

Helse- og Omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Deres ref.
200903950-/ATG

Deres dato
18.10.2010

Vår ref.
010/11ToNy

Vår dato
13.01.2011

Høringsuttalelse - Forslag til ny kommunal helse- og omsorgslov

Ettersom KITH er et kompetansesenter for IT i helse- og sosialsektoren, har vi valgt å begrense våre kommentarer til de delene av det meget omfattende forslaget som berører vårt kompetanseområde. Disse er i hovedsak beskrevet i høringsnotatets kapittel 32 *Lovendringer som understøtter elektronisk samhandling*.

KITH er i all hovedsak enig med departementets vurderinger og forslag til lovgivning på disse områdene. Forslaget vil etter vår mening både kunne bidra til økt bruk av elektronisk samhandling i forbindelse med pasientbehandling og til økt kvalitet i de informasjonssystemer som benyttes i slik samhandling.

Vi vil her spesielt trekke fram forslagene som vil gi hjemmel for å kunne pålegge bruk av elektronisk pasientjournal (EPJ) og elektronisk utlevering av helseopplysninger, og for å kunne stille krav om at den programvare som benyttes skal være sertifisert.

KITH mener at utbredelsen av EPJ-systemer nå har kommet så langt at det kan være forsvarlig og nødvendig å gi pålegg om at pasientjournalen skal føres elektronisk for å sikre at etternølerne kommer med. Likeså mener vi at det nå kan være på sin plass å kreve at sentrale meldinger som f.eks. henvisning og epikrise, skal sendes elektronisk. Erfaring viser imidlertid at det spesielt for større virksomheter kan være krevende å foreta den omlegging av rutiner som overgang til elektroniske løsninger gjerne forutsetter. Vi anbefaler derfor at den endelige fristen for obligatorisk bruk av den enkelte melding fastsettes i samråd med representanter for de typer virksomheter som blir berørt av påbudet.

Etter hvert som nye meldingsstandarter vedtas utarbeidet, bør det også legges en plan for utbredelse av meldingene. Selv om en her med fordel kan angi en tentativ dato for når meldingen skal være tatt i bruk av alle relevante virksomheter, bør et pålegg om obligatorisk bruk av en bestemt elektronisk melding ikke komme før en har fått en viss praktisk erfaring med bruk av meldingen gjennom vellykkede piloteringsprosjekter eller lignende.

Kommentarer til konkrete spørsmål i høringsnotatet

I høringsnotatet ba departementet eksplisitt om synspunkter fra høringsinstansene på en del forhold.

Når kan krav til elektronisk dokumentasjon og kommunikasjon innføres for ulike brukergrupper og innen hvilke områder?

Etter vår mening bør det kunne stilles krav om elektronisk føring av pasientjournal innenfor hele spesialisthelsetjenesten samt den kommunale helse- og omsorgstjenesten, inkludert allmennlegetjenesten. De aller fleste virksomhetene har her alt tatt i bruk EPJ-systemer og det finnes et rimelig antall produkter som må kunne antas å være av akseptabel kvalitet, på markedet.

Ettersom det er en del kostnader forbundet med anskaffelse og innføring av slike systemer, og ettersom i det minste virksomheter innenfor offentlig sektor må gjennomføre en formell anbudsprosess, bør det gis en rimelig lang frist for anskaffelse. Eventuelt bør det settes to frister; f.eks. at innføring av EPJ-systemet må være påbegynt innen et år og at systemet må være fullt utbredd innen to år.

På hvilke områder vil det være mest hensiktsmessig å kreve sertifisering av funksjonskrav og standarder?

Innledningsvis vil vi her påpeke at det å gjennomføre en fullverdig sertifisering med en ganske omfattende test utført av en uavhengig tredjepart, vil kunne medføre ikke ubetydelige kostnader. Vi mener derfor at det kan være hensiktsmessig å operere med flere nivåer godkjenning-/sertifiseringsordninger, slik som f.eks.:

1. Egenerklæring basert på formaliserte, etterprøvbare krav. Den kartlegging av EPJ-systemers oppfyllelse av utvalgte krav som KITH i 2003 utførte på oppdrag fra det daværende Sosial- og helsedirektoratet, var basert på en slik egenerklæring.
2. Egenerklæring basert på formaliserte, etterprøvbare krav kombinert med inspeksjon av et "uttrekk" fra systemet (f.eks. en meldingsinstans) foretatt av en uavhengig tredjepart. KITHs nåværende test- og godkjenningsordning hører inn under denne kategorien.
3. Egenerklæring basert på formaliserte, etterprøvbare krav kombinert med test av spesielt viktig funksjonalitet og eventuelt inspeksjon av et "uttrekk" fra systemet foretatt av en uavhengig tredjepart. Riksarkivarens godkjenningsordning for Noark-5¹ kan trolig plasseres inn under denne kategorien.
4. Alle formaliserte krav testes av en uavhengig tredjepart. Den europeiske sertifiseringsordningen EuroRec Seal² hører inn under denne kategorien.

Før det besluttes hvilken type ordning som eventuelt skal tas i bruk for et bestemt formål, bør det foretas en konkret vurdering av fordeler og ulemper med de forskjellige typer ordninger. Etter vår mening kan en med fordel starte med en mindre omfattende ordning og evaluere

¹ Se <http://www.arkivverket.no/arkivverket/Offentlig-forvaltning/Noark/Noark-5/Godkjenning/Prosessbeskrivelse>

² Se <http://www.eurorec.org/>

effekten av ordningen etter at den har vært i drift en periode. Dersom ikke den ønskede effekt oppnås, kan en senere innføre en mer omfattende ordning.

Vi mener det finnes flere områder hvor det kan være hensiktsmessig å etablere slike ordninger. Her vil vi spesielt nevne:

- Elektroniske meldinger. For enhver meldingsstandard som utvikles, bør det stilles krav om at løsningene skal sertifiseres. Her mener vi den eksisterende test- og godkjenningsordningen for elektroniske meldinger³ vil være det naturlige utgangspunktet for en slik sertifiseringsordning.
- Informasjonssikkerhet og tilgangsstyring. Her vil etter vår mening forslaget til forskrift om informasjonssikkerhet, tilgangsstyring og tilgang til helseopplysninger i behandlingsrettede helseregistre, kunne være et godt utgangspunkt for etablering av standarder som kan danne utgangspunkt for sertifisering. Aktuelle tema kan være:
 - Autorisasjon for behandling av helseopplysninger
 - Tilgang til helseopplysninger i egen virksomhet
 - Autentisering
 - Tilgang på tvers
 - Sperring av helseopplysninger
 - Logging og dokumentasjon av tilgang
 - Innsyn i egen EPJ med tilgangslogg

Innenfor flere av disse temaene inneholder *EPJ Standard del 2: Tilgangsstyring, redigering, retting og sletting*⁴ krav som, når de har blitt oppdatert i henhold til nevnte forskrift, kan danne grunnlag for sertifisering.

- Redigering, retting og sletting.
- Arkivering av EPJ. Utvikling av en sertifiseringsordning innenfor dette området bør etter vår mening skje i samarbeid med Riksarkivaren/Norsk helsearkiv.

Avslutningsvis vil vi nevne at etter vår mening så er det påkrevd at sertifiseringsorganet er helt nøytralt både i forhold til leverandører av EPJ-system og andre som utvikler løsninger som skal sertifiseres, og i forhold til de virksomheter som skal benytte disse løsningene. Vi mener dette vil være av avgjørende betydning for å kunne oppnå den nødvendige tillit til en sertifiseringsordning.

Hvor lang frist bør det normalt settes fra slike forskrifters vedtakelse til de trår i kraft?

Her må en skille mellom krav om sertifisering i forhold til helt ny funksjonalitet, f.eks. en ny melding eller en ny tjeneste, og sertifisering innenfor funksjonsområder som allerede dekkes av de fleste systemer.

³ Se <http://www.kith.no/sertifisering>

⁴ KITH-rapport 6/05

Når det gjelder sistnevnte, må fristen nødvendigvis være lang nok til at leverandørene kan foreta de nødvendige oppgraderinger i sitt system, gjennomføre sertifiseringen og installere den sertifiserte løsningen hos sine kunder. Ettersom den enkelte leverandør nødvendigvis må koordinere slike pålagte sertifiseringer med den øvrige systemutviklingen, vil kundene få tilgang til den sertifiserte funksjonaliteten som en del av den regulære oppgraderingen av det aktuelle systemet, noe som gjerne skjer en eller to ganger i året.

Ut fra dette mener vi at det som et minimum må gå et år fra et krav om bruk av sertifiserte løsninger innenfor et bestemt funksjonsområde blir publisert til at det kan tre i kraft. Dersom kravet om sertifisering gjelder et funksjonsområde hvor en må anta at det er et betydelig gap mellom sertifiseringskravene og funksjonaliteten i de eksisterende systemene, vil det være nødvendig å sette en betydelig lengre frist.

Når det gjelder myndighetspålagte krav om sertifisering i forhold til helt ny funksjonalitet stiller det seg noe annerledes. Utgangspunktet her vil kunne være et myndighetspålagt krav om implementering av en ny elektronisk melding, f.eks. rapportering til et helseregister, eller en ny tjeneste, f.eks. relatert til kjernejournal. Eller det vil unntaksvis kunne være sektoren selv som tar initiativ til utvikling av ny funksjonalitet, f.eks. relatert til beslutningsstøtte, som myndighetene mener bør gjøres gjenstand for krav om sertifisering.

I slike tilfeller bør kravet være at løsningene ikke kan settes i ordinær drift før de er sertifiserte, uten noen nærmere angivelse av tidsfrist. For ny funksjonalitet som skal være obligatorisk for enkelte virksomhetstyper, f.eks. elektronisk rapportering til et helseregister, bør en etter vår mening heller sette en frist for når en sertifisert løsning *skal være tatt i bruk*, framfor å sette en frist for når leverandøren skal ha gjennomført sertifiseringen.

Når det gjelder fastsettelse av tidsfrister, anbefaler vi generelt at dette gjøres i samråd med representanter for de typer virksomheter som blir berørt av fristen.

Behovet for overgangsordninger

Dersom de frister som settes er realistiske, ser vi ingen spesielle behov for overgangsordninger. Vi mener det vil være tilstrekkelig dersom det gis mulighet til å søke om utsettelse i forhold til bruken av et eksplisitt angitt system i en bestemt virksomhet eller eventuelt for alle virksomheter som benytter dette systemet.

Kommentarer til enkelte forslag til bestemmelser

"Helse- og omsorgstjeneste" eller "kommunal helse- og omsorgstjeneste"?

I forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 1-2 første ledd heter det: "Loven gjelder for helse- og omsorgstjenester som tilbys eller ytes i riket av kommunen og private som har avtale med kommunen når ikke annet følger av de enkelte bestemmelsene i loven."

Denne bestemmelsen indikerer at det også kan finnes andre "helse- og omsorgstjenester" enn de kommunale, noe vi er enige i. Også "spesialisthelsetjenesten" faller etter vår mening inn under begrepet "helsetjenesten" og det finnes også private virksomheter som yter helse-tjenester og/eller omsorgstjenester uten avtale med noen kommune eller helseforetak.

Dersom denne forståelsen er riktig, blir det spesielt viktig at en er konsekvent når det gjelder begrepsbruken i lovtekstene, dvs. at en alltid benytter "kommunal helse- og omsorgstjeneste" når det er denne det siktes til, og at en benytter "helse- og omsorgstjeneste" når bestemmelsen også gjelder "ikke-kommunale tjenester".

Mens det i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester må kunne sies å være underforstått at det siktes til kommunale tjenester, er ikke dette like opplagt i andre lover. Vi anbefaler derfor at det blir foretatt en systematisk gjennomgang av forslagene til endringer i øvrige lover, og at det foretas endringer slik at det alltid benyttes "kommunal helse- og omsorgstjeneste" når bestemmelsen kun omfatter "kommunale tjenester".

Som eksempel kan vi her nevne pasientrettighetslovens §§ 2-1d og § 2-5 hvor det begge steder er benyttet "helse- og omsorgstjeneste" mens vi antar at det i § 2-1d skal være "den kommunale helse- og omsorgstjenesten".

Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

Til § 1-3. Definisjoner

Begrepet "tjenestemottaker" benyttes en rekke steder i lovteksten uten at begrepet er definert. Av sammenhengen synes det imidlertid å framgå at en tjenestemottaker er en person som faller inn under definisjonen av begrepet "pasient" og/eller begrepet "bruker". Etter vår mening er tjenestemottaker et godt begrep som bør tas med i listen over definisjoner.

Videre, i forslaget til lovteksten benyttes så vidt vi kan se begrepet "bruker" med ett unntak alltid i kombinasjon med pasient ("pasient eller bruker", "pasient og bruker" etc.). Vi vil her sterkt anbefale at det heller benyttes "tjenestemottaker" for å tydeliggjøre at en og samme person både kan være pasient og bruker. En slik gjennomgående endring vil også forenkle teksten.

Det ene unntaket hvor kun begrepet "bruker" benyttes, er § 11-2. Ettersom tittelen på denne bestemmelsen er "Vederlag for helse- og omsorgstjeneste", blir det kanskje mer korrekt å benytte "tjenestemottaker" også her.

Vi vil også anbefale at det tas med en overordnet definisjon av begrepene "helsetjeneste" og "omsorgstjeneste". Vi mener en slik definisjon er nødvendig selv om en mer detaljert beskrivelse av hva som ligger i begrepene eventuelt blir fastsatt i forskrift.

Til § 2-1. Forholdet til helsepersonelloven

Til tross for omtalen i høringsnotatets kapittel 8, framstår det for oss som uklart hva det vil innebære at "helsepersonelloven gjelder tilsvarende for personell som yter helse- og omsorgstjenester etter loven her".

Selv om vi er enige i at en rekke bestemmelser i helsepersonelloven med fordel kan gjøres gjeldende også for annet personell som yter helse- og omsorgstjenester, foreligger det etter vår mening en betydelig fare for at den generelle utvidelsen av helsepersonellovens virkeområde som er foreslått, vil kunne få utilsiktede konsekvenser. Vi anbefaler derfor at det blir foretatt en konkret vurdering av hver enkelt bestemmelse i helsepersonelloven for å avklare hvilke konkrete endringer som kan være aktuelle og hvilke konsekvenser disse endringene vil få. Her bør det også vurderes om endringene også bør gjøres gjeldende for personell i spesialisthelsetjenesten, ut over helsepersonell, som yter lignende typer tjenester til pasienter som f.eks. er til behandling ved et sykehus. Derne bør det fremmes forslag om å foreta de nødvendige endringer i de aktuelle bestemmelsene.

Av høringsnotatets kapittel 8.2.5 framgår det at helsepersonell og annet personell vil få de samme plikter i forhold til dokumentasjon, og at helsehjelp og omsorgstjenester (inkludert tjenester som f.eks. rengjøring av bolig) skal dokumenteres i samme journal.

At det innføres dokumentasjonsplikt også i forhold til andre tjenester enn helsehjelp, har vi i utgangspunktet ingen motforestillinger mot. Men vi kan ikke se noen saklig grunn for at opplysninger om slike tjenester skal dokumenteres i samme journal som helsehjelpen dokumenteres, og så vidt vi kan se, har heller ikke departementet forsøkt å begrunne dette.

Felles dokumentasjon av helsehjelp og andre former for tjenester vil etter vår mening medføre store utfordringer ikke minst når det gjelder informasjonssikkerhet og personvern.

Som kjent har en alt betydelige utfordringer når det gjelder styring av tilgang til opplysninger i elektronisk pasientjournal. Det bør være rimelig klart at dersom store nye grupper av arbeidstakere uten helsefaglig bakgrunn skal benytte de samme elektroniske pasientjournalene, vil problemene bli forsterket. Det godtgjøres heller ikke i høringsnotatet at annet personell enn helsepersonell har et tjenestelig behov for opplysninger i pasientjournalen, og vi ser det som prinsipielt betenkelig at det gjennom dette forslaget bestemmer at nye store grupper av personell må tildeles en autorisasjon (med tilhørende brukernavn og passord) som gir tilgang til pasientjournaler.

Vi anbefaler derfor sterkt at skillet mellom dokumentasjon av helsehjelp og dokumentasjon av andre former for tjenester, opprettholdes.

Av høringsnotatets kapittel 39.2 framgår det at departementet antar det vil være knyttet noen økonomiske og administrative konsekvenser av mindre betydning som følge av forslaget, uten at en beskriver disse nærmere. Vi er ikke uten videre enige i at konsekvensene vil være små.

At en så omfattende lov som helsepersonelloven gjøres gjeldende for et meget stort antall arbeidstakere, herunder også ufaglærte, som ikke kan forutsettes å ha noen kjennskap til loven, medfører utvilsomt et betydelig opplæringsbehov. I motsetning til helsepersonell som gjennom sin utdanning har fått en grunnleggende opplæring både i regelverket og i dokumentasjon av helsehjelp, kan disse nye gruppene av arbeidstakere ikke forutsettes å ha slike kunnskaper.

Slik vi forstår forslaget, vil det være den enkelte kommune som har ansvaret for at alle arbeidstakere har den kompetanse som er nødvendig for å utføre de pålagte oppgaver, og det vil formodentlig også være kommunene som må bære kostnadene med nødvendig opplæring.

Til § 4-1. Forsvarlighet

Her foreslår vi følgende endring i siste ledd:

Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige *og at de oppfyller de krav som er stilt til slike systemer i lov eller i medhold av lov*. Kommunen og virksomhet som nevnt i første punktum skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

I merknadene til bestemmelsen bør det refereres til de foreslåtte hjemler i helseregisterloven §§ 6 og 16 samt hjemmelen i samme lovs § 9 som gir mulighet til å stille krav om elektronisk utlevering av opplysninger samt sertifisering av de systemer som benyttes.

Til § 7-1. Individuell plan

Her foreslår vi følgende endring i siste ledd:

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om hvilke pasient- og brukergrupper plikten omfatter, ~~og~~ om planens innhold, og om bruk av elektroniske løsninger for individuell plan.

Til § 9-10. Plikt til å føre journal

Denne bestemmelsen framstår for oss som overflødig. Det kan vel ikke herske noen tvil om at "Reglene i helsepersonelloven kapittel 8 om dokumentasjonsplikt og forskrift om pasientjournal gjelder"? Dersom intensjonen er å utvide virkeområdet for nevnte bestemmelser, bør dette presiseres.

Forslag til endringer i helsepersonelloven

Til § 3. Definisjoner

Den nåværende definisjon av helsehjelp, "*enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell*" er etter vår mening god. Definisjonen har en logisk oppbygging (fra forebygging via behandling til rehabilitering) som vi mener er lett å forstå for de som har behov for å forholde seg til begrepet.

Pleie og omsorg representerer etter vår mening *eksempler på aktiviteter* som utføres for å kunne nå slike mål som beskrives av de ledd som omfattes av den nåværende definisjonen, og vi mener videre at de mål som settes for gjennomføringen av pleie- og omsorgsaktiviteter nettopp vil være av "forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende" natur. Å ta inn "*pleie og omsorg*" i definisjonen slik som foreslått i høringsnotatet, vil innebære at en i tillegg til en uttømmende liste på et overordnet nivå over hva som dekkes av definisjonen, også inkluderer *eksempler* på et mer detaljert nivå. Dette bryter etter vår mening med prinsippene for en god definisjon. Ønsker en å ta med eksempler på hva som dekkes av en definisjon, kan dette gjøres i en merknad.

Vi kan således ikke se at den foreslåtte tilføyelsen "*pleie- og omsorg*" innebærer noen realitetsendring i forhold til det som alt er dekket av definisjonen og foreslår derfor at definisjonen beholdes uforandret. Vi foreslår videre at definisjonen i pasientrettighetsloven § 1-3 endres slik at den blir i samsvar med definisjonen i helsepersonelloven.

Pasientrettighetsloven

Til § 1-3. Definisjoner

Vi anbefaler at det også her tas med en definisjon av begrepet "tjenestemottaker" og at dette begrepet benyttes gjennomgående i de bestemmelser som både skal gjelde for "pasienter" og "brukere".

Se for øvrig våre kommentarer til § 1-3 i Forslag til lov om kommunale helse- og omsorgstjenester.

Spesialisthelsetjenesteloven

Til § 2-5. Individuell plan

Her foreslår vi følgende endring i siste ledd:

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om hvilke pasientgrupper plikten omfatter, ~~og om planens innhold, og om bruk av elektroniske løsninger for individuell plan.~~

Til § 3-2. Journal- og informasjonssystemer

Her foreslår vi følgende endring i første ledd:

Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige *og at de oppfyller de krav som er stilt til slike systemer i lov eller i medhold av lov.* Helseinstitusjon som omfattes av denne loven skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.

Helseregisterloven

Vedr. begrepet "helse - og omsorgstjenesten"

Vi antar at loven er ment å gjelde både den kommunale helse - og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og andre som yter helse - og omsorgstjenester. Ettersom spesialisthelsetjenesten utvilsomt er en del av helsetjenesten, blir det noe forvirrende å benytte "helse- og omsorgstjenesten og (eller) spesialisthelsetjenesten" som det er gjort en rekke steder i forslaget til endringer til denne loven.

For å bote på dette foreslår vi at følgende definisjon tas inn som nr. 12 i § 2. Definisjoner:

12. *helse - og omsorgstjenesten: de virksomheter som yter helse - og omsorgstjenester, herunder virksomhetene i spesialisthelsetjenesten, den kommunale helse - og omsorgstjenesten og private virksomheter som yter slike tjenester.*

Foretas denne endringen, kan "helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten" erstattes med "helse - og omsorgstjenesten" i § 1. Tilsvarende kan "helse- og omsorgstjenesten, og spesialisthelsetjenesten" erstattes med "helse- og omsorgstjenesten" i § 3 første ledd nr. 1 og 2 samt i annet ledd.

I § 6c nr. 2 antar vi det korrekte vil være [...] *den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten* [...].

Til § 6 nytt fjerde ledd

Slik behandlingsrettede helseregistre er definert i § 2 nr. 7, er dette et register som i det minste delvis er ført elektronisk. I § 6 stilles det videre krav til bruk av elektronisk signatur tilsvarende sikker dokumentasjon, noe som innebærer at nye registreringer i registret må skje elektronisk. Pasientjournaler som i sin helhet føres på papir, faller derimot ikke inn under begrepet behandlingsrettet helseregister.

Ut fra dette er det derfor etter vår mening lite hensiktsmessig å forskriftsfeste at behandlingsrettede registre skal føres elektronisk. Derimot bør det kunne bestemmes at pasientjournaler skal føres elektronisk. Vi foreslår derfor følgende endring:

Kongen kan i forskrift fastsette at *dokumentasjon av helse- og omsorgstjenester* ~~behandlingsrettede helseregistre~~ skal ~~føres~~ *skje* elektronisk. Kongen kan i forskrift fastsette at utlevering av helseopplysninger fra behandlingsrettet helseregister skal skje elektronisk.

Til § 16. Sikring av konfidensialitet, integritet, kvalitet og tilgjengelighet

KITH er enig i at sertifisering bør nevnes uttrykkelig som en del av den ikke-uttømmende oppstillingen av formål i helseregisterloven § 16 fjerde ledd.

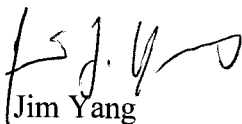
Men ettersom sertifisering er et begrep som blir benyttet på forskjellige måte av en rekke mer eller mindre offisielle sertifiseringsorgan nasjonalt og internasjonalt, bør det tas inn en definisjon av begrepet i § 2. Vi foreslår her følgende:

13. sertifisering: bekreftelse utstedt av en uavhengig tredjepart som dokumenterer at bestemte formaliserte krav er oppfylt og som inneholder en beskrivelse av hvilken metode som er benyttet for å dokumentere at kravene er oppfylt

En slik definisjon kan gi rom for flere nivåer av sertifisering tilpasset behovene innenfor de forskjellige områdene, jf. beskrivelsen tidligere i dette høringssvaret.

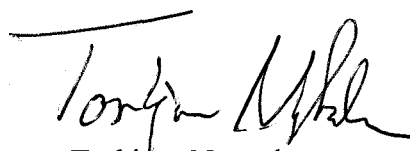
Kontaktperson i denne saken er sjefrådgiver Torbjørn Nystadnes, tlf. 73 59 86 10, e-post: tony@kith.no.

Med vennlig hilsen



Jim Yang

Fungerende adm. dir.



Torbjørn Nystadnes
Sjefrådgiver