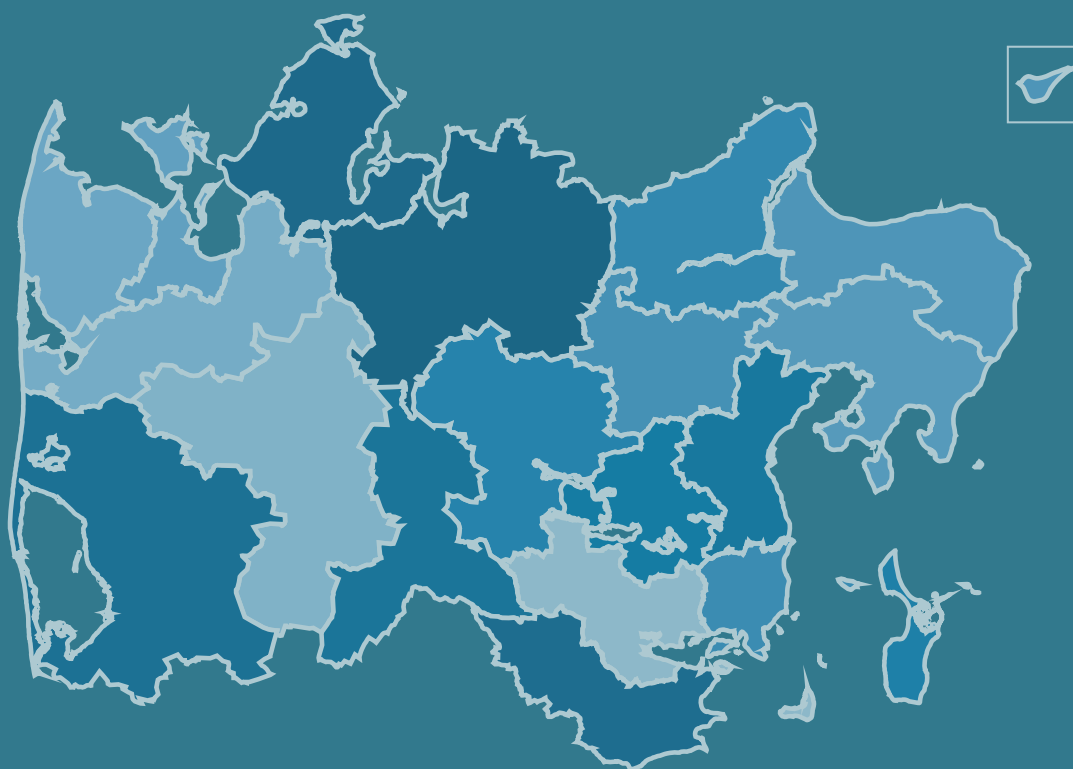


Forbrugsvariationsprojektet - Delprojekt 4

Læring fra det engelske sundhedsvæsens arbejde med NHS Atlas of Variation in Healthcare



November 2015

Titel

Læring fra det engelske sundhedsvæsens arbejde med NHS Atlas of Variation in Healthcare.
Forbrugsvariationsprojektet – Delprojekt 4

©CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland, 2015

Udgivet af

Region Midtjylland
CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Koncern Kvalitet
Olof Palmes Allé 15
DK· 8200 Aarhus N

ISBN: 978-87-92400-70-3 (trykt version)

ISBN: 978-87-92400-71-0 (pdf/elektronisk version)

Versionsdato: 25. november 2015

Forfattere

Marie Hauge Pedersen (projektansvarlig)
Finn Breinholt Larsen (programleder)

Tak til praktikant der har bidraget til arbejdet

Sidsel Reese

Øvrige rapporter i det samlede forbrugsvariationsprojekt

Delprojekt 1: Geografiske forskelle i borgernes sygehusforbrug i Region Midtjylland

Delprojekt 2: Variation i behandlingsintensitet i slutningen af livet (end-of-life care)

Delprojekt 3: Variation inden for udvalgte behandlingsområder

Delprojekt 5: Den geografiske variation i sygehusforbrug opgjort i forhold til almen praksis

Denne publikation citeres således

Pedersen MH, Larsen FB. Læring fra det engelske sundhedsvæsens arbejde med NHS Atlas of Variation in Healthcare. Forbrugsvariationsprojektet – Delprojekt 4. Aarhus: Region Midtjylland, CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Koncern Kvalitet, 2015

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til

CFK · Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Koncern Kvalitet

Tlf. 78 41 00 03

E-mail: cfk@rm.dk

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Information om forbrugsvariationsprojektet og elektroniske links til samtlige rapporter findes på www.forbrugsvariation.rm.dk

Indholdsfortegnelse

1	INDLEDNING	4
2	SAMMENFATNING	5
	2.1. Hovedpointer/hovederfaringer fremlagt af Philip DaSilva:	5
3	STRATEGISKE OVERVEJELSER, RÅD OG ERFARINGER FRA PHILIP DASILVA	6
	3.1. Datavalg	8
	3.2. Statistisk justering	8
4	ORGANISATORISKE/PROCESSUELLE OVERVEJELSER, RÅD OG ERFARINGER	10
	4.1. Ledende figurer	10
	4.2. Redaktør	10
	4.3. Pressekoordinator	10
	4.4. Klinikere	11
5	OPSUMMERING AF DEN ENGELSKE METODE	13

1 Indledning

Formålet med Forbrugsvariationsprojektet - delprojekt 4 var at få indsigt i de erfaringer, det engelske sundhedsvæsen har gjort sig med udarbejdelsen og brugen af NHS Atlas of Variation in Healthcare.

Erfaringerne er anvendt som input i Region Midtjyllands arbejde med forbrugsvariation, særligt Delprojekt 3: Variationen inden for udvalgte behandlingsområder, der er direkte inspireret af det engelske Atlas of Variation.

For at sikre en god indsigt i de engelske erfaringer havde CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling (CFK) en heldags inspirations- og arbejdsdag 24. september 2013 med deltagelse af Philip DaSilva, der sammen med Sir Muir Gray har været ophavsmand og grundlægger af de første Atlas of Variation i England.

Dagen var opdelt i et dagmøde med deltagelse af repræsentanter fra CFK, Koncernøkonomi og Sundhedsplanlægning og et aftenmøde, hvor også ledelsesrepræsentanter fra disse afdelinger samt fra Kvalitet og Sundhedsdata deltog.

Dette notat har til hensigt at give en sammenfatning af de erfaringer og råd, Philip DaSilva fremlagde i løbet af arbejdsdagen. Det er vigtigt at understrege, at englændernes tilgang til arbejdet og erfaringer med brugen af atlas baserer sig på organiseringen af det engelske sundhedsvæsen. De særlige organiseringer i henholdsvis det danske og det engelske sundhedsvæsen forudsætter, at man i erfaringsdiskussioner er bevidst om disse forskelle, og således uddrager de erfaringer, der kan give mening i en dansk kontekst.

2 Sammenfatning

2.1. Hovedpointer/hovederfaringer fremlagt af Philip DaSilva:

- Tre altafgørende punkter:
 - *"Get the narrative straight!"* – hvad er formålet med atlasset og hvem skal bruge det? Essentielt at håndtere og afstemme forventninger og målrette atlasset til brugerne.
 - *"Plan carefully!"* – der er mange aktører i spil med forskellige interesser. Det kræver derfor omhyggelig planlægning både internt og eksternt, herunder i forhold til håndtering af medierne og hvilke historier der uddrages af atlasset.
 - *Klinisk troværdighed*: engager klinikere i processen og giv dem ansvar.
- Variation og shared decision making: to sider af samme sag. Ved at have fokus på det kan de to perspektiver tilsammen bidrage til øget kvalitet og 'value for money', når opmærksomheden kommer "nedefra/indefra" i systemet.
- Atlas of Variation: Det er et dialogredskab til kulturændringer/adfærdsforandringer i sundhedssystemet. Det er et langsigtet projekt og ikke et redskab til hurtige økonomiske gevinster. Fokus er skiftet fra input (omkostninger) til outcome (kvalitet og 'value for money').
- Atlasset giver ingen svar, og det siger ikke noget om, hvad der er godt eller dårligt eller det rette niveau for konkrete aktiviteter og behandlinger. Det rejser en række spørgsmål på baggrund af den observerede variation, som klinikerne selv arbejder videre med – jf. de næste punkter.
- Klinikerne har taget godt imod atlasset efter at have overstået den indledende skepsis. Ofte var de ikke klar over, at deres kliniske praksis varierede fra kollegers, og de har derfor anvendt atlasset som udgangspunkt til selv at grave dybere i årsagerne til de observerede variationer. Dette arbejde har medført ændringer i klinisk praksis.
- Der vil altid være nogle, der er mere skeptiske end andre. Fokuser på de klinikere/ praktiserende læger, der er positive over for ændringer/forbedringer og få dem til at snakke sammen. På den måde kan man få kulturændringen til at sprede sig "indefra".
- Hvis man går efter de hurtige besparelser / antager omkostningsvinklen som formålet med atlasset, så mister man klinikerne, og ovenstående kulturændringer vil ikke forekomme. På samme måde skal man være påpasselig med at lave atlasset anklagende, dvs. at anvende atlasset til at udpege, hvem der ikke har en "optimal" behandlingsstil – der kan være gode forklaringer på de observerede variationer. Det vigtige er ikke så meget hvem, der har den rette praksis, men dialogen om hvorfor, praksis varierer. Dette var årsagen til, at man i første omgang valgte at opføre analyserne over Primary Care Trusts i anonymiseret form i NHS' Atlas.
- Det er vigtigt at tænke på sundhedsvæsenet som et samlet system, og ikke som primær versus sekundær sektor. De skal ikke sættes op mod hinanden og skyde "skylden" eller patienterne frem og tilbage mellem sig, men tilskyndes til at samarbejde for patientens bedste og med udgangspunkt i den enkelte patients behov. Det optimale er ikke, at alle patienter bare modtager den samme standardbehandling.
- Kvaliteten af dataindberetningerne fra klinikerne er øget markant, da opgørelserne i atlasset er baseret på deres egne tal.

3 Strategiske overvejelser, råd og erfaringer fra Philip DaSilva

Nedenstående punkter er overvejelser og/eller råd, som ifølge Philip DaSilvas kan karakteriseres som strategiske i forhold til udarbejdelse af et variationsatlas over sundhedsydelser.

Det er i forbindelse med disse punkter vigtigt at være opmærksom på det engelske sundhedsvæsens organisering og forskellen til det danske. I England er den geografiske inddeling af analyserne foretaget ud fra 152 geografisk definerede Primary Care Trusts (PCTs – i 2013 erstattet af Clinical Commissioning Groups, CCGs). PCTs havde inden for fastsatte rammer ansvaret for at bestille serviceydelser fra sundhedsudbydere, og var samlet ansvarlig for ca. 80 % af NHS' samlede budget til sundhedsydelser. De nye CCGs er organiseret omkring de praktiserende læger, der selv kan vælge, hvem de vil indgå i Commissioning Groups med. Da hver PCT/CCG er ansvarlig for deres eget budget med mulighed for at disponere over et eventuelt overskud, har de en naturlig interesse i at effektivisere. Reduktion af variation kan være et middel til en mere effektiv drift, og dermed en bedre økonomi.

1. Der er to forskellige slags variationer at arbejde med:

- Variationen i, HVORFOR borgere kommer på sygehuset
- Variationen, når borgere ER kommet på sygehuset

De to nævnte typer af variation er forskellige problemstillinger, og man bør overveje, ikke kun at se på sidste del, da meget forklaring til variation med sandsynlighed findes i den første del.

Denne opdeling falder i tråd med tankegangen bag de to-leddede regressionsmodeller (two-part models), der blev anvendt i Delprojekt 1 til analyser af variationen i forbruget af sygehuseydelser dels mellem kommuner, dels mellem empiriske optageområder. Argumentet for at bruge disse modeller var, at der i et givet år var ca. 50 % af befolkningen, som ikke havde været i kontakt med et sygehus, og at der var stor variation i sygehusforbruget blandt den halvdel, der havde været i kontakt med et sygehus.

I forhold til de planlagte delprojekter om forbrugsvariation i Region Midtjylland 2013-2014 kan man sige, at delprojekt 5 (Analyse af almen praksis bidrag til variationen i sygehusforbrug) forsøger at afdække noget af variationen i, HVORFOR borgere kommer på sygehuset. Derimod er de øvrige delprojekter primært målrettet variationen, når borgere ER kommet på sygehuset. Dette gælder også delprojekt 3 om variationen i udvalgte aktivitets- og behandlingsindikatorer. Selvom delprojektet i udgangspunktet har til formål at sige noget om variationen, når borgere ER kommet på sygehuset, bør det tænkes ind i den efterfølgende proces til delprojektet, om der skal iværksættes yderligere tiltag angående afdækning af variationen i, HVORFOR borgere kommer på sygehuset, da det som nævnt formodes at være en stor faktor til den observerede variation på sygehusniveau.

2. "Get the narrative straight!" – hvad er formålet med projektet?

- At have en fælles historie om og forventningsafstemning til projektet er et absolut nøglepunkt, når der træffes beslutning om at lave et variationsatlas.
- Man kan overordnet have to forskellige udgangspunkter som formål med atlasset:
 - Besparelser
 - 'Value for money' / kvalitet / forbedringer

"If the Atlas is the answer, what is the question?" – hvad er vores hovedudfordring(er), hvis vi mener, et variationsatlas kan hjælpe os med at løse det?

Det er helt afgørende for atlassets/projektets mulighed for gennemførelse og anvendelse, at der er en fælles fortælling om og forventning til, hvad formålet er med det.

I England er atlasset brugt til at igangsætte en kulturændring blandt landets klinikere. Det er et langsigtet forandringsprojekt med fokus på at opnå 'value for money' og kvalitetsforbedringer. En sidegevinst er, at der med tiden også er kommet økonomiske gevinster som følge af ændret praksisstil blandt klinikerne.

Grundtanken er, at kulturændringen kommer "nedefra" – dvs. fra klinikerne selv – frem for at være topstyret gennem nye regulativer og krav. Atlasset fungerer som et redskab til at få klinikerne til at reflektere over egen behandlingspraksis og indgå i dialog på baggrund af den fremlagte variation mellem enhederne. Erfaringen er, at klinikerne ofte ikke vidste, hvordan deres praksis er sammenlignet med andre enheders praksis på bestemte behandlingsområder.

Reaktionerne på den afdækkede variation har været, at klinikerne blev nervøse, men også nysgerrige på, hvad årsagerne til variationen var.

Erfaringerne fra England er, at projektet bliver en fiasko, hvis formålet med at lave atlasset forklares ud fra en besparelsesøvelse. Ved at antage besparelsesformålet mister man muligheden for at få klinikerne til at engagere sig i projektet og dermed muligheden for at etablere et grundlag for den ærlige snak og dialog mellem fagpersoner på tværs af områder, som skal give forklaringerne på den (eventuelt) observerede variation.

Philip DaSilva anbefaler, at det kan være en god idé at opstille formål på en slags skala og ikke som et "enten eller". Med skala menes, at man har et udgangspunkt som formål, men at man med tiden godt kan have som formål at nå andre steder hen – fx at man kan starte med et formål om at afdække områder med variation, derefter få klinikerne i tale om årsagerne til variation, implementere ændringer og på sigt opnå økonomiske besparelser og bedre kvalitet som følge af de første tiltag.

3. Hvem skal bruge atlasset?

- Afklar hvem målgruppen for atlasset er og målret produktet herefter.

Dette hænger naturligvis sammen med formålet med atlasset. Hvis det fx er tænkt som et værktøj til at opnå kvalitetsforbedringer gennem ændringer i behandlingsstil/praksisstil – dvs. hvor klinikerne i høj grad er brugerne af atlasset – skal det udformes anderledes, end hvis det udelukkende er tænkt som et ledelsesværktøj, hvor det er ledere i sundhedsvæsenet, der er brugerne af det.

4. Hvilke data skal der anvendes, og hvor meget skal man statistisk justere for i analyserne?

- Til udarbejdelse af NHS Atlas of Variation valgte de udelukkende at bruge data, der i forvejen var offentligt tilgængelige.
- Der er næsten ikke foretaget statistisk justering i analyserne over variationen i de enkelte indikatorer (som fx for forskelle i befolkningssammensætning mellem de geografiske områder).

3.1. Datavalg

Et argument for udelukkende at anvende data, der i forvejen var offentligt tilgængelige, er at tilstræbe maksimal gennemsigtighed.

Datakilderne skal baseres på klinikernes egne indberetninger. Når der i det engelske atlas-arbejde var klinikere, der kritiserede datakvaliteten, kunne NHS alene opfordre klinikerne til fremtidigt at højne kvaliteten af dataindberetninger og kodepraksis samt anbefale, at man alligevel tog udgangspunkt i det foreliggende, fordi de eksisterende data var det eneste data-grundlag til beskrivelse af området. Det blev konkluderet, at datagrundlagene var egnede til at give indikationer på væsentlige variationer i praksis.

Det er NHS' erfaring, at datakvaliteten er væsentligt forbedret efter ovenstående opfordring.

Et andet af Philip DaSilvas råd baseret på de engelske erfaringer er, at de anvendte data bør være data, der fortsat fornyes, så de kan bruges til opfølgende målinger for at vurdere udviklingen og effekter af eventuelle praksisændringer.

3.2. Statistisk justering

Med hensyn til at foretage statistisk justering for fx forskelle i befolkningssammensætning i analyserne valgte man i England at holde disse på et absolut minimum. Et argument for dette var, at analyserne skulle være så anvendelige som muligt på så mange forskellige niveauer i systemet som muligt. Der er dog overvejelser om at foretage statistisk justering for flere faktorer i kommende analyser.

Et andet forhold har sandsynligvis været, at man i England har haft et utilstrækkeligt data-grundlag til at kunne foretage statistiske justeringer, da analyserne skulle udarbejdes på baggrund af offentligt tilgængelige data. I en dansk kontekst har vi et andet datagrundlag og dermed en anden mulighed for statistisk at justere for baggrundsfaktorer, hvilket skal tænkes ind ved planlægning af analysearbejdet.

5. Skal de enkelte enheder/afdelinger være identificerbare eller anonyme ved offentliggørelse af resultater?

- I England valgte man i udgangspunktet ikke at navngive de enkelte Primary Care Trusts i atlasset.

De 152 Primary Care Trusts (PCTs) (nu erstattet af 211 Clinical Commissioning Groups (CCGs)) udgjorde den geografiske inddeling i de første engelske atlasser.

Ved offentliggørelse var det besluttet, at de enkelte PCTs var anonyme i atlassets opgørelser for at understøtte, at det ikke handlede om at "hænge nogen ud", men om at finde de områder, hvor der var stor variation at arbejde videre med.

På baggrund af stor efterspørgsel fra PCTs/klinikere, der var meget interesserede i at vide, hvor de selv lå i forhold til andre, er det efterfølgende blevet muligt at identificere de enkelte PCTs via et interaktivt kort på NHS' hjemmeside.

6. Valg af terminologi:

- Spild og gentagelser/dobbeltarbejde vs.
- Overforbrug/overbehandling og underbehandling

Det er en god idé at overveje, hvordan udfordringerne og eventuelle forskelle i sundhedsvæsenet italesættes.

I NHS Atlas valgte man at anvende terminologien *at minimere spild og dobbeltarbejde* frem for *overforbrug/overbehandling*, som man vælger at gøre i de amerikanske undersøgelser udarbejdet af Wennberg og hans kolleger ved Dartmouth Institute for Health Policy and Clinical Practice. I England var man nervøs for at risikere at sætte patienter og klinikere op mod hinanden med ledelsen i midten til at administrere udfordringerne og de eventuelle indsatser.

4 Organisatoriske/processuelle overvejelser, råd og erfaringer

Følgende punkter er overvejelser eller råd, som kan karakteriseres som organisatoriske og/eller processuelle i forhold til udarbejdelse af et variationsatlas over sundhedsydelser. I den forbindelse er det vigtigt at være opmærksom på, at arbejdet med NHS Atlas of Variation var et nationalt projekt og derfor af en anden skala end det nuværende pilotprojekt i Region Midtjylland (Forbrugsvariation – delprojekt 3). Dette kan naturligvis have betydning for, hvordan den organisatoriske ramme og processuelle tilgang i delprojekt 3 etableres mest hensigtsmæssig.

7. Ved udarbejdelse af de første engelske atlasser havde de følgende organisatoriske struktur:

- Sir Muir Gray og Philip DaSilva: fælles projektledere og "lobbyarbejdere" for projektet.
- En redaktør: ansvar for det praktiske i udarbejdelsen af atlasset.
- En pressekoordinator: ansvar for pressestrategi og kontakt med medier.
- Analysearbejde: tilkøbt.
- Kontaktgruppe af klinikere, der tildeles ansvar og arbejdsroller ind i projektet.
- Et bureau til at stå for udgivelsen af atlasset (i samarbejde med teamet).

4.1. Ledende figurer

Sir Muir Gray og Philip DaSilva var idémænd bag atlasset og fælles projektledere på arbejdet. Muir Gray fungerede som "*irritant*", mens Philip DaSilva fungerede som "*stimulant*". Deres rolle var i høj grad at udbrede og skabe opbakning til idéen blandt klinikere, ledere i NHS og på ministerielt niveau. Der blev lagt et rigtigt stort stykke arbejde i opsøgende aktiviteter og dialog med centrale personer og ikke mindst klinikere. Dette store dialogarbejde sikrede, at der blev skabt den nødvendige opbakning til projektet, og særligt at klinikerne blev forberedt på de analyser, projektet ville medføre. Uden det forberedende dialogarbejde ville projektet enten ikke kunne have været gennemført eller ikke have fået succes.

4.2. Redaktør

Sir Muir Gray og Philip DaSilva ansatte en redaktør (editor) til at stå for det praktiske koordineringsarbejde i forbindelse med udformningen af atlasset. Redaktøren refererede til projektlederne, med hvem han desuden kunne afklare eventuelle tvivlsspørgsmål eller problemer. Redaktøren – med medicinsk baggrund – stod bl.a. for det opsøgende arbejde med at etablere kontakt til de mange interessegrupper, der er repræsenteret forrest i atlasserne. Disse grupper har ikke nødvendigvis ydet en aktiv indsats i arbejdet med atlasset, men de har givet deres støtte til og accept af arbejdet. Dette har i England været et vigtigt element for at understøtte troværdigheden og modtagelsen af atlasset.

4.3. Pressekoordinator

Der har været stor fokus på en massiv pressedækning i forbindelse med offentliggørelse af atlasserne. I England valgte de således at ansætte en person, der kunne stå for udformning af pressestrategi, kontakt til medierne, håndtering af omtalen og formulering af gode historier og vinkler, der ønskedes kommunikeret ud fra atlasset. Ligesom redaktørrollen, har dette også været en meget bærende rolle for atlæssernes succes.

4.4. Klinikere

Erfaringerne fra NHS har været, at klinisk troværdighed er af afgørende betydning for resultaternes anvendelsesværdi. I England blev processen derfor gennemført med involvering af ledende klinikere, der kunne understøtte analysernes troværdighed.

Der blev ligeledes udpeget en *"clinical lead"*, som blev tildelt ansvar (blev *"empowered"*). Denne person bidrog efterfølgende med formidling af resultaterne på lægefaglige konferencer.

I England var de så at sige "bundet til", at skulle gå gennem de ledende klinikere. Hvis vi også har mulighed for at få "almindelige" klinikere fra daglig praksis engageret i arbejdet, så er det i Philip DaSilvas øjne endnu bedre.

8. Valg af indikatorer

- Indikatorerne til NHS Atlas blev udvalgt af de ledende klinikere og godkendt af *"the clinical lead"*.
- Datatilgængelighed
- Forventet variation

Til udvælgelse af indikatorer blev der holdt et møde med de ledende klinikere. Her blev de forelagt spørgsmålet om, hvilke indikatorer, der ud fra deres faglige vurdering, skulle indgå i atlasset til opgørelse af geografisk variation mellem de forskellige Primary Care Trusts. I udvælgelsen indgik overvejelser om, inden for hvilke indikatorer der blev forventet variation.

Der blev ved udvælgelsen også set på, hvilke data der var offentligt tilgængelige, da indikatorerne skulle baseres på eksisterende data.

9. Udgivelse

På udgivelsesdagen for atlasset blev resultaterne bl.a. præsenteret på en lægekonference af cheflægen (*"clinical lead"*).

Atlasset blev distribueret bredt i trykt format. Der blev herunder sendt 5 eksemplarer målrettet til centrale personer i hver Primary Care Trust.

Alle ledende personer blev inviteret til middag, hvor atlasset blev forklaret.

Der var forberedt et stort pressemateriale om atlasset, herunder arbejde med filmhold mv.

Erfaringerne fra England var, at resultaterne kan medføre en politisk proces, som det anbefales at være forberedt på. Rådet fra Philip DaSilva er derfor, at argumentet for at arbejde med atlas-tankens og forbrugsvariation er at sikre det bedste for patienterne/ borgerne ved at tænke hele sundhedsvæsenet som ét system frem for en primær versus sekundær sektor.

Man skal her huske på, at de i England begyndte med at fokusere på Primary Care Trusts, dvs. det primære fokus har ikke alene været på hospitalerne.

10. Det videre arbejde på baggrund af resultaterne fra atlasset

- Nationale events
- Roadshows
- Træningsprogrammer
- Vær opmærksom i forhold til usete konsekvenser

5 Opsummering af den engelske metode

1. Et forum af ledende klinikere og/eller ledende administratorer i sundhedsvæsenet skal blive enige om, hvor der evt. er variation (diagnostiser problemet/indsatsområder)
 - Som led heri er det vigtigt at etablere det rigtige forum af beslutningsdygtige klinikere og identificere, at der er relevante, tilgængelige data at tage udgangspunkt i til at belyse variationen på området
 - Det skal afklares, hvad der er den kliniske topprioritet blandt de mulige indsatsområder (prioritering af indsatser)
 - En hjælp til at identificere et relevant udgangspunkt for analyse (indsatsområde) kan være at se på områder, hvor der er høje omkostninger og et lavt outcome
 - Der skal være en dialog om, hvorfor der er geografisk variation
2. Blive enige om, hvad der kan/skal ændres
 - I denne drøftelse er det vigtigt at tænke sundhedssektoren som et samlet system og ikke delsystemer, som patienter bevæger sig mellem
 - Være klare omkring, hvordan mulige ændringstiltag prioriteres
3. Det udpegede klinikerforum skal blive enige om, hvordan ændringstiltag skal implementeres
 - Find en/flere læge(r), der kan lede forandringsprocessen, og som kan holde fagpersonernes fokus på det spor, der er sat, i trin 1 og 2
 - Sørge for at aftale ændringer på områder, der kan måles, så det er muligt at lave opfølgninger på ændringerne

Yderligere kommentarer vedrørende fremgangsmåden:

- Forvent at trin 2-3 tager ca. 4-5 måneder, hvis det skal gøres ordentligt.
- NHS har det overordnede ansvar for at styre og lede processen og at opretholde de impliceredes fokus på processen

