

Helse- og omsorgsdepartementet

Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Deres ref.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

Dato:

15/10442-10

Marit Kildal

29.02.2016

Høring - NOU 2015:11 Med åpne kort – forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene – høringssvar fra Helsedirektoratet

Helsedirektoratet viser til høringsbrev og høringsnotat av 11. november 2015. Helse- og omsorgsdepartementet har sendt på høring en norsk offentlig utredning om forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene, NOU 2015:11 «Med åpne kort». Frist for høring er 1. mars 2016. Helsedirektoratet har følgende kommentarer til de ulike punktene i utredningen:

Personer med psykisk sykdom, selvmordsfare og med rusproblematikk (pkt. 4.4.2)

Helsedirektoratet vil fremheve utvalgets tilrådning om at bruken av tvang i behandlingen både på institusjonsnivå og på samfunnsnivå overvåkes jevnlig slik at eventuelle uønskede situasjoner eller trender i utviklingen kan oppdages, tas opp til drøfting og forebygges.

Behov for bedre kjennskap til ombudsordningen (pkt. 7.3.3)

Utvalget er opptatt av at det legges til rette for at ordningen også benyttes av særlig sårbare pasient- og brukergrupper, for eksempel personer med psykiske lidelser, rusavhengighet eller annet morsmål enn norsk. Helsedirektoratet ønsker å fremheve dette punktet som viktig.

Avgrensning av ombudenes arbeidsområde (pkt. 7.3.4)

Utvalget påpeker at det er litt uklart om ombudenes ansvarsområde også omfatter godkjente fritt behandlingsvalgleverandører (FBV-leverandører) som ikke har avtale med RHF eller andre statlig finansierte helsetjenester.

Helsedirektoratet

Avdeling bioteknologi og helserett

Marit Kildal, tlf.: 24163687

Postboks 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo • Besøksadresse: Universitetsgata 2, Oslo • Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01 • Org.nr.: 983 544 622 • postmottak@helsedir.no • www.helsedirektoratet.no

For de godkjente FBV-leverandørene er det nå bestemt i forskrift¹ at de må forplikte seg til å gi ombudene adgang til lokalene sine, og Helsedirektoratet er enig i utvalgets argumentasjon for en utvidende fortolkning av «den statlige spesialisthelsetjenesten».

For ombudene er det antakelig ikke et problem at det ikke er klart angitt hva som er innenfor deres arbeidsområde, ettersom de uansett har rett til å følge opp leverandørene dersom de ønsker det, jf. nevnte forskrift.

Helsedirektoratet er usikker på hva utvalget legger i oppfordringen til «helsemyndighetene» om å klargjøre ombudenes arbeidsområde og om de med det mener det er behov for en endring i ombudenes lovpålagte arbeidsområde.

«Dette må ikke skje igjen» – Betydningen av ledelse for risikostyring og håndtering av alvorlige hendelser (pkt. 7.4)

Utvalget foreslår å lovfeste at pasienter/brukere/pårørende som har vært utsatt for hendelse med svært alvorlig skade skal tilbys møte med helsepersonell.

Helsedirektoratet er enig i at et møte kan være gunstig for pasienter/brukere/pårørende, men vi er likevel i tvil om en slik ordning bør lovfestes. Det kan lett oppstå tolkningsspørsmål med hensyn til hvem som skal inviteres til møte, hva som forstås ved «alvorlige» hendelser osv., og en antitetisk fortolkning av bestemmelsen vil føre galt av sted (hendelser som ikke anses alvorlige blir ikke fulgt opp med tilbud om møte).

I den lovfestede plikten til å drive systematisk arbeid med pasientsikkerhet, som gjelder for hele helse- og omsorgstjenesten, ligger også plikten til adekvat oppfølging av de alvorligste hendelsene. I plikten til adekvat oppfølging ligger blant annet et krav om at helsepersonell og tjenesteyter skal tilpasse informasjonen som gis til pasienter, brukere og pårørende til den konkrete situasjonen og til hva mottaker av informasjonen har behov for.

Etter vår vurdering kan krav til åpenhet og informasjon i etterkant av uønskede hendelser derfor kunne dekkes gjennom å innta bestemmelser om pasient- og brukervedvirkning i Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten² og eventuelt en presisering i Helsedirektoratets veileder om pårørendes rett til informasjon³.

Helsedirektoratet støtter utvalget når de skriver at helsepersonell må være forberedt og ha trent på de alvorlige hendelsene (kommunikasjon, medmenneskelig håndtering osv), dersom de skal kunne håndtere alvorlige hendelser på en god måte når de inntreffer. Ved trening og simulering kan en oppnå at personellet i større grad er forberedt på å håndtere vanskelige situasjoner på en adekvat måte, herunder holde møter både med pasient, pårørende og

¹ [FOR-2015-10-29-1232 Forskrift om private virksomheters adgang til å yte spesialisthelsetjenester mot betaling fra staten](#)

² Det vises her til Helsedirektoratet høringsuttalelse datert 29. januar 2016 til Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten s. 7 hvor pasient- og brukervedvirkning er kommentert

³ [IS-2213 Pasienters, brukeres og nærmeste pårørendes rett til informasjon ved skade eller alvorlige komplikasjoner](#)

ansatte når situasjonen krever det. Dette bør etter vår vurdering inngå som en del av virksomhetens plikt til å evaluere sin virksomhet og det må vurderes om også dette skal presiseres i Forskrift om styringssystem i helse- og omsorgstjenesten.

Helsedirektoratet vil nevne at vi holder kurs i samarbeid med Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus, og Sosial- og eldreombudet i Oslo om håndtering av de alvorlige hendelsene. Kurset er basert på gjeldende teori rundt konflikthåndtering.

Helsedirektoratet har merket seg at utvalget foreslår at Helsedirektoratet får i oppdrag å omarbeide publikasjonen *God håndtering av alvorlige, uønskede hendelser i helsetjenesten* til en veileder for helse- og omsorgstjenestene slik at den tilpasses norske forhold.

Utvalget mener videre at kvalifiseringen av ledere i helseforetak og i de kommunale helse- og omsorgstjenestene bør utvikles videre og styrkes. Helsedirektoratet støtter dette.

Meldekriterier – herunder om kriteriene for å melde til Meldeordningen og kriteriene for å varsle tilsynsmyndigheten bør samordnes (pkt.7.6.4)

Helsedirektoratet har tidligere⁴ vurdert meldekriteriene i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 i forbindelse med spørsmålet om opprettelse av en meldeordning i den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Det ble da vurdert at operasjonaliseringen av meldekriteriene (gitt i Helsedirektoratets veileder IS-1997) ved at skader innenfor normal risiko ikke skal meldes, bør utgå. Helsedirektoratet er derfor positive til at utvalget foreslår en presisering i spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 om at det skal meldes uavhengig av om utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko. Den justeringen av ordlyden som foreslås er etter vår vurdering en god måte å tydeliggjøre skillet mellom meldeordningen og varselordningen. Den foreslåtte ordlyden bidrar til at formålet med meldeordningen fremheves ved at virksomhetene fokuserer mindre på å vurdere om den enkelte hendelse er å anse som meldepliktig og mer på å melde for å lære.

Melderett for pasienter, brukere og pårørende (pkt. 7.6.5)

Helsedirektoratet slutter seg til utvalgets forslag om at pasienter, brukere og pårørende kan melde fra om skade og nesten-hendelser. Utvalget har anbefalt at det på nettportalen tydeliggjøres hva formålet med en slik melderett skal være og at det i tillegg samles informasjon om meldeordningene på helsenorge.no. Etter Helsedirektoratets vurdering vil dette være gode tiltak for å forhindre at det skapes urealistiske forventninger, både om eventuelle administrative reaksjoner og tilbakemelding om konkret sak til melder.

Helsedirektoratet fastholder for øvrig de vurderinger og anbefalinger som fremkommer i vårt brev til Helse- og omsorgsdepartementet datert 18. desember 2013.

⁴ Brev fra Helsedirektoratet til Helse- og omsorgsdepartementet datert 25. februar 2015

Om utvidelse av meldeplikten og om pliktsubjekt (pkt. 7.6.6)

Utvalget foreslår å utvide meldeordningen til å omfatte også helse- og omsorgstjenesten i kommunene. Helsedirektoratet er positive til en slik utvidelse, samt at det legges til rette for opprettelse av en felles meldeportal for de ulike områdene som tjenesten må forholde seg til (pkt. 7.6.7).

Helsedirektoratet erfarer at de nåværende meldesystemene knyttet til uønskede hendelser på psykisk helse/rus-feltet ikke har fungert etter hensikten når det gjelder å redusere antallet dødelige overdoser eller selvmord. Det som er viktig fra overdoseproblematikkens ståsted er at det er nødvendig å få til et system som også fungerer virksomhetsovergrepene, som har et forskningsperspektiv og som igangsetter tiltak både på samfunnsnivå og på virksomhetsnivå. Etter Helsedirektoratets vurdering kan det være aktuelt å se hen til modellen fra trafikksikkerhetsarbeidet med for eksempel en klassifisering etter «forhold ved fører, kjøretøy og veibane».

Utvalget foreslår også å utvide meldeplikten i spesialisthelsetjenesten til å omfatte alle virksomheter som omfattes av loven – ikke bare «institusjon». Helsedirektoratet støtter i prinsippet også en slik utvidelse.

Utvalget foreslår også å la pliktsubjektet være «virksomhet» (nå: «institusjon») som er omfattet av spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven. *Virksomheter* som har avtaler med spesialist- og/eller den kommunale helse- og omsorgstjenesten vil være omfattet av meldeplikten, men virksomheter/enkelt personer i både spesialist- og primær helse- og omsorgstjeneste uten avtaler vil falle utenfor meldeplikten. Utvalgets egne eksempler på grupper som faller utenfor er jordmødre, allmennleger, fysioterapeuter som ikke har kommunal avtale, og videre kiropraktorer, ortoptister og fotterapeuter. Etter vår vurdering er det vanskelig å forstå at disse gruppene ikke skal melde; risiko for feil og skader finnes også her.

Varslingsplikten til Statens helsetilsyn er foreslått å gjelde alt helse- og omsorgspersonell; dette er foreslått løst ved å hjemle varslingsplikten i utkast til ny helsetilsynslov. Helsetilsynsloven gjelder for alle virksomheter i helse- og omsorgstjenesten med eller uten avtaler, herunder enkeltmannsforetak.

Det fremgår av utredningen at utvalget har drøftet om pliktsubjektet bør være det enkelte helsepersonell, ikke virksomheten, men det fremgår ikke av utredningen hvilke argumenter som taler for og i mot en slik løsning; bare at utvalget har kommet til at meldeplikten bør påligge virksomheten. Det ville etter Helsedirektoratets vurdering styrket konklusjonen om argumentasjon og grunnlaget for konklusjonen ble lagt frem. Som det fremgår av forarbeidene⁵ til helse- og omsorgstjenesteloven så kan virksomheter i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og i spesialisthelsetjenesten ha svært forskjellig karakter. Etter Helsedirektoratets vurdering burde utfordringene ved disse ulikhetene i større grad vært drøftet, herunder utfordringer for helsepersonell som driver enkeltmannsforetak.

⁵ Prop. 91 L (2010-2011) pkt. 21.3.5.2

Helsedirektoratet savner en begrunnelse for hvorfor det ikke vil være aktuelt å benytte helsepersonelloven § 38 som hjemmel for at meldeplikten til Helsedirektoratet legges på det enkelte personell. Helsepersonell som er tilknyttet kommunen ved avtale, vil da ha en selvstendig meldeplikt⁶.

Uavhengig av om meldeplikten legges til det enkelte personell eller på virksomhetsnivå så er det enkeltpersonell som melder. Det kommer ingen meldinger i de lokale avvikssystemene eller til Meldeordningen nasjonalt, uten at det er det enkelte personell som faktisk melder. Det var denne innsikten som bl.a. var grunnen til at helsepersonelloven § 67 a) (*Forbud mot bruk av meldinger etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 som grunnlag for å opprette sak mot helsepersonell i medhold av kapittel 11*) ble innført samtidig med flyttingen av meldeordningen til Kunnskapssenteret.

Danmark plasserer meldeplikten på det enkelte personell. Sverige har meldeplikt for helsepersonellet innad i egen virksomhet.

Etter Helsedirektoratets vurdering er det behov for en ny og grundig pro et contra-vurdering av spørsmålet om å revitalisere helsepersonelloven § 38 for at all helse- og omsorgstjeneste skal være omfattet av Meldeordningen.

Varslingsrett for pasienter, brukere og pårørende (pkt. 7.7.3.3)

Utvalget argumenterer for at pasienter og pårørende skal ha rett til å varsle Statens helsetilsyn om alvorlige hendelser i helsetjenesten.

En slik varslingsrett kan etter Helsedirektoratets vurdering bidra til å styrke tilliten til helsetjenesten og de mekanismer samfunnet har etablert for å granske og ta lærdom av uheldige hendelser. Samtidig vil vi uttrykke en skepsis til forslaget om pårørendes rett til varsling om alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn. Oppfølging av slike varsler er ressurskrevende både når det gjelder vurdering av om det skal gjennomføres stedlig tilsyn og særlig i de situasjonene der det anses hensiktsmessig med slike tilsyn. En formålstjenlig ressursbruk i disse sakene forutsetter at det er en relativt god samforståelse hos meldeinstansene. Det kan også pekes på at pasienter, brukere og pårørende allerede har en rekke muligheter for å melde fra eller søke bistand i forbindelse med uheldige opplevelser i helsetjenesten:

- Henvendelse til tjenesteyter – som bør være den normale prosedyren
- Bistand fra Pasient- og brukerombud
- Melding til Meldeordningen (som foreslått av utvalget)
- Henvendelse til tilsynsmyndigheten med spørsmål om forsvarlig virksomhet
- Erstatningskrav rettet mot Norsk pasienterstatning

⁶ Se Helsedirektoratets brev til Helse- og omsorgsdepartementet av 25. februar 2015 hvor det i punkt 6 er redegjort for forslag til meldenivå

Ytterligere en mulighet for henvendelse eller klage vil lett medføre økt frustrasjon hos de angjeldende. Mange vil kunne oppleve at meldingen ikke medfører noen reaksjon.

Involvering av og rettigheter for pasienter, brukere og pårørende ved behandling av tilsynssak (pkt. 7.7.4)

Utvalget mener at tilsynsmyndigheten bør ha som en fast rutine å vurdere om de selv bør kontakte pasient eller pårørende i forbindelse med varselvurderingen. Helsedirektoratet er enig i dette. Det å involvere pasienter, brukere og/eller pårørende vil kunne bidra til å synliggjøre hendelsen, øke forståelsen og opplevelsen av å bli tatt på alvor i en vanskelig situasjon. Dette vil samlet sett kunne øke opplevelsen av involvering.

Administrative reaksjoner mot helsepersonell (pkt. 7.7.5.2)

Det eksisterende reaksjonssystemet har i store trekk vært en videreføring fra den tidligere legeloven. Reaksjonssystemet er etter Helsedirektoratets vurdering noe unyansert ved at «advarsel» i liten grad er fulgt opp fra tilsyn eller arbeidsgiver, mens autorisasjonstap kan være unødig omfattende. Helsedirektoratet vil gi en betinget støtte til et forslag om økt bruk av begrensninger i yrkesutøvelsen, med oppfølging gjennom arbeidsgiver og tilsynsmyndighet. Vi er kjent med flere undersøkelser som viser at helsepersonell generelt opplever både advarsler og begrensninger i autorisasjon svært alvorlig og personlig – noe uavhengig av om reaksjonen er korrekt. Bruken må derfor være i forståelig samsvar med hendelsen det gis reaksjon på.

En utvikling som foreslått vil for øvrig være i tråd med andre nordiske ordninger «Skærpet tilsyn» i Danmark, «Behörighetsinskränkning» i Sverige, og kunne sammenfalle bedre med en pedagogisk tilnærming, slik det også anføres for virksomhetstilsyn.

Omorganisering av tilsynsvirksomheten – regionalisering – alternative modeller (pkt. 7.7.6)

Utvalget foreslår å endre dagens ordning der tilsyn med helse- og omsorgstjenestene ligger hos Fylkesmennene. Utvalget er kommet til at en løsning med regionale tilsynsenheter og flytting av vedtaksmyndighet vil være den mest hensiktsmessige organiseringen. Det er skissert to ulike modeller. Modell I innebærer at tilsynet med alle helse- og omsorgstjenester regionaliseres. Modell II er en blandingsmodell der tilsynet med de to tjenestenivåene blir skilt i noen fylker, og der regionaliseringen bare omfatter tilsynet med spesialisthelsetjenesten. Utvalget har ikke konkludert med hvilken av de to modellene som bør velges.

Grepet med å endre fra fylke til region, vil etter Helsedirektoratets vurdering til en viss grad kunne gi likere praksis mellom ulike landsdeler, men vil også kunne medføre at tilsynsmyndighetene vil miste fordelene som Fylkesmannsembetene har med god lokalkunnskap. Lokalkunnskap gir gode tilsyn ved at tilsynet kan ta høyde for lokale faktorer og fokusere på områder der tilsynet er kjent med særlig risiko for svikt i pasientsikkerheten.

En samling av tilsynsenhetene i større enheter vil imidlertid gi myndigheten bedre mulighet til å styrke kompetanse innen helsefag, juss og tilsynsmetodikk. Det vil også kunne bidra til effektivisering ved at det regionale tilsynet gis myndighet til å fatte administrative avgjørelser.

Helsedirektoratet støtter derfor i utgangspunktet utvalgets forslag om en regionalisering, men mener at det er behov for å gjøre en nærmere vurdering blant annet av oppgavedeling ved en eventuell regionalisering av tilsyn med spesialisthelsetjenesten. Ved å skille ut tilsynet med helse- og omsorgstjenestene fra Fylkesmannsembetene vil man også kunne tape synergieffekter mellom tilsyns- og direktoratsoppgaver hos Fylkesmennene. Dette har utvalget ikke i tilstrekkelig grad vurdert de mulige følgene av.

I forslaget er det lagt til grunn at varselssakene skal flyttes fra Statens helsetilsyn, undersøkelsesenheten. Ved å flytte varselssakene fra en sentral enhet til regionale helsetilsyn, vil det etter Helsedirektoratets vurdering kunne utvikle seg ulik praksis for hvilke saker som fører til stedlig tilsyn, i motsetning til dagens ordning som sikrer at alle varselssaker vurderes av en enhet. Etter Helsedirektoratets vurdering bør en videreutvikling og effektivisering av varselssakene ivaretas av en sentral enhet for å unngå sprik i praksis.

Når det gjelder forslaget om å fjerne Helsepersonellnemnda for å erstatte ankebehandling med behandling i Statens helsetilsyn, så mener vi dette krever en grundigere gjennomgang enn det utvalget har lagt opp til. Det bør gjøres en fullstendig vurdering av fordeler og ulemper for rettsikkerheten ved å erstatte nemndsbehandling med ordinær saksbehandling i Statens helsetilsyn.

Politiets og påtalemyndighetens behandling av helsesaker (pkt. 7.8.3)

Utvalget foreslår at det innføres en ordning der politiet i helsesaker rutinemessig underretter de pårørende om at saken forelegges tilsynsmyndighetene og om at de pårørende kan ta kontakt med politiet dersom de ønsker å bidra med opplysninger. Utvalget anbefaler også at tilsynsmyndighetene gir sin tilråding i løpet av fem virkedager.

Helsedirektoratet mener at en slik ordning kan være en god måte å holde pårørende orientert om politiets behandling av hendelsen. Det kan imidlertid stilles spørsmål om denne varslingen kan gi pårørende urealistiske forhåpninger til hva politiet foretar seg ved alvorlige hendelser i helsetjenesten. Det bør også vurderes om politiet bør gi slike varsler i samråd med helsetjenesten slik at de kan følge opp pasient/pårørende der de har behov for det.

En undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten (pkt. 7.9.3)

I utredningen har utvalget blant annet diskutert om det er hensiktsmessig å opprette en undersøkelseskommisjon for helse- og omsorgstjenesten. Solberg-regjeringen sier i sin regjeringsplattform; «Regjeringen vil etablere en permanent uavhengig undersøkelseskommisjon for uønskede hendelser.» Utvalget har utredet en modell for dette som et mindretall av utvalgets medlemmer støtter. I høringsbrevet ber Helse- og

omsorgsdepartementet høringsinstansene spesielt om å vurdere den foreslåtte modellen og lovforslaget knyttet til dette.

Utvalget drøfter bredt forutsetninger og argumenter knyttet til en uavhengig undersøkelseskommissjon. Det legges vekt på at en slik kommissjon vil bidra til å styrke tilliten til samfunnets håndtering av uheldige hendelser i helsetjenesten. Det er likevel grunn til å uttrykke betenkeligheter ved å etablere nok en instans for å gjennomgå årsaker og virkninger og rykke ut ved «ulykker» i helsetjenesten.

Helsedirektoratet viser til det som er anført over om de ulike melde- og tilsynsordningene. Dersom en ny undersøkelsesordning etableres, vil det være en stor mulighet for at pasienter og pårørende opplever frustrasjon og manglende oppmerksomhet om «sin» sak når bare et fåtall saker kan aktivisere en slik undersøkelse. Kommissjonens arbeid vil dessuten ikke erstatte den gjennomgang som gjøres av tilsynsmyndigheten og eventuelt av politiet, nettopp fordi kommissjonens konklusjoner ikke skal kunne benyttes til administrative eller påtalemessige tiltak.

Det er også grunn til å bemerke at det ikke er etablert tilsvarende kommissjoner i nærliggende land.

Helsedirektoratet støtter flertallet i utvalget som mener at det ikke vil være hensiktsmessig ressursbruk å opprette en undersøkelseskommissjon. Den eksisterende undersøkelsesenheten i Helsetilsynet er en egen avdeling, den er tverrfaglig sammensatt og har tilgang til den samlede kompetansen i Helsetilsynet. Enheten mottar og følger opp alle varslede hendelser innen fastsatte frister. Helsedirektoratet stiller spørsmål ved om en uavhengig kommissjon vil kunne løse oppgaven bedre eller annerledes enn det som gjøres i dag. En uavhengig kommissjon vil også måtte forholde seg til helsetjenesten og støtte seg på ulike fagmiljøer.

En eventuell undersøkelseskommissjon må gis et klart mandat. Lovutkastet § 2 angir at undersøkelseskommissjonen skal undersøke «*alvorlige hendelser mv. i helse- og omsorgstjenesten*». Mandatet er etter vår vurdering for upresist angitt, og «mv.» er lite egnet til å avgrense kommissjonens virkeområde. Videre er mandatet overlappende med andre instanser på feltet, blant annet Undersøkelsesenheten i Statens helsetilsyn. Det må gjøres en klar avgrensning slik at pasienter, pårørende, ansatte og helse- og omsorgstjenestene kan forholde seg til en offentlig kontrollinstans ad gangen under avviksbehandlingen av alvorlige hendelser.

Det fremgår av § 2 fjerde ledd at «*Departementet kan etter samråd med kommissjonen gi kommissjonen spesielle oppgaver som har betydning for pasient- og brukersikkerheten i helse- og omsorgstjenesten.*» Denne bestemmelsen henger etter Helsedirektoratets vurdering dårlig sammen med at undersøkelseskommissjonen skal være uavhengig etter § 1. Dersom departementet skal kunne påvirke kommissjonens arbeide, må det klart og tydelig spesifiseres hvordan dette skal gjøres, hvis ikke kan det skade kommissjonens legitimitet.

Etter Helsedirektoratets vurdering bør den eksisterende ordningen videreføres og det bør ved behov gis økte ressurser for å bidra inn mot pasienter, pårørende og etterlatte, og til forbedringsarbeid i helse- og omsorgstjenestene. Ved at den kommunale helse- og

omsorgstjenesten får en plikt til å melde fra og varsle om alvorlige hendelser, vil for eksempel oppfølging av selvmord og overdoser, gi et større mulighetsrom for forbedringsarbeid på tvers av nivåene og i samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste.

Vennlig hilsen

Johan Georg Røstad Torgersen e.f.
divisjonsdirektør

Gunhild J. Røstadsand
seniorrådgiver

Dokumentet er godkjent elektronisk