

## Regional utviklingsplan for Helse Nord 2020 – 2035. Høringsuttalelse fra Universitetssykehuset Nord-Norge HF

Universitetssykehuset Nord-Norge HF (UNN) viser til høringsnotatet om regional utviklingsplan. Vi takker for anledningen til å komme med høringsinnspill. Vi har innhentet tilbakemelding fra brukerutvalget og alle klinikker ved UNN.

Brukerutvalget ved UNN uttalte:

*«Brukerutvalget oppfatter den regionale utviklingsplanen som en ordrik plan, men lite konkret. Etter Brukerutvalgets vurdering gir dokumentet for få og for svake styringssignaler. For å kunne gi høyt spesialiserte tjenester til brukere i hele Nord-Norge må planen ha et bevisst perspektiv på UNN som universitetssykehus og som regionalt kraftsenter»*

Høringsuttalelsen ble behandlet i styret ved UNN 4. oktober 2018. Styret sluttet seg enstemmig til høringssvaret og bemerket følgende:

*«Styret vektlegger spesielt nødvendigheten av at den endelige utviklingsplanen i større grad beskriver regionsykehusets rolle som hovedsykehus og universitetssykehus i regionen».*

### **Generelle tilbakemeldinger**

Kapittel to til fire har innhold som i stor grad er kjent og bør være mulig å korte ned vesentlig. På tross av sideantallet gir utkastet i liten grad retning og tiltakene er i liten grad konkretisert.

Det har heller ikke vært en bred involverende prosess med foretakene om arbeidet. Til sammenligning har Helse Sør-Øst i sitt arbeid med regional utviklingsplan 2035 hatt en svært bred prosess med involvering av helseforetakene, brukere og eksterne aktører. UNN mener utkastet bør omarbeides vesentlig. Utkastet til utviklingsplan fremstår som mye tekst, få konkrete tiltak og uten tilstrekkelig forankring. Det kan derfor vanskelig brukes som styringsdokument eller implementeres. For å få utviklingsplanen inn på en bedre prosess

foreslår vi at utkastet omskrives i en skrivegruppe der foretakene og brukerrepresentanter deltar.

For øvrig har UNN syv hovedinnspill til innholdet i den regionale utviklingsplanen:

### **1. Planen underkommunerer UNNs rolle som regions- og universitetssykehus**

For UNN er det viktig at pasientene i Helse Nord får et likeverdig tilbud om høyspesialisert diagnostikk og behandling på lik linje med pasienter i de andre helseregionene i Norge.

UNN omtales som regionens «hovedsykehus» og det er positivt at Helse Nord's utviklingsplan er bedre avstemt mot UNNs utviklingsplan enn tidligere.

Den regionale utviklingsplanen underkommunerer imidlertid i betydelig grad UNNs betydning som region- og universitetssykehus for helheten i Helse Nord og for de sykeste pasientene. Det er etter UNNs syn en vesentlig mangel ved planen at den ikke nærmere beskriver hva det at UNN er regionens hovedsykehus skal innebære. Kapittel 3.5.5. beskriver punktvis de viktigste universitetssykehusfunksjonene. Punktene er kopiert fra lovkravene til å bruke betegnelsen universitetssykehus i Forskrift om godkjenning av sykehus §3-2. Formålet med kapittelet er å beskrive hvilken rolle Helse Nord ønsker at UNN skal ha i regionen. Dette formålet går betydelig utover forskriftens definisjon av universitetssykehus. Nasjonal helse- og sykehusplan 2016-19 stadfester at det er fire regionsykehus i Norge og at UNN er et av disse fire. Videre står det at: *«Regionsykehuset er det sykehuset helseregionen har utpekt som sitt hovedsykehus, og som har det største tilbudet av regionsfunksjoner og nasjonale behandlingstjenester i helseregionen. Videre har regionsykehusene i varierende grad en rolle som leder av faglige nettverk i helseregionene».*

Vi foreslår derfor at man i stedet skriver:

*«UNNs rolle som universitets- og regionsykehus er vesentlig for hele Helse Nord. Den består av:*

- *Høyspesialisert diagnostikk og behandling som kun tilbys ett sted i regionen*
- *Ansvar for å være faglig ledende i regionen i alle fagfelt*

- *Undervisning av helsepersonell på universitetsnivå både grunnutdanning og PhD*
- *Tilby spesialistkandidatene i Helse Nord den delen av spesialistutdanningen som ikke kan oppnås ved lokalsykehus*
- *Utføre grunnforskning, translasjonsforskning og klinisk forskning innen de fleste fagområder og av høy internasjonal kvalitet og bredde»*

Den særskilte utfordringen Helse Nord har med å skulle drive et høyt spesialisert og samtidig uvanlig lite region- og universitetssykehus er ikke nevnt. Vi foreslår derfor at følgende formulering settes inn, basert på lignende formulering fra Nasjonal sykehusplan:

*«Universitetssykehuset Nord-Norge er lite i nasjonal og internasjonal målestokk, men forventes likevel å ha et bredt tilbud av spesialiserte funksjoner. Innenfor de enkelte fagområdene er derfor problemstillingen med lite pasientvolum og sårbare fagmiljøer aktuell.*

Vi etterlyser tiltak for å møte denne utfordringen. Slike tiltak må beskrives i kapittel 6 og 7 og kan kreve en større omarbeiding.

Vi foreslår at siste setning i kapittel 6.5.5. omskrives til:

*«Helse Nord må sikre at region- og universitetssykehusfunksjonen ivaretas når det vurderes om helsetjenester skal desentraliseres eller ved andre endringer i tjenestetilbudet. Dette inkluderer når det oppstår behov for endringer som følge av demografi og medisinsk/teknologisk utvikling.»*

Vi ber om at universitetssykehusets ledende faglige rolle vektlegges tydelig i kapittel 6. Vi foreslår at det tas inn følgende tiltak:

*«Helse Nord vil tydeliggjøre Universitetssykehuset Nord-Norges rolle i de faglige nettverkene i helseregionen og i de ulike pasientforløpene»*

Overnevnte tiltak er i tråd med Nasjonal helse- og sykehusplan der det står at *«Regjeringen vil tydeliggjøre regionsykehusenes rolle i de faglige nettverkene i helseregionen og i de ulike pasientforløpene. Det må avklares hvordan regionsykehusene kan bidra til å sikre kompetanse i alle deler av nettverket.»*

## **2. Psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling**

Regional utviklingsplan uttaler at psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal prioriteres faglig og ressursmessig. Dette er i liten grad konkretisert.

Samtidig fremskriver høringsnotatet en betydelig økning i aktivitet i somatikk frem mot 2035, med betydelig økt dagbehandling og polikliniske konsultasjoner og også økte liggedøgn. Til sammenligning forventes antall dagopphold og polikliniske konsultasjoner i psykisk helsevern også økt, men antall liggedøgn *redusert* med over 20 %. Det er lignende tall for tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Ettersom døgnopphold er den klart største kostnadsdriveren i psykisk helsevern fremstår det derfor uklart hvordan den gyldne regel skal oppfylles.

Det er lite fokus på de særegne utfordringene til fagområdet psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) i utkastet til Regional utviklingsplan. Helseforetakene i Helse Nord har organisert PHBU helt ulikt. Det er også stor variasjon i den faglige profilen, hvilke tjenester som tilbys, syn på hvilke tjenester som burde tilbys, personellsammensetning og ressursituasjon. Det er heller ikke en felles forståelse av hva som er god kvalitet i pasientbehandlingen og hvordan det skal dokumenteres at tjenesten har en god kvalitet. Under punkt 6.3 i utviklingsplanen er det foreslått en rekke tiltak for bedring av pasientbehandling og kvalitet. Det fremstår som lite sannsynlig at disse tiltakene vil kunne føre til en jevnere kvalitet, et riktigere prioritering og bedre ressursbruk før det på et overordnet nivå er tatt stilling til hvordan de særegne utfordringene til PHBU skal håndteres.

PHBU er et forskningssvakt fag. Det pågår få forskningsprosjekt med direkte klinisk relevans og som har potensiale til å gi kunnskap om hvordan de psykiske helsetjenestene kan forbedres. Å øke forskningsaktiviteten i PHBU bør inkluderes som et mål i utviklingsplanen noe som også vil kunne ha betydning for rekruttering og stabilisering av spesialister. Dette vil kunne være med på å øke kunnskapsnivået i PHBU.

Vi foreslår at regional utviklingsplan konkretiserer nærmere hvordan psykisk helsevern for voksne, barn og unge og tverrfaglig spesialisert rusbehandling skal prioriteres faglig og ressursmessig.

### **3. En struktur som lar seg bemanne og behovet for prioriteringer**

Strategiplanen beskriver i detalj de kommende utfordringene med stor mangel på pleieressurser. I tillegg kommer utfordringene med urbanisering der nyutdannede trekker mot de store byene. Dette beskrives i hovedsak løst med forbedringstiltak, automasjon etc. Dette er viktige tiltak, men vi mener det er lite realistisk at slike tiltak alene kan løse utfordringene. Vi har følgende innspill:

#### 3.1. En struktur som lar seg bemanne

Vi foreslår at strategiplanen tydelig beskriver at strukturen og oppgavefordelingen i Helse Nord må utvikles slik at den lar seg bemanne.

#### 3.2. Hvordan løser vi utfordringer med rekruttering, mangel på spesialister og vikarbruk?

Videre må planen beskrive hvordan regionen løser rekrutteringsutfordringer. Hvordan løser vi mangler på spesialister? Hvordan kan foretakene få et regionalt samarbeid om rekruttering og ikke konkurrere om de samme spesialistene? Hvordan hindrer vi at vi overbyr hverandre i kampen om de samme vikarene? Det er en økende erkjennelse av at vi ikke har råd til utstrakt vikarbruk og det er kjent at vikarbruk gir risiko for uønskede pasienthendelser. Hvordan kan vi redusere bruken av vikarer?

#### 3.3. Behov for prioritering

Ifølge Stortingsmelding 34/2015-2016, «Verdier i pasientenes helsetjeneste», skal helsetjenestetiltak prioriteres med utgangspunkt i helsegevinst, ressursbruk og alvorlighet. Et likeverdig tilbud er grunnleggende i norsk helsevesen, men krever gode prioriteringer. Uten prinsipper for prioritering kan ressurssterke grupper bli prioritert framfor grupper som ikke har høy status eller ressurser til å hevde sine rettigheter. Dette gir ikke en likeverdig og rettferdig fordeling av helseressurser mellom pasientgrupper. Det er bred politisk enighet

om at man samlet skal legge tre kriterier til grunn for prioritering: nytte, ressurs og alvorlighet. Vi foreslår at betydningen av disse kriteriene vektlegges, og at det tydeliggjøres i strategien at prioriteringer i Helse Nord skal foregå etter disse kriteriene.

Vi foreslår at prioriteringsmeldingens nyttekriterier omtales i et eget avsnitt i dokumentet:

*Nyttekriteriet*            *Et tiltaks prioritet øker i tråd med den forventede nytten av tiltaket. Den forventede nytten av et tiltak vurderes ut fra om kunnskapsbasert praksis tilsier at helsehjelp kan øke pasientens livslengde og/eller livskvalitet gjennom å gi økt sannsynlighet for:*

- *Overlevelse eller redusert funksjonstap*
- *Fysisk eller psykisk funksjonsforbedring*
- *Reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag*

*Ressurskriteriet*            *Et tiltaks prioritet øker desto mindre ressurser det legger beslag på.*

*Alvorlighetskriteriet*    *Et tiltaks prioritet øker i tråd med alvorligheten av tilstanden. En tilstands alvorlighet vurderes ut fra:*

- *Risiko for død eller funksjonstap*
- *Graden av fysisk og psykisk funksjonstap*
- *Smerter, fysisk eller psykisk ubehag*
- *Både nå-situasjonen, varighet og tap av framtidige leveår har betydning for graden av alvorlighet. Graden av alvorlighet øker jo mer det haster å komme i gang med helsehjelp.*

Vi foreslår at det tas inn et tiltakspunkt om:

*«Beslutninger i Helse Nord skal fattes med utgangspunkt i prioriteringskriteriene slik de fremgår av prioriteringskriteriene. Dette gjelder alle beslutninger fra administrativt til klinisk nivå»*

I forhold til prioriteringskriteriene bør ressursene anvendes der nytten forventes å være størst. Når man i klinikken velger mellom pasienter må sykdommens statistiske forløp

tillegges vekt sammen med individuelle forhold som alder og andre sykdommer. Å si ja til noen vil være å si nei til andre. Når er det riktig å tilby en 90 år gammel kvinne en omfattende operasjon for kreft som ikke gir plager? Skal man legge en 87 år gammel mann med hjertestans på forenklet hjerte/lungemaskin (ECMO) ved en intensivavdeling? Hvordan kan det sammen med pasienten før store inngrep i større grad enn i dag legges føringer for hva som skal gjøres dersom det oppstår komplikasjoner? Vi foreslår at strategiplanen beskriver tiltak for å møte dette, eksempelvis slik:

*«Helse Nord vil utarbeide en egen strategi for klinikknær prioritering i nært samarbeid med foretakene».*

#### **4. Den medisinske utviklingen stiller nye krav til strukturen i tjenestetilbudet**

Kapittel fem omtaler teknologiutviklingen som et mulig virkemiddel for desentralisering. UNN er grunnleggende positiv til at vi skal tilby behandling nærmest der pasienten bor. Samtidig er teknologiutviklingen i mange tilfeller også en sterk driver for økende sentralisering. Dette er kun nevnt i en kort setning i kapittel 6.5.1. «...nødvendigjør sentralisering på noen høyt spesialiserte områder».

Persontilpasset medisin, immunbehandling og molekylærdiagnostikk har i løpet av få år bedret prognosen for mange pasienter med kreft, men stiller store krav til høyspesialisert diagnostikk og behandling. Vi ser for oss at fremtidig behandling av alvorlige tilstander som kreftsykdommer i fremtiden i større grad bør foregå i en nettverksmodell. UNN som regionens hovedsykehus besitter den nødvendige spisskompetanse og vil være sentral i å sikre at den enkelte pasient tilbys den individuelt tilpassete beste behandling, mens oppfølging i større grad vil foregå desentralisert – i nært samarbeid med hovedsykehuset.

Endringen i sykdomsutvikling og behandling gjør at etablerte funksjonsdelinger må kunne endres i tråd med den faglige utviklingen. For at den regionale utviklingsplanen skal være styringsgrunnlag for videre utvikling av Helse Nord mener vi det er nødvendig at strategiplanen beskriver områder dette angår, omfang, og også at dette kan medføre konsekvenser for fremtidige arealutviklingsplaner og økonomimodell.

Det vanskelig å forutsi alle endringer i sykdomsutvikling og behandlinger. Den regionale utviklingsplanen må beskrive fleksibilitet i funksjonsdeling og dimensjonering av tjenestetilbudet i tråd med den faglige utviklingen, med en nettverksmodell som førende prinsipp.

Det er uomtvistet at pasientene i Helse Nord skal ha et likeverdig tilbud om høyspesialisert diagnostikk og behandling som pasienter i andre deler av i Norge. Vi kan for eksempel ikke ha en kreftkirurgi i Nord-Norge som skiller seg kreftkirurgien i Norge. Vi mener det som tiltak bør tas inn:

*«Funksjonsdelinger skal som hovedregel oppfylle nasjonale anbefalinger og retningslinjer»*

#### **5. Spesialistutdanningen i Helse Nord.**

Helse Nord har også utfordring med at svært mange spesialistkandidater reiser ut av regionen etter fullført spesialisering. Erfaring og forskning tilsier at et viktig tiltak for å motvirke dette er at mest mulig av spesialistutdanningen foregår i Helse Nord. Dette må ledsages av et system for å innhente impulser utenfra etter at legene har fullført spesialisering.

Den nye spesialistutdanningen for leger trår i kraft fra 1. mars 2019. Denne er omtalt i kapittel 3.8.2. Gruppeføringen av sykehus er fjernet, men det er mange læringsmål som bare kan oppnås ved et universitetssykehus. Denne delen av spesialistutdanningen gjøres gjerne i slutten av spesialistutdanningen. Administrerende direktør i Helse Nord RHF har vært tydelig på at det er et mål at flest mulig av spesialistkandidatene skal gjennomføre denne delen av spesialistutdanningen ved UNN:

*«Dette forsterkes også av den plass UNN har i den nye utdanningen av legespesialister. Det må være et mål at så mange som mulig av landsdelens framtidige legespesialister får deler av sin utdanning i Tromsø. Det bidrar til sammenheng og god faglighet i en stadig mer fragmentert helsetjeneste.»*  
(Fredagsbrev Vorland 1.6.2018.)



Vi foreslår at det legges inn følgende tekst i den regionale utviklingsplanen:

*«For å sikre spesialistutdanningen og at vi beholder ferdige utdannede spesialister i Helse Nord er det et mål at så mange som mulig av landsdelens framtidige legespesialister gjennomfører hele spesialistutdanningen i Helse Nord. Dette vil også fremme godt samarbeid mellom fagmiljøene i regionen. UNN har en viktig rolle med å tilby de delene av spesialistutdanningen som ikke kan oppnås ved lokalsykehus i regionen Dette må ledsages av et system for å innhente impulser utenfra etter at legene har fullført spesialisering»*

## **6. Ta tiden tilbake**

En betydelig andel av helsepersonells tid går med til administrative oppgaver og ikke direkte pasientrettet virksomhet. Dette er i liten grad omtalt i regional utviklingsplan. Vi mener man må tenke nytt om hvem som gjør hva og muligheten til å automatisere flere arbeidsoppgaver. Helse Sør-Øst har i sin regionale utviklingsplan følgende tiltak: *«Lage en tiltaksplan over hvordan leger og sykepleiere kan få mer tid til pasientene. Det skal skje gjennom betydelig medvirkning fra egne ansatte, verneombud, tillitsvalgte og fagorganisasjonene. Dette er et område som egner seg særlig godt for tjenesteinnovasjon og bruk av tjenstedesign»*

UNN oppfordrer til at dette tydeligere tas inn i Helse Nord's regionale utviklingsplan og at man vurderer tiltak, f.eks. å iverksette et lignende arbeid som i Helse Sør-Øst – gjerne i samarbeid med andre helseregioner.

## **7. Samhandling**

Samhandling er identifisert som viktig utviklingsområde i planen, imidlertid kunne planen med fordel nevne flere konkrete eksempler som kan brukes til tjenesteutvikling i regionen. Utviklingsplan fra HSØ nevner slike eksempler som kan være et godt utgangspunkt. I tillegg har Helse Nord erfaring med egne tjenestemodeller som kan brukes til lokal tilpasset

tjenesteinnovasjon for bedre pasientforløp rundt pasienter med sammensatte komplekse behov, som for eksempel pasientsentret helsetjenesteteam i samarbeid mellom UNN og enkelte kommuner. Det bør også påpekes at nye tiltak bør være særskilt rettet mot pasientene med størst behov, dette gjelder blant annet svært syke pasienter og eldre. Planen burde også beskrive tydeligere grensegang mellom regionale oppgaver og oppgaver som tilfaller hver enkelt sykehus. Organisatoriske løsninger som støtter under bedre pasientforløp både regionalt og på foretaksnivå må utarbeides. Flere av tiltakspunktene er overlatt til foretakene. Vi mener dette i større grad må gjøres regionalt og ikke per sykehus. Dette gjelder for eksempel tiltakspunktet i kapittel 6.6: «Helse Nord vil i samarbeid med kommunene – bidra til at det i hvert sykehusområde etableres felles arenaer der fastleger og sykehusleger i felleskap utvikler en normerende praksis for gode henvisninger og epikriser og for annet samarbeid om ivaretagelse av pasienten i hele pasientforløpet.

### ***Øvrige innspill fra UNN***

- Flere steder er det beskrevet at Helse Nord skal oppfylle lovpålagte oppgaver, f.eks. kapittel 6.2 der det står «Helse Nord vil legge til rette for at pasientene opplever kontinuitet i møtene med ansatte i løpet av sykehusoppholdet og at pasienter som har rett til det får en kontaktlege». Det bør være unødvendig at strategisk utviklingsplan presiserer at lovpålagte oppgaver skal oppfylles.
- I kapittel 3.12.2 «Bygg og kapasitet» står det «... bygging og renovering av Breivika» skal være ferdig i 2018». Dette er ikke helt korrekt. Byggingen av A-fløya og PET-senteret løser avgrensede deler av de bygningsmessige utfordringene knyttet til UNNs funksjon som regionens hovedsykehus og universitetssykehus. Videre er utfordringene med dagens bygningsmasse på Åsgård ikke kommentert. En utsettelse av nybygg kan medføre betydelige ekstraavgifter til vedlikehold for å kunne opprettholde drift. Det er også behov for omfattende ombygging og renovering av lokalitetene i Breivika. Vi ber om at dette presiseres.
- Figur 2 viser at UNN har den laveste raten for døgnopphold per 1000 innbygger (147 døgnopphold per 1000 innbygger). Sammenlignet med UNN er andelen døgnopphold per 1000 innbygger 8% høyere ved Nordlandssykehuset, 19% høyere ved Helgelandssykehuset og 25% høyere ved Finnmarkssykehuset. Vi mener det ikke er grunn til å tro at dette kan forklares med forskjeller i sykkelighet. En alternativ

forklaring er at UNN på grunn av sine regionale funksjoner over tid har hatt mindre kapasitet til å tilby døgnopphold til innbyggerne som UNN har lokalsykehusfunksjon over. Er potensialet til å effektivisere og til å overføre fra døgnopphold like stor i alle helseforetakene?

- Legemidler, legemiddelsikkerhet, legemiddelkvalitet og legemiddeløkonomi er nevnt flere steder i høringsdokumentet. HN vil arbeide for økt tilgang på beslutningsstøtte, og videreutvikle tjenester fra kliniske farmasøyter for å bidra til korrekt bruk og reduserte kostnader på legemidler (pkt. 6.3 Pasientbehandling og kvalitet). Både RELIS og Klinisk farmakologi i UNN er legemiddelfaglige miljøer med regional funksjon som per i dag yter beslutningsstøtte og arbeider for korrekt bruk og reduserte kostnader på legemidler. Videre har HN nylig oppnevnt en regional legemiddelkomite og vedtatt et mandat for denne som omfatter slikt arbeid. Ingen av disse instansene er nevnt i høringsdokumentet. Vi savner derfor en plan for koordinert, overordnet og systematisk forbedringsarbeid på legemiddelområdet. Beslutningsstøtte i EPJ, læring fra avviksmeldinger og arbeid for et likt behandlingstilbud i hele regionen er relevant for legemiddelfeltet, og må inkludere alle regionale legemiddelfaglige instanser og fagmiljøer.
- Punktet i kapittel 6.7 «Helse Nord vil, i samarbeid med kommunene, etablere ordninger som sikrer at leger i spesialisering i allmenntillegmedisin får nødvendig sykehustjeneste på en planlagt måte» mener vi kan fjernes. Dette er etter vårt syn en selvfølgelighet som også fremgår av regelverket for den nye spesialistutdanningen for leger.
- Kapittel 6.8 om forskning og innovasjon er etter vårt syn for kort og mangelfull. Vi mener regional utviklingsplan bør gi retning for kommende reviderte forskningsstrategier i Helse Nord. For eksempel kan det tas inn ønsket retning (nytte). Videre mener vi UNNs ledende rolle i forskningen i regionen må presiseres. Vi foreslår at setningen «Helse Nord vil særlig stimulere til økt forskning i helseforetakene som har en forholdsmessig liten andel forskningsaktivitet» endres til «Helse Nord vil særlig stimulere til økt forskning i helseforetakene som har en forholdsmessig liten andel forskningsaktivitet, særlig gjennom samarbeid med universitetssykehuset».

- Kapittel 6.10. Begrepet «skybaserte ERP-løsninger» bør forklares; det er ukjent for UNN.
- Kapittel 6.10. Tiltakene om teknologi er til dels overlappende og kan slås sammen. Vi mener det må fremgå at teknologi skal innføres kun når det er sikkert at det understøtter klinisk arbeid og man kan gevinstrealisere. Vi er usikre på hva som menes med «Helse Nord vil vurdere å utvikle en funksjon som skal støtte både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten med å ta i bruk og anvende teknologiske løsninger».
- I første del av planperioden skal Norge etablere et helt nytt screeningprogram for tykktarmskreft. Målet er at dette skal være et tilbud for hele befolkningen uavhengig av bosted og vil kreve en økning av tilgjengelig koloskopikapasitet ved alle endoskopisentra i Helse Nord. Dette vil forutsette både utstyr, rom, sykepleiere og ikke minst utdanning av nye endoskopører, samt sannsynligvis økt kapasitet for service i patologi. Det bør vurderes om dette skal nevnes i strategien.

8.10.18

Marit Lind

Konstituert adm.dir.