

Til: sum@sum.dk  
Fra: Ingeniørforeningen, IDA

**Notat**  
5. august 2024

## Høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens anbefalinger

Tak for muligheden for at komme med høringssvar til Sundhedsstrukturkommissionens udspil.

Ingeniørforeningen, IDAs høringssvar har primært fokus på kapitel 10: Ny organisering af digitalisering og data, og de konkrete forslag der indgår heri for at fremme digitalisering og brugen af sundhedsdata i sundhedsvæsenet. Opsamlende er IDAs primære kommentarer:

- Vi **bakker op om Sundhedsstrukturkommissionens fokus på, at digitalisering og teknologi er en nødvendighed for at sikre et fremtidigt sundhedsvæsen af høj kvalitet**. Det er en flerstrengt indsats, som skal til for at fremme udbredelsen og brugen af sundheds- og velfærdsteknologi rundt om i landet – både på hospitalerne, de regionale og lokale sundhedshuse og hjemme hos borgerne. Vi mener, at det kan ske gennem:
  - **Indfør et "følg eller forklar-princip"**, hvor kommuner og regioner skal forklare, hvis de vælger ikke at bruge sundheds- og velfærdsteknologiske løsninger, som er ibrugtaget på markedet, inden man igangsætter nye pilotprojekter.
  - **Indfør en tredje type budget** i form af et flerårigt teknologibudget ved siden af de traditionelle anlægs- og driftsbudgetter **samt etablere en teknologifond**.
  - **Indfør en udvidet rettighed**, som giver danskerne, herunder de danske patienter, ret til at vælge "teknologi først" i tæt dialog med det sundhedsfaglige personale.
  - **Styrk teknologikompetencer hos sundhedspersonalet** gennem frikøb til innovation og implementering af sundheds- og velfærdsteknologi.
- Vi **bakker op om** Sundhedsstrukturkommissionens forslag om at etablere **Digital Sundhed Danmark** for hele sundhedsvæsenet. Men vi mener, at organisationen kun skal have ansvar for den fælles digitale infrastruktur. Innovationsområdet og den juridiske rådgivning skal ske i to andre selvstændige organisationer.
- Sidst – men ikke mindst – er det vigtigt, at andre centrale myndighedsopgaver som i dag foretages af regionerne fortsat løses på et højt fagligt niveau uanset hvilken organisatorisk model, der besluttet på sundhedsområdet. Det er for eksempel områder som **transport, miljø, klima, uddannelse og**

**regionaludvikling.** Det kan i den sammenhæng overvejes at nedsætte en kommission, som kan kigge på mulige organisatoriske løsninger, da geografi og kompetencemiljøer af en vis størrelse er afgørende for kvaliteten af udførelsen af myndighedsopgaverne i denne sammenhæng.

#### 1. **Overordnet bemærkninger til kommissionens anbefalinger**

Strukturkommissionen kommer med en række anbefalinger, som vil styrke digitalisering og brugen af sundheds- og velfærdsteknologi. Det er for eksempel positivt med tanker om et teknologisk løft af de regionale og lokale sundhedscentre, en ny organisering af arbejdet med digitalisering og data i sundhedsvæsenet gennem etablering af Digital Sundhed Danmark og udarbejdelse af en strategi for digitalisering og data.

Vi håber, at politikerne i sensommerens forhandlinger om en ny sundhedsreform ikke glemmer de bagvedliggende udfordringer og den demografiske udvikling, der er årsagen til, at kommissionen blev nedsat, og politikerne dermed fastholder visionerne i den endelige reform. Hvis flere af de gode intentioner fra Sundhedsstrukturkommissionen bliver til virkelighed vil det være til gavn for et presset sundhedspersonale og for borgerne og patienterne. Vi ser derfor frem til regeringens udspil i sensommeren.

Vi bidrager gerne til det forestående arbejde, da vi har en række konkrete anbefalinger til, hvordan vi får skaleret brugen af teknologi, så det aflaster sundhedspersonalet og frigør arbejdstid til dem, som har størst behov og samtidig styrker forebyggelsen, behandlingen og rehabilitering af borgerne rundt om i landet.

Mange af vores medlemmer inden for it, teknologi og ingeniørfaget er således involveret i teknologiudviklingen i det danske velfærdssamfund. Fra udviklings- og testfasen over ibrugtagning til skalering af velfærds- og sundhedsteknologi. 1.200 af vores medlemmer arbejder i sundhedsvæsenet, mere end 5.000 medlemmer er ansat i life-science industrien og omkring 4000 medlemmer arbejder inden for forskning og udvikling - primært på universiteterne.

Vi har ligeledes en række fagtekniske netværk, kurser, podcast og webinarer, hvor fagligheder på tværs mødes og bliver klogere af hinanden inden for sundheds- og life science-området. Et af

netværkene er IDA-Sundhedsteknologi, som afholder arrangementer rundt om i landet. Emnerne spænder vidt fra kunstig intelligens, VR, tracking, apps, telemedicin, robotteknologi, medicobusiness, 3D print til startups og meget mere. IDA-Sundhedsteknologi har over 3.300 netværksmedlemmer landet over, og man behøver ikke at være IDA-medlem. IDA tilbyder også målrettede kurser inden for medico og pharma.

## **2. Teknologi løfter sundhedsvæsenet uafhængigt af lokalitet**

Teknologi gør det muligt at behandle patienterne endnu bedre på sygehusene men også at udvide sundhedsvæsenet fra at levere ydelser på fysiske matrikler til i højere grad at levere sammenhængende ydelser fra det samlede sundhedsvæsen, der hvor vi opholder os geografisk som borger og sundhedspersonale.

I fremtidens sundhedsvæsen kan borgere altså i langt højere grad forebygge og blive diagnosticeret, behandlet og genoptrænet i eller tæt på eget hjem i hele landet. Det kan være ved hjælp af hjemmemonitorering, data fra vores egne enheder og apps, sensorteknologi, kunstig intelligens og datadeling på tværs af sektorer. Vi tror på, at de gode sundhedsteknologiske løsninger bliver bredt ud i landet ved, at man lokalt og regionalt gives incitamenter til at indføre og bruge de nye teknologiske løsninger.

Der er allerede i dag flere eksempler på den digitale og virtuelle behandling. For eksempel er 11 nordjyske kommuner, praktiserende lægers organisation PLO-Nordjylland og Region Nordjylland sammen om at etablere et digitalt nærhospital, hvor de digitale sundhedstilbud skal helt hjem i de nordjyske stuer<sup>1</sup>. Det er til gavn for borgerne, men kan samtidig løse de arbejdskraftudfordringer, som det nordjyske sundhedsvæsen på lige fod med resten af landet står midt i.

Et andet eksempel er i Hørsholm Kommune, som siden marts 2023 sammen med virksomheden Rokoko Care samarbejder om at forbedre kvaliteten af fysioterapeutisk genoptræning<sup>2</sup>. En digital app gør det muligt for borgere at træne i eget hjem under supervision fra kommunens fysioterapeuter, og det skaber et mere fleksibelt og effektivt behandlingsforløb. Til glæde for den enkelte

---

<sup>1</sup> Se mere: [Samlet Nordjylland går efter at oprette digitalt nærhospital \(rn.dk\)](#)

<sup>2</sup> Se mere: [Digital fysioterapeut gør genoptræning i eget hjem nemt for borgerne - DI \(danskindustri.dk\)](#)



borger men også for samfundsøkonomien, da de pågældende borgere er hurtigere tilbage til en normal hverdag.

Forudsætningen er, at danskerne skal have bedre mulighed for at være aktive medspillere i deres egen behandling. De danskere der både kan og vil selv, kan frigøre ressourcer til dem, som af den ene eller anden grund ikke har den mulighed. Med den rette støtte fra sundhedsvæsenet og de rigtige værktøjer kan flere følge og regulere deres egen sygdom, fx i forbindelse med indlæggelse i hjemmet eller som del af et kronikerforløb. Nogle kalder lige frem de nye teknologiske muligheder for "frihedsteknologi" eller "selvstændighedsteknologi" i stedet for sundheds- og velfærdsteknologi.

### **3. Danskerne er klar til et teknologisk løft på sundhedsområdet**

Det er en forudsætning for fremtidssikringen af vores fælles sundhedsvæsen, at vi sætter den digitale transformation helt i centrum – ligesom Sundhedsstrukturkommissionen peger på i flere sammenhænge. Og alt tyder på, at danskerne er klar til at bruge digitale løsninger. Især under og efter covid-19-pandemien er danskerne blevet vant til digitale sundhedstilbud. Vi har i foråret 2024 lavet en befolkningsundersøgelse, hvor 77% af de adspurgte danskere svarer, at de er positive over for apps, der overvåger deres helbred og over knap 70% af de adspurgte svarer, at IT og moderne teknologi er nemt og trygt at bruge. Kun 5% af de adspurgte svarer, at de ikke vil lade sundhedsvæsenet udnytte data i højere grad end i dag til forskning, diagnosticering, behandling og udvikling af nye behandlingsmetoder med fx kunstig intelligens.

Vi er enige med Sundhedsstrukturkommissionen i, at der grundlæggende ikke skal bruges flere penge på mursten til nærhospitalet, da vi ikke har sundhedspersonalet til at være i dem. Det er derfor positivt, at regeringen sammen med KL og Danske Regioner aftalte ved årsskiftet at bruge 500 mio. kr. til specifikke borgnære teknologitilbud ude i borgernes hjem.

### **4. Konkrete bemærkninger til kommissionens anbefalinger**

Vi mener, at det er en flerstrengt indsats, som skal til for at fremme udbredelsen og brugen af sundheds- og velfærdsteknologi rundt om i landet – både på hospitalerne, de regionale og lokale sundhedshuse og hjemme hos borgerne. Vi er således enige med Sundhedsstrukturkommissionen i, at *"en digital transformation er en vanskelig og tidskrævende omstillingsproces. Den berører*

*mange områder og aktiviteter i sundhedsvæsenet og skal balancere forskellige hensyn".*

Vi deler endvidere opfattelse med kommissionen omkring, at nationale løsninger kan være forudsætningen for, at sundheds- og velfærdsopgaverne kan løses lokalt og regionalt. Derfor er en centralisering af nogle opgaver ikke nødvendigvis en ulempe lokalt og regionalt for borgernes sundhed og for frigivelse af medarbejdernes tid lokalt. Kommissionen skriver for eksempel: "*at centralisering og professionalisering derfor ikke skal ses som en modsætning til lokal forankring af den sundhedsfaglige opgaveløsning, men netop som et middel til at skabe bedre forudsætninger for den lokale opgaveløsning tættere på borgerne*".

Vi er enige med Sundhedsstrukturkommissionen, at "*for mange af løsningerne forbliver lokale løsninger frem for at komme hele sundhedsvæsenet til gavn, bl.a. fordi der er større incitament til at udvikle nye og egne løsninger i forhold til at implementere eksisterende løsninger*". Samtidig skriver kommissionen, "*at borgere og sundhedspersonale oplever et fragmenteret digitalt landskab med manglende sammenhæng mellem løsninger*".

Vi mener på den baggrund, at der bør indføres et "følg eller forklar-princip", hvor kommuner og regioner skal forklare, hvis de vælger ikke at bruge sundheds- og velfærdsteknologiske løsninger, som er ibrugtaget på markedet, inden man igangsætter nye pilotprojekter. Princippet skal indføres med henblik på at sikre hurtigere udbredelse af allerede dokumenterbart effektiv teknologi. Dermed kan man i højere grad undgå, at der igangsættes nye initiativer og pilotprojekter på områder, hvor der allerede er skabt gevinster ved ibrugtagning af teknologi i andre regioner og kommuner eller for den sags skyld i andre lande.

Vi deler desuden ambitionen med Sundhedsstrukturkommissionen omkring, at "*Digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne i fremtidens sundhedsvæsen. Det skal bl.a. bidrage til, at borgerne kan få sundhedstilbud i eller tæt på eget hjem og blive understøttet i at være aktive medspillere i egen behandling*" og videre "*mangler der strukturer og incitament for udbredelse af nye digitale løsninger og datadrevne teknologier*".

Vi mener på den baggrund, at skal regioner og kommuner have større incitament til at investere i sundheds- og



velfærdsteknologi, så skal der tænkes radikalt nyt. Investeringer i teknologi der frigiver arbejdskraft og forbedrer service og behandling bør derfor ikke omfattes af de regionale og kommunale budgetlofter og 1-årige budgetrammer. Ved at indføre en tredje type budget i form af et flerårigt teknologibudget ved siden af de traditionelle anlægs- og driftsbudgetter, tilskyndes kommuner og regioner til at foretage teknologiinvesteringer, som på den længere bane vil have positiv effekt i forhold til arbejdskraft, omkostninger samt service og behandling af borgerne.

Vi er derfor positive over for, at Sundhedsstrukturkommissionen skriver: *"Den lokale forankring skal bl.a. ske på baggrund af en ændret finansiering af arbejdet med digitalisering og data, der fx gennem øremærkede ressourcer i de lokale budgetter til arbejdet med fælles løsninger kan forpligte de decentrale aktører på de fælles strategiske mål"*. Kommissionen er inde på lignende tanker ved finansieringen af Digital Sundhed Danmark, som skal have flerårige budgetter og adskilte budgetposter til drift og udvikling.

Vi er ligeledes enige med Sundhedsstrukturkommissionen med hensyn til, at *"Digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne"*. Danskerne er som tidligere påpeget ikke teknologiforskrækkede, og der er allerede på udvalgte områder digitale forpligtende tilbud i dag. Men det bør være markant flere fremadrettet. Vi anbefaler på den baggrund, at der skal indføres en ny - eller udvidet - rettighed, som giver danskerne, herunder de danske patienter, ret til at vælge "teknologi først" på områder, hvor der er en dokumenteret positiv effekt ved diagnosticering eller behandling gennem anvendelse af teknologi.

Et eksempel er brugen af kunstig intelligens ved screening på kræftområdet. Diagnosticering handler i mange tilfælde om mønstergenkendelse – en spidskompetence, hvor kunstig intelligens, og algoritmer fremover kan assistere læger og andet sundhedspersonale i at analysere alt fra røntgenbilleder til vævsprøver. Der er blandt andet allerede lovende erfaringer med dette inden for aps, der kan undersøge modermærkekraft<sup>3</sup>.

Det er vigtigt i den sammenhæng, at nye digitale sundhedsrettigheder udvælges i tæt dialog med det sundhedsfaglige personale, og tilbuddene skal understøttes af vejledning og rådgivning fra sundhedsfagligt personale.

---

<sup>3</sup> Se fx: [Her er fire måder ny teknologi kan forandre sundhedsvæsenet | IDA](#)

Vi er enige med kommissionen om: " *At gøre digitale sundhedstilbud umiddelbart tilgængelige betyder ikke, at den første kontakt med sundhedsvæsenet skal være digital for alle* ". Vi mener, at den digitale rettighed skal være frivillig at bruge, da patienter eller pårørende kan have personlige årsager til ikke at tage teknologien i brug. Retten skal være til de digitale tilbud, som er mest udbredt i kommuner og regioner samt potentielt også i praksissektoren. Med retten følger således en forpligtigelse til at levere fra de pågældende sundhedsmyndigheder.

Vi bakker op om Sundhedsstrukturkommissions forslag om at etablere et fælles service- og leveranceorganisation (Digital Sundhed Danmark) for hele sundhedsvæsenet, som får ansvar for fælles digitale infrastrukturelle løsninger, der er rettet mod borgerne og den sundhedsfaglige opgavevaretagelse, og for en fælles digital infrastruktur på tværs af sundhedsvæsenet. Kommissionen påpeger, at en ny organisering skal være med til at sikre større national beslutnings- og eksekveringskraft og fælles prioritering og retning for digitalisering og brug af data i sundhedsvæsenet. Det lyder alt sammen fornuftigt.

Vi er dog uenig med kommissionen, når den peger på, at "Digital Sundhed Danmark skal understøtte innovation i sundhedsvæsenet. Formålet er at sikre en mere tværgående national koordinering og prioritering af innovationsområder end i dag...". Vi mener, at opgaven med at implementere og drifte det digitale infrastrukturelle område er en så stor og omfattende opgave i sig selv, at innovationsdelen bør ligges et andet sted. Dette skal også ses i lyset af, at kommissionen selv peger på, at "Innovative og brugervenlige teknologiske løsninger er afgørende, hvis sundhedsvæsenet i en fremtid med færre medarbejdere skal kunne behandle flere borgere med voksende og stadigt mere komplekse behov". Innovationsområdet er således for centralt til at blive en del af alle mulige andre opgaver i en ny organisation samtidig med, at opgaven med at sikre en tidssvarende digital infrastruktur i hele sundhedsvæsenet er en stor og selvstændig opgave i sig selv.

Vi mener på den baggrund, at der på innovationsområdet skal etableres et nationalt center for sundhedsinnovation som forslået af blandt andet DI og Danske Regioner. Det kan "samle ressourcer til at overvåge og kortlægge nye teknologier og understøtte



*erfaringsudveksling om konkrete løsninger på tværs af sundhedsvæsenet og udlandet".*

Sundhedsstrukturkommissionen fremhæver, at "Ansvaret for den digitale udvikling er i dag fordelt på mange aktører og et stort antal beslutningsfora på forskellige niveauer, og der er ikke i tilstrækkelig grad en forpligtende national retning for arbejdet". Et "Nationalt Center for Sundhedsinnovation" kunne være den organisatoriske ramme for, hvordan kommuner og regioner arbejder mere systematisk med "best practice" for at behovsafdække, udvikle og udbrede de bedste og mest effektive sundheds- og velfærdsteknologiske løsninger.

Det er vigtigt, at centeret eller rådet får penge til køb og skalering af ny teknologi – for eksempel i regi af en teknologifond. En fond, hvor staten og private investorer i et partnerskab ubureaukratisk kan stille midler til rådighed for regionale og lokale investeringer i allerede afprøvet og effektiv sundheds- og velfærds teknologi. Fokus i investeringerne skal være på skalering og tværsektorielle teknologiløsninger. Fonden kan eventuelt organiseres som en lånefacilitet, hvor regioner og kommuner tilbagebetaler hele eller dele af det lånte beløb over en årrække. Kriterierne for at modtage lån kan fx være investeringer, som øger sammenhæng i service og behandling for den enkelte borger eller intensiverer service- og behandlingsløsninger i eget hjem. Fonden bør have en grundkapital på minimum 1 mia. kr.

Vi oplever som Sundhedsstrukturkommissionen, at "flere af sundhedsvæsenets aktører ikke (har) de rette forudsætninger for at varetage udvikling, implementering og drift af teknologiske løsninger". I den sammenhæng anbefaler vi, at kommuner og regioner i højere grad afsætter tid og ressourcer til, at sundheds- og velfærdspersonalet får mulighed for på den ene side at lære at bruge ny teknologi samt på den anden side at diskutere behovet for og udvikle nye teknologiske løsninger. Det kan ske ved at afsætte penge i budgettet til frikøb af medarbejdere i forbindelse med potentielle investeringer i forskning og udvikling, indkøb af ny teknologi eller ved at gøre det nemmere gennem fremtidige overenskomstaftaler.

Sundhedsstrukturkommissionen foreslår, at der udarbejdes én styrende og forpligtende strategi for digitalisering og data i hele sundhedsvæsenet. Vi anerkender, at et strategisk arbejde i denne sammenhæng kan være nødvendig. I så fald skal den kordineres



med det allerede igangsatte arbejde med en velfærdsteknologistrategi. Sammen med Dansk Sygeplejeråd (DSR) anbefaler vi også igangsættelsen af en strategi for sundhedsteknologi. Samtidig er det afgørende ved nationale strategier, at der sikres ledelsesansvar og forankring regionalt og lokalt. Det kan blandt andet gøres gennem konkrete og målbare resultatmål.

Kommissionen peger på en række strategiske mål i en kommende strategi, som skal sætte rammen for implementeringen af digitale teknologier – fx *"digitale sundhedstilbud skal være umiddelbart tilgængelige for borgerne"*. Vi deler tilgangen med hensyn til at udarbejde en række principper for udvikling og implementering af ny teknologi i sundhedsvæsenet. Vi mener i den sammenhæng, at når kommuner og regioner igangsætter pilotprojekter på teknologiområdet, bør de leve op til følgende forudsætninger: 1) Løser behovet for bedre og mere sammenhængende behandling eller service for patienter og pårørende 2) Bidrager til at løse arbejdskraftudfordringen 3) Skaber bedre arbejdsmiljø for den enkelte sundheds- og velfærdsmedarbejder 4) Er ledelsesmæssigt forankret i den enkelte kommune eller region.

Vi deler ligeledes Sundhedsstrukturkommissionens opfattelse af, at *"Den teknologiske udvikling, bl.a. indenfor kunstig intelligens, stiller dog også krav om nye organiseringsformer og kompetencer, fx tekniske og juridiske"*. Det er vores oplevelse, at forskellige lokale og regionale juridiske fortolkninger forsinker i bedste fald og i værste fald stopper udbredelsen af digitale sundhedsteknologiske løsninger. Vi forslår derfor, at kommuner, regioner og staten samt eventuelt praksissektoren etablerer et fælles juridisk kompetencecenter, som får til opgave at gøre op med uensartede lokale og regionale fortolkninger af dansk lovgivning og EU's regler. Samtidig skal centeret have til opgave løbende at påpege og rådgive om forhold, som spænder ben for eller risikerer at nedsætte hastigheden for udbredelsen af sundheds- og velfærdsteknologi i den offentlige sundhedssektor.

##### **5. Ny struktur skal omfavne andre opgaver end sundhed**

Regionerne har i dag opgaver inden for områderne regional udvikling, uddannelse, kultur, natur og miljø, klima samt kollektiv trafik og cyklisme.

Det er afgørende, at disse myndighedsområder behandles særskilt og seriøst ved en eventuelt gennemgribende organisatorisk reform på sundhedsområdet. Det bør derfor nøje overvejes, om der bør nedsættes en separat kommission, der udelukkende kigger på

disse opgaver. Vi kan derigennem sikre en organisatorisk model for disse myndighedsopgaver udformes med baggrund i faglig indsigt i de enkelte myndighedsområder og derved en stor forståelse for de faglige konsekvenser ved en valgt model.

Vi er bekymret for, at uoplyste ændringer ellers vil føre til lange sagsbehandlingstider, dårligere kvalitet i arbejdet og ting, der falder mellem ansvarsområder med risiko for skadevirkninger indenfor hver af de ovennævnte fagområder. Det er vigtigt at holde fast i vidensmiljøer/-kæder, der med deres store faglige ekspertise, samarbejdspartnere og leverandører varetager og løser kritiske opgaver for det danske samfund.

For både at undgå spredning af ekspertise og at den stabile fremdrift ikke går i stå kræver det en vis organisatorisk størrelse både geografisk, kompetencemæssigt og økonomisk, som regionerne har i dag. Kommunerne har enkeltvis - helt forståeligt - ikke det regionale overblik, administrerer forskelligt og råder ikke altid over de nødvendige ressourcer eller ekspertise indenfor de nævnte fagområder. Staten er typisk for overordnet og for langt fra lokalområdet og disses problemstillinger i dybden.

Et eksempel er på jordforureningsområdet. Et område, der sikrer borgere mod jordforurening og medvirker til, at vi nu og langt ude i fremtiden kan drikke rent vand fra vandhanen.

Et andet eksempel er regional udvikling, som handler om at understøtte det, der kollektivt kan løfte en region. Regionerne arbejder målrettet på at sikre arbejdspladser og gode uddannelses- og transportmuligheder i hele landet. Senest sås dette i forbindelse med argumentationen over for EU i forbindelse med etableringen af den tredje Limfjordsforbindelse.

Andre eksempler på transportområdet er supercykelstierne på tværs af kommunerne, regional busservices og privatbaner samt regionernes systematiske indsamling af trafikskadesdata fra akutklinikkerne. En opgave, der handler om at skabe et datagrundlag, så vi kan undgå og minimere trafikulykker. Det løses ikke af politiets registre eller kommunerne.

Sidst men ikke mindst spiller regionerne en betydningsfuld rolle i at fremtidssikre landets energiløsninger, råstoffer og ressourcer samtidig med, at der skal værnes om miljøet og det danske vandmiljø.



Det er vigtigt, at der i en fremtidig sundhedsreform sikres en organisatorisk placering af alle opgaver, ikke kun de sundhedsmæssige, så de forsat udføres i en høj kvalitet. Byudvikling, forurening, trafik m.m. går på tværs af kommunegrænser, så opgaverne bør forankres hos en stærk decentral myndighed, på tværs af kommunerne.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Carl Aage Dahl'. The signature is stylized and overlaps the printed name below it.

Carl Aage Dahl  
Administrerende direktør