



Helse og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

Deres ref./deres dato:

Vår ref.:  
2009/600/INFL

Arkivkode:  
G20

Dato:  
27.09.2011

---

**Høringsuttalelse vedr. Forslag til nye forskrifter og forskriftendringer som følge av Prop.91L(2910-2011) Lov om kommunale helse og omsorgstjenester**

Fet kommune vil gi følgende innspill til framlagte forslag til forskrifter og forskriftsendringer.

Høringsuttalelsen begrenses til følgende forskrifter:

- Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.
- Forskrift om kommunal medfinansiering
- Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning
- Forskrift om hva som skal anses for institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten
- Forskrift om helsepersonellovens anvendelse for personell som yter tjenester omfattet av helse- og omsorgstjenesteloven
- Forskrift om individuell plan, herunder bestemmelser om koordinator

De øvrige forslag til endring av eksisterende forskrifter har Fet kommune ingen kommentarer eller innvendinger til.

**1. Forslag til ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.**

- § 3 Spesialisthelsetjenestens ansvar for vurdering og varsling.

I forslag til forskrift skal spesialisthelsetjenesten innen 24 timer vurdere om pasienten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller i en kommunal institusjon og varsle kommunen om dette.

Forskriftens fokus på varsling innen 24 timer som det eneste håndfaste kriteriet for å kunne definere en pasient som utskrivningsklar er uheldig. Dette kan føre til at sykehuset for sikkerhets skyld melder en rekke pasienter til kommunen innen denne fristen, pasienter som ikke vil trenge oppfølging fra kommunen. Det kommunale mottaksapparat vil få økt belastning og settes i en beredskap som ikke er reell. Det som er av betydning for kommunen

er å få varsling i rimelig tid med nødvendig informasjon funksjonsnivå og bistandsbehov, ikke at denne meldingen kommer innen 24 timer.

I forslaget til forskrift skal spesialisthelsetjenesten vurdere om pasienten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller i en kommunal institusjon og varsle kommunen om dette. **Vi mener spesialisthelsetjenesten ikke skal vurdere om dette skal tilbys i hjemmet eller i institusjon. Denne vurderingen skal kommunen gjøre selv.** Det bør heller presiseres at spesialisthelsetjenesten skal vurdere om det vil være behov for videre oppfølging, skissere forventet bistandsbehov, anslå utskrivningstidspunkt og varsle kommunen om dette. Så er det opp til kommunen å finne et faglig forsvarlig tjenestetilbud. Det er kommunen og ikke spesialisthelsetjenesten som kjenner kommunens totale tilbud, og best kan tilpasse dette til den enkelte bruker. Brukers eget ønske bør også tillegges betydelig vekt

- § 4 Vilkår for at en pasient skal anses som utskrivningsklar

*”En pasient er utskrivningsklar når en lege i spesialisthelsetjenesten vurderer at det ikke er behov for ytterligere behandling i spesialisthelsetjenesten. Avgjørelsen skal være basert på en individuell medisinskfaglig vurdering. Når en pasient er definert utskrivningsklar skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart varsle kommune”*

Denne definisjonen av utskrivningsklar pasient er ikke på noen måte egnet som klargjøring og presisering av nytt lovverk eller som rettesnor for praksis.

Kommunen hadde andre forventninger til forskriftene etter varslingen av disse i Prop. 91L, Forslag til ny Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, hvor departementet under 40.6.3 skriver at det vil bli utarbeidet forskrifter som skal fastsette kriterier for når en pasient er utskrivningsklar. Videre at det legges til grunn at det benyttes en ”felles nasjonal definisjon av hvilke pasienter som er utskrivningsklare. Fordelingen av hva som skal inngå i nasjonale kriterier i forskrift og hva som skal overlates til partene å fastsette gjennom samarbeidsavtalene vil også måtte vurderes i forbindelse med forskriftsarbeidet. Det legges ikke opp til at partene kan avtale seg bort fra den nasjonale definisjonen av utskrivningsklare pasienter.”

I gjeldende forskrifter om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter er det opplistet en rekke punkter som må være ivaretatt før en pasient kan defineres som utskrivningsklar, som nødvendige avklaringer, standpunkt til diagnose(r), videre plan for oppfølging av pasienten, pasientens samlede funksjonsnivå, vurdering av forventet framtidig utvikling og plan for evt. videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. I foreliggende forslag til nye forskrifter er det eneste kriteriet at lege i spesialisthelsetjenesten mener det ikke er behov for videre behandling i spesialisthelsetjenesten og at varslingsprosedyren er fulgt.

Dette er ikke tilstrekkelig.

Forslaget til ny forskrift gir ikke grunnlag for en åpen og transparent dialog mellom likeverdige parter.

Definisjonsmakten på utskrivningsklar pasient ligger utelukkende på lege i spesialisthelsetjenesten. Det er rimelig at den medisinske vurdering ligger der, men det var forventet at forskriftene skulle definere hvilke prosessuelle krav som skulle stilles til spesialisthelsetjenesten som grunnlag for en god pasientflyt over til kommunehelsetjenesten. Fremlagte forslag til forskrift er ikke egnet som en nasjonal definisjon av hvilke pasienter som kan defineres som utskrivningsklare. Det legges opp til at en presisering av begrepet ”utskrivningsklar” skal være en del av samarbeidsavtalene som skal inngås mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, men med en så utydelig føring vil håndteringen av hele forskriften bli ulik. Spesialisthelsetjenesten er i forslag til forskrift gitt definisjonsmakten. Dette er et uheldig utgangspunkt for forhandling mellom det som skal være likeverdige parter når samarbeidsavtaler skal inngås i kjølvannet av disse forskriftene.

Fet kommune ber om en tydeligere presisering av hvordan begrepet ”utskrivningsklar pasient” skal forstås, gjerne tilsvarende konkretiseringen i gjeldende forskrift, som er egnet som referanseramme i dialog mellom kommune og helseforetak. Uten denne presiseringen

gjennom nasjonal forskrift vil dialogen bli vanskelig. Det vil komme en rekke tvistesaker, som igjen vil være vanskelig å konkludere i når definisjonen av utskrivningsklar pasient er så utydelig og lite konkret.

- § 5 Kommunens ansvar

*”Kommunen skal iverksette nødvendige tiltak for å kunne ta imot pasienten fra den datoen det er varslet om utskrivning, jf. §3.*

*Kommunen skal etter å ha mottatt melding fra spesialisthelsetjenesten om en utskrivningsklar pasient, jf. § 4 tredje ledd, gi beskjed om kommunen kan ta imot pasienten og fra hvilket tidspunkt. Kommunen skal avgi svar straks. Dette gjelder ikke dersom det foreligger omstendigheter utenfor kommunens kontroll som ikke gjør det mulig å avgi svar.”*

For at kommunen skal kunne planlegge nødvendige tjenester er det avgjørende at tilstrekkelig informasjon om funksjonsnivå osv, som beskrevet i gjeldende forskrifter, foreligger. I utkast til nye forskrifter er det ikke definert noen krav til dette fra spesialisthelsetjenesten, kun at de skal varsle om en utskrivningsklar pasient som har behov for oppfølging i kommunen. Det er ofte et problem at pasienter skrives ut til kommunen uten tilstrekkelig informasjon. **Det er ikke uvanlig at pasienter skrives ut uten epikrise og medisinaliste.** Grunnleggende prosedyrekrav vil skape forutsigbarhet for både kommunene og spesialisthelsetjenesten. Slike krav vil også sikre en god dialog mellom tjenestenivåene og på den måten forhindre unødvendige reinnleggelser som følge av dårlig kommunikasjon. Forskrifter skal ikke innholde detaljerte prosedyrer, men tydelige føringer. Det gjør ikke det framlagte forslag til forskrifter.

Kommunen har plikt til å svare på melding om utskrivningsklar pasient straks. Dersom dette gjelder en kjent pasient som skal tilbake til samme tjenestetilbud som tidligere, er dette uproblematisk. Men dersom det meldes om en utskrivningsklar pasient med omfattende bistandsbehov, som er ukjent for kommunene og krever etablering av nye tjenester, kan ikke en slik melding besvares utenfor ordinær kontortid uten betydelig opprusting av mottaksapparatet i kommunen. Vedtak om tjenester fattes i dag av tildelingskontor eller annen administrativ enhet i pleie og omsorgstjenesten i kommunen. Skal melding om utskrivningsklar pasient besvares straks uansett ukedag eller tid på døgnet, vil det medføre at pleie og omsorgstjenesten må ha åpent også i helgene, kanskje til og med på kveldstid. Dette vil medføre en betydelig merkostnad for kommunen. Forskriftens formulering ”Kommunen skal avgi svar straks” krever en presisering. **Fet kommune mener det ikke kan forventes svar fra kommunen før påfølgende virkedag**, og at denne dagen blir første dag medfinansieringsplikten slår inn dersom kommunen ikke kan ta imot pasienten.

- § 6 Tidspunkt for betaling og krav til rapportering

*”Betalingsplikten inntreffer fra den dagen pasienten blir erklært utskrivningsklar og de øvrige vilkårene i §§ 3 og 4 er oppfylt, og kommunen har gitt beskjed om at de ikke kan motta pasienten, jf. § 5 andre ledd...”*

Tidspunkt for når betalingsplikten inntreffer må defineres nærmere.

Skal en pasient som meldes utskrivningsklar kl 23.00 belastes kommunen denne dagen? Skal en pasient som meldes utskrivningsklar fredag ettermiddag kl 15.45 belastes kommunen hele helgen og påfølgende mandag? Skal kommunen belastes for den dagen pasienten skrives ut? Denne forskriften har store økonomiske konsekvenser for kommunene og trenger tydeligere presiseringer for å unngå ulik håndtering og konflikter.

Pasientforløpene i sykehus er ofte korte. Det vil være vanskelig, og som regel praktisk umulig for kommunen å etablere et tilbud i løpet av timer.

Forskriften må definere hva som er nødvendig tid for varsling før betalingsplikten iverksettes.

Fet kommune mener betalingsplikten først kan iverksettes første virkedag etter varslingsklar pasient.

- § 7 Krav på redegjørelse

*”Kommunen kan kreve å få en redegjørelse for de vurderinger spesialisthelsetjenesten har foretatt etter §§ 3 og 4.*

*Redegjørelsen skal inneholde tilstrekkelig og nødvendig informasjon slik at kommunen kan etterprøve at vurderingene foretatt av spesialisthelsetjenesten er i tråd med bestemmelsene i forskriften her.”*

Forslag til forskrifter har en definisjon på utskrivningsklar pasient som er knyttet til legens medisinske vurdering av om det er behov for oppfølging i spesialisthelsetjenesten eller ikke og at dette varsles kommunen innen 24 timer. Når dette er innfridd iverksettes betalingsplikten dersom kommunen ikke tar imot pasienten. Meldingsfristen kan kontrolleres, men det er vanskeligere å etterprøve legens medisinske vurdering. Denne vurderingen vil kunne variere etter hvilken lege som er ansvarlig, og vil trolig også påvirkes av perioder med stor pågang på sykehuset. De gjeldende forskrifter med krav om redegjørelse for medisinske avklaringer som er gjort, standpunkt til diagnose(r), videre plan for oppfølging av pasienten, pasientens samlede funksjonsnivå, forventet framtidig utvikling skal være vurdert og plan for evt. videre oppfølging fra spesialisthelsetjenesten er det mulig å etterprøve. Disse kravene er også en forutsetning for å lykkes i gode pasientforløp. I nytt forslag til forskrifter er kravene til redegjørelse for lite presise. Når definisjonen av ”utskrivningsklar pasient” også er for lite konkret, blir dialogen mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen og vurdering av om forskriftene er fulgt vanskelig.

- § 8 Klage

*”Fylkesmannen behandler klage etter §§ 3,4,5,6 og 7.”*

Fylkesmannen kan vurdere om varslingsfristen er fulgt. Legens medisinske vurdering er det vanskeligere å overprøve. Fylkesmannen ville hatt bedre grunnlag for å vurdere om forskriften var fulgt dersom forskriften definerte ”utskrivningsklar pasient” tydelig.

Oppsummering:

Forslag til forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter er ikke egnet som presisering av nytt lovverk og som rettesnor for praksis.

Begrepet ”utskrivningsklar pasient” er kun knyttet til spesialisthelsetjenestens vurdering av om det er behov for spesialisthelsetjenester og til varslingsklar pasient ved behov for oppfølging. Dette er ikke tilstrekkelig som rettesnor for god praksis og som kjøreregler for god dialog mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.

Departementet legger opp til at nærmere utdypning av prosedyrer skal inn i samarbeidsavtalene mellom helseforetak og kommune. Forskriftene gir lite eller ingen føring for disse avtalene, noe som er svært uheldig.

Forskriften bør gi tydeligere føringer og krav til prosedyrer.

Disse kan utdypes nærmere i Samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene.

## **2. Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering**

Forslag til forskrift om kommunal medfinansiering beskriver hvilke diagnoser som omfattes, hvor stor andel av kostnadene kommunen skal dekke, øvre tak for hvor mye kommunen skal

dekke og hvordan dette skal beregnes ut i fra ISF- og DRG-poeng. Det er et etablert system som gir en forutsigbar ramme for medfinansieringen.

Hva skjer når en pasient blir reinnlagt med samme diagnose kort tid etter utskrivning? Da kan spørsmål reises om pasienten reelt sett var ferdigbehandlet, om spesialisthelsetjenesten erklærte pasienten som utskrivningsklar for tidlig. Det er da urimelig om kommunen skal belastes for en ny innleggelse med samme diagnose.

Det framkommer av høringsnotatet at departementet skal se nærmere på retningslinjer for kommunal medfinansiering i tilknytning til retningslinjene for ISF. I denne forbindelse vil departementet også foreta en vurdering av eventuell betaling for reinnleggelser. Dette tar departementet sikte på å framlegge i Prop.S 1 for 2012.

Spørsmålet om forståelse av ansvar for finansiering ved reinnleggelser er et vesentlig punkt. Statsbudsjettet er lite egnet som presisering av forskrift.

Ved å legge dette fram i forbindelse med Statsbudsjettet vil medvirkning i form av høringsuttalelser komme som en del av høringsuttalelser til hele Statsbudsjettet. Dette er uheldig.

Det hadde vært ønskelig om dette spørsmålet var avklart og innarbeidet som en del av det framlagte forslag til forskrift om kommunal medfinansiering. Når dette ikke er gjort, må hele forskriften ut på ny høring når spørsmål rundt ansvar for finansiering ved reinnleggelser er tatt med.

**Fet kommune mener medfinansieringsplikten ikke skal gjelde når pasient reinnlegges med samme diagnose kort tid etter utskrivning, og at dette må defineres nærmere.**

### **3. Forslag til Forskrift om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i institusjon som nevnt i helse og omsorgstjenesteloven og felles trivselsordning**

Gjeldende forskrift gir institusjonen disposisjonsrett til deler av kontantytelsene fra Folketrygden som beboere med langtidsplass mottar, dersom beboer ikke er i stand til dette selv.

I forslag til ny forskrift foreslås at beboernes økonomi skal forvaltes av pårørende eller hjelpeverge, ikke av institusjon. Fet kommune har erfaring for at det blir vanskelig å rekruttere personer som er villige til å være hjelpeverge. Forøvrig har ikke Fet kommune noen innvendinger mot at beboeres økonomi forvaltes av pårørende/hjelpeverge.

### **4. Forslag til Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten**

Bakgrunnen for forslag til ny forskrift er å klargjøre hva som regnes som institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven.

Institusjon som gir helsetjenester kommer inn under helsepersonelloven og medfører bl.a. krav til dokumentasjon. Institusjoner som yter helsehjelp er innenfor virkeområdet til Pasientskadeloven.

Presisering av hva som regnes som institusjon og innholdet i tjenestene er derfor svært viktig. Fremlagte forslag til forskrifter er ment å tydeliggjøre institusjonsbegrepet, men lykkes bare delvis siden krav til innhold i tjenestene er utelatt.

- § 1 Institusjon etter helse- og omsorgstjenesteloven

Følgende tjenester blir definert som institusjon: Sykehjem, aldershjem, bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18, og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige.

Helse- og omsorgstjenesteloven gir hjemmel for å fastsette nærmere bestemmelser med krav til innhold i de kommunale helse- og omsorgstjenestene og å fastsette hvilke institusjoner som skal omfattes av helseinstitusjonsbegrepet.

Krav til innhold i sykehjem er nærmere definert i Forskrift for sykehjem. Noen tilsvarende forskrift for aldershjem, barnebolig eller institusjon for rusmiddelavhengig finnes ikke.

Innholdet i disse tilbudene er varierende. Ordlyden ”helse- og omsorgstjenester”, som er knyttet til både bolig for barn, og tilbud til rusavhengige skulle tilsi krav om at tilbudet skal innebære helsetjenester og ha utdannet helsepersonell.

Vil det si at alderhjem uten helsetilbud ikke er institusjon?

Hvor går grensen mellom helsetjenester og omsorgstjenester? Dette er ikke tydelig definert.

Denne grenseoppgangen er viktig når definisjonen av institusjon er knyttet til at det skal ytes helsetjenester. Er det nok at institusjonen utleverer medisin og derfor må ha helsepersonell til slik utdeling?

Istedenfor en uttømmende oversikt over hva som regnes som institusjon, burde det heller konkretiseres hvilke kriterier som må innfris for å falle inn under institusjonsbegrepet.

Betegnelsen på ulike tilbud i kommunene endres stadig, så den foreslåtte uttømmende liste er allerede utdatert. Sykehjem brukes ikke så ofte lenger. Like vanlig er bo- og behandlingssenter, pleie- og omsorgssenter. En oversikt over kriterier til institusjonsbegrepet ville også være til hjelp for å fastsette hva som *ikke* er en institusjon. Noe som er viktig når begrep som omsorgsbolig, omsorg +, seniorsenter osv. stadig brukes.

- § 2 Institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven

”Som institusjon etter pasientrettighetsloven § 1 første ledd bokstav a, regnes institusjon etter § 1 i forskriften her, ”med unntak av institusjoner der formålet med oppholdet primært ikke er å motta helsehjelp, herunder aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige.”

§ 1 definerer aldershjem og bolig til rusmiddelavhengige som institusjon dersom det er heldøgns helse- og omsorgstjenester. Pasientrettighetsloven gjelder bare dersom formålet med oppholdet primært er å motta helsehjelp. Hvordan skal dette avgrenses? Enten mottas helsehjelp eller ikke. Graden av denne hjelpen kan ikke være bestemmende for om pasientrettighetsloven skal gjelde.

- § 3 Helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonellovens § 3

”Som helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonellovens § 3, regnes institusjon etter § 1 i forskriften her, men unntak av aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester til rusmiddelavhengige.”

Dersom det ytes helsetjenester skal helsepersonelloven gjelde. Unntakene i denne paragrafen blir derfor i strid med helsepersonelloven. Det kan være aldershjem og tilbud til rusmiddelavhengige med omfattende helsetilbud, noe som er kriteriet for å kunne definere tilbudet som institusjon.

## **5. Forslag til ny forskrift om helsepersonellovens anvendelse**

Ny helse- og omsorgstjenestelov opphever det lovmessige skillet mellom helsetjenester og sosialtjenester i kommunen. En konsekvens av denne sammenslåingen er at alt personell som faller inn under den nye loven i utgangspunktet er å anse som helsepersonell, og har plikt til å dokumentere i henhold til pasientjournalforskriften, som pr. i dag har et sterkt helsefaglig fokus.

I Helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 åpnes det for at departementet i forskrift kan regulere nærmere på hvilken måte de ulike bestemmelsene i Helsepersonelloven skal gjelde for personell som ikke er helsepersonell.

- § 1 Helsepersonellovens anvendelse for mottakere av omsorgslønn.

Det foreslås at mottakere av omsorgslønn ikke skal omfattes av helsepersonelloven og det støttes.

- § 2 Dokumentasjonsplikt

Det foreslås at kun de som yter helsehjelp skal ha dokumentasjonsplikt. Dette støttes ikke. Dokumentasjon gjennom journal gir en oversikt over tiltak som er satt i verk, observasjoner, vurderinger, og bidrar til kommunikasjon mellom personell som jobber med samme bruker. Journalen kan også tjene som bevis i pasientskadesaker eller tilsynssaker.

Det er i dag primært helsepersonell som har dokumentasjonsplikt, men krav til dokumentasjon bør også gjelde yrkesgrupper og tjenester som tidligere lå under sosialtjenesteloven, som f.eks. miljøarbeidere som arbeider målrettet med tiltak knyttet til adferd eller arbeidstrening, og hjemmehjelpere som yter praktisk bistand. Dette for å kunne dokumentere hvilke tiltak som er iverksatt og resultatet av disse.

For at utvidet dokumentasjonsplikt skal være et nyttig redskap for samarbeid på tvers av profesjoner i sammensatte saker, er dagens datasystemer en betydelig utfordring, siden ulike fagsystemer ikke kan kommunisere med hverandre. Dette må løses dersom journal skal bli et redskap for tverrfaglig samarbeid.

Støttekontakter, avlastere og mottakere av omsorgslønn bør ikke ha dokumentasjonsplikt.

Unntaket er dersom disse tjenestene er sentrale i et omfattende tverrfaglig tilbud til en bruker.

## **6. Forslag til endring av forskrift om individuell plan og koordinator etter helse- og omsorgslovgivningen.**

I ny lov om helse og omsorgstjenester er retten til individuell plan, koordinator og koordinerende enhet lovbestemt. Dette krever endringer i forskrift om individuell plan.

- § 5a Ansvar for å melde fra om behov for individuell plan og koordinator

Personell under helse- og omsorgstjenesteloven skal snarest mulig gi melding om pasient/brukers behov for individuell plan og koordinator til koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet i kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Dette definerer ansvaret for å påse at nødvendige handlinger for bedre koordinering av tjenester ligger på mange. Ansatte i skoleverket er imidlertid holdt utenfor. En samordning med aktuelt lovverk innen skolesektoren og barnehagesektoren er ønskelig.

- § 6 Ansvar for å utarbeide individuell plan

Koordinerende enhet i kommunens helse- og omsorgstjeneste og helseforetaket har plikt til å sørge for at individuell plan utarbeides for pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester.

Dersom det er behov for tjenester fra både kommune og spesialisthelsetjeneste, har kommunen ansvar for at det utarbeides en individuell plan og at planarbeidet koordineres.

Dette er en presisering av gjeldende forskrift. Hovedansvaret for koordinering er lagt til kommunen. I de fleste tilfeller er dette naturlig, siden hovedtyngden av tjenester som oftest gis

fra kommunen. Det finnes imidlertid eksempler hvor spesialisthelsetjenesten er tyngst inne med tjenester. Da er det vanskelig for kommunen å gjøre en god jobb som koordinator. Det må åpnes for at koordineringsansvaret legges der det er naturlig og ut i fra brukers ønsker dersom det er mulig.

Rådmannen i Fet

Lars Ole Saugnes  
(sign)

Ingrid Flesland  
Konstituert kommunalsjef

Kopi:  
KS

Intern kopi:  
Georg Landau  
Nina Sanderlien  
Nette Lunde  
Åse Dannemark  
Anne Lise Rabbum