

Fra: Fremtidens helsetjeneste
Sendt: 18. januar 2011 14:35
Til: post@lnt.no
Emne: Ditt høringssvar, Grunnlaget for en ny nasjonal helse- og samhandlingsreform, er mottatt

Dette er en bekreftelse på at vi har mottatt ditt høringssvar på temaet Generelle høringssvar.

Grunnlaget for en ny nasjonal helse- og samhandlingsreform
Høringsuttalelse
Avgitt av Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte
Grunnlaget for en ny nasjonal helse- og samhandlingsreform
LNTs syn på bakgrunnen og behovet for en omfattende reform av dagens helsetilbud.
Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte (LNT) har drøftet Stortingsmelding nr 47, Samhandlingsreformen, og utkastene til Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov om folkehelsearbeid.

Stortingsmeldingen sl r allerede innledningsvis fast at vårt helsevesen strever med at

- * Pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok
- * Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- * Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Disse utfordringene er en riktig beskrivelse av dagens situasjon, og er en meget alvorlig oppsummering av helsevesenets tilstand. For kronisk syke mennesker med nyre- eller leversvikt vil et slikt funksjonsnivå på helsetjenestene innebære alvorlige hindringer på veien til en akseptabel behandling og en bedre helse. Som konkrete eksempler på at dagens behandlingstilbud ikke er tilfredsstillende for denne pasientgruppen, og som samsvarer med Stortingsmeldingens egen analyse, kan vi nevne at:

1. Mange dialysepasienter har flere timers reise til nærmeste dialysebehandling, hvilket forverrer deres helsetilstand og på sikt reduserer både deres livskvalitet og levetid.
2. Dialysepasienter som ønsker behandling hjemme på grunn av lange avstander til behandling og redusert førlighet, nektes dette med den begrunnelse at man ikke klarer å avgjøre om det er sykehuset eller kommunen som er ansvarlig for å dekke utgiftene til installering av utstyr.
3. Etter at helseregionene overtok ansvaret for pasientreiser fra NAV, skulle ordningen ikke bare bli mer effektiv og bedre for den enkelte pasient; man skulle i tillegg bruke de midlene man sparte inn på denne omorganiseringen til å forbedre tjenesten til de aktuelle pasientgruppene. I noen tilfeller ser vi at det

motsatte har skjedd; direkte rystende historier om lang ventetid, fulle drosjebiler, lange omturer og påførte ekstra lidelser, har vist at nyordningen for mange har vært en forverring av transporttilbudet.

4. Rikshospitalet har i noen tilfeller ikke hatt kapasitet til å forestå planlagte transplantasjoner av levende giver til nyretransplantasjon. Dette har medført utsettelse som har påført pasientene unødvendige påkjenninger og forverring av helsetilstand.

5. Donorsykehusene, som har i oppgave å identifisere aktuelle organer til donasjon, mister hvert år potensielle organer på grunn av for lav prioritering av opplæring av personale og ressurser til registrering og oppfølging på intensivavdelingene.

6. Kommunehelsetjenesten har ikke tilstrekkelig kompetanse på tidlig avdekking av nyresvikt. Dette fører til at pasientene ikke får en nødvendig behandling som kan utsette eller unngå dialyse og transplantasjon.

Dette viser noen enkle eksempler på at Stortingsmeldingen har identifisert grunnleggende svakheter i helsevesenet, som har særlig innvirkning på situasjonen for en gruppe kronisk syke. Det vil derfor være avgjørende at man i arbeidet med reformer og omstilling setter klare mål for hvordan behandlingstilbud og ressursbruk skal bidra til å gjøre behandlingen bedre.

Også Helsedirektoratets "Folkehelsearbeidet - veien til god helse for alle", gir gode pekepinner på hva som kan gjøres i et nasjonalt perspektiv. Her omtales for eksempel alvorlige utfordringer innen migrasjonshelse. LNT opplever fra tid til annen at innvandrere som blir nyresjuk ikke like lett faller inn i et godt behandlingsmønster. Dette vedrører ikke bare språkproblemer og behov for tolking, men også holdninger med bremsende effekt på begge sider av behandlingsbenken. Informasjon og veiledning er avgjørende virkemidler i arbeidet for å optimalisere behandlingen, og her kan pasientforeninger i større grad delta aktivt om det tillates. Både gjennom Lærings- og mestringssentrene, besøkstjenesten, og foreningens informasjonsvirksomhet for øvrig, bidrar LNT til å gjøre innvandrerpasienters hverdag lettere.

I en utvidet bruk av begrepet "helseadferd" kan man identifisere utfordringer som både angår holdninger, fysisk aktivitet, kosthold og bruk av rusmidler. God adferd, også på helserelaterte områder, må læres. Det vil være et stort tap for helse-Norge om myndighetene ignorerer eller nedprioriterer det bidrag som pasientforeninger kan og vil yte til en bedre folkehelse. Den støtte som slike foreninger kan gi til helsepersonale og pasienter kan være avgjørende for en vellykket behandling, og er av en karakter som selv godt utdannede spesialister ikke innehar kompetanse til uten at de selv har hatt skoen på.

Et mer omfattende frisklivstilbud, hvor pasientforeninger får anledning til å fremme god helseadferd gjennom aktiv

deltakelse, vil trygge pasienten og spare budsjettene. Dersom det er slik at godt organiserte pasientforeninger med opplæring og samarbeid innehar helsefaglig kompetanse som kan nyttiggjøres, vil det være uheldig å neglisjere muligheten til å inkorporere disse i et øvrig tverrfaglig arbeid både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

Pasientforeningene ønsker å utøve en påvirkning på norsk helsevesen. LNT har i mange år hatt et nært samarbeid med både Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet. Særlig gjennom FFO, men også i direkte dialog og samarbeid, har vi sett mange eksempler på at våre helsemyndigheter tar oss med på råd i saker som har stor betydning for våre pasientgrupper. LNT vil også i fremtiden vektlegge dialog og samarbeid, og har i flere møter og uttalelser framsatt forslag og råd i diskusjonene rundt Stortingsmelding nr 47 og tilliggende dokumenter.

LNTs hovedkonklusjoner kan i denne sammenhengen oppsummeres på følgende måte:

1. Samhandlingsreformen har en riktig helsepolitisk retning
2. Tidlig diagnostisering og behandling kan utsette og kanskje avverge akutt nyresvikt, og bidra til en bedre livskvalitet for nyrepasienter
3. Forutsetningene for at reformen skal lykkes på kommunalt nivå, er tilstrekkelige ressurser og en omfattende kompetanseheving
4. Pasientforeningene må delta i tilrettelegging både på sentralt og lokalt nivå
5. Forbedret tilbud i primærhelsetjenesten må ikke redusere nødvendig tilgang til spesialisthelsetjenestene
6. Samarbeid mellom små kommuner må ikke medføre en forringelse av tilbudet til kronisk syke[1]
7. Bruken av lokale frivillige organisasjoner i rehabilitering må skje i samråd med og under kontroll av fagpersonale i helsevesenet
8. Pasientforeningene må aktivt bidra til å følge opp HODs tilråding i helseregionene

Man bør i særlig grad vektlegge prioritering av:

- * Økt innsats for å begrense og forebygge sykdom
- * Større vekt på koordinering av pasientenes behov
- * Tilrettelegging for tidlig intervensjon
- * Tidligere avdekking av funksjonssvikt, slik at rehabilitering kan iverksettes
- * Mer kronologi i behandlingsrekken for kronisk syke
- * [2]Pasientmedvirkningen styrkes i alle ledd
- * Mer ansvar på kommunenes helse- og omsorgstjenester
- * Større nærhet til primærhelsetjenester
- * Lærings- og mestringstilbud i alle kommuner
- * Tilrettelegging for økt bruk av hjemmedialyse
- * Mer helhetlig tilnærming til behandlingstilbud
- * Pasientorganisasjonenes rolle oppgraderes

- * Kommunenes ressurser økes med nye oppgaver

I tillegg bør man i framtidig samhandling være særlig oppmerksom på at

- * Kronisk sykes tilgang på spesialisthelsetjenestene er ikke godt nok avklart
- * Små kommuner kan vanskelig klare alle de nye oppgavene uten et nært samarbeid
- * Kommunene må få de nødvendige midler til økt ansvar
- * Kommunesamarbeid kan medføre mer reising for pasientene
- * Kommunale tverrfaglige team kan pulverisere nærtilbud
- * Færre sykehusinnleggelser må ikke kun motiveres av sparing av penger
- * Bruk av selvhjelpsgrupper og frivillige organisasjoner må sikres faglig veiledning
- * Treningsgrupper uten fysioterapeut kan være en forringelse av tilbud uten fagkompetanse
- * Kompetansebygging i primærhelsetjenesten tar tid
- * Mer kommunal styring kan medføre kamp om helsekroner

Den nye loven om folkehelse gjelder økning av kroniske sykdommer.

§ 4.2 i den nye folkehelseloven gjelder også vår pasientgruppe. Økning av nyresykdom i befolkningen er en virkelighet man må forholde seg til. En dialysesituasjon og organtransplantasjon er behandlingsbehov som stadig flere pasienter møter. Tilgjengeligheten av forskjellige dialyseformer, både hjemme og på sykehusavdelinger, er av stor betydning for pasientenes livskvalitet og livslengde. Også tilgangen på organer fra landets 28 donorsykehus, og effektiviteten ved rikshospitalets transplantasjonsavdeling er av avgjørende betydning for kvaliteten på det behandlingstilbudet som pasienter med nyre- og leversvikt er avhengige av.

Tilgangen på organer er i dag ikke tilstrekkelig, på tross av stadige kampanjer og tiltak fra Stiftelsen Organdonasjon, LNT og andre pasientorganisasjoner. Gjennom et langsiktig og godt samarbeid med både FFO og helsemyndighetene vet vi at det arbeides for å styrke tilgangen på organer for transplantasjon, og regjeringen har satt klare mål for dette arbeidet. Likevel er det langt fram før organtilgangen er i samsvar med det reelle behovet, slik at køene kan reduseres og pasienter slipper å vente i årevis på organtransplantasjon. Dessverre dør pasienter i køen for transplantasjon, og i tillegg vet vi at ventetida medfører unødvendige lidelser og tilleggsplager for mange.

Særlig arbeidet ved donorsykehusene er viktig for å sikre at alle potensielle organer blir tatt vare på til transplantasjon. Dette er avhengig av at intensivavdelingene ved disse sykehusene fungerer svært godt, at de har en donoransvarlig lege, og at personalet er opplært til å møte de pårørende med en positiv og profesjonell holdning til organdonasjon.

- * Et overordnet mål må være å gi flere mennesker tilbud om livreddende transplantasjon
- * Det må være en nasjonal målsetting å øke antall organdonasjoner og transplantasjoner
- * Det må avsettes tilstrekkelig ressurser til de donoransvarlige teamene ved donorsykehusene
- * Alle donorsykehusene må ha en intensivavdeling som fungerer optimalt, med alle nødvendige verktøy som utstyr og et effektivt nasjonalt registreringssystem
- * Potensielle donorer må identifiseres på en for alle tilfredsstillende måte
- * Donorsykehusene må sørge for at aktuelt personale er meget godt opplært, både for å takle sin medisinske del av arbeidet, og samtalen for å få et positivt svar fra pårørende

Tilgangen på nefrologer er allerede i ferd med å bli en flaskehals i systemet. Vi vet at nefrologene er godt skikket til å ivareta de nyresykes helsesituasjon, både før og etter en transplantasjon. Vår erfaring er at allmennleger og fastleger ved kommunale helsesentre ikke kan forventes å være helt oppdatert når det gjelder disse pasientene behandlingsbehov. Dersom lovens intensjon er at denne pasientgruppens behandling i større grad skal imøtekommes på kommunalt nivå, er det et klart behov for en økt innsats for å motivere og skolere legene som arbeider der.

Også diabetespasienter står i fare for å utvikle nyresvikt. Kommunelegene vil derfor spille en sentral rolle i arbeidet med forebygging for å utsette eller forhindre nyresvikt, dialyse og transplantasjon for denne gruppen og andre som kan utvikle nyresykdommer. En god kontroll og tidlig avdekking av behov for forebyggende behandling vil både være gode tiltak for helse og for nasjonal økonomi. Det er viktig at man på kommunalt nivå utvikler rutiner for å fange opp organsvikt på et tidlig stadium, og forberede legene faglig for at dette skal bli mulig. Også samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er avgjørende for å våre pasientgrupper skal få en god behandling og oppfølging.

§ 5.2 om utvikling av nye perspektiver i folkehelsearbeidet er av stor betydning for mennesker med nyre- og leversvikt. Kanskje bør vi stille oss spørsmålet om hvordan man kan skolere mennesker for å bli bedre i stand til å ta vare på egen helse, og å mestre egen livssituasjon. Viktige stikkord her er forståelse, innsikt og vilje hos den enkelte.

Først og fremst må individet få forståelse av sin egen situasjon og hvordan man best mulig kan ivareta egen helse. Her trengs både motivering og forståelse, og også en viss grad av tilrettelegging i kommunale helsesentre, for å kunne stimulere den enkelte til å hindre en unødvendig forverring av egen helsesituasjon. Dette er også avhengig av at den enkelte har vilje til å opprettholde det positive og i stand til om nødvendig å endre egen livssituasjon. For

nyresyke er det spesielt viktig at man tidlig i behandlingen informeres om de forskjellige formene for dialyse, og at pasienten får en reell mulighet til i samarbeid med sin lege finne den behandlingsformen som passer best. God informasjon om alternative dialysebehandlinger er en viktig del av grunnlaget for et behandlingsvalg som er det beste for den enkelte.

Ny lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

* LNT støtter forslaget om en felles kommunal helse- og omsorgslov, harmonisert med annet lovverk. Det må tas høyde for nødvendige tilpasninger når helselovgivningen også skal omfatte tjenester etter sosialtjenesteloven.

* LNT mener det er nødvendig med drøfting om hvordan kravet til forsvarlighet skal forstås og anvendes, og er usikker på om Departementets oppfatning av at forsvarlighetskravet er en betegnelse på en kvalitetsmessig minstenorm.

* LNT er bekymret for at forslaget om profesjonsnøytralitet kan skape usikkerhet om hva som er tilstrekkelig kompetanse i utførelsen av enkelte tjenester.

* LNT støtter forslaget om å regulere kommunens overordnede ansvar for nødvendige helse- og omsorgstjenester som et "sørge-for-ansvar". Dette vil gjøre ansvaret tydelig og det samsvarer med regulering av ansvar for spesialisthelsetjenesten. LNT mener utformingen av lovforslaget kan gjøre det vanskelig både for tjenesteytere og tjenestemottakere å identifisere hvilke tjenester søkere har rettskrav på, og hva slags funksjons- og helsesvikt som utløser retten til helse- og omsorgstjenester.

* LNT er uenig i forslaget om å avvike fra forvaltningslovens alminnelige ordninger og begrense klageorganets myndighet ved overprøving, og er spesielt bekymret for forslaget om å avskjære klageorganets adgang til å fatte vedtak.

* LNT har merket seg at de betydelige utfordringer som ligger i samhandlingen i grenseflaten mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten skal løses ved lovpålagte avtaler. LNT ser fordeler med å regulere samarbeidet gjennom avtaler, men vil påpeke at dette vil være en krevende løsning å få til å fungere i praksis i alle kommuner.

* LNT avventer forslag til nytt finansieringssystem og andre høringer av lov og forskrift som er på trappene før vi kan gjøre oss opp en endelig mening om hvordan det faglige og økonomiske resultatet av lovforslaget vil se ut.

LNT vil innledningsvis gi støtte til intensjoner og retningsvalg som ligger i å gi kommunene en mer omfattende rolle i helsetjenesten. LNT håper samhandlingsreformen vil bidra til å vitalisere kommunenes rolle innen helsetjenesten. LNT støtter at kommunene på tilsvarende måte som de regionale helseforetakene får et helhetlig "sørge-for ansvar" slik departementet foreslår.

LNT savner imidlertid et tydelig og overordnet fokus på brukernes behov for gode og likeverdige tjenester av høy kvalitet til rett tid som formål med reformen, men savner også et sterkere fokus på "den nye pasientrollen" og et gjennomgående pasient- og medvirkningsperspektiv i dokumentene.

LNT støtter at kommunene får ansvar for helsehus eller distriktsmedisinske sentra. Overføring av oppgaver fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten må skje gradvis i samhandling mellom nivåene og tilpasses kompetanseoppbyggingen i kommunene. Tilbud må ikke legges ned før nye er etablert. Mange kommuner vil trenge lang tid på en slik omstilling. LNT ser for seg at det i en overgangsperiode åpnes for at helsehus/DMS kan drives av spesialisthelsetjenesten i samarbeid med kommunehelsetjenesten.

LNT støtter forslaget om at kommunene får en lovmessig plikt til å ha tilbud om "øyeblikkelig hjelp" døgnopphold for pasienter som har behov for pleie- og omsorg, medisinsk tilsyn, men uten slik alvorlighetsgrad at pasienten må til spesialisert utredning/behandling i sykehus. Dette gjelder uavhengig av alder, diagnose og virksomhetsområde.

LNT gir sin fulle støtte til at også kommunene får ansvar for bruker- og pårørendeopplæring, men mener at formuleringen i lovutkastet om kommunens ansvar for "opplæring i dagliglivets praktiske gjøremål" ikke er god/tilstrekkelig.

LNT vil også gi uttrykk for bekymring for at kommunene, tross intensjonene i planene, lovverket og andre føringer, ikke har/får økonomi til å prioritere forebyggende, behandlende og rehabiliterende helsetilbud. LNT savner at det angis muligheter for øremerking eller sanksjoner for kommuner som ikke i tilstrekkelig grad prioriterer utbygging av helsetilbudene.

LNT vil understreke at pasientenes/brukernes rettigheter må forbli sterke og at kommunenes plikter om nødvendig må presiseres gjennom forskrifter. LNT har forståelse for at veksten i kommunesektoren de kommende årene må være sterkere enn veksten i spesialisthelsetjenesten.

Generelt vil LNT påpeke en usikkerhet på om kronikerne er godt nok ivaretatt. Det kan synes som hovedfokus er på den eldrebølgen som vil vokse frem kommende år. Dette er et viktig, men man må samtidig ikke miste av syne det behov for helse- og omsorgstjenester som andre pasientgrupper har.

LNT mener det er for mange spørsmål som ikke avklares. Dels skal det ytterligere utredninger på plass, som for eksempel kommunal medfinansiering, dels skal viktige utkvitteringer skje gjennom bruk av forskrift.

LNT vil også stille spørsmål ved om igangsettingen av samhandlingsreformen er godt nok forberedt. Det er nok her

å vise til de erfaringene man har med NAV-reformen.

LNT er ikke trygg på at lovforslaget vil sikre brukerne forsvarlige tjenester.

Vurderingen om hva som er nødvendig og forsvarlig er nærmest monopolisert til kommunen. Brukerne synes å være plassert på sidelinjen. I en tid hvor brukervedvirkning og brukerkompetanse har vært i fokus er dette et skritt tilbake.

LNT mener ikke at brukerne skal kunne diktere hvilke tjenester de skal ha, men i lovforslaget er brukernes medinnflytelse og følgelig (pasient-)rettigheter ofret til fordel for det kommunale selvstyre.

Når det gjelder klageadgang, ser man i dagens system at Fylkesmannen kan overprøve vedtak etter

sosialtjenesteloven dersom kommunens skjønnsutøvelse er åpenbart urimelig. Etter kommunehelsetjenesteloven

kan avgjørelser om helsehjelp påklages til Helsetilsynet i fylket (Fylkesmannen).

LNT mener det svekker rettssikkerheten at fylkesmannen ikke lenger kan treffe nytt vedtak i klagesak. Vi mener det

legges for stor vekt på kommunens frihet til å utøve

hensiktsmessighetsskjønn uavhengig av statlig klageorgan. Vi

etterlyser en grundigere problematisering av avveiningen mellom kommunens behov for mest mulige frie rammer

i sin tjenesteyting og brukernes behov for gode individuelt tilpassede tjenester.

I høringsnotatet synes brukerperspektivet fraværende på dette punktet.

Det er ikke tillitsvekkende at

motforestillingen formuleres som "at det kan føre til noe lengre tid før pasientens og brukerne får et endelig vedtak.

Pasientenes og brukernes rettsikkerhet vil imidlertid være ivaretatt ved at de også kan klage over kommunens nye vedtak."

At det kan ta lengre tid, og i mange saker vesentlig lengre tid, er et viktig argument for å gi klageorganet adgang til

å treffe nytt vedtak. I mange av sakene er tidsfaktoren kritisk! At man

også kan påklage det nye vedtaket styrker på ingen måte rettssikkerheten.

Det kan ikke ses bort fra at i mange tilfeller vil klageorganet treffe et likt eller nesten likelydende vedtak. Et vedtak

klageorganet ikke kan gjøre annet med enn å sende det tilbake til

kommunen. I en del saker vil dermed situasjonen

kunne bli helt fastlåst. Med den konsekvens at brukeren blir sittende uten tjenester eller mangelfulle tjenester.

Når det gjelder kommunens selvstyre, skal man huske Fusadommen som slo fast at brukeren har krav på

tjenester som oppfyller en rettslig minstestandard, men at brukeren ikke stod fritt til å velge hvor tjenestene skulle

ytes, for eksempel i eget hjem eller institusjon.

LNT ber om dette spørsmålet blir avklart. Skal den rettstilstanden

Fusadommen etablerte videreføres eller skal

brukeren selv kunne velge hvor tjenestene skal gis?

Individuell plan (IP) er et allerede etablert system på kommunalt nivå.

LNT mener ordningen med IP har fungert

dårlig. Mange kommuner har ingen etablert rutine for håndtering av IP-søknader.

Ansvarsforholdene er også uklare, derfor er det viktig er det nå klargjøres hvem som har ansvaret for å iverksette

arbeidet med planen og at kommunene fortløpende etablere den lovpålagte koordinatorrollen.

Rehabilitering er et annet etablert og viktig område. Slik LNTL leser høringsnotatet er det ikke lagt opp til noen særskilt satsing på rehabilitering. LNT er kjent med forslag til ny nasjonal helse- og omsorgsplan. LNT oppfatter forslagene her mer som en reorganisering av rehabiliteringsfeltet enn økt ressursinnsats.

Kommunenes tilbud om rehabilitering i dag er svært mangelfullt. Det er godt dokumentert at rehabilitering bedrer funksjonsevne og livskvalitet. Det er viktig at det også er et godt rehabiliteringstilbud "der folk bor og lever sine liv".

LNT mener derfor at retten til kommunal rehabilitering må styrkes. Det er et økende antall nyresyke i Norge. Prognosene viser at dette tallet vil fortsette å øke i mange år fremover.

Rehabilitering etter nyre-/levertransplantasjon et svært viktig tilbud til denne gruppen. De vil trenge rehabilitering både umiddelbart etter transplantasjonen (Spesialisthelsetjenestens ansvar) og i det senere forløpet - ofte livet igjennom (kommunehelsetjenestens ansvar). Vår gruppe er derfor et godt eksempel på en av utfordringene

Samhandlingsreformen har som siktemål å løse.

Kommunens ansvar for utskrivningsklare pasienter

LNT støtter forslaget om at kommunen fra og med dag en skal dekke utgifter for pasienter som er ferdigbehandlet.

Det er viktig at pasienten raskest mulig kan komme hjem til et lokalt tjenestetilbud. Det er god pasientbehandling og god samfunnsøkonomi.

LNT forutsetter at kommunene gis nødvendige økonomiske ressurser til å bygge ut et forsvarlig kommunalt tilbud.

LNT mener at det er urealistisk at alle kommuner i Norge kan etablere et tilbud i egen regi som ivaretar alle de oppgaver og plikter de nå pålegges. LNT mener derfor det må innføres en lovhjemmel som gjør det mulig å

pålegge kommunene samarbeid. Jfr. det som følger av § 27 i folkehelsesloven.

LNT er enig i at fastlegene må få et større ansvar for forebygging og oppfølging av sine listepasienter. LNT støtter derfor de betraktninger som gjøres herom i høringsnotatet.

18. januar 2011 15:35

Svaret kan leses her

Du er registrert som:

Brukertype: Privatperson

Navn: Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte

Brukernavn: LNT

E-post: post@lnt.no

Adresse: Postboks 6727 Etterstad, 0609 OSLO