

Postere fra læringsnettverk i Telemark

Samling 2, 2.–3. mars 2022



Fyresdal Kommune

Demografi:

Innbyggjarar per 4. kvartal 2021: 1198

Landareal: 1107 km²

Plassar til døgnopphald:

- avdeling for pas. med demens: 8

- somatisk avdeling: 8 langtidsplassar,

4 korttidsplassar, 1 ØHD-plass

Omsorgsbustad: 25

Omsorgsbustad Århusjordet: 12

Bufelleskap for personar med

psyk. utviklingshemming: 1

Brukarar i heimetenesta: 66

Funn ved intervju, og utfordringar:

- Pårørande er tydelege på at pasienten ved fyrstegongs innlegging i sjukehus ikkje vart grundig nok undersøkt. Noko også helsepersonell er einige i. Sjukehus behandle etter det legen la inn pasient for, la ikkje vekt på viktig informasjon anna helsepersonell i kommunen fortalte om pasienten.

- Det er kompliserande, særleg for eldre skrøpelege pasientar når fastlegen ikkje har tid. I løpet av nokre veker med stadige utfordringar var pasienten innom alle tre legane ved legekontoret. Fastlegen er sentral for å førebyggje, i og med at denne også kjenner pasienten betre over tid.

- Pårørande er også i tvil om anna helseteneste i kommunen fekk informasjon frå legekontor etter legebesøka.

Utfordringar knytt til reinleggingar kan handle om;

- Ustabil legedekning.
- Kommunikasjon mellom legekontor og heimetenesta/sjukeheim.
- Kommunikasjon mellom spesialist- og kommunehelsetenesta.
- Lang veg til sjukehus.

Mål – Kva skal vi oppnå?

Vi ynskjer å forbetre rutinane for mottak av utskrivningsklare pasientar frå spesialisthelsetenesta.

Kva for konkrete tiltak/handlingar skal vi iverksetje?

Lage rutine for samhandling mellom helsepersonell i dialogen rundt utskriving av pasient.

Kva er viktig for deg?

Forbetringssteamet i Fyresdal:

Gry S. Åmlid, avdelingsleiar POS

Line M. Egrem, sjukeleiar POS

Siv S. Seltveit, tenestekontoret

Charlotte Skiffjeld, helsefagarbeider heimetenesta

Karin K. Østerhus, Kommuneoverlege

Bente Momrak, fysioterapeut

Gunn Marit Aslestad, avdelingsleiar heimetenesta, leiar forbetringsteam

Gode pasientforløp



KVITSEID KOMMUNE



Deltakarar:

Heidi Eilefsen, vernepleiar
Helene Stensrud, sjukepleiar
Kristin S. Jacobsen, sjukepleiar
Trude Nordbø, sjukepleiar
Helene Todal, fysioterapeut
Elin Aabø, vernepleiar
Lene Pettersen, ergoterapeut

Fakta /demografi

Innbyggjarar 3. kvartal 2021: 2445
Areal 708 km²
Plassar døgnopphald: 35, pluss KAD-plass
Omsorgsbustadar 53
Brukarar i heimetenesene 127
Einslege over 80 år 58,4%

Utfordringar:

Økonomi
Færre korttidsplassar
Tilrettelagde bustader
Avstandar, transport
Kompetanse, sårbarhet
Fastlege

Mål:

Pasienten har ei god oppleving av transport frå sjukehus.
Fastlege/tilsynslege er involvert i endring av omsorgsnivå.
Overføring av pasient frå sjukeheim til heimeteneser gjerast etter rutine
Meistringsteamet skal vera ein aktiv aktør i pasientforløpet i kommunen.

Funn ved intervju og utfordringar:

Transport ved utskrivning
E-meldingsflyt frå psykiatrisk/somatisk avd
Lite bruk av fastlege
Kartlegging akuttskjema ved innlegging
Informasjon undervegs i pakkeforløp
Tilrettelegging under sjukehusopphaldet.
Ingen spør kva som er viktig for deg?
Viktig med lett tilgjenge til kommunale tenester

Sitat med humor: *Då legen skulle skrive meg ut sa eg; takk for nå, håpar eg ikkje ser deg att. Då svara ho; Takk i like måde*

Tiltak så langt:

Samtaler med sykehuset om pasientreisane
Møte med kommuneoverlege
Møte med rettleiar



Midt-Telemark kommune

Gode pasient forløp

Forbedrings- teamet:		
Enhet/avd.	Navn	Stilling
Fagstab	Kristin Sekse	Kommune- overlege
Hjemmetjeneste og legetjenesten	Jørund Verpe	Enhetsleder
Hjemme- sykepleien	Monica Ø. Halvorsen	Avdelingsleder
Hjemme- sykepleien	Elisabeth Josefsen	Sykepleier
Hjemme- sykepleien	Anne Haugerud	Avdelingsleder
Fysioterapi, ergoterapi og hjelpemiddel	Stine Sjøberg Bentsen	Avdelingsleder
Fysioterapi, ergoterapi og hjelpemiddel	Marie Forberg Jorum	Kvardags- rehabilitering
Helse og omsorg	Frøydis Haukeland	Fagutviklings- sykepleier
Institusjon	Martin Ytreland	Enhetsleder
Institusjon/kort- tidsavdeling	Mona Storkaas	Avdelingsleder
Tjenestekontor	Ingunn Stavholt	Saksbehandler
Tjenestekontor	Eva-Lill Johannessen	Saksbehandler
Helse og omsorg	Urban M. Eriksen	Kommunalsjef



Resultater av intervjuer og beskrivelse av forbedringsområder (nov 2021):

- I egen organisasjon:
 - Innkomstrutiner* – god, tverrfaglig kartlegging, avklare forventninger og sette mål og plan for oppholdet, med alle involverte. Pårørende er en ressurs.
 - Utskrivingsrutiner* – utskrivingsmøte; PLAN for hjemreise og videre oppfølging. Tilsynslege er sentral.
 - Heldøgnsbemannede omsorgsboliger* – ett nivå i omsorgstrappa som mangler.
- Mellom kommune og helseforetak:
 - Tidlig utskrivingsrapport* fra sykehus: Mottatt før pasienten kommer hjem. Kort og konsist sammendrag: Aktuell status og god funksjonsbeskrivelse
 - Medisinliste* sendes med pasienten skriftlig, og nok medisiner til neste virkedag.

Helse og velferd
344,1 faste årsverk (pr. september 2021)
5 enheter
93 Institusjonsplasser (inkludert 3 kommunale akutte døgnplasser)
40 helsegrns omsorgsplasser (Bo og miljø sine bofelleskap og Furumoen)
701 brukere av PLO tjenester innenfor hjemmesykepleie, hjemmehjelp og psykisk helse

Forbedringsområder

- Samhandling og samarbeidsrutiner
- Helhetlig omsorgstrapp

Mål og delmål

- Arbeide mot en samlet tjeneste («VI-følelsen»)
- Etablere velfungerende møtearenaer for tjenesten
- Sikre god bruker- og pårørendeinvolvering
- Sikre gode overganger og samarbeid mellom tjenestene- lage sjekklister.
- Få på plass en komplett omsorgstrapp
- Etablere heldøgnsbemannede omsorgsboliger
- Samle rehabiliteringspasienter på en rehabiliteringsavdeling
- Etablere spesialiserte plasser på institusjon



«En attraktiv kommune å bo og leve
Ant. innbyggere: 10 461



Nissedal kommune

POSITIVT

- Økt fokus på omsorgsbustad / heimesjukepleie
- Medbestemmelse ivaretas i stor grad
- Omorganisering
- Mange eldre benytter seg av frivilligsentralen

UTFORDRINGAR

- Lange avstandar for heimesjukepleien
- Langt til apotek og sjukehus
- Akutt-tenester tilhører SSA, medan kommunen tilhører Telemark
- Ulike dokumentasjons-system blant instansar
- Kommunal økonomi - bemanning

MÅL

- Fordele oppgaver i dei ulike pasientforløp (f.eks ved innleggelse i sjukehus, utskrivning frå sjukehus)
- Rutiner for multidose-ending (bedre rutiner ang endringer av medisiner ved legebesøk)
- Informasjonsflyt (betre rutiner hos fastlege for kven som har heimesjukepleie, oppfølging av pasienten, samsvarte medisinerlister)



Nissedal kommune

FORBETRINGSTEAM

Solveig M. Nilsen (teamleiar) - **avdelingsleiar heimesjukepleiar**

Arne Hansen Espebu - **einingsleiar velferd**

Tori Fretland Tveit - **sjukepleiar heimesjukepleia**

Hild Riseth Fjone - **avdelingsleiar avdeling helse**

Eline Metveit - **sakshandsamar tenestekontor**

Helene Grimstvedt - **sjukepleiar somatisk**

Andreas Myklebust - **kommuneoverlege**

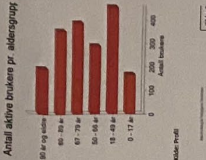
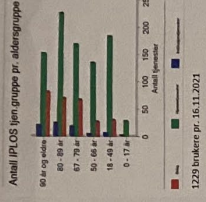
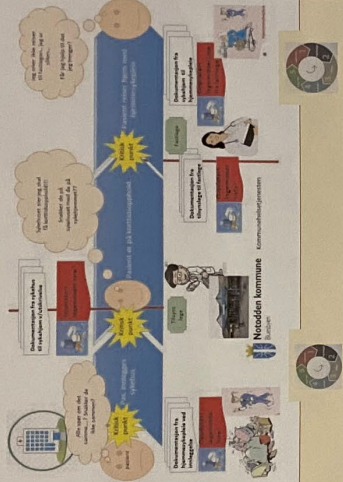


Notodden kommune Bluesbyen

FORBEREDNINGSTEAMET
Luc-Sjøleng Witt – leder eldrefrådet
Pegahild Natland – svovelingsleder korttidsavdeling
Linn Storvikken – ergoterapeut, Hverdagerhabiliteringsteamet
Elisabet Okabais – sykepleier, Hjemmetjenestene
Eva Lyngås Ottensrud – ledingskomorert
Mie Jørgensen – kommunereferlege
Jan-Eliert Pedersen – ASY Sykepleier (pranert klinisk allmennsykepleier)
Sissel Brenna Skogholt – rådgiver Helse- og omsorg, Leder Arbeidsgruppa.

Statusrapport mars 2022

PASIENTERFARINGER: okt 2021
-HELSEPERSONELL SPØR DE SAMME SPØRSMÅLENE HVER GANG. SNAKKER DE IKKE SAMMEN?
-Må selv ha med seg medisinsliste fra sted til sted som en trykkgjet.
-forvirrende å forholde seg til en lege på korttidsopphold og fastlege hjemme
-lite kontakt med fastlege
-Ingen spurte: «Hva er viktig for deg?»



Mål: (forbedringsområder)

1. Styrke brukermedvirkningen
 2. Skrive mer informative sammenfatninger i profil
 3. Bedre informasjonen i innleggelses-rapporter til sykehjem eller sykehus
 4. Rask Samstemming av legemiddellister (LL)
- Foreløpig har vi planlagt tiltak ift mål 2, men tiltak vil og bidra til måloppnåelse av punkt 3.

Konkrete tiltak/handlinger som skal iverksettes:

Forbedring	Hva skal gjøres	Hvordan skal det gjøres
2. Skrive mer informative sammenfatninger i profil	<ul style="list-style-type: none"> a. Løse/revidere retningslinje for innhold i sammenfatninger b. Minne om viktigheten av oppdaterte sammenfatninger c. Tjenesteansvarlig /primærkontakt gjøres kjent med retningslinjen 	<ul style="list-style-type: none"> > Oppdatere sammenfatninger i alle «eldre» journaler (dvs sammenfatningen skal ikke være eldre enn 6 mnd) jf retningslinje > Skrive sammenfatninger jf. Retningslinje for alle nye pasienter

Måling forbedringspunkt 2

Ut fra ny retningslinje for innhold i sammenfatninger, har vi identifisert 5 indikatorer. Blå i hvilken grad sammenfatningene i profil er oppdatert og tilfredsstillende krav til innhold, herunder skrapelighet, behandlingsplan og opplysninger om tidligere sykdom. Vi har sett i 42 pasientjournaler og målt ved å telle. Her er resultatet;

SAMMENFATNINGER I PROFIL- 20 pasienter i HBT pr. jan.2022	SAMMENFATNINGER I PROFIL- 22 pasienter på korttid.opph.jan.2022
- antall journaler med sammenfatning = 19	- 17 journaler med sammenfatning
- av de 19 var innholdet jf retningslinje i = 3	- mangelfullt innholdet i 11
- sammenfatning nyere enn 6 mnd. = 11	- 5 hadde sammenfatning nyere enn 6 mnd.
- 2 hadde behandlingsplan	- 5 hadde behandlingsplan
	- Tidligere sykdom beskrevet i 4

Erfaringer:

- Vi hadde ikke retningslinjer for innhold i sammenfatninger i profil, dermed var det stor variasjon i innhold og hvor lenge det var siden sammenfatninger var skrevet. Usikre på om vi skal sette 6 eller 12 mnd som et mål.
- Det var ulik praksis i virksomhetene.
- Vi har tett samarbeid med STHF Notodden, og vet noe om hva de trenger av opplysninger.
- Vi valgte å følge praksis til AKS ved utarbeidelse av retningslinje: dvs. sammenfatning med 12 punkter og vurdering av skrøpeligheit, OBS og tidligere sykdom.
- Profil er litt tungvint, vi må kopiere fra flere steder.
- Vi har ulik definisjon på begreper, bla behandlingsplan. Dette feilet blei derfor bare hetene OBS.
- Vi er en engasjert gruppe. Gruppemedlemmer i ulike roller og fra ulike tjenester utfyller hverandre.
- Viktig at en har en leder av gruppa som har tid til å gjøre skrivearbeidet.

Retningslinje for skriving av sammenfatning i pasient/bruker sin journal i lagprogrammet profil.

Formål
Skrive informative sammenfatninger som gir informasjon om pasientens sykdom og behandling til de som er ansvarlige for pasientens helse. Dette inkluderer informasjon om tidligere sykdom, behandlingsplan og opplysninger om tidligere sykdom.

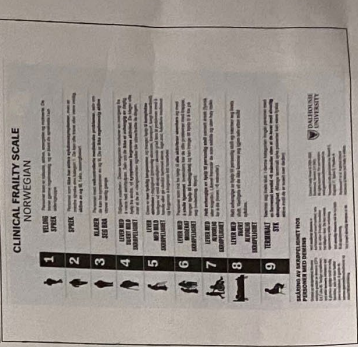
Ansvar
Tjenesteansvarlig, sykepleier og primærkontakt.

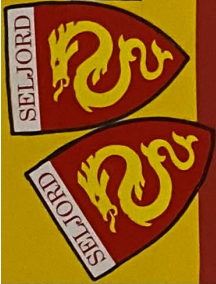
Omfang/Virkemåte
Alle pasienter i lagprogrammet.

Sammenfatning
• Mål for skriving av sammenfatning i lagprogrammet.
• Mål for skriving av sammenfatning i lagprogrammet.
• Mål for skriving av sammenfatning i lagprogrammet.

Mål for skriving av sammenfatning (med i profilen)

- Sammenfatning skal inneholde informasjon om tidligere sykdom, behandlingsplan og opplysninger om tidligere sykdom.
- Sammenfatning skal inneholde informasjon om tidligere sykdom, behandlingsplan og opplysninger om tidligere sykdom.
- Sammenfatning skal inneholde informasjon om tidligere sykdom, behandlingsplan og opplysninger om tidligere sykdom.





KOMMUNE

Kva er viktig for deg?

Kva er viktig for deg?

Statusrapport

Læringsnettverk Gode pasientforløp

Statusrapport er ein bekvem måte å handsjå framfjerdingsprosjektet og oppgåer lagert av læringsnettverksleiarane. Rapporten flyttar ut rapportering med handlingsplanar av statusrapportane ut i ein felles nettside som alle kan sjå. Statusrapportane kan vere grunnlag for dialog og læring, i samråd med vordende og med held. Statusrapportane skal vere kort.

Ferdigingsplaner:

Formidlar: Kene fortelkve
 1. Eirik B. Rasmussen
 2. Eirik B. Rasmussen
 3. Eirik B. Rasmussen
 4. Eirik B. Rasmussen
 5. Eirik B. Rasmussen
 6. Eirik B. Rasmussen
 7. Eirik B. Rasmussen
 8. Eirik B. Rasmussen
 9. Eirik B. Rasmussen
 10. Eirik B. Rasmussen

MA) Om pasientfokus og nye overgangar mellom de forskjellige helseinstitusjonene

Hvordan kobber vi helseinstitusjonene sammen?

Hvordan må vi samarbeide?

Storsen: Hvordan samarbeide med de andre helseinstitusjonene?

Erfaringer: Hvordan samarbeide med de andre helseinstitusjonene?

Hvordan samarbeide med de andre helseinstitusjonene?

Hvordan samarbeide med de andre helseinstitusjonene?

Hvordan samarbeide med de andre helseinstitusjonene?

Hvordan samarbeide med de andre helseinstitusjonene?

Program for evaluering

- vektningen ved prosjektoppgåva
- presentasjon av statusrapportane
- prosjektleiarar
- brukarhistoria
- samtaljer i små arbeidsgrupper
- Underhaldning og oppsummering

Spør pasienten eller helsearbeidar om er viktig for deg? Lytt til svarene! Følg opp det som er viktig saman!

Seljord kommune
- gode pasientforløp

VEL MØTTI

Oppsummering frå gruppearbeid på kikkoff for Gode pasientforløp 16. februar.

1. korleis kan me anerkjenne pasienten som akseptert på åge liv?

2. korleis kan me tildele tenester ut frå det som er viktig for pasienten?

3. korleis skal me samarbeide med pasienten vordende nytte av dei tenestene me får?

4. korleis skal me samarbeide med pasienten vordende nytte av dei tenestene me får?

5. korleis skal me samarbeide med pasienten vordende nytte av dei tenestene me får?

6. korleis skal me samarbeide med pasienten vordende nytte av dei tenestene me får?

7. korleis skal me samarbeide med pasienten vordende nytte av dei tenestene me får?

8. korleis skal me samarbeide med pasienten vordende nytte av dei tenestene me får?

9. korleis skal me samarbeide med pasienten vordende nytte av dei tenestene me får?

10. korleis skal me samarbeide med pasienten vordende nytte av dei tenestene me får?

Kva er viktig for deg?

Me skal på samling 2-3 mars, der me vil presentere det me har gjort så langt. Form av ein poster som lagdelt skal reiser for oss. Tema for andre samling vil vere å sjå på ein felles forsøkt for å seie på ut. Samarbeidskomiteer vil vere ein viktig del for å sjå på ut. Det er viktig å sjå på ut. Samarbeidskomiteer vil vere ein viktig del for å sjå på ut. Me vil bli lokalt eksempel, som viser godt overgangar under andre samling. Dette vil me ta med oss vidare i prosjektarbeidet.

Me har også et spørsmål til dykk, som hadde vere viktig for å få noen tanker om - det er viktig for oss. Kvar ym dykk det er mest utfordrende i kommunen? Kvar overgangar i pasientforløp er det som er mest utfordrende i kommunen? Me blir glade for alle innlegg!

Ynskjer dykk ei riktig god helg ☺

Mei voring heling prosjektoppgåva i revider pasientforløp
 Kene, Agri, Tomm, Åse, Charlotte, Linn, Line, Kristin, Ingvild og Bjørn



Gode pasientforløp



Gode pasientforløp



Gode pasientforløp





SYKEHUSET TELEMAR

«Hva er viktig for deg»
skal være gjeldene hos
ALLE pasientgrupper

Tilpasse informasjon og
brukermedvirkning med
pasient

Kvalitets sikre at
påførende står oppført og
er informert

- Previsitt er viktig tverrfaglig møtepunkt på sykehuset
- Tavemøter fungerer som en sjekkliste
- Vi ønsker tidlig behandlingsavklaring og tilstrøbe tidligere temativ UK datoer
- «Hva er viktig for deg?» kommer som eget punkt på tavla og inkluderes i kartleggingsnotater

Epikrisen bør inneholde et
eget punkt med skriftlig
tilpasset informasjon til
pasienten

MÅLSETTING:

Sikre brukermedvirkning og gode
pasientforløp ved implementering av

«Hva er viktig for deg?» hos alle inneliggende
pasienter i Sykehuset Telemark,
avd. Notodden innen
prosjektslutt i mai 2023

Tydlig behandlingsav-
klaring for pasienter med
komplekse og sammensatte
problemstillinger

Innkomsjournalen må inne-
holde riktige og oppdaterte
opplysninger om pasienten for
å unngå følgefeil

Tidlig avdekking av økt
hjelpbehov og oppdatere
kommunene underveis



Planlegge usiktvelse
tidligere og tilstrøbe
usiktvelse

TEAMSAMMENSTING
Ellen Marie T. Hultshammer (Fagkyrkeleder), Arne Aase (Avdelingsleder)
Ragnhild Aune (Seksjonsleder medisin), Zvezdana Zalic (OS) (Krepsleder)
Ingeborg Sævi Eke (Seksjonsleder fysioterapi), Ingrid M. Orenskog
Anja Thorsrud (Seksjonsleder), Rie Rippig (S) (Krepsleder på vikart)
Maren Værstadalen Malmgren (Psykiatriansatt)

Notodden sykehus, medisinsk og kirurgisk avdeling

Tinn kommune

- Folketall 5542
- Areal 2045 km² (3,7 km² pr innbygger:)

Pleie - og omsorgstjenesten:

- 60 institusjonsplasser, inkl KAD (fordelt på 6 avdelinger og 3 lokasjoner)
- 49 omsorgsboliger
- 20 bemannede omsorgsboliger
- 2 dagavdelinger
- 449 Brukere av hjemmetjenester fordelt på 2 soner.

Prosjektgruppe:

Grith Petersen, Tonje Smedsrud Uglem, Rebecca Stenvi, Monica Nielsen,
Janne Naper Standal og Eilin Fjellestad

«Målrettet kunnskap om tjenestemottakers behov gjennom hele pasientforløpet i helse- og omsorgstjenesten.
«Sikre gode overganger mellom ulike helsetjenester for sårbare mennesker med sammensatte utfordringer»

Forbedringsområder:

- Videreutvikle tverrfaglige samarbeidsarenaer
- Øke kunnskap om hverandre
- Forbedre utnyttelse av felles EPJ-verktøy.
- Tidlig innsats og forebygging.
- Informere om tjenestene og rettigheter.

Forbedringsarbeid og Mål:

- Rydde i 3 journaler for å synliggjøre de aktuelle og relevante behovene
- Utarbeide felles kartleggings skjema og teste det ut på 3 pasienter i bemannet omsorgsbolig.
- Tverrfaglig møte mellom hjemmetjeneste, korttid, ergo, fysio og tildeling (implementere alle aktuelle aktører), evalueres fortløpende
- Utprøve «Hva er viktig for deg skjema». Hver tjeneste samtaler med 3 pasienter og får det journalført inn under Hovedmålsetning i journalsystemet.

Informert og involvert hjemmetjenesten, korttidsavd., ledelse, systemansvarlig, tildeling, ergo-/ fysioterapeuter



BETRINGSOMRÅDE:

HOVUDMÅL FOR
TOKKE
KOMMUNE:

EIT HEILSKAPLEG OG
SAMORDNA
PASIENTFORLØP

1. FELLES FORSTÅING FOR KVA SOM ER
HOVUDVFOKUS OG OPPDRAG FOR OSS
SOM TENESTEYARAR

2. BRUK AV OMGREP, KOMMUNIKASJON,
INFORMASJONSFLYT

3. PROFESJONALISERE PROSESSAR

Kva er viktig
for deg ?

4 STØRRE FOKUS PÅ BRUKAR SINE YNSKJE
– SYSTEMATISK INVOLVERING.

FORBETRINGSTEAM I TOKKE KOMMUNE

LARS H ERIKSEN: KOMMUNEOVERLEGE
BIRGITH STORDRANGE: SAKSHANDSAMAR TILDELINGSKONTORET
RAGNA IREN GRAVE: AVDELINGSLEIAR INSTITUSJON
KRISTIN VALLE: ASSISTERANDE AVDELINGSLEIAR INSTITUSJON
ASTRID KVÅALE: AVDELINGSLEIAR HEIMETENESTA
ANNE ØSTENÅ: ASSISTERANDE AVDELINGSLEIAR HEIMETENESTA
ASTRID HEGGLID: KOMMUNE ERGOTERAPEUT
ELIN ERIKSTEIN: FAGLEIAR PSYKISK HELSE
ANN WRÅA: KOMMUNALSJEF HELSE OG OMSORG (TEAMKOORDINATOR)





Me vil forbetre mottak av pasientar frå sjukehus:

- Utarbeide sjekklister for koordinering/ tildeling, korttidsavdeling og heimetenester **innan juni 2022**
- Innføre rutiner **ila hausten 2022** for raskt å formidle denne informasjonen/ det som er viktig for pasienten til den aktuelle tenesta
- Ta i bruk digital samhandlingstavle

Me vil **våren 2022** gjennomgå og revidere *Metodebok rehabilitering* (frå 2017):

- Gjennomføre målsamtaler: *Kva er viktig for deg?*

Me vil planlegge saumlause overgangar ved utskrivning frå Korttid:

- Utarbeide tverrfagleg epikrise/ epikrisemal i EPJ **hausten 2023**, med bidrag frå sjukepleiar, helsefagarbeidar, fysio/ ergoterapeut og lege
- Vurdere om epikrisa bør sendast som PLO
- Gjennomføre **målingar** for å evaluere

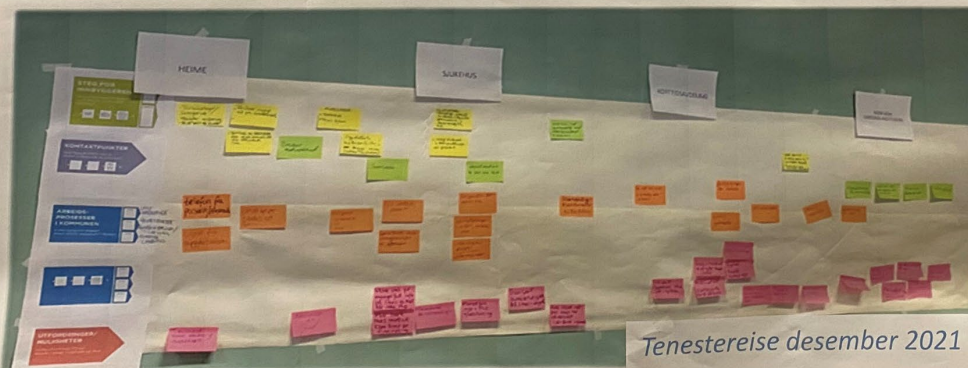
Me vil styrke dialogen mellom tilsynslege og fastlege

KVA ER
VIKTIG
FOR
DEG?

S – spesifikke
M – målbare
A – attraktive
R – realistiske
T – tidfesta
E – evaluerbare

Me vil involvere

Pasientar
Heimetenester
Korttid
Koordinering/
tildeling
Tilsynslege
Fastlegar



Justert forbetringsteam:
Helsefagarbeidar og sjukepleiar
frå heimetenestene,
helsefagarbeidar, sjukepleiar og
leiar Korttid, fysioterapeut,
ergoterapeut, leiar Koordinering/
tildeling, kommuneoverlege,
fagrådgjever