



HORNINDAL KOMMUNE HELSE- OG SOSIALETATEN

Helse og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep

0030 OSLO

MELDING OM VEDTAK

Vår ref.
11/384-11/K1-233//AIJH

Dykkar ref.

Dato:
10.10.2011

Politisk uttale - Høyring - samhandlingsreforma - forslag til forskriftsendringar og nye forskrifter

Det ble gjort følgjande vedtak i saka :

Rådmannen sitt framlegg til vedtak:

Utval for oppvekst og helse vedtek høyringsuttalen frå administrasjonen slik den ligg føre.

Frank Westad /s.
- rådmann -

07.10.2011 UTVAL FOR OPPVEKST OG HELSE

UFOH-020/11 VEDTAK:

Samr.: Rådmannen sitt framlegg til vedtak vert godkjent.

Høyring - samhandlingsreforma - forslag til forskriftsendringar og nye forskrifter som følgje av Prop. 91 L (2010-2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstenester.

Departementet foreslår primært å oppheve de fire forskriftene om institusjoners disponering av kontantytelser fra folketrygden på vegne av beboere. Høringsinstansene bes om å kommentere behovet for forskriftene. Sekundært, dersom høringsvarene viser at det likevel eksisterer et klart behov for reglene om institusjonenes disposisjonsrett, vil departementet vurdere å fastsette en felles forskrift.

Høyringsvar:

Kommunane i Nordfjord er av den formeining at forskriftene om institusjonar si disponering av kontantytningar frå folketrygda på vegne av bebuarar er moden for å takast vekk. Det er ei mykje betre ordning å bruke hjelpeverjeordninga, dersom bebuarane ikkje kan disponere ytingane sin sjølv. Ofte kjem kommunen sine tilsette i helse- og omsorgstenestene i ein vanskeleg situasjon omsorgsmessig i høve til pårørande, når og bebuarane sin økonomi skal forvaltest av kommunen.

Forskriftene om felles trivselsordning foreslås foreløpig videreført, kun med tekniske endringer. Departementet ber om høringsinstansenes syn på i hvilken grad ordningen bør videreføres.

Høyringsvar:

Kommunane i Nordfjord kan heller ikkje sjå at det er naudsynt å forskriftsfeste ei felles trivselsordning. Dersom dette er ynskjeleg på ein institusjon er det betre med tiltak som alle sluttar seg til på frivillig basis.

Ny forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter

Departementet er av den oppfatning at grunnleggende prosedyrekrav vil skape forutsigbarhet både for kommunene og spesialisthelsetjenesten. Departementet mener også at slike krav vil sikre en god dialog mellom tjenestenivåene og på den måten forhindre unødvendige re-innleggelser som følge av dårlig kommunikasjon. Prosedyrekravene er ment til å bidra til at begge tjenestenivåene får tilgang til den informasjon som er nødvendig for å være i stand til å gi best mulig pasientbehandling.

Spesialisthelsetjenesten:

- innen 24 timer etter innleggelse gjøre en vurdering av hvor lenge innleggelsen antas å vare, og om man antar at pasienten må skrives ut til helse- og omsorgstjenester i hjemmet eller til en kommunal institusjon i helse- og omsorgstjenesten i kommunen
- innen 24 timer etter innleggelse varsle kommunen om innleggelsen, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt

Det er foreslått et unntak fra 24 timers regelen i de tilfeller hvor det er behov for omfattende eller langvarig behandling på sykehus, og hvor det ikke er mulig å foreta de vurderingene som følger av forskriften, jf. forslag til § 3 tredje ledd. Et eksempel kan være ved en alvorlig trafikkulykke hvor pasientens status er uavklart og det er usikkert hvilket behov det er for kommunal oppfølging etter utskrivning. I slike tilfeller skal prosedyrekravene foretas så snart det er praktisk mulig å

foreta en vurdering av pasienten og antatt videre forløp. Departementet ber høringsinstansene spesielt kommentere disse tidsfristene.

Kommunen:

Departementet vil understreke at det ikke er opp til spesialisthelsetjenesten å vurdere hvorvidt kommunen har et forsvarlig tilbud til vedkommende pasient etter utskrivning. Det er kommunen som skal vurdere hvilket tilbud og hvilket omfang tilbudet til pasienten skal ha, og om tilbudet totalt sett er forsvarlig. Kommunen kan likevel ikke gi beskjed til spesialisthelsetjenesten om at man er klar til å motta en pasient dersom det ikke finnes et forsvarlig tilbud til vedkommende pasient i kommunens helse- og omsorgstjeneste.

I perioden fra kommunen har fått beskjed fra spesialisthelsetjenesten om at en av deres innbyggere er lagt inn på sykehuset frem til pasienten er utskrivningsklar, må kommunen foreta en vurdering av om man er i stand til å gi et forsvarlig tilbud ved utskrivningstidspunktet, jf. forslag til § 5 annet ledd. Det innebærer som nevnt at det er kommunen som avgjør hvorvidt pasienten kan sendes tilbake til kommunen når pasienten har behov for ytterligere behandling i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Denne beskjeden skal gis straks etter at kommunen har fått melding om pasienten er utskrivningsklar.

Utgangspunktet er likevel slik at kommunen ikke kan avvente med å gi svar til dagen etter de har mottatt melding om utskrivningsklar pasient fra spesialisthelsetjenesten. Dersom kommunen uten saklig grunn ikke avgir svar, inntreter betalingsplikten. Dette gjelder også i tilfeller hvor kommunen får beskjed fra sykehuset om en utskrivningsklar pasient etter ordinær arbeidstid. Kommunens ansvar for pasienter som er utskrevet fra sykehuset med behov for kommunale helse- og omsorgstjenester gjelder hele døgnet.

Innspel:

Kommunane i Nordfjord vil merke at det er positivt at det i forskrifts form er lagt opp til ein detaljert mal for korleis samhandlinga mellom helseføretak og kommune skal gjennomførast. Det er likevel viktig at det vert sett som krav at partane skal ha forplikande avtaler som er framforhandla i fellesskap på dette området og som forpliktar begge partar. Vidare er det viktig at spesialisthelsetenesta ikkje vurderer om pasienten skal skrivast ut til helse- og omsorgstenester i heimen eller til ein kommunal institusjon, men at dei melder frå til kommunen om pasienten sitt funksjonsnivå og kva omfang av hjelp han (pasienten) treng. Dette må gå klårt fram av sjølve forskrifta. Det er viktig med ein tett dialog mellom spesialisthelsetenesta og kommunen om kva hjelp pasienten har trong for og kva tilbod kommunen skal gje. Kommunane må ha det avgjerande ansvaret for det tilbodet kommunen skal gje etter sjukehusopphaldet.

Forskrift om kommunal medfinansiering

Et viktig element i samhandlingsreformen har vært å etablere en økonomisk forbindelse mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, som igjen skal bidra til å oppnå et mer helhetlig og koordinert tjenestetilbud for pasientene. Et annet viktig element i reformen har vært å gjøre det lønnsomt for kommunene å bygge opp tilbud lokalt.

Kommunal medfinansiering innebærer at kommunene får et økonomisk medansvar for innbyggernes medisinske innleggelser og konsultasjoner i spesialisthelsetjenesten.

Det er lagt til grunn at kirurgi og fødsler ikke skal inkluderes i den kommunale medfinansieringen. I tillegg skal nyfødte barn og pasientbehandling med kostbare biologiske legemidler, unntas fra medfinansieringsgrunnlaget.

Det legges opp til et tak på inntil 4 DRG-poeng, eller om lag 30 000 kroner, for særlig ressurskrevende enkeltopphold. Kommunal medfinansiering omfatter i første omgang bare somatisk aktivitet som er inkludert i den innsatsstyrte finansieringen (ISF).

Kommunal medfinansiering gjelder ikke for privatpraktiserende avtalespesialister, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelavhengige og opphold i private opptreningsinstitusjoner.

Intensjonen med både denne forskriften og forskrift om utskrivningsklare pasienter er imidlertid at kommunene skal få et insentiv til over tid å bygge ut kostnadseffektive tilbud i kommunene som kan gi pasienter et like godt eller bedre tilbud til pasienter som i dag er på sykehus.

Betalingsplikten skal være 20 prosent av enhetsprisen for ett DRG-poeng. Et DRG-poeng er i 2011 kr. 36 968.

Innspel:

Intensjonen med denne ordninga ser Nordfjordkommunane er god. Vi vil likevel påpeike at det er fastlegane i kommunen (som kommunen ikkje kan overprøve medisinsk) som legg inn og henviser til spesialisthelsetenester. Dersom legane ikkje opplever tilbudet i kommunane som trygt nok vil dei halde fram med sin praksis. Det verkar svært sårbart for kommunen at den einskilde lege sin henvisningspraksis skal verke så direkte inn på kommuneøkonomien. Det er eit tidkrevjande og kostnadskrevjande arbeid å bygge opp noko nytt og skape tryggleik for at dette er godt nok, før det vert fullt ut brukt. Dette har kommunane trong for ein ekstra økonomisk ressurs for å få dette til. Det må også gjerast utviklingsarbeid der det vert sett nøyare på legar sin ulike praksis for henvisning til spesialisthelsetenesta, jamfør pågåande prosjekt som følgje av Samhandlingsreforma. For utkantkommunaar med rekrutteringsvanskar og vikarstafettar vert tilvisningspraksis ei ekstra utfordring. Staten må ta ansvar for tilstrekkelig tilgang på legar.

Den nye ordninga er ein svært komplisert medfinansieringsmodell som kommunane ikkje har noko erfaring med frå før. Det er difor stor risiko for at kommunane vil ha lite å seie for korleis dette vert gjennomført. Vi er svært uro for lekkasjen av kommunale kroner til helseforetak, som vi skulle nytta til å bygge opp gode nye kommunale tilbud. Ettersom behandling hos privatpraktiserande spesialistar ikkje er omfatta av ordninga, vil distrikt utan tilgang på slike (m.a. Sogn og Fjordane), kome dårlegare ut enn kommunar der mange pasientar vert tilvist private spesialistar.

Vidare vil vi gjere merksam på at ein stor innleggar i norske sjukehus er poliklinikkane ved sjukehusa. Dette har ikkje kommunane noko innverknad på. Korleis henvisningspraksis til spesialisthelsetenestene skal kunne vere reelle tema mellom kommunane og fastlegane må sjåast på i samband med revidering av fastlegeforskrifta. Her må og legane i spesialisthelsetenesta ha ei rolle i samband med å finne ut forskjellig praksis mellom kommunar og den einskilde fastlege og korleis ein evt. Kan endre dette.

Forslag til endringer i Norsk pasientregisterforskriften

Det er forutsatt at nødvendige og relevante data fra NPR skal brukes som grunnlag for økonomisk oppgjør mellom kommunene og de regionale helseforetakene.

Innspel:

Slik vi ser det er dette ein naudsynt tilpassing for å kunne starte opp med kommunal medfinansiering av spesialisthelsetenesta.

Fordeling av kostnader mellom kommuner, vederlag og disponering av kontantytelser

Oppholdsprinsippet legges som hovedregel til grunn for kostnadsfordelingen.

Unntaket fra oppholdsprinsippet i sosialtjenesteloven § 10-1 andre ledd gir refusjonsregler som var nødvendige i en tid da mange og store institusjoner rundt omkring i landet ble bygget ned og beboerne bosatte seg i institusjonens nærområde. Mange av beboerne var kommet fra andre kommuner. Med refusjonsordningen, hvor tidligere oppholdskommuner dekket utgiftene til sosiale tjenester, unngikk man en uforholdsmessig belastning for lokalsamfunnene.

Inntil videre foreslår departementet å videreføre gjeldende rett, med noen mindre tilpasninger som nevnt nedenfor i punktene 6.1.2.2 og 6.1.2.3.

Departementet tar imidlertid sikte på å kartlegge omfanget av, og behovet for, refusjonsordningen. Vi ber spesielt om høringsinstansenes syn på bruken av dagens refusjonsordning og behovet for å videreføre dagens ordning for utgiftsfordeling mellom kommunene.

Departementet har i forslaget til ny forskrift § 2 satt regelen om adgang til å kreve refusjon for det som i dag regnes som sosiale tjenester etter utskrivning fra institusjon i parentes, jf. fjerde ledd. Vi ber særlig om tilbakemelding fra høringsinstansene til spørsmålet om denne regelen bør videreføres.

Hørings svar:

Slik Nordfjordkommunane ser det er dette ei forhistorisk ordning. Dei store endringane både når det gjeld nedlegging av institusjonar for psykisk sjuke og for psykisk utviklingshemma er gjennomført for mange år sidan. Dei som no bur i dei kommunane dei ein gang vart utskrivne til må snart få status som fullverdige innbyggjarar i desse kommunane.

Disponering av kontantytelser fra folketrygden

Etter departementets oppfatning er det ikke lenger naturlig å anse sykehjemmet eller institusjonen som den nærmeste til å disponere over deler av pasientens midler.

I praksis bør pasienter eller beboere som ikke selv er i stand til å disponere sine midler derfor få hjelp og bistand enten av nærmeste pårørende eller av en hjelpeverge som utnevnes for vedkommende etter bestemmelser i vergemålsloven.

Departementet foreslår på denne bakgrunn **primært** å oppheve folketrygdloven § 22-4 og ikke å videreføre følgende forskrifter:

Forskrift 11. desember 1988 nr. 1018 om disponering av kontantytelser fra folketrygden under opphold i sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie (disponeringsforskriften)

Kapittel 6 i forskrift 4. desember 1992 nr. 915 til lov om sosiale tjenester

Forskrift 20. mars 1973 nr. 02 om disponering av kontantytelser fra folketrygden til personer innlagt i helseinstitusjoner for langtidspasienter

Forskrift 20. mars 1973 nr. 9769 om disponering av kontantytelser fra folketrygden til pasienter i privat forpleining etter spesialisthelsetjenesteloven § 8-3.

Departementet ber om høringsinstansenes syn på om det er et reelt behov for institusjonenes disposisjonsrett eller om forskriftene bør oppheves.

Hørings svar:

Nordfjordkommunane er samd i at folketrygdloven § 22-4 vert oppheva. Det er ei langt betre ordning å nytte hjelpeverjeordninga for dei som har trong for hjelp til å styre økonomien sin.

Forskriftene om felles trivselsordning med hjemmel i folketrygdloven § 22-5 foreslås foreløpig videreført, kun med tekniske endringer.

Innspel:

Kommunane i Nordfjord kan ikkje sjå at det framleis er naudsynt å forskriftsfeste ei felles trivselsordning. Dersom ei slik ordning er ynskjeleg på ein institusjon er det betre med tiltak som alle sluttar seg til på frivillig basis.

Vederlag for kommunale helse- og omsorgstjenester utenfor institusjon

Departementet foreslår å videreføre i ny forskrift de materielle bestemmelsene i kapittel 8 i forskrift til lov om sosiale tjenester.

Innspel:

Kommunane i Nordfjord ynskjer ei forenkling og evt. samordning med vederlag for helse- og omsorgstjenester i institusjon. Dette bør departementet sjå på i samband med NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg..

Vederlag for kommunal legehjelp og fysikalsk behandling

Departementet foreslår å videreføre forskrift om vederlag for legehjelp og fysikalsk behandling ved kommunens helsetjeneste, med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2 andre ledd. Det foreslås kun å erstatte helsetjeneste med begrepet ”helse- og omsorgstjeneste”.

Innspel:

Ingen merknadar.

Forskrift om institusjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten

Det er etter departementets vurdering behov for å klargjøre i forskrift hva som regnes som institusjon etter loven.

Departementet foreslår at dagens institusjoner og boliger/boformer med heldøgns pleie og omsorg videreføres som institusjoner, slik at følgende regnes som institusjoner etter helse- og omsorgstjenesteloven: Sykehjem, aldershjem, bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for barn og unge under 18 år som bor utenfor foreldrehjemmet som følge av behov for tjenester, herunder avlastningsboliger, og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige.

Innspel:

Ingen merknadar.

Hva som skal regnes som institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven

Etter en helhetsvurdering har departementet kommet til at barneboliger ikke bør unntas fra å være omfattet av institusjonsbegrepet i pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a.

Departementet foreslår at det presiseres i forskrift at aldershjem og boliger med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige på pasientskadelovens virkeområde ikke skal regnes som institusjon under den kommunale helse- og omsorgstjenesten etter pasientskadeloven § 1 første ledd bokstav a. Pasientskadeloven vil derfor ikke gjelde disse institusjonene.

Innspel:

Ingen merknadar.

Hva som skal regnes som helseinstitusjon under helse- og omsorgstjenesteloven etter helsepersonelloven § 3 fjerde ledd

En stor andel av tjenestene som ytes i barneboligene er helsehjelp, og at i mange tilfeller vil et sentralt formål med tilbudet være å yte helsehjelp til barna. Disse institusjonene er det derfor ikke grunn til å unnta fra helsepersonellovens bestemmelser som pålegger helseinstitusjoner plikter.

Departementet foreslår forskriftsbestemmelser som unntar aldershjem og bolig med heldøgns helse- og omsorgstjenester for rusmiddelavhengige fra helsepersonellovens bestemmelser som pålegger helseinstitusjoner plikter.

Innspel:

Ingen merknadar.

Helsepersonellovens anvendelse

Av § 2-1 i helse- og omsorgstjenesteloven følger det at helsepersonelloven skal gjelde tilsvarende for alle som yter helse- og omsorgstjenester i henhold til loven. Bestemmelsen åpner imidlertid for at det i forskrift kan gjøres unntak fra dette prinsippet.

Innspel:

Ingen merknadar.

Mottakere av omsorgslønn

I proposisjonen har departementet lagt til grunn at personer som mottar omsorgslønn, jf. lovforslaget § 3-7, ikke vil være omfattet av helsepersonelloven. Det er vist til at det her er snakk om økonomiske ytelser som gis til en annen enn den enkelte pasient eller bruker, typisk en pårørende, og at det ikke er naturlig å se det slik at denne personen yter helsehjelp i henhold til helsepersonelloven.

Innspel:

Ingen merknadar.

Dokumentasjonsplikt for personell som yter tjenester som ikke er å anse for helsehjelp

Departementet foreslår derfor at det i forskrift med hjemmel i helse- og omsorgstjenesteloven § 2-1 andre punktum fastsettes at helsepersonelloven kapittel 8 ikke skal gjelde for personell som yter tjenester etter helse- og omsorgsloven som ikke er å anse for helsehjelp.

I tilknytning til herværende høringsnotat ber departementet om innspill fra høringsinstansene om hva slags dokumentasjonsplikt som bør gjelde for personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven som ikke er å anse for helsehjelp, og dermed også innspill om hvilke konkrete problemstillinger et fremtidig regelverk bør avklare. Departementet ber også om eksempler fra høringsinstansene på hvordan man i dag dokumenterer de ulike omsorgstjenestene som i dag er regulert i sosialtjenesteloven.

Hørings svar:

Nordfjordkommunane vil presisere at det er helsehjelpa og den personelge hjelpa til brukarane det er viktig å dokumentere. Det er viktig å få dokumentert kva brukaren får hjelp til, korleis det blir gjeven og endringar i behovet. Når det gjeld den praktiske hjelpa er det at hjelpa er blitt utført som er det viktige å få dokumentert.

Forslag til endringer i forskrift om begrensninger i helsepersonells adgang til å motta gave, provisjon, tjeneste eller annen ytelse

Som følge av at helsepersonelloven skal gjelde for alt personell som yter tjenester etter helse- og omsorgstjenesteloven, jf. loven § 2-1 første punktum, vil også gavebestemmelsen i helsepersonelloven komme til anvendelse.

Innspel:

Ingen merknadar.

Rett til helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg ulovlig eller kortvarig i riket m.m.

Alle personer som oppholder seg i Norge, har også rett til øyeblikkelig helsehjelp – både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Videre har alle rett til helsehjelp som ikke kan vente. Rettighetene omfatter både somatiske og psykiske lidelser. Gravide kvinner har rett til nødvendig helsehjelp før og etter fødsel, eller eventuelt svangerskapsavbrudd etter reglene i abortloven. Alle har dessuten rett til smittevern hjelp etter reglene i smittevernloven § 6-1. I tillegg har alle personer som oppholder seg i Norge, rett til helsehjelp som ikke bør vente til frihetsberøvelsen er opphørt, dersom vedkommende er undergitt frihetsberøvelse som nevnt i folketrygdloven § 2-174.

Bestemmelsen om virkeområdet for pasientrettighetsloven kapittel 2, flyttes fra prioriteringsforskriften § 1 til en ny *forskrift om rett til helse- og omsorgstjenester for personer uten fast opphold i riket.*

Departementet har ikke nærmere kjennskap til omfanget av barn som oppholder seg ulovlig i landet, og som vil ha behov for omsorgstjenester. Høringsinstansene oppfordres derfor særskilt til å gi tilbakemelding til denne problemstillingen.

Hørings svar:

Ingen merknadar.

Individuell plan, koordinator og koordinerende enhet

Plikt til å oppnevne koordinator og til å ha koordinerende enhet for habiliterings- og rehabiliteringsvirksomhet er lovfestet.

Koordinerende enhet skal ha overordnet ansvar for arbeidet med individuell plan og for oppnevning, opplæring og veiledning av koordinator. I tillegg er det vedtatt nye bestemmelser som klargjør hvem som har ansvaret for å utarbeide individuell plan og koordinere planarbeidet i de tilfellene en pasient eller bruker har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven.

Koordinatorrollen er profesjonsnøytral, og kommunene må selv vurdere hvem som er best egnet til å inneha koordinatorrollen i forhold til den enkelte pasient eller bruker.

Innspel:

Kommunane i Nordfjord ser det som viktig at brukarar med samansette behov og som treng tenester over lang tid får eit så godt koordinert tilbod som mogleg. Desse brukarane, spesielt born, har og ofte andre kommunale tenester utanom helse- og omsorgstenester. Det hadde difor vore viktig å få klare pålegg frå lovgjerar om at alle tenester som er involverte i høve til ein brukar har dei same pliktene i høve til å yte tenester, lage individuell plan og vere koordinator. Det viktigaste prinsippet er at det er den som kjenner brukaren best som vil vere den beste koordinatoren. Vi ser det difor som sær s viktig å få dette ansvaret kjem inn i anna lovverk for kommunane, som td opplæringslova.

Koordinerende enhet - forskrift om habilitering og rehabilitering

Den koordinerende enheten skal bidra til å sikre et helhetlig tilbud til pasienter og brukere med behov for sosial, psykososial eller medisinsk habilitering og rehabilitering. Det er også presisert at koordinerende enhet skal være lett tilgjengelig for pasienter og brukere og samarbeidspartnere.

Forslag om at koordinator skal erstatte pasientansvarlig lege.

Innspel:

Ingen merknadar.

Nærmere om profesjonsnøytralitet – diverse forskriftsjusteringer som vil bli foretatt

I Prop. 91 L (2010-2011) om lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. har departementet foreslått en profesjonsnøytral lov. Det innebærer at det ikke er foreslått spesifikke innholds- eller kompetansekrav i loven.

Lovens system er lagt opp til at kommunene skal kunne stå mest mulig fritt til å utvikle og organisere sine tjenester i samsvar med lokale forhold og behov.

Kommune skal tilrettelegge tjenestene slik at det sikres tilstrekkelig fagkompetanse.

Innspel:

Ingen merknadar.

Forskrift om oppjustering av driftsavtalehjemler til fysioterapeuter

Det er viktig å sikre at de kommuner som ønsker og ser et behov for å oppjustere eksisterende driftsavtalehjemler faktisk får muligheten til det.

Det er viktig å bidra til at man kommer tilbake til slik ordningen i utgangspunktet var tiltenkt i 1984, nemlig at driftsavtalehjemmelens størrelse er lik praksisomfanget.

Innspel:

Ingen merknadar.