssamarbejde at udvikle en metode, der lader borgere som erfaringseksperter inspirere ledere til at tage beslutninger, der understøtter det levede liv.

EFFEKT: Version I af metoden At borgerdesign er udviklet og afprøvet i problemstillinger fra det tværsektorielle sundhedssamarbejde i Aarhus klyngen. Borgerdesign forlænges i 2 år og opskales med en større ejerkreds.



EJERKREDS: Kommunerne i Aarhusklyngen og Midtklyngen, almen praksis og Region Midtjylland. Organiseret med en styregruppe og daglig ledelse hos kontorchef Karen Ingerslev, Koncern HR Udvikling, RM. Borgerdesign har 2-3 medarbejdere med budget 1.4 mio/år med underskudsgaranti.

OPGAVE: Spredning og opkvalificering af metoden At borgerdesign i samarbejde med tværsektorielle projekter i Aarhusklyngen og Midtklyngen. Kompetenceudvikling af kommunale og regionale medarbejdere i klyngerne i metoden At borgerdesign.

FORVENTET EFFEKT: Et kvalificeret og afprøvet koncept for metoden At borgerdesign med principper og værktøjer. Afprøvning af samarbejde med større tværsektorielle projekter, hvor Borgerdesign leverer metode. Afslutning af projektperioden og en model for fremtidig drift af Borgerdesign forankret i Koncern HR Udvikling, RM.



EJERKREDS: Sundhedssamarbejdet i Region Midtjylland. Organiseret med en styregruppe, daglig ledelse hos kontorchef Karen Ingerslev, Koncern HR Udvikling, RM og i tæt kontakt med fællessekretariatet. Budgettet på 2 mio./år dækker tre stillinger + overhead. Finansiering og endelig ejerkreds afklares i sundhedsstygruppens formandskab.

OPGAVE: At sikre at borgerperspektiverne altid er en del af beslutningsgrundlaget for den strategiske ledelse på tværs af sektorer. Det skal ske ved at bidrage med kompetencer til Borgerdesign i forskellige samarbejder med projekter og initiativer omkring de store sundhedsudfordringer, som sundhedsaftalen rammesætter.

FORVENTET EFFEKT: Virkeliggørelse af sundhedsaftalens vision På borgernes præmisser

Til høringsparterne



Dato 11.10 2019

Side 1

Høring af udkast til Region Midtjyllands strategi for forskning på sundhedsområdet

Region Midtjylland ønsker at lancere en strategi for forskning på sundhedsområdet, der skal sætte retning for den regionale sundhedsforskningsindsats i de kommende år. Vedlagte strategioplæg sendes hermed i høring hos regionens medarbejdere (RMU) og relevante samarbejdspartnere (Aarhus Universitet, VIA University College og KOSU).

Om strategien

Strategien har et bredt perspektiv med fokus på at understøtte det samlede sundhedsvæsen og med særlig vægt på at adressere de store sundhedsudfordringer som multisygdom, ulighed i sundhed og patientforløb der går på tværs af sektorer og fagområder. Der er stor opmærksomhed på betydningen af internationale samarbejdsrelationer, og hvordan øget internationalisering af forskningen kan bidrage til at løfte området.

Strategien tager afsæt i en antagelse om, at forskning, uddannelse og klinik/praksis hænger uløseligt sammen, og at de tre områder tilsammen udgør grundlaget for et effektivt og evidensbaseret sundhedsvæsen. Grundlæggende for indsatsen er, at den forskning, der udføres i det regionale sundhedsvæsen, i sidste ende skal komme borgerne til gavn. Visionen er, at der i alle regionale enheder foregår forskning på højt niveau, som bidrager til fortsat udvikling af et evidensbaseret sundhedsvæsen til gavn for borgerne.

Strategien beskriver syv strategiske indsatsområder og fire prioriterede forskningsområder, som Region Midtjylland vil have særligt fokus på i de kommende år.

Strategiske indsatsområder

- Patientinvolvering
- Ledelse og organisering
- Kompetencer
- Forskningsmiljø
- Samarbejde
- Finansiering
- Formidling og implementering af ny viden

Prioriterede forskningsområder

- Klinisk forskning
- Forskning i forebyggelse, rehabilitering og sundhedstjeneste
- Forskning i personlig medicin
- Forskning i folkesygdomme

Praktiske oplysninger

Frist for hørings svar er den **3. december 2019**.

Hørings svar skal sendes til Strategisk Kvalitet på mail: sundhed.koncern.kvalitet@rm.dk

Spørgsmål til høringsprocessen kan rettes til Katrine Svane Jørgensen på mail: katjor@rm.dk eller telefon: 2135 6542.

Med venlig hilsen



Ole Thomsen
Koncerndirektør



Region Midtjyllands strategi for forskning på sundhedsområdet





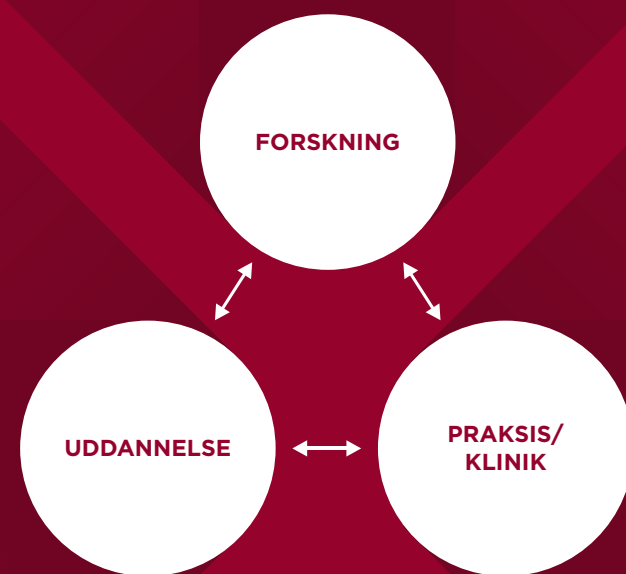
Region Midtjyllands strategi for forskning på sundhedsområdet

Region Midtjylland sætter med denne strategi retning for den regionale forskning på sundhedsområdet i de kommende år. Strategien har et bredt perspektiv med fokus på at understøtte det samlede sundhedsvæsen og med særlig vægt på at adressere de store sundhedsudfordringer. Det drejer sig bl.a. om flere patienter med kroniske sygdomme, flere ældre og flere patienter med multisygdom og ulighed i sundhed - forhold der stiller krav til en sammenhængende indsats på tværs af sektorer og fagområder. Hertil kommer stadig større forventninger fra befolkningen til de sundhedsydelser, der leveres, samt lovgivningsmæssige krav til hastigheden, hvormed patienter skal udredes, behandles og rehabiliteres, samtidig med at opgaven skal løftes inden for nogle fastsatte økonomiske rammer.

Sundhedsforskning skaber ny viden og er dermed en forudsætning for den fortsatte udvikling af sundhedsvæsenet. Forskning hænger uløseligt sammen med både uddannelse og klinik/praksis, og tilsammen udgør de tre områder grundlaget for et effektivt og evidensbaseret sundhedsvæsen, der til stadighed sikrer større nytte og værdi for borger og samfund. En stærk forskningsprofil og en strategisk prioriteret indsats på forskningsområdet er desuden med til at tegne Region Midtjylland som en attraktiv arbejdsplads for medarbejderne såvel som en relevant og ambitiøs samarbejdspartner for eksterne aktører.

Foto | Niels Aage Skovbo





I Region Midtjylland udføres forskning på alle regionale enheder, og der forskes på det kliniske område i både sjældne sygdomme og de mere hyppige lidelser, som rammer mange mennesker. Aarhus Universitetshospital er regionens flagskib inden for det kliniske forskningsfelt og har i kraft heraf et særligt ansvar for at inddrage og videndele med regionens øvrige enheder samt være frontløber i forhold til nye store forskningsprojekter og opbygning af internationale samarbejdsrelationer. På folkesundhedsområdet foregår der forskning i forebyggelse og rehabilitering samt i organisering af indsatser på tværs af sektorer og fagområder. Regionen har således allerede i dag en både stor og vidt-favnende forskningsaktivitet og flere styrkepositioner, som vi er særligt forskningsaktive indenfor. Vi kan imidlertid gøre både mere og gøre det bedre end i dag. Vi har potentialet til at bedrive forskning på både et bredere felt og et endnu højere niveau. Det skal vi udnytte!

Vi vil med denne strategi skabe grundlag for bedre udnyttelse af regionens forskningspotentiale og forfølge en ambition om at udbrede forskning til alle dele af det regionale sundhedsvæsen, herunder også det nære sundhedsvæsen, som i fremtiden kommer til at spille en stadig større rolle. Samtidig vil vi

også udnytte forskning i rekrutteringsøjemed, idet vi ved, at attraktive forskningsmiljøer er med til at tiltrække og fastholde de dygtigste medarbejdere – hvilket igen bidrager til den bedste forebyggelse, behandling og rehabilitering til gavn for borgeren. Endelig er der i regionen stor opmærksomhed på betydningen af internationale samarbejdsrelationer og en styrket indsats for internationalisering af forskningsområdet er således højt prioriteret i den fremadrettede indsats.

Forskning på højt niveau forudsætter, at flere – og ofte gensidig afhængige – forhold er tilstede. Det handler om ledelsesmæssig fokus og opbakning, forskningskompetencer og finansieringskilder, men også om muligheden for at indsamle og anvende data digitalt samt have adgang til fysiske rammer og forskningsstøttende faciliteter. Regionens forskningsindsats på sundhedsområdet foregår desuden i et tæt samspil med Aarhus Universitet, og universitetet er derfor en afgørende medspiller i forhold til realiseringen af de strategiske målsætninger for området.

Vi sætter med Region Midtjyllands forskningsstrategi fokus på de strategiske indsatsområder, der skal være med til at styrke grundlaget for forskning og skabe incitament til endnu mere forskning i de kommende år.



Foto | Agata Lenczewska-Madsen

■ VISIONEN

Visionen er, at der i alle regionale enheder foregår forskning på højt niveau, som bidrager til fortsat udvikling af et evidensbaseret sundhedsvæsen til gavn for borgerne.

OVERORDNEDE INDSATSOMRÅDER

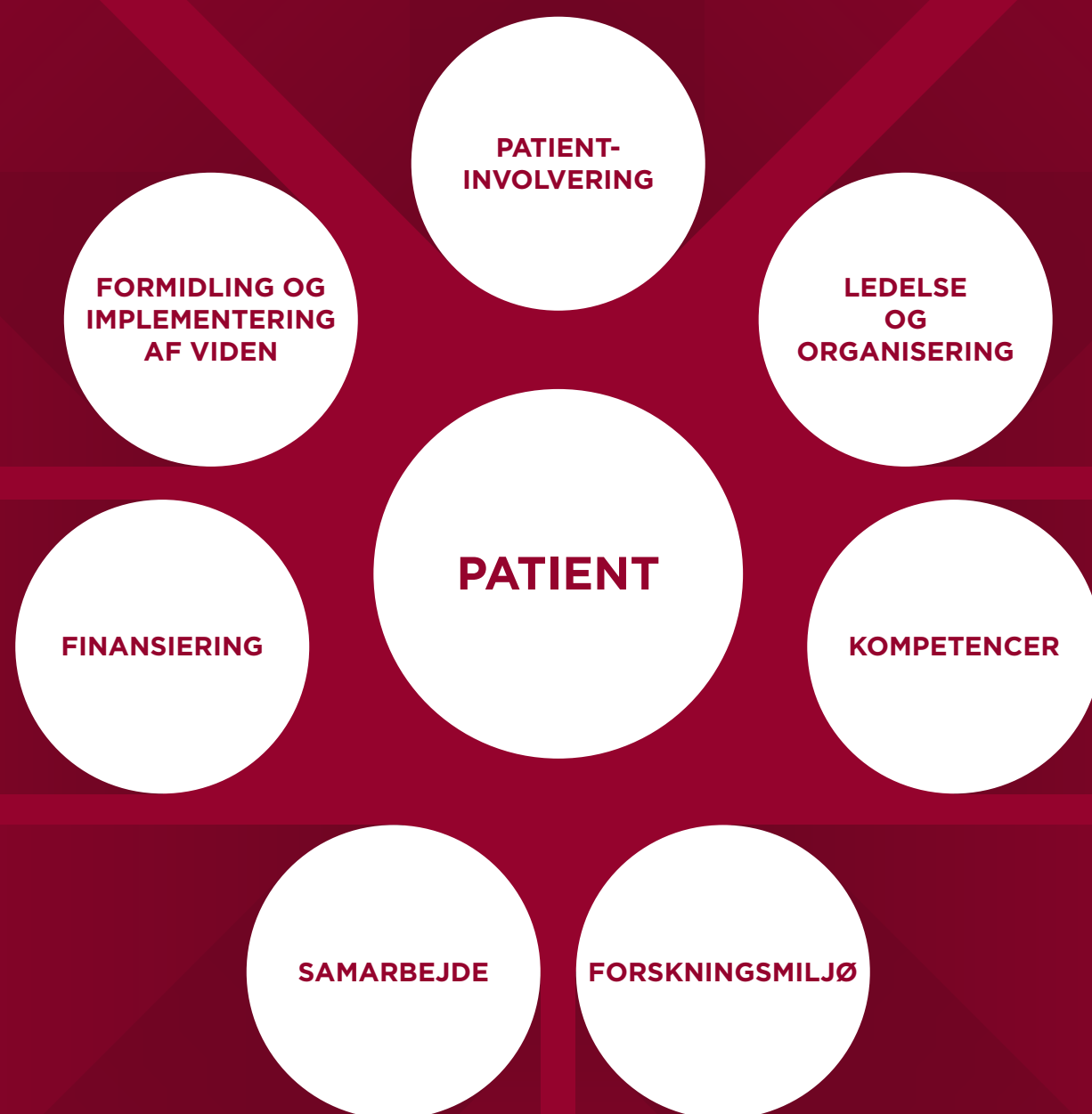


Foto | Niels Aage Skovbo

■ PATIENTINVOLVERING

Region Midtjylland har som overordnet vision at skabe et sundhedsvæsen på patientens præmisser. Denne målsætning skal naturligvis også afspejle sig i vores tilgang til forskning, hvor vi har en ambition om systematisk og målrettet at involvere patienter i forskningen.

Vores mål og indsatser |

- Der skal arbejdes for øget patientinddragelse i hele forskningskæden – fra planlægning, gennemførelse og evaluering af forskningsprojekter til implementering af forskningsresultater i praksis.
- Enhver patient er potentiel kandidat til at indgå i et forskningsprojekt.

■ LEDELSE OG ORGANISERING

I det regionale sundhedsvæsen er der et naturligt stort fokus på driften og de klinik- og praksisnære opgaver. Det er afgørende, at forskning ikke ses som en opgave, der skal foregå løsrevet fra driften, men at der overalt i sundhedsvæsenet er en bevidsthed om, at forskning, uddannelse og klinik/praksis hænger uløseligt sammen. Der er behov for, at der fra organisatorisk og ledelsesmæssig side skabes tilstrækkelig rum og opbakning til, at medarbejderne får både tid og fysiske rammer stillet til rådighed til at kunne indgå i forskningsarbejde.

Vores mål og indsatser |

- Alle hospitaler og relevante regionale enheder har fokus på, hvordan forskningsindsatsen kan styrkes og forskningsaktive medarbejdere understøttes.
- Der etableres på alle enheder et formaliseret samarbejde mellem afdelingsledelser, kliniske lærestolsprofessorer og forskere, hvor parterne i fællesskab drøfter planer for den fremadrettede forskning og behov for forskningsstøtte. For regionshospitalernes, inkl. præhospitalets vedkommende indgår også de akademiske koordinators i samarbejdet.
- Strukturelle og administrative barrierer for forskning bringes op i ledelsessystemet, hvor løsningsmuligheder drøftes og iværksættes. Adgangen til sundhedsdata er et eksempel på en forskningsmæssig udfordring, der skal adresseres i ledelsessystemet og bringes med videre ind i nationale ledelsesfora.
- Ledelserne understøtter udvikling af forskningsprotokoller på tværs af enhederne – særligt inden for forskning i almindelige sygdomme.

■ KOMPETENCER

Successen af den forskningsindsats, der sættes i værk, afhænger i høj grad af kompetencerne hos de medarbejdere, der bedriver forskning. Vi har behov for, at der i alle afdelinger er medarbejdere med kompetencer til at bedrive forskning på højt videnskabeligt niveau, og som kan være drivkraft for den samlede forskningsaktivitet i en afdeling. Samtidig er det afgørende, at der også bredt set i afdelingerne er mange medarbejdere involveret i forskning, så forskningen ikke hviler på enkeltpersoner, men løftes af en samlet gruppe. Dette kræver, at medarbejderne får mulighed for at tilegne sig forskningsmæssige kompetencer, og at der er synlige og attraktive karriereveje for forskningsaktive medarbejdere.

Vores mål og indsatser |

- Der skal ske en løbende afklaring af det rette niveau for antallet af ph.d.-studerende og delestillinger inden for de enkelte fagområder.
- Det skal være attraktivt at forske, og der skal være gode karrieremuligheder for regionale forskningsmedarbejdere. Det er vigtigt at skabe synlighed om mulighederne, og der skal derfor igangsættes et arbejde med henblik på beskrivelse af forskernes karrieremuligheder.
- Der skal i forbindelse med ansættelse af medarbejdere lægges vægt på ansøgernes forskningskompetencer, hvor det er relevant.
- Relevante medarbejdere skal tilbydes uddannelse i forskningsledelse.

■ FORSKNINGSMILJØ

Et stærkt forskningsmiljø består af mere end gode fysiske rammer og etablerede forskningsråd og netværksfora. Forskerne skal også have adgang til forskellige former

for forskningsstøtte, som fx hjælp til fundingstrategi og kvalificering af fondsansøgninger, assistance til statistiske analyser, adgang til videnskabelige tidsskrifter og databaser samt hjælp til patentering og indgåelse af juridiske aftaler med erhvervslivet. Forskerne arbejder med følsomme personoplysninger, og sikkerheden omkring data fylder derfor meget. God it-understøttelse til dataindsamling og databehandling er derfor vigtig for at kunne fokusere på forskningsopgaven.

Vores mål og indsatser |

- Alle forskere i Region Midtjylland skal have adgang til relevant forskningsstøtte.
- Det skal være synligt, hvilke tilbud om forskningsstøtte der er tilgængelige for de enkelte forskere.
- Alle regionale enheder skal stille fysiske rammer til rådighed for forskning.
- Forskningsmiljøerne understøttes lokalt af forskningsråd på de enkelte enheder.
- Forskningsinfrastrukturen, herunder den digitale understøttelse i Region Midtjylland skal understøtte muligheden for at lave forskningsprotokoller på tværs af enheder.

■ SAMARBEJDE

Der er i Region Midtjylland en anerkendelse af, at god forskning kræver involvering af mange parter og kan strække sig over flere sektorer og involvere flere faggrupper. Internt og eksternt samarbejde er en væsentlig forudsætning for at lave forskning på højt niveau og for at sikre videnudveksling om igangværende forskningsprojekter og allerede eksisterende forskningsresultater. Vi bliver som sundhedsvæsen langt mere effektivt, hvis vi drager nytte af det arbejde, som andre allerede har gjort og den viden, som allerede foreligger. Det giver os mulighed for at fokusere på de områder, hvor vi skal

finde frem til nye og bedre sundhedstilbud. Aarhus Universitetshospital har i kraft af et årelangt og tæt samarbejde med Institut for Klinisk Medicin ved Aarhus Universitet opbygget en meget stærk forskningsprofil – et forskningsmæssigt fyrtårn. Region Midtjylland indgår også i forpligtende samarbejder på mange andre områder – både lokalt og nationalt, og ambitionen er, at Region Midtjylland udvider forskningssamarbejdet med endnu flere aktører i både kommuner, almen praksis, erhvervslivet samt øvrige nationale og internationale parter fremover. Endelig er der også internt i regionen stærke samarbejdsrelationer mellem enhederne, og der lægges vægt på, at der i de kommende år sker en yderligere styrkelse af netop de interne relationer på tværs af enhederne.

Vores mål og indsatser |

- De interne samarbejdsrelationer på tværs af regionens enheder skal understøttes og yderligere styrkes.
- Forsknings- og uddannelsessamarbejdet i Human First såvel som det bilaterale samarbejde med både Aarhus Universitet og tilhørende institutter samt VIA University College skal videreføres og udvikles.
- Samarbejdet med kommuner og almen praksis skal styrkes og formaliseres i forpligtende samarbejdsaftaler.
- Region Midtjylland vil arbejde proaktivt i nationale indsatser på forskningsområdet som fx Trial Nation, der arbejder på at tiltrække flere kliniske forsøg til Danmark.
- Region Midtjylland vil i de kommende år udvide sit internationale udsyn og skabe samarbejdsrelationer til sundhedsmiljøer i andre lande.
- Fokus på mulighederne for offentligt-privat-forskningssamarbejde på relevante områder vil blive skærpet.

■ FINANSIERING

Der er store udgifter forbundet med forskning, og forskerne er afhængige af løbende at modtage finansiering fra interne og/eller eksterne kilder. Der er både centralt og på enhedsniveau øremærkede midler til forskning, men vi er afhængige af også at modtage eksterne forskningsmidler. Konkurrencen om eksterne bevillinger er hård, og der ligger derfor en stor opgave i at lave både målrettede og kvalificerede fondsansøgninger og samtidig sikre den nødvendige koordinering af ansøgninger, så regionale enheder undgår at komme i konkurrence om samme fondsmidler.

Vores mål og indsatser |

- De centrale fonds- og puljemidler bibeholdes på nuværende niveau og fordeles ud fra videnskabelig kvalitet samt forskningsprojekternes relevans og gennemførlighed.
- Region Midtjylland skal arbejde målrettet på at opnå eksterne forskningsbevillinger, herunder EU-midler.
- Der skal udarbejdes en regional fundingsstrategi, som sikrer mere målrettet og koordineret indsats i forhold til arbejdet med fondsansøgninger.





■ FORMIDLING OG IMPLEMENTERING AF NY VIDEN

Viden finder først sin virkelige værdi, når den bliver kendt og bringes i anvendelse til gavn for patienter og borgere. Virkeligheden er dog, at vejen fra at ny viden genereres til den bringes i anvendelse i praksis, er meget lang. Det betyder, at hverken patienter eller samfund får tilstrækkeligt gavn af forskningen. Vi vil i Region Midtjylland gøre en særlig indsats for at reducere vejen fra forskning til klinik, så vi langt hurtigere end i dag får ny viden bragt i anvendelse. Herudover vil vi styrke den eksterne kommunikation om den forskning, der foregår i Region Midtjylland for herved at profilere regionen over for fonde såvel som nationale og internationale samarbejdspartnere.

Vores mål og indsatser |

- Relevante forskningsresultater (med effekt og værdi) skal implementeres i klinikken uden unødigt forsinkelse og understøttes af anbefalinger.
- Der skal arbejdes systematisk med formidling og implementering af både eksisterende og ny viden i såvel forsknings-, uddannelses- og klinisk/praksis regi
- Formidling og implementering af ny viden skal være et fast punkt på såvel forskningsrådsmøder som dialogmøder mellem afdelingsledelser, kliniske lærestolsprofessorer, akademiske koordinators og forskere. Regionens forskningsindsats skal profileres internt og eksternt via målrettet kommunikation til de relevante aktører.

PRIORITEREDE STRATEGISKE FORSKNINGSSOMRÅDER

Region Midtjylland vil i de kommende år have særligt fokus på fire prioriterede forskningsområder

■ KLINISK FORSKNING

Klinisk forskning bidrager til udvikling af bedre og mere effektive behandlingstilbud og har stor betydning for såvel den enkelte patients behandlingsmuligheder som samfundsøkonomien. Der er behov for klinisk forskning i både sjældne og hyppige lidelser inden for både somatik og psykiatri samt den præhospital indsats, og vi vil udnytte enhedernes forskellige profiler til at favne alle disse områder. Mens Aarhus Universitetshospital spiller en særlig rolle som faglig dynamo på hele forskningsområdet og i særdeleshed som drivkraft for forskning på det højt specialiserede område, går regionshospitalet i front, når det handler om forskning i de mere hyppige lidelser.

■ FORSKNING I FOREBYGGELSE, REHABILITERING OG SUNDHEDSTJENESTE

Fremtidens sundhedsudfordringer stiller store krav til sundhedsvæsenet. Der er behov for større viden om, hvordan vi forebygger og dermed reducerer antallet af borgere med behandlingskrævende lidelser, samt hvordan vi bedst indretter sundhedsvæsenet til de borgere, der allerede er blevet syge, og hvis funktionsevne og hverdagsliv er påvirket. Forskning i forebyggelse, rehabilitering og sundhedstjeneste bidrager med viden om, hvordan vi opnår den bedst mulige sundhedstilstand hos borgerne – både før, under og efter sygdom – og hvordan vi tilrettelægger de mest effektive og hensigtsmæssige forløb for de borgere, som allerede optræder i sundhedsvæsenet. Ulighed i sundhed er en af de centrale problemstillinger, som adresseres inden for disse forskningsområder.

■ FORSKNING I PERSONLIG MEDICIN

Den teknologiske udvikling har åbnet nye døre inden for behandling af alvorlige sygdomme som fx kræft, demens og hjertesygdomme. Personlig medicin er behandling, hvor man ved hjælp af fx genetisk information tilpasser behandlingen til den enkelte patient. Hermed øges kvaliteten i den behandling, der gives, og anvendelsen af virkningsløse eller bivirkningsfulde medicin reduceres. Vi vil i Region Midtjylland sætte særlig fokus på forskning inden for personlig medicin, fordi vi tror på, at det er inden for netop dette område, at de helt store landvindinger inden for sundhedssektoren vil finde sted i fremtiden. Vi tror, at ny viden om personlig medicin kan gøre en markant forskel for borgernes sundhedstilstand og livskvalitet og samtidig vil få stor indvirkning på, hvordan vi som samfund får mest mulig sundhed for pengene.

■ FORSKNING I FOLKESYGDOMME

Der er en gruppe af sygdomme, der rammer rigtig mange mennesker, og som tilsammen udgør langt størstedelen af den samlede sygdomsbyrde. Vi vil i Region Midtjylland sætte særligt fokus på forskning i folkesygdomme som fx sygdomme i bevægeapparatet, angst og depression, diabetes, KOL og hjertesygdomme og med særlig opmærksomhed på patienter med flere samtidige sygdomme (multisygdomme), samt ubalancen i hvilke dele af befolkningen der i særlig grad rammes af sygdommene. Ambitionen er at sikre bedre sundhed, højere funktionsniveau og bedst mulig livskvalitet for de mange borgere, der rammes af de store folkesygdomme.

KLINISK
FORSKNING

FORSKNING I
FOREBYGGELSE,
REHABILITERING
OG SUNDHEDS-
TJENESTE

FORSKNING I
PERSONLIG
MEDICIN

FORSKNING I
FOLKESYGDOMME

■ IMPLEMENTERING AF STRATEGIEN

Det er afgørende, at målsætningerne beskrevet i strategien følges op af konkret handling. Hensigten er, at der nedsættes en implementeringsgruppe, som får ansvar for at udarbejde en konkret handlingsplan for realisering af strategien, og at udviklingen på området monitoreres løbende.

SUNDHEDSFORSKNING OMFATTER BL.A.:

- **Klinisk forskning er den praktisk orienterede del med fx analyse af sygdomsbilleder, vurdering af diagnostiske metoder og gennemprøvning af behandlinger**
- **Biologisk grundforskning undersøger grundlæggende mekanismer, der kontrollerer organismens funktion**
- **Translationel forskning søger med udgangspunkt i præklinisk grundforskning at udvikle metoder til forebyggelse, diagnostik og behandling**
- **Epidemiologisk forskning omfatter forskning i udbredelse af sygdomme samt analyse af årsagerne**
- **Sundhedsfremme-, forebyggelses- og rehabiliteringsforskning omfatter afdækning af befolkningens sundhedstilstand samt interventionsforskning i forhold til forskellige indsatser**
- **Sundhedstjenesteforskning er studiet af sundhedsvæsenet som en organisation med opgaver, ressourcer, aktiviteter og resultater**
- **Implementeringsforskning undersøger, hvordan forskningsresultater bedst udmøntes**
sundhedsteknologisk forskning omfatter bl.a. forskning i nye teknologier og medicoteknik

Aarhus, den 19. april 2018

Kommissorium for Chefforum for sundheds- og ældrechefer

Baggrund:

Chefforum for sundheds- og ældrechefer har til formål, at understøtte det strategiske arbejde med det nære sundhedsvæsen på tværs af de midtjyske kommuner. Forummet er nedsat af KOSU og har reference hertil.

Opgave:

Chefforum for sundheds- og ældrechefer har følgende overordnede opgaver:

- At give fagligt input og rådgivning til drøftelserne i DKS og KOSU
- At drøfte konkrete faglige udfordringer på sundhedsområdet i kommunerne og i samarbejdet med hospitalerne og alm. praksis
- At medvirke til vidensspredning af god praksis på tværs af kommunerne
- At medlemmer af forummet indgår i konkrete arbejdsopgaver i det tværkommunale og -sektorielle sundhedssamarbejde i regi af bl.a. sundhedsaftalen på ad hoc basis.

Chefforummet giver den faglige fundering til de strategiske drøftelser og beslutninger i DKS og KOSU. Forummet har ikke selvstændig dagsordenssættende ret i DKS og KOSU, men kan foreslå at punkter behandles i DKS og KOSU.

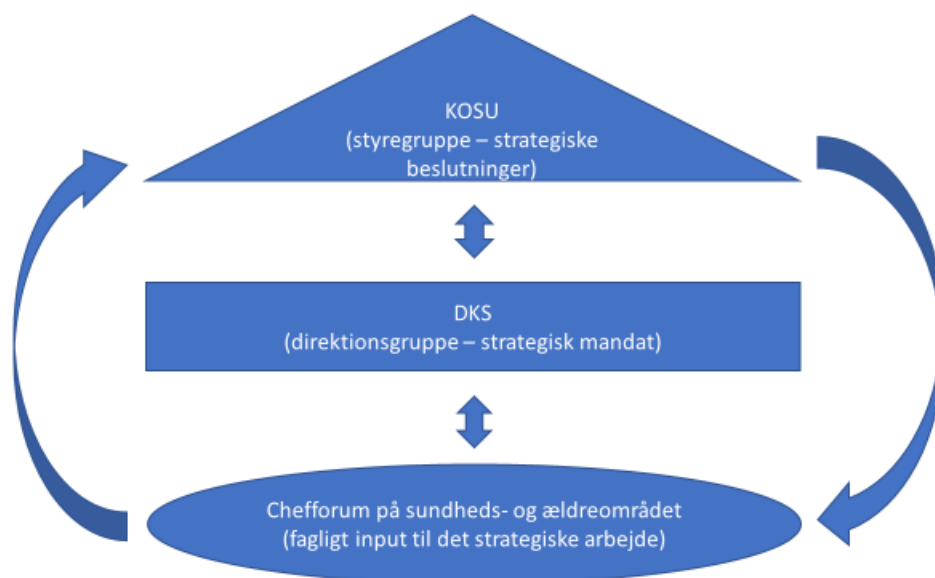
Deltagere:

Deltagerkredsen i chefforummet er sundheds- og ældrechefer fra de 19 midtjyske kommuner. Møderne ledes af næstformanden for KOSU. Man kan som udgangspunkt ikke sende suppleanter til møderne.

Mødekadence:

Mødekadencen i forummet er 2 årlige møder.

Figur 1: Det organisatoriske set up for det tværkommunale sundhedssamarbejde i Midtjylland.



Bilag: Oversigt over sager i Chefforum 2018 & 2019.

Sagstyper: G/B¹ = godkendelse/beslutning, D = drøftelse, O = orientering

Chefforum 2018		
Møde i Chefforum for sundheds- og ældrechefer 22. maj 2018		
Overskrift	Sagstype	bemærkning
Kommissorium for Chefforum for sundheds- og ældrechefer	D + O	
Fælles alliance om den nære psykiatri	O	
Telemedicinsk hjemmemonitorering til borger med KOL	D + O	
Status på implementering af overenskomst for almen praksis i forhold til borgere med KOL og diabetes	O	
Monitorering og kvalitetsudvikling	D + B	
Proces for sundhedsaftalen	O	
Orientering om fælles samarbejdsaftale for storrygerindsatsen i Midtjylland	O	
Status på arbejdsgruppe om rådgivning i forhold til ældre-sygdomme	O	

¹ Kategorien "godkendelse/behandling" dækker også sager, hvor Chefforum f.eks. har givet input til DKS/KOSU.

Chefforum 2018		
Møde i Chefforum for sundheds- og ældrechefer 11. oktober 2018		
Overskrift	Sagstype	bemærkning
Kvalitet i det nære sundheds- væsen – et kommunalt per- spektiv	D + B	
Mål og indikatorer i den nye sundhedsaftale	O + B	Input til indikatorer til ny sund- hedsaftale
Opgaveglidning	D	
Telemedicinsk hjemmemonito- ring til borgere med KOL	D + B	Kvalificering af faglige aspekter til videre behandling i KOSU/SSG
Status på arbejdet i Alliancen om den nære psykiatri	O	

Chefforum 2019		
Møde i Chefforum for sundheds- og ældrechefer 14. marts 2019		
Overskrift	Sagstype	bemærkning
"Medicin til tiden" – Mulighe- den for udbredelse af medicin- dispensere i samarbejde Fæl- les Servicecenter	O + D	
Samarbejdsaftale vedr. stomi og det igangværende udbud af stomiprodukter	O + D	
Rammeordination og fælles rammer for medicinhåndtering til borgere med KOL	D	
Forebyggelse i den nye sund- hedsaftale	D + O	

Kvalitet i det nære sundhedsvæsen	O + B	
Kompetenceudvikling af geriatriske område i kommunerne	D	
Fasttilknyttede læger på plejecentre	D + B	
Tilrettet samarbejdsaftale vedr. CPOP	D	
Opgaveglidning og KMF	O	
Arbejdsgruppe vedr. fælles definition af midlertidige pladser	B	Beslutning om repræsentanter til arbejdsgruppe

Chefforum 2019		
Møde i Chefforum for sundheds- og ældrechefer		
Overskrift	Sagstype	bemærkning
Digital Medicinpåmindelse (DMP)	D	
Henvendelse til Lægemiddelstyrelsen vedr. opbevaring og anvendelse af medicin til borgere med KOL.	D	
Drøftelse af IV	O	
Neurologiområdet og samarbejdet med Hammel Neurocenter	D	

Status på fasttilknyttede læger på plejecentre og bosteder	O	
Kommunal deltagelse i forbedringsvejlederuddannelsen	D	
HjerteKomMidt	O	
Koncept for kompetenceudvikling og læringsportal om ældre sygdomme	O	
Udbredelse af medicinposen	O	
Forslag om temamøde om kvalitetsklynger i almen praksis	B	
Arbejdsgruppen vedr. den gode udskrivelse: Faglig kommentering i chefforum primo oktober 2019	O	
Udpegning af kommunal kontaktperson/tovholder på kampagnen om influenzavaccination i sæsonen 2019/2020	O	

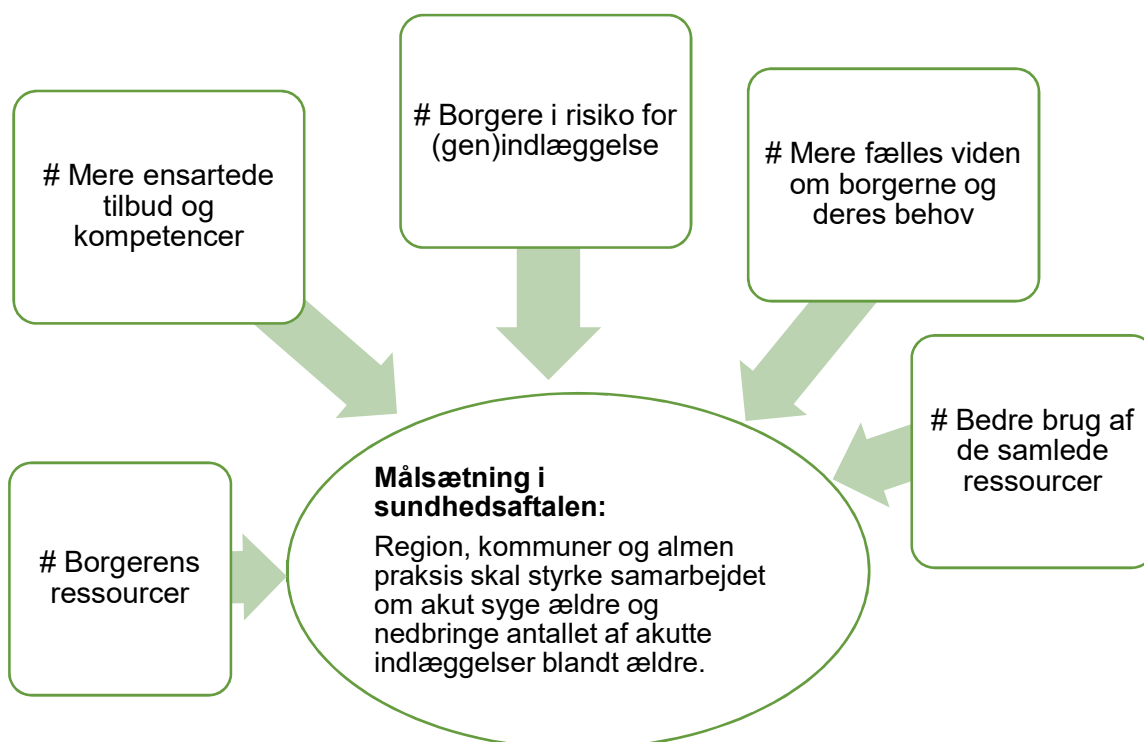
Fælles handlinger i forhold til ældre borgere med akut sygdom

- Forslag til de næste skridt på akutområdet

Et af de prioriterede indsatsområder i sundhedsaftalen 2019-23 er '*Sammen om ældre borgere – først med fokus på akutområdet*'.

Der er udarbejdet et forslag til de første handlinger i udmøntningen af dette indsatsområde. Grundlaget for forslaget er de fem spor og anbefalinger til det tværsektorielle samarbejde på akutområdet, som Sundhedskoordinationsudvalget godkendte på møde 30. april 2019.

De fem spor for udvikling af akutområdet er:



En samlet beskrivelse af de fem spor og anbefalinger kan læses på www.rm.dk under møde i [Sundhedskoordinationsudvalget 30. april 2019](#).

Sundhedskoordinationsudvalget finder, at alle spor er relevante, men har prioriteret, at der arbejdes videre med sporet om bedre brug af de samlede ressourcer, og at der herunder i første omgang er fokus på borgere i risiko for genindlæggelse.

Med afsæt i Sundhedskoordinationsudvalgets prioriteringer og de godkendte spor og anbefalinger er der udarbejdet vedlagte forslag til handleplan i forhold til det tværsektorielle samarbejde på akutområdet.



Sundhedskoordinationsudvalget får en samlet status på handleplanen efter 1 år, hvorefter behovet for tilpasninger og nye initiativer vurderes. Desuden vil der løbende være behov for at vurdere og tilpasse handleplanen i forhold til eventuelle nye behov og initiativer fx som følge af nationale udspil og lovgivning.

Forslag til handleplan – bedre brug af de samlede ressourcer med særlig fokus på (gen)indlæggelser

	Indhold	Forankring	Tid
Brug af data til at forebygge (gen)indlæggelser			
Etik og data – hvor langt vil vi gå?	Øget brug af data til at forebygge sygdom rejser en række etiske spørgsmål. Etiske dilemmaer ved brug af data temasættes i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget for at rammesætte arbejdet med databaseret forebyggelse.	Sundhedskoordina- tionsudvalget	Igangsættes februar 2020
Populationer for forebyggelse af (gen)indlæggelser	Det undersøges hvilke befolkningsgrupper (populationer) det kunne være særligt relevant at have fokus på i det tværsektorielle arbejde med at forebygge (gen)indlæggelser – hvilket potentiale vil der fx være ved en fokuseret indsats i forhold borgere på plejehjem eller borgere med bestemte sygdomme?	Sundhedskoordina- tionsudvalget	2. kvartal 2020
Effektiv spredning af viden og indsatser			
Forudsætninger og metode for bedre spredning	Vi skal blive bedre til at dele de gode erfaringer og lære af hinanden. Forudsætninger for effektiv spredning temasættes i Sundhedsstyregruppen og Sundhedskoordinationsudvalget, hvorefter den nuværende model for spredning tilpasses og revitaliseres. (Sundhedsstyregruppen har i september 2016 godkendt en fælles model for spredning af initiativer i sundhedsaftalen).	Sundhedskoordina- tionsudvalget	Igangsættes november 2019
Den rette behandling første gang – implementering af fælles indsatser			
Fælles Sundhedsvisitationer – overblik og enkle indgange til alternativer til akutte indlæggelser	Der etableres fælles sundhedsvisitationer på de fem akuthospitaler, der skal vejlede praktiserende læger, vagtlæger og læger i præhospitalet om relevante tilbud i den enkelte klynge til borgere med akut sygdom. Der udarbejdes en samarbejdsaftale om fælles sundhedsvisitationer i alle klynger.	Sundhedskoordina- tionsudvalget	Samarbejdsaftale kan træde i kraft primo 2020

Borgere i kommunale akutfunktioner	Implementering af samarbejdsaftale om samarbejdet mellem praktiserende læger, kommunale akutfunktioner og hospitalet. Herunder tydelighed om det lægefaglige ansvar, når en borger tilknyttes en kommunal akutfunktion og forsøg med honorering af praktiserende læger for rådgivning/kommunikation i forhold til kommunale akutfunktioner.	Praksisplanudvalget Sundhedskoordinationsudvalget	September 2019 - december 2020
Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt (satspuljeprojekt mv)	Udbredelse af resultater fra satspuljeprojektet 'Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt'. Som en del af projektet er alle klynger i færd med at afprøve forskellige modeller for enten tidlig indsats eller opfølgning efter indlæggelse for de svageste ældre. De samlede resultater vurderes i sammenhæng med anden eksisterende viden på området. Formålet er at få en fælles drøftelse og prioritering af, hvilke indsatser, det er hensigtsmæssigt at arbejde videre med. Afholdelse af læringsseminar i hver klynge samt temadrøftelse i Sundhedsstyregruppen.	Sundhedsstyregruppen	1. halvår 2020
Fælles ledelse og organisering – hvordan kommer vi i gang?			
Fælles akutteams i alle klynger?	Kan etablering af fælles akutteams i forlængelse af de fælles sundhedsvisitationer være et sted at starte? Drøftelse af mulighederne, herunder afprøvning af ny spredningsmodel for prøvehandling på fællesskabets vegne	Sundhedskoordinationsudvalg	2. kvartal 2020

11. oktober 2019

Til Sundhedsdatastyrelsens samarbejdspartner

Sundhedsdatastyrelsen
Ørestads Boulevard 5
2300 København S

T: +45 7221 6800
E: kontakt@sundhedsdata.dk
W: sundhedsdata.dk

CVR: 33257872
EAN: 5798000363038

Ny plan for dataleverancer fra LPR3

Indberetningen til Landspatientregisteret – i den nye LPR3 model – har nu været i gang i 9 måneder, og Sundhedsdatastyrelsen modtager ca. 300.000 indberetninger fra regionerne om ugen. Implementeringen af LPR3 er i fuld gang, men i maj måned mødte LPR3 en række tekniske udfordringer, der besværliggør regionernes arbejde med indberetning, og som får betydning for, hvornår Sundhedsdatastyrelsen igen kan udarbejde faste monitoreringer af bl.a. kræftpakker og udredningsretten. Derfor er der nu nedsat en ny midlertidig styregruppe, som skal følge løsningsen indtil Landspatientregisteret er i stabil drift.

Plan for løsning af de tekniske udfordringer

Alle data kommer ind, og der er fremgang i forhold til svartider på indberetningssystemet og administrationsmodulet, men der er fortsat en række fejl, der skal rettes.

Sundhedsdatastyrelsen og systemleverandøren DXC arbejder på at løse problemerne og har i tæt samarbejde med regionerne iværksat en række tiltag for at sikre, at de tekniske problemer bliver udbedret så hurtigt som muligt:

- Taskforce bestående af teknikere fra regionerne og Sundhedsdatastyrelsen vurderer og prioriterer problemerne.
- Plan for løsning af de tekniske problemer er udarbejdet i samarbejde med leverandøren og taskforce.
- Fast fejlretning gennemføres hver 14. dag, så højt prioriterede fejl kan rettes løbende.

DXC estimerer at de tekniske udfordringer vil være løst i januar af 2020.

Tekniske udfordringer forsinker dataleverancer

Det var forventet, at der efter implementeringen af LPR3 vil være en overgangsfase, hvor datakompletheden og datakvaliteten vil være påvirket. Forventningen var, at dette med en indsats hen over 2019 ville rette sig til et fornuftigt niveau og derefter udgøre et ensartet og validt datagrundlag, som kunne danne grundlag for de faste uddataleverancer fra Landspatientregisteret.

Men de tekniske udfordringer har gjort det svært for regionerne at rette fejl i indberetningerne, og konsekvensen er, at datakompletheden i LPR3 stadig er for lav til at give valide opgørelser. Sundhedsdatastyrelsen kan derfor endnu ikke sige, hvornår det er muligt at levere komplette data fra Landspatientregisteret for 2019 til regionerne, det kliniske kvalitetsdatabaser, forskere og alle andre brugere af LPR-data. Men Sundhedsdatastyrelsen forventer senest at kunne levere løbende monitoreringer og data igen i 2. kvartal 2020.

I samarbejde med regionerne og andre centrale aktører har Sundhedsdatastyrelsen revideret uddataplanen, så den både følger op på den tekniske udvikling af leverancerne samt datakvalitet og datakomplethed.

I den nye uddataplan arbejder Sundhedsdatastyrelsen med en 'teknisk færdiggørelse', som ligger før offentliggørelsen. Den tekniske færdiggørelse er, når Sundhedsdatastyrelsen og regionerne efter en til to valideringsrunder bliver enige om, at en leverance er teknisk korrekt, fx at opfyldelsen af udredningsretten er korrekt udledt fra data i LPR3. Det vil sige, at der er enighed om, at der regnes rigtigt.

Offentliggørelse sker, når både den tekniske håndtering, datakvalitet og datakomplethed er på et acceptabelt niveau. Styregruppen fastsætter objektive mål for, hvad de enkelte leverancer skal leve op til i forhold til datakvalitet, datakomplethed, fejlmargen, kadence mv., før de kan offentliggøres.

Arbejdet med at udvikle og validere dataleverancerne står dog ikke stille. Sundhedsdatastyrelsen producerer og sender løbende DRG-grupperet LPR-data, data til monitorering af diagnostiske kræftpakker og monitorering af udredningsretten til regionerne. Det er testdata, som ikke indeholder indberetninger med fejl, men giver mulighed for at få en fornemmelse af datasættene og vurdere, om vi regner rigtigt.

Sundhedsdatastyrelsen følger udviklingen i datakvalitet nøje, og udgiver kvartalsvise datakvalitetsrapporter. Den seneste datakvalitetsrapport viser, at andelen af fejl på landsplan er ca. 9 %. Der er store regionale forskelle i antallet af fejl, men også i forhold til hvilke fejl, der er mest udbredt. Processen for datakvalitetsarbejdet drøftes løbende med regionerne på datakvalitetsworkshops og følgegruppemøder. Der vil også være en konkret dialog med hver enkelt region om deres udfordringer, og hvordan de kan løses.

Ny midlertidig styregruppe

For at sikre et samlet billede af status for LPR3 – både de tekniske udfordringer, indberetningsproblemerne, datakvaliteten og -kompletheden samt udviklingen af uddataleverancerne – er der nedsat en midlertidig LPR3 styregruppe, som mødtes første gang den 23. september 2019. LPR3 styregruppen består af højtstående repræsentanter fra alle regionerne, Danske Regioner,

Sundhed Danmark, Sundheds- og Ældreministeriet og Sundhedsdatastyrelsen og har mandat til at:

- Prioritere udestående opgaver.
- Etablere midlertidige løsninger i forhold til indberetning til og afrapportering fra Landspatientregisteret.
- Godkende, hvornår datakvaliteten er god nok til, at data kan bruges til uddataleverancer.
- Etablere den permanente organisering af samarbejdet om LPR3.

Overgangen til det nye Landspatientregister kræver en kæmpe indsats fra indberetterne både i klinikken, administrationen og it-afdelingen. Sundhedsdatastyrelsen vil gerne takke jer alle for jeres store indsats, konstruktive tilgang til problemerne og vilje til at samarbejde om at finde en løsning.

Med venlig hilsen

Lisbeth Nielsen
Direktør