



Stavanger Universitetssjukehus
Helse Stavanger HF



STAVANGER KOMMUNE

RETNINGSLINJER FOR SAMARBEID

VEDRØRENDE

Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger (OBS)

1 Retningslinjens parter

Samarbeidet mellom Helse Stavanger HF og kommunene er forankret i overordnet samarbeidsavtale m/delavtaler. Det er opprettet et eget Samarbeidsforum mellom foretak og Stavanger kommune i form av direktørmøte. Formålet med direktørmøtet er å bidra til god samhandling i saker som særskilt berører samhandlingen mellom Stavanger kommune og Helse Stavanger HF. Denne retningslinjen er godkjent av Direktørmøtet.

2 Partenes ansvar

Retningslinjene for samarbeid omhandler partenes ansvar og plikter i forbindelse med samarbeid om Oppsøkende behandlingsteam i Stavanger (OBS).

Helse, sosial – og omsorgstjenestene i kommunen har et grunnleggende ansvar for innbyggere med psykiske lidelser og rusproblematikk og deres pårørende. Ansvarer omfatter generelle og spesielle tiltak innen forebygging, kartlegging og henvisning, samt oppfølging før, under og etter behandling i spesialisthelsetjenesten. Kommunen skal også yte omsorgstjenester, medvirke til å skaffe boliger til personer som ikke selv kan ivareta sine interesser, og øvrige tiltak i henhold til de forpliktelser som er i samsvar med gjeldende lovverk. Kommunen er forpliktet til å samordne og koordinere tjenestene til brukerne. Ansvarer følger av Helse og omsorgsloven av 24. juni 2011 (helse- og omsorgsloven), lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker av 2. okt 1967 nr. 91 (forvaltningsloven), lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven) og lov om pasientrettigheter av 2. juli 1999 nr. 63 (pasientrettighetsloven). Samt lov om sosialtjenester i NAV.

Spesialisthelsetjenesten skal gi behandling etter lov om spesialisthelsetjenester av 2. juli 1999 nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven), lov om helsepersonell av 2. juli 1999 nr. 64 (helsepersonelloven) og pasientrettighetsloven i tråd med prioriteringsforskriften.

Spesialisthelsetjenestene er forpliktet til å sikre god intern samhandling slik at brukere/pasienter i OBS får et behandlingstilbud både ambulant, poliklinisk, gruppetilbud og i døgninstitusjon.

OBS er et forpliktende samarbeidstiltak mellom kommunen og spesialisthelsetjenesten for å kunne gi helhetlige og sammenhengende tjenester til målgruppen definert i retningslinjen. Begge avtaleparter har et ansvar for at teamet fungerer ut fra målsettinger gitt i dette dokument.

Retningslinjen gjelder innbyggere i Stavanger kommune. Pasienter bosatt i Randaberg, Finnøy, Rennesøy og Kvitsøy og som har behov for spesialisthelsetjenester fra OBS teamet kan også bli inkludert i denne retningslinjen. De vil få kommunal oppfølging fra sine respektive hjemstedskommune.

3. Organisering

Målet er at det skal være en lik fordeling av stillinger mellom Stavanger kommune og Helse Stavanger. Teamet skal ha tverrfaglig helse- og sosialfaglig kompetanse, jfr. krav for godkjenning av poliklinikk i spesialisthelsetjenesten. Teamet vil tilstrebe å ha en medarbeider med brukererfaring/brukerkompetanse. I tillegg skal hver av partene ha en 50 prosent merkantil stilling.

OBS skal ha en felles faglig og administrativ ledelse med ansvar for alle delene av teamets virksomhet (fag, økonomi, personal). Teamets leder er ansatt som virksomhetsleder i Stavanger kommune og har ansvar- og styringslinje til overordnet nivå i kommunen og Helse Stavanger. Leder

rapporterer til direktør i Avdeling unge voksne (AUV) i Helse Stavanger og levekårssjef i Oppvekst og levekår, Stavanger kommune.

Leder for OBS-teamet har fullmakt tilsvarende virksomhetsleder i Stavanger kommune og delegeres fullmakt tilsvarende leder på ledernivå 4 i Helse Stavanger. Dette innebærer at teamets leder har personalansvar for teamets ansatte både i kommunen og spesialisthelsetjenesten, jfr.

stillingsbeskrivelse

Teamet har i tillegg en felles fagleder ansatt i Helse Stavanger. Virksomhetsleder deltar på aktuelle ledermøter, fagmøter og samhandlingsmøter i hhv Stavanger kommune og AUV. Fagleder er stedfortreder for virksomhetsleder jfr. stillingsbeskrivelse.

Stavanger kommune og Helse Stavanger deltar i hverandres ansettelsesprosesser. Begge parter tas med på råd, informeres og inviteres til drøftinger ved ansettelser. Begge er med i hverandres intervjuer av aktuelle kandidater og den annen part enn den som ansetter har rett til å uttale seg. Den endelige tilsetting skjer av aktuell arbeidsgiver.

Partene vil jobbe for at OBS teamet blir godkjent som utdanningsinstitusjon/praksisplass/spesialisering LIS-leger og andre faggrupper i teamet.

Evaluering

Denne organiseringen vil bli evaluert etter et år.

4. Innhold og hensikt med teamets arbeid

OBS skal sikre tjenester til en målgruppe som ikke nyttiggjør seg etablerte kommunale- og spesialisthelsetjenester. Teamet gir brukergruppen et oppfølgings- og behandlingstilbud på tvers av kommune og spesialisthelsetjeneste for å sikre at de blir møtt og fulgt opp med samme faglighet i hele behandlingkjeden. Teamet arbeider langsiktig og har et mestrings og rehabiliterende perspektiv. Tilnærmingen er tverrfaglig og innholdet tilpasset den enkelte brukers behov.

Teamet arbeider ved å:

- Være der bruker ønsker å lykkes
- Gir aktivt oppsøkende hjelp, utredning og behandling der bruker befinner seg
- Oppsøke og forankre bruker/pasient i tjenesteapparatet
- Støtter opp under inkludering og sosial nettverksbygging
- Tilbyr pasienten den oppfølging som til enhver tid er mulig å gi innen teamets rammer eksempelvis; motivere til å ta imot hjelp, gi oppfølging til bruker i egen bolig, gi hjelp til å beholde boligen, skape trygghet i hverdagen i praktisk hjelp mm
- Tilbyr behandling i tråd med nasjonale faglige retningslinjer
- Vurderer behov for behandling i tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) eller øvrig spesialisthelsetjeneste
- Støtter opp under yrkesrettet rehabilitering, bedring og selvhjelp
- Er et veilednings- og ressurscenter for kommune og spesialisthelsetjeneste
- Bidra til evaluering, tjenesteutvikling og forskningsaktivitet

- Gir tilbud til personer som står i fare for å utvikle alvorlig psykisk lidelse og/ eller alvorlig rusavhengighet og som ikke hittil har nytte gjort seg andre tilbud

5. Målgruppe

Målgruppen for OBS er personer med en kjent eller mistanke om utvikling av alvorlig psykisk lidelse i kombinasjon med rusmisbruk og/eller øvrig tilleggsproblematikk, herunder kompliserte medisinske og nevrologiske problemer, psykososiale og miljømessige problemer Jf. ROP-retningslinjen. Personens totale livssituasjon og funksjonsnivå blir vektlagt. Tilstanden er ikke av forbigående art, men gjennomgripende og langvarig. Aldersgrensen nedad er 18 år. I tilfeller der det er riktig med tidlig oppdagelse og tidlig intervensjon kan det også åpnes for å gi tilbud til yngre brukere. Potensielle brukere/pasienter kan ha ustabile boforhold og/eller at de ikke nyttiggjør seg eller tar imot hjelp fra kommunen eller spesialisthelsetjenesten. Det er derfor nødvendig med samordnet hjelp og oppfølging fra profesjonelle oppfølgere for å gjennomføre en behandlingsplan. Personene kan tidligere ha tatt i mot hjelp eller vært utredet, men det vurderes at de ut fra den totale livssituasjon vil ha nytte av oppfølging fra teamet.

Det er mål om at brukere/pasienter skal få bedre helsetilstand og funksjonsnivå i løpet av 2- 3 år ved opptak i OBS. Enkelte brukere vil ha behov for bistand utover denne tidsrammen hvor målsettingen i større grad er stabilisering. Teamet vil også kunne følge opp brukere på tvungen psykisk helsevern uten døgnopphold.

6. Samtykke og taushetsplikt

Alle ansatte i OBS er definert som helsepersonell og dermed regulert av taushetsplikten i helsepersonelloven.

Samarbeid og utveksling av informasjon om felles brukere mellom ansatte i OBS og aktuelle samarbeidspartnere forutsetter informert samtykke fra brukeren. Det foreligger enkelte unntak fra taushetsplikten, blant annet når det foreligger fare for liv eller alvorlig helseskade.

7. Brukermedvirkning

Alle brukere/pasienter får en reell mulighet til å planlegge og medvirke til gjennomføring av de hjelpetiltak og behandling som skjer i regi av OBS. Dette skjer bl.a. gjennom tilpasset informasjon, drøfting og avklaring av målsettinger og virkemidler i den oppfølgingen og behandlingen som gis. Det er et sentralt mål å gjøre pasient/bruker til en aktiv og forpliktet part i egen endringsprosess.

7.1 Individuell plan

Brukere/pasienter som har behov for langvarige og koordinerte tjenester, har rett til individuell plan. (jfr. Veileder om individuell plan, IS – 1253/). Jfr. også delavtale 2 a.

Når bruker/pasient ønsker individuell plan skal helse – og sosialkontoret starte arbeidet med planen. OBS bør være plankoordinator for individuell plan og ha hovedansvar for å sikre arbeidet med planen og utarbeide kriseplan. Individuell plan skal foreligge ved avslutning av bruker/pasientforholdet til teamet. Individuell plan skal da være forankret i helse og sosialkontoret og ny plankoordinator skal vurderes. Helse og sosialkontoret og teamet skal dokumentere i de tilfeller der bruker ikke samtykker til individuell plan. Individuell plan skal fungere som mal for referat fra møter i ansvarsgrupper.

7.2 Pårørende og barn som pårørende

OBS gir pårørende tilbud om egne pårørende samtaler, informasjon og veiledning og inviterer pårørende i ansvarsgruppemøter ved samtykke fra pasient. Teamet sikrer at barn som pårørende får tilpasset informasjon og utpeker barneansvarlig i teamet. Det vises til partenes interne retningslinjer for pårørendearbeid og arbeid med barn som pårørende.

8. Utredning, oppfølging - og behandlingsforløp

OBS tilbyr et individuelt tilrettelagt, differensiert, fleksibelt og kontinuerlig oppfølgings -og behandlingstilbud. Det er to hovedmåter å komme i kontakt med OBS. Den ene er via bekymringsmeldinger, den andre er via henvisninger.

Bekymringer

OBS er lett tilgjengelig for målgruppen. Dette betyr at ved bekymring kan brukere, pårørende, naboer, kommune, spesialisthelsetjeneste og andre samarbeidspartnere i og utenfor det offentlige hjelpeapparat ta kontakt via kontakttelefonen/e-post/brev. Teamet vurderer alle henvendelser. OBS kan på bakgrunn av dette ta initiativ til lavterskel kontakt for å knytte nye brukere til spesialisthelsetjenesten/øvrige lokale hjelpeapparat, skape tillit og vurdere behandlingsbehov.

Når teamet får en bekymring, vil medarbeidere i teamet følge opp, undersøke og avklare om bruker er i målgruppen eller bør få hjelp og sikres oppfølging i andre deler av hjelpeapparatet. Arbeidet med bekymringsmeldinger blir dokumentert i CosDoc (Stavanger kommunes fag – og dokumentasjonssystem).

Dersom en undersøkelse av bekymringsmeldingen konkluderer med at det blir gitt videre behandling og oppfølging av OBS, og bruker samtykker til dette, vil teamet bistå med å forordne en formell henvisning til vurdering av prioritert helsehjelp (pasientrettigheter) og behandling ved OBS.

OBS bekrefter mottatt bekymring til den som tar kontakt og melder at den vil bli fulgt opp.

Dersom personen ikke ønsker videre kontakt med OBS, må rettighetene etter helse og omsorgsloven, lov om pasientrettigheter og lov om psykisk helsevern vurderes.

OBS gir ikke et akutttilbud eller intervensjoner i akutte kriser overfor nye brukere. Ved akutte tilfeller må disse henvises til legevakt, akuttmottak på SUS eller ambulanseteam ved DPSene.

Henvisninger

Den første kontakten skjer ofte i form av en skriftlig henvisning fra fastlege, fengselslege, leder av barneverntjeneste, helse og sosialtjeneste eller andre deler av spesialisthelsetjenesten om opptak i OBS på bakgrunn av kjennskap og vurdering av brukerens behandlingsbehov.

Det er formelle rettigheter knyttet til henvisninger i henhold til vurderingstid og oppstart av behandling.

Henvisningen danner grunnlag for den administrative og faglige vurderingen og må så langt det er mulig inneholde følgende informasjon: personopplysninger, familieforhold (herunder om det er

omsorg for mindreårige barn), rushistorikk, kriminalitet, skolegang, psykisk/fysisk helsetilstand, medisinerer, sysselsetting/trygdestatus, involverte instanser, iverksatte tiltak, vurdering av rett til individuell plan, mål for planlagt habilitering/rehabilitering, ønsker og mål til bruker, problemområder og hva som ønskes undersøkt/behandlet. Henvisningen sendes til vurderingsenheten OBS.

I tilfeller hvor personer ikke får pasientstatus etter lov om spesialisthelsetjeneste, kan likevel bruker få rett til oppfølging, utredning og behandling i henhold til helse - og omsorgstjenesteloven.

Oppfølging og behandling

Oppfølging og behandling er individuelt og differensiert tilrettelagt. Tilbudet innebærer gjerne både hjelp til å bo, praktisk hjelp i hverdagen, relasjonsbygging der bruker oppholder seg, individuelle samtaler, treningsgrupper, aktivitetstilbud, familie og pårørende samtaler, fokus på ernæring og fysisk aktivitet, oppfølging under og etter institusjonsopphold, kontaktbygging til arbeidstreningsiltak, styrking av adl- funksjoner, vaksinerer, bistand til økonomistyring, avhengighetsbehandling, medikamentell behandling osv. Personen blir utredet både i forhold til psykisk helse, somatisk helse, avhengighetsproblem, sosiale situasjon og funksjon. Teamet bistår deretter med å iverksette behandling utfra den enkeltes behov, situasjon og evner, enten i spesialisthelsetjenesten eller det kommunale hjelpeapparat. Alle brukere/pasienter får kontakt og konsultasjon med lege.

OBS sin oppfølging og behandling inkluderer tilbud til pårørende. Teamet anser avklaringer i relasjon til den enkeltes sosiale nettverk som en viktig del av behandlingen. Opprettelse av ansvarsgrupper og individuell plan er med på å sikre de nødvendige rammer for oppfølging og behandling. Medarbeidere i OBS vil sammen med ansvarsgruppe representere kontinuitet i relasjon over tid.

Hovedregelen er at oppfølging og behandling strekker seg over 2- 3år. Dersom det er aktuelt å følge opp lenger, skjer det som følge av samarbeid mellom bruker/pasient, teamet, helse- og sosialkontor og AUV.

9. Samhandling mens personen får oppfølging fra OBS

En bruker/ pasient trenger ofte oppfølging fra flere instanser samtidig som de er bruker/pasient i OBS. Disse instanser utgjør et felles oppfølgings- og behandlingstilbud med ulike ansvarsområder. Bruker/pasient blir sikret rettigheter og oppfølging gjennom at OBS bistår i kontakt med kommunen, fastlegen, spesialisthelsetjenesten og NAV.

Samtidige kommunale tjenester

Helse- og sosialkontoret:

- Koordinerer tjenestene og kartlegger behov for tjenester. Å samhandle med OBS er en del av kartleggingen. Når det er aktuelt blir det gjort vedtak i forhold til opprettelse av individuell plan, bolig, opphold i omsorgsinstitusjon, hjelp i hjemmet, hjemmesykepleie, ROP natt osv.

Samtidige spesialisthelsetjenester

OBS følger opp bruker/pasient under et etablert behandlingsopplegg og etterpÅ. Teamet henviser brukere/pasienter til de ulike deler av spesialisthelsetjenesten. Andre deler av spesialisthelsetjenesten kan ogsÅ henviser til OBS. Det lages egne rutiner og prosedyrer for samhandling mellom OBS teamet og voksenpsykiatrien om behandlingsforlÅp.

Steder der det er mest aktuelt for brukere/pasienter i OBS Å komme til behandling og ha kontakt med er:

- Tilbud innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling og psykisk helsevern.
- Pasienter pÅ tvunget psykisk helsevern skal i hovedsak fÅ dÅgntilbud ved Spesialavdelingen for voksne.
- Spesialposter innen voksenpsykiatri, eksempelvis B3 og A3
- Et distriktpsykiatrisk senter (DPS), bÅde mens de er brukere/pasienter i OBS og etterpÅ.
FÅlgende kriterier gjelder for bruken av brukerstyrte senger pÅ DPSene:
 - Tilbudet gjelder pasienter med alvorlig psykisk lidelse og som tidligere har vÅrt innlagt i posten.
 - Tilbudet skal vÅre en del av individuell plan
 - Varigheten av oppholdet er pÅ maks 5 dager om gangen.
- Akutt ambulante team v/ DPS
- Ettervernspoliklinikker v/ DPS

Tjenester fra NAV

NAV kontorene forvalter ulike type trygdeytelser og stÅnadsordninger, fÅlgende er mest aktuelle:

- stÅnader under sykdom; arbeids og avklaringspenger (AAP) sykepenger, alders- og ufÅretrygd, grunn- og hjelpestÅnad
- stÅnader som arbeidsledig: dagpenger, individstÅnad
- stÅnader til familie og enslige forsÅrgere: barnetrygd, barnebidrag, overgangsstÅnad, barnetilsyn
- Åkonomisk sosialhjelp; livsopphold og boutgifter, eventuelt andre ytelser
- kvalifiseringsstÅnad ved kvalifiseringsprogram
-

I tillegg kan NAV bidra med:

- rÅd og veiledning
- skaffe midlertidig bolig til bostedslÅse
- attfÅring/arbeid/aktivitet/IPS

Fastleger

Alle brukere/pasienter skal ha en fastlege og OBS vil sÅrge for et godt samarbeid med aktuell fastlege.

Tannlege

Brukere/pasienter i OBS har ofte rett til tannbehandling – OBS tilrettelegger og fÅlger opp dette i samarbeid med HSK/ NAV.

Andre instanser (politi, kriminalomsorg/fengsel, frivillige organisasjoner/selvhjelpsgrupper)

OBS samarbeider med politi, kriminalomsorg/fengsel ved behov hos den enkelte – og har god oversikt over tilbud som finnes lokalt av frivillige organisasjoner, og foreslÅr kontakt med ved

behov. Teamet bistår med å etablere gode støttenettverk for hver enkelt bruker ved å identifisere muligheter og engasjement i lokalmiljøet.

10. Avslutning og videre oppfølging

Mål for oppfølgingen/behandlingen er at bruker/pasient i løpet av to-tre år har fått bedret funksjonsnivået slik at personen kan nyttiggjøre seg andre deler av det ordinære hjelpeapparat. Avslutning i OBS skal skje planlagt og gradvis og i tråd med individuell plan. Det skal være utarbeidet en kriseplan.

I enkelte tilfeller er det likevel nødvendig å avslutte behandlingskontakten tidligere, for eksempel ved at pasienten oppholder seg i utlandet, flytter, avviser kontakt med OBS over lengre tidsperiode til tross for gjentatte forsøk på kontaktetablering.

Ved avslutning sendes epikrise til fastlege, og aktuelle oppfølgere innen kommune og spesialisthelsetjeneste. Vedtak i henhold til lov om psykisk helsevern og kontaktetablering med oppfølgere er gjort før OBS avslutter sin kontakt.

11. Veiledning og kompetansehevende tiltak

Det er behov for å utveksle kompetanse og utvikle gode samarbeidsrelasjoner med samarbeidspartnere i kommunen og spesialisthelsetjenestene. Dette behovet kan møtes ved at

- OBS gjennomfører samarbeidskonferanser
- OBS gir veiledning, rådgivning og tilbyr hospitering
- OBS ansatte gis tilgang på kurs gitt i både kommune og spesialisthelsetjeneste

Teamet utarbeider en intern kompetanseplan.

Ansatte i teamet kan delta i interne kurs i Stavanger kommune og Stavanger universitetssykehus uten at det faktureres for dette. Det avsettes årlige midler til kompetanseheving og veiledning i henhold til vedtatt kompetanseplan.

12. Økonomi

Virksomhetsleder er ansvarlig for å utarbeide to budsjett for teamet, et for drift av teamets kommunale virksomhet og ansatte og et for spesialisthelsetjenesten. Helse Stavanger finansierer sin andel av stillinger og drift, mens Stavanger kommune finansierer sin andel. Husleie og løpende driftsutgifter deles 50/50 på hver avtalepart. Lønns, ansettelsesvilkår -og personalreglement harmoniseres så langt det er mulig. Ansatte i OBS er definert som klinisk behandlere med rett til refusjon etter godkjenning av fylkesmannen. Se for øvrig egen driftsavtale.

Økonomi/regnskap rapporteres og følges opp overfor begge parter.

13. Dokumentasjon i fagsystemer

Alle ansatte har tilganger til hverandres fagsystemer, kvalitetshåndbøker, personalhåndbøker, HMS-tilbud, nærværsregistreinger med mer. Ephorte blir brukt som arkivsystem i Helse Stavanger. Stavanger kommune bruker saksmappearkivering. Nytt saks- og arkivsystem skal innføres i kommunen i 2016.

Pasientforløp skal dokumenteres i DIPS. Bekymringsmeldinger og brukere som ikke har pasientrettigheter dokumenteres i CosDoc. Retningslinjer for hvordan teamet dokumenterer bruker/pasientkontakt i begge systemer skal arbeides videre med når ny virksomhetsleder er ansatt.

Dokumentasjon av HMS-avvik følger ansettelsesforholdet og gjøres i systemet til egen arbeidsgiver. Brukerrelaterte avvik dokumenteres i CosDoc for kommunen og Synergi for Helse Stavanger.

13. HMS-arbeid

Det utarbeides felles HMS-rutiner for OBS teamet. Rutinene arkiveres både i EQS i Helse Stavanger og i det kommunale arkivsystem.

OBS teamet utgjør ett verneområde med felles verneombud. Jf. AML §2-2: ”Dersom ingen virksomhet kan regnes som hovedbedrift skal det avtales skriftlig hvem som har ansvar for samordningen. Virksomhetsleder og verneombud må forholde seg til retningslinjer for HMS-arbeidet og avviksrapporteringsystemer i begge styringslinjer. Retningslinjer for HMS-arbeidet i hhv. kommune og foretak samordnes så langt det er mulig.

Saker som angår arbeidsmiljøet til kommunalt ansatte skal behandles i AMU Levekår. Tilsvarende saker som angår statlig ansatte i foretaket skal behandles i PDAMU.

Det er et felles verneombud for OBS.

14. Dokumentasjon av teamets aktiviteter

Det skal sendes en årlig rapport over aktiviteten til begge oppdragsgivere.

15. Samarbeid for å følge opp avtalen

Samarbeidsforum mellom Helse Stavanger og Stavanger kommune i form av direktørmøtet har et overordnet ansvar for OBS. Avtalepartnerne har ansvar for å gjøre avtalen kjent både på administrativt og faglig nivå i sine organisasjoner.

Det opprettes en styringsgruppe for OBS. Styringsgruppen består av direktør for Avdeling for unge voksne og levekårssjef i Stavanger. Virksomhetsleder møter i styringsgruppen. Denne gruppen møtes minst 4 ganger årlig og har ansvar for å følge opp retningslinjer for samarbeid. Styringsgruppen kan innkalle andre til diskusjon på enkelt saker. Dersom det er uenighet kan direktørmøtet bli konsultert.

16. Avvik

Avvik fra gjeldende retningslinjen dokumenteres gjennom avviksmeldinger iht. vedtatte prosedyrer
Disse avvik dokumenteres i begge systemer.

17. Retningslinjens varighet og partenes informasjonsplikt

Avtalen trer i kraft 20.10.2015 og varer til 20.10.2017.

Avtalepartene kan si opp avtalen med 6 måneders varsel. Det forutsettes også da at den evalueres og eventuelt reforhandles.

Avtalepartene har plikt til å informere berørte virksomheter om avtalen og innholdet i denne.

Sted, dato:

Stavanger kommune

Helse Stavanger

.....

.....

