

# Overordnet model for genoptræningsforløb med fokus på borgerens aktive deltagelse og indflydelse på egen genoptræning



## Ortopædisk Genoptræningscenter Århus Kommune

Et udviklingsprojekt i Genoptræningscentret, Århus Kommune, under MarselisborgCentret, med PH.D. Nina Schriver som kursusleder/vejleder

Et delprojekt under projektet "Træning i Naturen"

## ***Indholdsfortegnelse***

Indholdsfortegnelse.....	<b>Fejl! Bogmærke er ikke defineret.</b>
<i>Baggrund:</i> .....	3
<i>Formål:</i> .....	3
<i>Metode</i> .....	4
<i>Litteratur</i> .....	4
<i>Konklusion og perspektivering</i> .....	6
<i>Skabelon til overordnet model</i> .....	7
<i>Vejledning til forståelse af modellen</i> .....	8
<i>Eksempler på, hvor modellen skal anvendes i praksis</i> .....	8
<i>Kommunikation</i> .....	9
Mål: .....	9
Midler .....	10
Organisering.....	11
Kompetencer .....	12
Ressourcer .....	13
Organisation og ledelse .....	14
Effekt vurdering .....	16
<i>Litteraturliste</i> : .....	17

## **Baggrund:**

Med strukturreformen "hjemtog" Århus Kommune den almene genoptræning efter sygehusbehandling. Fra 1. maj 2007 har Ortopædisk Genoptræningscenter (*herefter OGC*) varetaget genoptræning med borgere over 18 år, der udskrives med en genoptræningsplan efter ortopædisk behandling i sygehusregi. Indtil videre bliver øvrige almene genoptræningsopgaver løst hos de privatpraktiserende fysioterapeuter.

Fra 1. november 2007 har centret haft til huse i bygning 10 i Rehabiliteringsparken, MarselisborgCentret. I OGC er der i øjeblikket ansat 9 fysioterapeuter, 1 administrativ medarbejder og en centerchef. Fysioterapeuterne er ansat i perioden maj 2007 – juni 2008, og er rekrutteret fra forskellige regi og med forskellige erfaringsbaggrunde. Lokalcenter/ældreområdet, klinisk undervisning, privat praksis, rehabilitering og sygehus/ortopædkirurgi (Århus og Randers).

Størstedelen af fysioterapeuterne havde ved ansættelsen både den faglige specialviden og mange års erfaring med genoptræning af patienter efter ortopædkirurgisk behandling. På trods af dette – eller måske nærmere netop derfor – blev genoptræningen tilrettelagt og gennemført på forskellig måde og med forskellige indfaldsvinkler. Med andre ord - den "kendte" opgave var flyttet fra de kontekster, vi hver i sær var vant til at møde den i, og det var i sig selv en oplagt anledning til i fællesskab at betragte opgaven fra et nyt perspektiv.

Inspirationen til at udvikle den overordnede model kom bl.a. fra de fælles drøftelser og refleksioner i organisationen, i forbindelse opstarten på projektet. Herunder udtalelser som: "mennesket bag..." og " for at give et ens tilbud, skal der måske gives uens genoptræning, da vores livsverdener er forskellige, og dermed vores udgangspunkt, behov, mål og veje hvorpå vi når frem til målet."

Vi var optagede af, hvordan vi gennem en "standardmodel", kunne arbejde med en helhedsorienteret tilgang til genoptræningsforløbene, når vejledningen til Sundhedslovens § 140 fastsætter, at genoptræningen skal rette sig mod den aktuelle funktionsnedsættelse, som er anvist i genoptræningsplanen.

## **Formål:**

At udarbejde et fælles arbejds- og værdigrundlag for de ansatte på OGC, der baserer sig på en helhedsorienteret terapeutfaglig indfaldsvinkel. Modellen skal understøtte en samarbejdsproces, hvor borgeren bidrager som ekspert i sin sag og terapeuten bidrager som ekspert i sit fag, med henblik på at sikre den enkelte borger en meningsfuld og optimal genoptræning.

Hensigten er at opnå en rammemodel, hvor det at borgeren deltager aktivt og inddrages i størst muligt omfang i genoptræningsforløbet tilgodeses, samtidig med, at alle øvrige faglige og formelle krav til og rammer for genoptræningen bliver opfyldt. Modellen skal understøtte fagligheden, både i relationer med borgeren og som referenceramme ved faglige udviklingstiltag

Visionen er således, at få en fælles referenceramme for OGC for samarbejdet med borgerne, der samtidig kan danne baggrund for udarbejdelse af kliniske retningslinjer og anden faglig udvikling.

## **Metode**

Vi har bevidst valgt *ikke* at tage udgangspunkt i foreliggende kliniske retningslinier, forløbs – eller praksisbeskrivelser. Argumentationen herfor er, at dem vi kender tager afsæt i diagnoser og faglige målsætninger, hvor vores hensigt er at modellen skal understøtte, at vi i den kliniske praksis tager afsæt i borgerens behov.

Vi har haft intense drøftelser om forståelsen og definitionen af forskellige begreber og ord. Det har været væsentligt at blive afklarede i arbejdsgruppen i forhold til fælles forståelse.

Læsning og dialog i arbejdsgruppen, med henblik på at udvikle fælles forståelse og definere beslægtede begreber, indenfor temaerne samarbejdsprocesser og brugerindflydelse. For eksempel begreber som

- indflydelse, inddragelse og involvere
- ansvar og medansvar
- samarbejde og kontrakt

Arbejdet med modellen har givet anledning til mange intense drøftelser. Det har været en udfordring at holde fokus på det overordnede perspektiv, samtidig med at vi skulle bevæge os ud i periferien for at afsøge mulighederne, for derefter at vende tilbage til udgangspunktet med en større forståelse og et mere nuanceret billede på indhold, form og den videre vej i processen

Overordnet organisering af forløbene og den faglige dokumentation skal beskrives, således at helhedstækningen træder tydeligt frem, i måden forløb tilrettelægges og beskrives på.

Modellen blev udarbejdet som et oplæg til dialog i OGC, med det formål, at modellen bliver et arbejdsredskab som alle har ejerskab til, og dermed et arbejdsredskab som alle kan stå inde for som den fælles reference ramme, der arbejdes ud fra.

## **Litteratur**

Undervejs har vi læst en del relevante artikler og enkelte bøger. Især har vi fundet inspiration i Nina Schriver's bog "Når læring bevæger" (*Schriver; 2007*) i forhold til at skabe læringsprocesser i genoptræningen for såvel borgeren som terapeuten. Herunder betydningen af konteksten og relationernes betydning for motivation og aktiv deltagelse i genoptræningen.

I forhold til kommunikationsteori har vi taget afsæt i Benedicte Madsens model "Kommunikationstrekanten" samt "en kommunikationsteori i 10 punkter" (Madsen, 2002)

Til forståelse af rehabiliteringsbegrebet har vi især haft glæde af ""Rehabilitering i Danmark. Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet" (*MarselisborgCentret, 2004*) Ifølge hvidbogen kan rehabilitering defineres således:

*"Rehabilitering er en målrettet og tidsbestemt samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er at borgeren, som har eller er i risiko for at få betydelige begrænsninger i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne, opnår et selvstændigt og meningsfuldt liv. Rehabilitering baseres på borgerens hele livssituation og beslutninger og består af en koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats."*

Såvel strukturreformen som sundhedsloven har bl.a. til hensigt, at samle rehabiliteringsindsatserne i kommunalt regi, med henblik på at understøtte sammenhængende forløb for borgerne. Af vejledningen til Sundhedslovens § 140 fremgår følgende:

*"Genoptræningen skal ydes i overensstemmelse den enkelte patients individuelle genoptræningsplan. Der skal ved tilrettelæggelsen af den enkelte patients genoptræningsforløb formuleres konkrete mål for genoptræningsindsatsen, herunder tidspunkt for ophøret hermed. Disse mål fastsættes i samarbejde mellem den (eller de) sundhedsperson(er), der skal yde genoptræningsydelsen, og patienten. Patientinddragelsen har bl.a. betydning for en realistisk tilrettelæggelse af patientens genoptræningsforløb, herunder hensyntagen til patientens ressourcer, motivation og ønsker, samt betydning for afstemningen af forventninger til det fortsatte genoptræningsforløb."*

For at formelle politiske udmeldte rammer for genoptræningen bliver overholdt i modellen, har vi nærlæst "Vejledning om træning i kommuner og regioner, Socialministeriet" 2006, hvor der blandt andet står:

- *"Patientinddragelsen har blandt andet betydning for en realistisk tilrettelæggelse af patientens genoptræningsforløb, herunder hensyntagen til patientens ressourcer, motivation og ønsker, samt betydning for afstemning af forventninger til det fortsatte genoptræningsforløb."*
- *"Det nye kommunale ansvar på genoptræningsområdet efter sundhedslovens § 140, supplerer dermed kommunernes rehabiliteringsforpligtelser i øvrigt. Der er hermed skabt et grundlag for, at opnå den kommunale genoptræningsindsats efter sundhedslovens § 140 kan tilrettelægges i sammenhæng med kommunernes trænings – og rehabiliteringsindsats efter anden lovgivning i øvrigt."*

Af "Sundhedsaftalen mellem Århus Kommune og Region Midt", 2008 fremgår det:

- *"Indsatsen i sundhedsvæsenet i regionen og i regionens kommuner skal være bruger fokuseret. Dette indebærer, at samarbejdspartnerne – det vil sige hospitalerne, praktiserende læger og de kommunale sundhedsordninger – aktivt involverer borgeren/patienten i tilrettelæggelsen af det enkelte patientforløb og sætter borgeren/ patienten i centrum"*

I "Udkast til god kommunikation – kommunikationspolitik for Region Midtjylland", 2008 står der desuden:

- *"Eksempelvis kan brugerne ikke altid gennemskue den faglige kvalitet og vil derfor vurdere os på service og kommunikation før, under og efter behandling. Derfor har vi fokus på den løbende dialog med brugerne, og kommunikation indgår som et redskab til at forny og udvikle vores ydelser"*

I "Kommunikationspolitik for Århus Kommune" (2000) står der følgende:

- *"I mødet med borgeren er enhver medarbejder i Århus Kommune at betragte som en frontmedarbejder med ansvar for at sikre en ligeværdig kommunikation som det naturlige grundlag for en dialog om i fællesskab at arbejde med løsninger, der er til gavn for den enkelte og i pagt med fællesskabets interesser."*

Disse giver samstemmende udtryk for, at indsatsen skal tage udgangspunkt i en dialog med borgeren, hvor der tages hensyn til individuelle behov inden for de givne rammer.

## ***Konklusion og perspektivering***

Barrierer for deltagelse, inddragelse og medbestemmelse findes både i individet, i samfundet samt hos eksperterne. Det er derfor vigtigt med konkrete tiltag som fjerner disse forhindringer for reel medbestemmelse og brugerinddragelse enten af fysisk, teknologisk, social, organisatorisk eller holdningsmæssig art.

Inden for det ortopædkirurgiske felt har kliniske retningslinjer, praksisbeskrivelser og standarder karakter af generelle diagnoserelaterede "regimer". De er baseret på en lægefaglig vurdering af, på hvilket tidspunkt i efterforløbet vævet kan tåle belastning, og i hvilken grad. Disse retningslinjer er centrale for fysioterapeutens faglige planlægning af relevant genoptræning, efter ortopædkirurgisk behandling.

Der er dog samtidig sundhedspolitiske og interne organisatoriske krav om, at borgeren har indflydelse på egen genoptræning. Når genoptræning skal tage udgangspunkt i borgerens individuelle behov, må målene være funktionelle og udarbejdet i dialog mellem borgeren og den professionelle. Borgeren motiveres til at deltage så aktivt som muligt i sit genoptræningsforløb, og fysioterapeuten bidrager professionelt til en målrettet, optimal og meningsfuld genoptræning.

Der er således behov for en anden tænkning om ortopædisk genoptræning, når den skal leve op til de sundhedspolitiske strategier, og MarselisborgCentrets grundlagstænkning, jvf. Hvidbogens definition af rehabilitering. Frem for at være rettet mod en fejlfunktion i bevægeapparatet, skal genoptræningen opleves som en individuelt tilrettelagt og meningsfuld del af en sammenhængende rehabiliteringsproces. Kombinationen af en beskrevet borgerinddragende praksis og en kontekstbevidst fagprofessionel tilgang til genoptræningen, forventes at tydeliggøre borgerens behov for andre indsatser i forhold til en samlet rehabiliteringsproces.

Samtidig med, at der tages udgangspunkt i den enkelte borgers samlede situation, skal fysioterapeuten være i stand til sammen med borgeren at vurdere, hvilken del der skal arbejdes med i genoptræningen, og hvor der skal andre indsatser til. Vi skal være gode til at gøre "det rigtige" ud af "det hele, og dette forventer vi den overordnede model for genoptræningsforløbene kan bidrage til. Helhedstænkningen vil få betydning for alle dele af et genoptræningsforløb, herunder de måder vi organiserer og strukturerer forløbene på. Vi har en formodning om, at der er mange ressourcer at hente ved, at fysioterapeut og borger har en fælles agenda og arbejder mod de samme mål.

## ***Skabelon til overordnet model***

Skabelon til den overordnede model for genoptræningsforløb med fokus på borgerens aktive deltagelse og indflydelse på egen genoptræning

<b>Overskrift</b>	<b>Mål</b>	<b>Midler</b>	<b>Organisering</b>	<b>Kompetencer</b>	<b>Ressourcer</b>	<b>Organisation/ Ledelse</b>	<b>Effekt vurdering</b>
<b>Tema</b>							
<b>Kommunikation</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Information</li> <li>• Dialog</li> <li>• Dokumentation</li> </ul>							
<b>Intervention</b>							
<b>Dokumentation</b>							

## ***Vejledning til forståelse af modellen***

Vi har afgrænset modellen til de tre overordnede temaer, kommunikation, intervention og dokumentation.

For hvert tema er der udarbejdet en overordnet model. Her er Ortopædisk Genoptræningscenters overordnede retningslinjer og værdier for genoptræningsforløbene beskrevet, indenfor for overskrifterne: Mål, midler organisering, kompetencer, ressourcer, organisation/ledelse og effektvurdering.

Samlet set, er modellen således udtryk for den overordnede referenceramme for de ansatte på Ortopædisk Genoptræningscenter.

## ***Eksempler på, hvor modellen skal anvendes i praksis***

I de ansattes individuelle og fælles refleksioner og interne vidensdeling, supervision og feed-back skal modellen fungere som refleksions og evalueringsredskab.

Ved udarbejdelse af nyt indkaldelsesbrev til borgerne, vil den overordnede model for kommunikation være retningsgivende for indhold og form. Det vil sige at det endelige indkaldelsesbrev skal leve op til de retningslinjer og værdier der er udtrykt i modellen.

Ved udarbejdelse af for eksempel kliniske retningslinier vil det samme gøre sig gældende, men her vil alle tre overordnede temaer være retningsgivende.

Nedenstående er den udfyldte overordnede model for temaet: Kommunikation.

## **Kommunikation**

I denne sammenhæng defineres kommunikation som:

- Udveksling af meningsskabende budskaber mellem fagperson og borger/pårørende (**interpersonelle** budskaber)
- Den enkeltes indre tanker og refleksioner med sig selv (**intrapersonelle** budskaber), eventuelt italesat overfor (d)en anden

I det følgende deles kommunikation op i information, dialog og dokumentation.

### **Mål:**

#### **Information**

- Borgeren er velinformeret om alle praktiske og etiske forhold i forbindelse med genoptræningsforløbet
- Informationer om genoptræningen er rettet mod det specifikke forløb borgeren deltager i
- Sproget er letlæseligt, præcist og uden fagudtryk
- Skriftligt informationsmateriale udarbejdes efter en fælles disposition og skabelon i et let overskueligt layout

#### **Dialog**

- Borgeren er aktivt inddraget og medbestemmende i alle i beslutninger der vedrører genoptræningsforløbet
- Dialogen tager afsæt i og relaterer sig til borgerens aktuelle funktionsnedsættelse
- Dialogen støtter og fremmer borgerens reflektive processer, med henblik på at italesætte
  - følelser og tanker omkring aktuelle funktionsnedsættelse
  - betydningen af funktionsnedsættelsen for det fremtidige liv
  - genoptræningsforløbets indhold og mål

#### **Faglig dokumentation**

- Den faglige skriftlige dokumentation er præcis og objektiv
- Den kliniske proces beskrives og dokumenteres
- Alle skriftlige og mundtlige kontakter dokumenteres
- Borgerens perspektiv fremgår i den skriftlige dokumentation

## **Midler**

Med midler menes der her konkrete redskaber der kan tages i anvendelse, med henblik på at opfylde målene

## **Information**

- Indkaldelsesbrev
- Aftale kort
- Kort med selvtræningstider
- Opslag før ændringer i forbindelse med ferier, kurser og lignende
- Informationspjece
- Udlånsedler med kopi til borger
- Skriftlige øvelsesprogrammer
- SMS
- E-mail

## **Dialog**

- Aktiv lytning
- Anamnese/spørgsmål der initierer refleksion og læring
- Kontekstuelle forhold
- Positioneringer og relationer
- Inddragelse af 3. person (f.eks pårørende eller fagperson)
- Konsekvent anvendelse af autoriseret tolk

## **Faglig dokumentation**

- Dokumentation i Vitae
- Status
- Anvendelse af træningslogbog

## ***Organisering***

### **Information**

- Nedsættelse af arbejdsgrupper/enkeltpersoner til udarbejdelse af skriftligt materiale
- Skriftlig borgerrettet informationsmateriale kvalificeres gennem høring ved borgerpanel

### **Dialog**

- Booking af rum ved behov for uforstyrret kommunikation
- Bestilling af autoriseret tolk, hvor mundtlig kommunikation/dialog ellers ikke er mulig. (sprog, tale/hørehandicap el. andet)

### **Faglig dokumentation**

- Faglig dokumentation foregår hver dag
- Ved sidste besøg afklares forhold, som borger ønsker medtaget i den afsluttende status
- Borger fører egen træningslogbog.

## **Kompetencer**

Kompetence forstås her som ressourcer og handleevner, der udfoldes i konkrete situationer. Kompetencer er derfor ikke noget statisk, men altid under forandring.

Kompetence udfoldes på baggrund af

- Viden, forståelse, teoretisk og praktisk indsigt knyttet til kvalifikationer
- Færdigheder, som opnås ved at træne og praktisere
- Erfaringer som opnås ved at reflektere over det der lykkes og det der går galt
- Værdier som vurderinger af, hvad der er rigtigt og forkert

*(Ref: Competence og kompetenceudvikling på sygehuse, Danske Fysioterapeuter marts 2003)*

## **Information**

Fysioterapeuten skal:

- Kunne målrette og relatere sin information til den aktuelle situation
- Kunne formulere sig på dansk
- Kunne anvende den fælles skabelon til udarbejdelse af skriftligt informationsmateriale

## **Dialog**

Fysioterapeuten skal:

- Have viden om relationernes, kontekstens og positionernes betydning for kommunikationsprocesser mellem individer, og kunne anvende denne viden i daglig klinisk praksis
- Have viden om basale pædagogiske metoder, med henblik på indgå i lærings og udviklingsprocesser med borgeren
- Kunne målrette og relatere dialogen til den aktuelle situation

## **Faglig dokumentation**

Fysioterapeuten skal:

- Præcist og objektivt kunne beskrive den faglige indsats, den kliniske proces og resultatet heraf
- Skriftligt kunne formulere borgerens perspektiv, så det fremstår meningsfuldt og genkendeligt for borgeren
- Kunne målrette og relatere dokumentationen til den aktuelle situation
- Kunne formulere sig på dansk

## ***Ressourcer***

I denne sammenhæng forstås ressourcer som de midler (f. eks tid, rum, viden), der er til rådighed i organisationen, med henblik på kompetenceudvikling, udviklingsarbejde og implementering heraf.

## **Information**

- Ved udarbejdelse, evaluering og revidering af skriftligt materiale, skal ressourceforbruget til opgaven være afklaret, før opgaven iværksættes

## **Dialog**

- Der skal hvert år gennemføres aktiviteter med henblik på udvikling af personalets kommunikative kompetencer
- Ved supervision og/eller andre tiltag der har relevans for de ansattes stadige udvikling på det kommunikative område, skal ressourceforbruget være afklaret, før forløbet/aktiviteten iværksættes
- Ved udviklingsarbejde indenfor det kommunikative område, skal ressourceforbruget til opgaven være afklaret, før opgaven iværksættes.

## **Faglig dokumentation**

- Fysioterapeuten skal sætte tid af til at forberede sig, før første møde med borgeren
- Fysioterapeuten skal sætte tid af til faglig dokumentation af alle kontakter med borgeren
- Fysioterapeuten skal sætte ekstra tid af til dokumentation, efter borgerens første og sidste besøg
- Fysioterapeuten skal sætte tid af til dokumentation, i forbindelse med kontakt med eksterne samarbejdspartnere

## **Organisation og ledelse**

### **Ledelse:**

Ved ledelse forstås de arbejdsmæssige og samarbejds-mæssige relationer leder og medarbejdere indgår i forhold til den fælles opgaveløsning.

### **Lederen:**

Ved "lederen" forstås her den formelle faglige og administrative daglige ledelse, praktiseret af den formelt ansatte leder for Genoptræningscentret.

### **Organisation:**

Ved "organisationen" forstås her Ortopædisk Genoptræningscenter, som daglig arbejdsplads for de ansatte, og som en fagligt specialiseret selvstændig enhed under Sundhed og Omsorg i Århus Kommune

## **Information**

- Fysioterapeuterne er organiseret i faglige teams, der udarbejder skriftligt informations materiale indenfor teamets fagområder
- De faglige teams har ansvar for, at informationsmaterialet bliver opdateret en gang årligt
- En intern redaktionsgruppe læser korrektur på alt skriftligt materiale
- Der etableres "borgerpaneler" med henblik på respons på nyt skriftligt informationsmateriale

## **Dialog**

- På Genoptræningscentret prioriteres udvikling på det kommunikative område på lige fod med anden faglige udvikling
- Ved rekruttering -, ansættelse og introduktion af nye medarbejdere er der også fokus på de kommunikative kompetencer
- På Genoptræningscentret er det en del af det daglige arbejde, at anvende feedback, observation og vejledning af hinanden, også i forhold til kommunikative processer

## **Faglig dokumentation**

- Den faglige dokumentation prioriteres på lige fod med den direkte faglige intervention med borger
- Den faglige dokumentation skal udvikles kontinuerligt
- Den faglige dokumentationsmodel skal udvikles og evalueres en gang årligt

### ***Effekt vurdering***

I denne sammenhæng defineres effektvurdering således:

Undersøgelser, observationer og vurderinger der kan dokumentere, i hvilken grad de indsatser der er gjort har haft effekt på borgerens aktive deltagelse og indflydelse på egen genoptræning.

### **Information**

- Færre henvendelser fra borgere, med behov for yderligere information eller med spørgsmål til det udsendte skriftlige materiale
- Færre udeblivelser uden afbud

### **Dialog**

- Færre udeblivelser uden afbud
- Færre aflysninger
- Borgertilfredshedsundersøgelse med hensyn til deltagelse, indflydelse og inddragelse med fokus på den kommunikative side

### **Faglig dokumentation**

- Årlig intern audit på et antal afsluttede journaler, med henblik på undersøgelse af i hvilken grad borgerens perspektiv fremgår.

## **Litteraturliste:**

Når læring bevæger, Nina B. Schriver, FADL` s forlag, 2007

Rehabilitering i Danmark, Hvidbog om rehabiliteringsbegrebet, MarselisborgCentret 2004.

ICF, Klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredstilstand, Sundhedsstyrelsen, Munksgaard 2003

ICF – den danske vejledning og eksempler fra praksis. MarselisborgCentret, 2005

Borgerens kontraktliggørelse, Niels Åkerstrøm Andersen. Reitzels forlag, 2003

Kommunikationstrekanten, indhold forhold og kontekst, Benedicte Madsen i "Psykologiske grundtemaer", O. Løw og E. Svejgaard, KvaN 2002

Kompetence og kompetenceudvikling i fysioterapi på sygehuse (*Danske fysioterapeuter, 2003*)

Paradimer og praksisformer i rehabilitering - en analytisk tilgang, arbejdspapir, Tove Borg og Uffe Juul Jensen, 2004/2005.

Vejledning om træning i kommuner og regioner, Socialministeriet 2006

Sundhedsaftalen mellem Århus Kommune og Region Midt, 2008

Udkast til god kommunikation – kommunikationspolitik for Region Midtjylland, 2008

Kommunikationspolitik for Århus Kommune (2000)