



Sykehuset i Vestfold HF
Postboks 2168
3103 TØNSBERG

Saksbehandler, innvalgstelefon
Astrid Roald, 33372392

Endelig rapport - stikkprøvetilsyn - Akuttsenteret Sykehuset i Vestfold HF

Statsforvalteren i Vestfold og Telemark har som følge av oppfølging av tidligere tilsyn med Akuttsenteret ved Sykehuset i Vestfold HF i 2022, gjennomført ytterligere et stikkprøvetilsyn i august 2022. Vi har valgt ut ti pasientjournaler fra et utvalg av 46 fra to tilfeldige datoer i august måned. Vi har også vurdert meldte avvik fra Akuttsenteret for samme måned. Vi har gjennom tilsynet undersøkt om sykehuset har gitt forsvarlig pasientbehandling til de ti utvalgte pasientene. Vi har videre vurdert sykehusets avviksbehandling som ledd i arbeidet med pasientsikkerhet og kvalitetsarbeid, og om avviksbehandlingen fulgte aktuelle lovkrav.

Vi fant at hoveddelen av pasientene fikk forsvarlig behandling og overvåking. Det var fortsatt forsinkelser til triagering og til legeundersøkelse. Vi fant fortsatt mangelfull journalføring og mangler ved avviksbehandlingen.

Vi fant at to pasienter fikk uforsvarlig behandling, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Vi fant at pasientbehandlingen for åtte pasienter var utenfor god faglig praksis.

Vi fant brudd på journalføring for åtte pasienter, jf. helsepersonelloven § 16, jf. §§ 39 og 40.

Vi fant mangler ved avviksbehandlingen. Dette utgjør et brudd på kravene til styring og ledelse, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsarbeid i helse- og omsorgstjenesten §§ 7c og 8e.

Vi er kjent med at sykehuset arbeider bredt og kontinuerlig med å forbedre styring og ledelse av Akuttsenteret. Vi har i dette tilsynet fra august 2022 sett klare forbedringer i pasientbehandlingen sammenlignet med tidligere tilsyn, og vi har besluttet at vi ikke vil følge opp med nye planlagte tilsyn i Akuttsenteret. Vi vil imidlertid fortsatt følge med på pasientbehandlingen gjennom hendelsesbaserte tilsynssaker. Vi forutsetter at sykehuset selv følger opp funnene i rapporten.

Med hilsen

Sigmund Skei (e.f.)
fylkeslege/avdelingsdirektør
Dokumentet er elektronisk godkjent

Astrid Roald
revisjonsleder



1. Tilsynets bakgrunn og tema

Nytt Akuttsenter ved Sykehuset i Vestfold HF ble åpnet den 3. november 2021. Oppstarten representerte en stor omorganisering med ny pasientflyt, ansatte fikk endrede funksjoner og roller, og nye prosedyrer og digitale arbeidsverktøy ble innført. Målsetningen var at flere pasienter skulle bli ferdig avklart, behandlet og utskrevet direkte fra Akuttsenteret.

Etter bekymringsmelding fra de to legeföreningene ved sykehuset, opprettet vi i januar 2022 et tilsyn (vår ref. 22/1003, deres ref. 22/00468). Vi innhentet blant annet avvik fra de første fire månedene fra oppstart og fra april som var seks måneder etter oppstart. Vi opprettet parallelt et tilsyn hvor vi valgte ut ti pasienter fra meldte avvik fra en tidsperiode tre måneder etter oppstart (vår ref. 22/2959, deres ref. 22/01399). Vi fant at ingen av de ti pasientene fikk forsvarlig pasientbehandling, og at sykehuset ikke hadde hatt tilstrekkelig oversikt over områder med risiko for svikt. Dette utgjorde et brudd på krav til forsvarlighet og kravene til ledelse og kvalitetsarbeid. Etter oppstarten av nytt Akuttsenteret har vi også mottatt flere varsler om alvorlige hendelser og behandlet flere tilsynssaker.

Som oppfølging av tidligere tilsyn varslet vi om et stikkprøvetilsyn i brev av 9. september. Vi fikk oversendt 46 pasientjournaler for et tidsrom fra to tilfeldig utvalgte datoer 7. og 25. august, en helgedag og en hverdag. Fra de 46 pasientjournalene gjorde vi en seleksjon av ti pasienter med et bredt utvalg av diagnosegrupper, ulike triagekategorier og spredning i alder. Vi hadde et spesielt fokus på triage og tid til legeundersøkelse, da dette var sentralt i forrige tilsyn. For de utvalgte pasientene innhentet vi journal fra innleggelse til en uke etter utskrivelse.

Vi ba i tillegg om informasjon om pasienter som ble innlagt på gitte datoer og tidspunkter og som døde under oppholdet på sykehuset. For de to pasientene som døde, fant vi ikke tegn til svikt i pasientbehandlingen, og de er ikke med i utvalget.

Hensikten med stikkprøvetilsynet var å undersøke om pasientene fikk forsvarlig behandling. For de ti pasientene har vi fokusert på disse målepunktene:

- tid til triage
- tid til legeundersøkelse
- utredning og behandling
- overvåkning
- journalføring

Vi ba om alle meldte avvik fra Akuttsenteret for august 2022 og fikk oversendt 26 avvik. Vi har undersøkt om avviksbehandlingen fulgte aktuelle lovkrav.

Vår vurdering av pasientbehandlingen for de ti pasientene følger i eget vedlegg.

2. Gjennomføring av tilsynet

- Varsel om stikkprøvetilsyn og innhenting av informasjon av 9. september 2022
- Dokumenter fra sykehuset, mottatt 26. september 2022
- Overvåkningskurver (Metavision) fra sykehuset, mottatt 29. september 2022
- Innhenting av ti komplette pasientjournaler fra sykehuset, datert 10. oktober 2022
- Ti journaler, mottatt 18. oktober 2022
- Tre prosedyrer som var vesentlig endret fra sykehuset, mottatt 26. oktober 2022



- Tilbakemelding foreløpig rapport fra sykehuset med pasientdata og prosedyrer/retningslinjer, mottatt 7. februar 2023

3. Aktuelt lovgrunnlag for tilsynet

- Helsetilsynsloven § 5
- Spesialisthelsetjenesteloven §§ 2-2 og 3-4a
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring §§ 6-9
- Helsepersonelloven § 16, jf. §§ 39 og 40

Forsvarlighetskravet bestemmes av normer utenfor loven. I tolkningen av hva som er forsvarlig inngår blant annet anerkjent fagkunnskap, faglitteratur, faglige retningslinjer og allmenngyldige samfunnsetiske normer.

For å kunne sikre forsvarlig mottak, triage, legeundersøkelse, utredning, behandling og overvåking, er det en forutsetning at myndighetskravene vedrørende ledelse, organisering og styring etterleveres. Dette gjelder også kravene til journalføring, som må sees i sammenheng med forsvarlighetskravet. Ledelsen har et ansvar for å bygge sikkerhetssystemer for å redusere risikoen for uønskede hendelser, samt å minimere følgene av slike hendelser.

4. Beskrivelse av faktagrunnlaget

Lengden av oppholdet i Akuttsenteret for de ti pasientene varierte fra to til 25 timer. Åtte av ti av pasientene ble overført fra Akuttsenteret til andre avdelinger i sykehuset, mens to ble utskrevet fra Akuttsenteret.

Vi fikk oversendt tre reviderte prosedyrer der kun prosedyren D24602: «Innleggelse – Dokumentasjon» var iverksatt før vårt tilsyn.

Det er sitert utdrag fra sykehusets prosedyre D23835: «Innleggelse – Hastegradsvurdering» av 30. juli 2021:

«3.2 Triage

Pasientansvarlig sykepleier har hovedansvaret for fullstendig måling av vitale funksjoner og revurdering av pasientens symptomer iht. prioriteringsliste. (...)»

«3.5 Vitale parametre og tidlig varslingscore (NEWS)

Tidlig varslingskår benyttes i vurderingen av akutt sykdom hos voksne pasienter i mottak og ved videre overvåking gjennom hele sykehusoppholdet. Verktøyet gir en gradering av fysiologiske avvik (fra 0 til 3 poeng) inndelt etter organprioritet (ABCDE). Aggregert score uttrykkes i 4 kategorier (tabell 1) som gir et raskt og objektivt overblikk over pasientens tilstand. Det skal foreligge et fullstendig sett med vitale parametre med utregning av total NEWS score for å fullføre vurderingen. Høyeste skår basert på enten NEWS eller symptom- /kontaktårsak bestemmer endelig triagekategori. (...)»

«3.6 Responsvurdering ved lege

Legetilsynet tilstrebes så raskt som mulig og innen tidsfrister som angitt i tabell 1. Respons (=legevurdert hastegrad og legeordinert overvåkningshyppighet) inngår i det første legetilsyn og skal oppdateres ved klinisk endring og i forbindelse med alle overganger som medfører bytte av behandlingsansvar eller forflytting av pasient. Responsvurderingen angis i fire fargekategorier tilsvarende triage og veileder overvåkning, intern logistikk til behandlingsarealer og prioritering av behandlingsressurser for pasienter



som må vente på mottak. Selve vurderingen tas med utgangspunkt i triage som suppleres med målrettet anamnese, undersøkelse og diagnostikk. (...)»

TABELL 1
Triagekategorier og kliniske responser

| Kategori/NEWS | | Funn i prioritetsliste | Legetilsyn | Overvåkningshyppighet | Overvåkningsmetode |
|-------------------|---|--|-------------------------------------|-----------------------|------------------------------|
| Kritisk ≥7 | Terskelverdi for mulig kritisk sykdom | Tilstand som truer liv og førlighet | Umiddelbart Vurder teammottak | Kontinuerlig tilsyn | Kontinuerlig Påkoble skop |
| Akutt ≥5 | Terskelverdi for mulig alvorlig sykdom | Tilstand som potensielt truer liv og førlighet | Innen 30 minutter | Hver halvtime | Påkoblet skop |
| Subakutt Singel 3 | Betydelig avvik i enkeltparameter | Syk/skadet pasient uten umiddelbar livsfare | Innen 60 minutter | Hver time | Påkoblet skop ved kapasitet |
| Kan vente 0-4 | Lav NEWS utelukker ikke alvorlig sykdom | Syk/skadet pasient som ikke nødvendigvis trenger medisinsk hjelp umiddelbart | Kan vente | Hver annen time | Behøver ikke skopovervåkning |

Under er det sitert utdrag fra sykehusets retningslinje D15387 «Tidlig identifisering av akutt og kritisk syke pasienter», som angir overvåkningshyppighet på sengepost:

TABELL 2
Overvåkningsfrekvens og veiledende klinisk respons på skår:

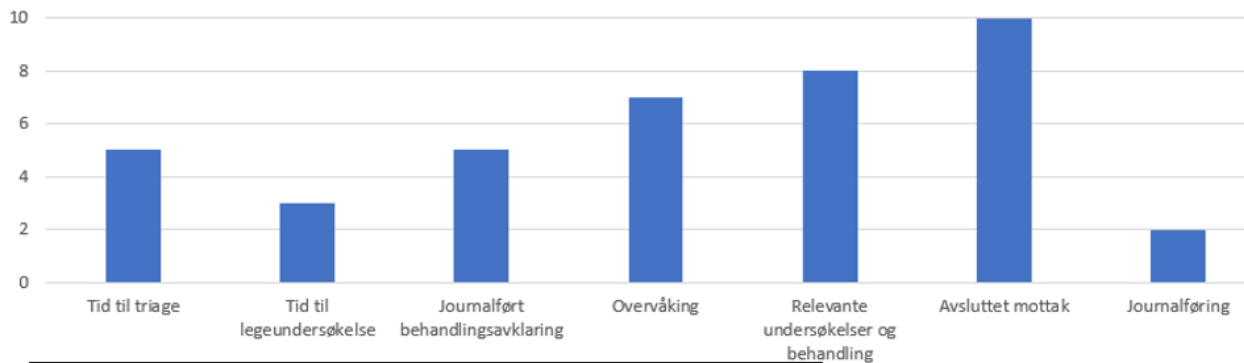
| New skår | Overvåkningsfrekvens | Klinisk respons | Fare for sykehusmortalitet |
|--|---|---|----------------------------|
| 0 | Minimum hver 12. time | <ul style="list-style-type: none"> Følg rutinene for NEWS-overvåking | Lav |
| Totalt 1-4 | Minimum hver 4-6. time inntil vurdering av sykepleier | <ul style="list-style-type: none"> Informere ansvarlig sykepleier Ansvarlig sykepleier vurderer overvåkningsfrekvens og/eller behov for kliniske tiltak | Lav |
| Skår 3 i én parameter | Minimum 1 gang i timen inntil vurdering av lege | <ul style="list-style-type: none"> Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege Ansvarlig lege ordinerer overvåkningsfrekvens og behov for ytterligere behandlingstiltak | Lav-middels |
| Totalt 5 eller høyere Grenseverdi for rask respons | Minimum 1 gang i timen inntil vurdering av lege | <ul style="list-style-type: none"> Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege Ansvarlig lege ordinerer overvåkningsfrekvens og behov for ytterligere behandlingstiltak | Middels |
| Total 7 eller høyere Øyeblikkelig respons | Kontinuerlig overvåkning av fysiologiske parametre | <ul style="list-style-type: none"> Ansvarlig sykepleier kontakter ansvarlig lege umiddelbart Ansvarlig lege ordinerer videre overvåkningsfrekvens og tar stilling til behandlingstiltak, inkludert overflytting til høyere overvåkningsnivå | Høy |

Funn i tilsynet for de ti pasientforløpene

- Alle pasientene ble triagert. Fem av ti av pasientene ble triagert innenfor gitte tidsfrister i henhold til hastegrad i ovennevnte tabell 1 (pasient 2, 4, 6, 9, 10)
- Tre av ti pasienter fikk legeundersøkelse innenfor gitte tidsfrister (pasient 6, 9, 10). Vi har lagt til grunn at legerespons/legetilsyn representerer tid til legeundersøkelse
- For fem av ti pasienter ble innhold i behandlingsavklaringen journalført (pasient 4, 5, 8, 9, 10) mens det for de andre kun ble journalført rådført med LIS



- For åtte av ti pasienter ble det iverksatt relevante undersøkelser og behandling (pasient 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 10), mens to fikk uforsvarlig behandling
- Syv av ti pasienter ble overvåket i henhold til sykehusets retningslinje (pasient 1, 3, 4, 5, 7, 8, 9). For pasienter som var innlagt med smertetilstander var det ikke en systematisk oppfølging med VAS-skår (pasient 1, 4, 6, 8, 10)
- Alle pasientene fikk avsluttet mottak av lege før overføring til avdeling
- Hos to av ti pasienter var det ikke brudd på journalføring (pasient 7, 9)



Tabell 3: Funn i tilsynet

Journalføring

Triagering var registrert i flyttavle med rolle og navn på helsepersonellet, men bakgrunnen for triageringen framgikk ikke alltid. Det var noe dokumentasjon under situasjon og bakgrunn i flyttavle, men det framgikk ikke tidspunkt eller navn på hvilket helsepersonell som hadde journalført.

Tidspunkt for legeundersøkelse ble angitt i noen innkomstjournaler.

Det var ikke entydig hvor NEWS skår ble ført, da de primært ble registrert i Metavision, men også i flyttavle og journal. Bakgrunn for NEWS skår framgikk ikke alltid.

Tidspunkt for henvisning til røntgen framgikk ikke av løpende pasientjournal, men sykehuset har en egen oversikt som de bruker til prioritering av undersøkelsene.

For pasienter med smerteproblematikk (pasient 1, 4, 6, 8, 10), var det ikke journalført løpende VAS-skår, men det kunne bli gjenfunnet for noen av pasientene i innkomstjournal.

Det forelå for noen pasienter overflytningsnotat fra sykepleier til andre poster. Det var ellers ett journalnotat av annet helsepersonell enn lege i de ti journalene.

Det framgikk ikke av prosedyren D24602: «Innleggelse – Dokumentasjon» at sykepleier har ansvar for journalføring av pasientens løpende tilstand i DIPS.

Avviksmeldinger og avviksbehandling

Vi mottok 26 avvik fire til åtte uker etter at de var meldt, og sykehuset har som mål at leder skal ha ferdigbehandlet avvikene innen 12 uker. Halvparten av avvikene var meldt fra samhandlende avdelinger. Leger meldte åtte av 26 avvik, og fem ble meldt fra sykepleiere i Akuttsenteret, hvorav to var vikarer.



Temaer i avvikene var blant annet rutinesvikt, uerfarent personell, bemanningsutfordringer, ikke avsluttet mottak, samhandlingsavvik og fall. Vi har vurdert at ni av de 26 avvikene omhandlet alvorlige hendelser:

- fire med forsinket sepsisbehandling (meldings-ID 44954, 44843, 44787, 44749)
- gitt feil blod til pasient (meldings-ID 45081)
- ikke personell til å ta imot MØT pasient med hjerterytmeforstyrrelse (meldings-ID 44911)
- pasient ikke tatt imot som FAST pasient (meldings-ID 44891)
- gitt legemiddel til tross for CAVE (meldings-ID 45112)
- manglende oppfølging over mange timer av pasient med psykisk utviklingshemming (meldings-ID 45045)

Det var ikke iverksatt tiltak for syv av de ni alvorlige avvikene fire til åtte uker etter at de var meldt. Et avvik som omhandlet forsinket sepsisbehandling, var meldt til kvalitetsutvalg/PSU (meldings-ID 44843). Ett annet alvorlig avvik (meldings-ID 45081) som omhandlet gitt feil blod til pasient, ble behandlet på denne måten: «*Hendelsen er tatt opp med aktuell ansatt og informert i personalgruppen for læring. Samtidighetskonflikter i Akuttsenteret øker risikoen for feil. Tas med for læring videre også.*»

To av de ni alvorlige avvikene var lukket med henvisning til generelle tiltak, eksemplifisert ved: «*Hendelsen tas til etterretning. Tiltak knyttet til problemstillingen rundt uoverensstemmelser mellom ressurser og kapasitet, er under arbeid gjennom handlingsplan for Akuttsenteret. Akuttsenteret jobber kontinuerlig med kvalitetsarbeid.*» (meldings-ID 44749).

5. Vurdering av faktagrunnlaget opp mot aktuelt lovgrunnlag

Spesialisthelsetjenesteloven og forskrift stiller krav til ledelse, kvalitetsforbedring og systematisk styring. I tillegg til at virksomhetene må sørge for å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere sine aktiviteter, må virksomheten følge med på om tjenestene er forsvarlige og i tråd med gjeldende lover. Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Forsvarlige pasientforløp

Det var fortsatt utfordringer med triage, da halvparten av pasientene fikk forsinket triagering etter tidsfristene i sykehusets prosedyre.

Hovedvekten av pasientene fikk forsinket legeundersøkelse, noe som ga forsinkelse av utredning og behandling og kunne medføre prognosetap. Det ble ført systematisk i inntakstjournal at behandlingsavklaring var diskutert med annen lege, men kun for halvparten framkom innholdet i denne. Dette har gjort det vanskelig å vurdere grad av involvering i pasientbehandlingen fra lege med lenger erfaring.

Pasientene fikk i all hovedsak relevante undersøkelser og behandling. For de to pasientene vi har vurdert som fikk uforsvarlig behandling (pasient 6 og 9), var det sen iverksettelse av oksygenbehandling, mens den andre pasienten ikke fikk tiamin til tross for tidligere alkoholoverforbruk.

Hovedvekten av pasientene ble tilstrekkelig hyppig overvåket i dette tilsynet, noe som er svært viktig for å oppdage tidlig forverring i pasientens tilstand og for å unngå prognosetap. Det var imidlertid uheldig at NEWS skår ble ført både i Metavision og i flyttavle, da dette kunne gjøre det vanskelig å få en god oversikt over utviklingen av sykdomsbildet over tid.



For pasienter med smerteproblematikk gjenfant vi kun enkeltvurderinger av VAS-skår for noen av pasientene i legejournal eller i flyttavle. Vi fant ingen oversikt over smerteutviklingen over tid, og det var ikke journalført hvilken effekt pasientene fikk av smertestillende medikasjon.

Det at alle pasientene fikk avsluttet mottak før overføring til avdeling vil bidra til tryggere pasientforløp. Vi fant at samhandlingsutfordringene med andre avdelinger var mindre fremtredende for disse ti pasientene enn ved tidligere tilsyn.

Vi har vurdert at behandlingen for åtte pasienter var utenfor god faglig praksis og at to pasienter fikk uforsvarlig behandling.

Journalføring

Som ved forrige tilsyn med Akuttsenteret var det svært sjelden journalføring fra annet helsepersonell enn lege i løpende journal. Når det mangler journalføring av observasjoner, effekt av tiltak og kliniske vurderinger, kan dette utgjøre en fare for pasientsikkerheten. Vi har merket oss at den mangelfulle journalføringen avvek fra dokumentasjonsrutinene ved andre sykehusavdelinger.

Det forelå ikke overflytningsnotat på alle pasientene, noe som kan tyde på mangelfulle rutiner.

Vi fant brudd på kravene til journalføring for åtte av ti pasienter.

Virksomhetens ansvar for systematisk kvalitetsforbedring

Det var en betydelig økning i antall avvik etter åpning av nytt Akuttsenter i november 2021 med gjennomsnittlig 64 meldte avvik de fire første driftsmånedene. Det ble meldt like mange avvik i april 2022, men vi vurderte alvorligheten lavere enn fra de første driftsmånedene. Antall meldte avvik i august var imidlertid betydelig lavere, men det ble meldt flere avvik fra andre avdelinger enn ved tidligere tilsyn. Leger meldte i mye større grad avvik enn annet helsepersonell, og svært få av avvikene fra august ble meldt av sykepleiere i Akuttsenteret. Vanligvis er det sykepleiere som yrkesgruppe som melder flest avvik, noe som kan ha sammenheng med at de tilbringer mest tid i nærheten av pasientene (Meldeordningen ved Helsedirektoratet i årsrapport 2017). Dette kan tyde på at annet helsepersonell enn leger i Akuttsenteret meldte for lite avvik. Melding av avvik er viktig for å identifisere svikt og risikoområder for svikt og er en viktig forutsetning i arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Vi så at antall alvorlige avvik som ble meldt holdt seg stabilt selv om det ble meldt betydelig færre mindre alvorlige avvik enn ved tidligere tilsyn. Sykehuset har iverksatt en rekke tiltak for å bedre pasientbehandlingen i Akuttsenteret, og det er mulig at organiseringen av nytt Akuttsenter har satt seg etter oppstarten og at det skjer færre avvik.

Ved vurdering av behandlingen av de alvorlige avvikene har vi i liten grad sett at det ble iverksatt tidlige tiltak for å unngå gjentagelse. Sen iverksetting av tiltak etter alvorlige avvik, kan redusere ansattes motivasjon til å melde avvik. Lukking av avvik med en generell henvisning til at det jobbes kontinuerlig med kvalitet, kan også bidra til å redusere ansattes motivasjon for å melde. Dersom de alvorlige avvikene ikke følges raskt opp og tiltak iverksettes, vil risikoen i pasientbehandlingen øke.

Den sene avviksbehandlingen av alvorlige avvik i Akuttsenteret utgjør et brudd på spesialisthelsetjenesteloven og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.



Virksomhetsansvaret

Den som har det overordnede ansvaret for virksomhetene, skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetenes aktiviteter. Virksomhet som yter helse- og omsorgstjenester, skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter.

Vi fant at sykehuset fortsatt hadde utfordringer med forsinkelser til triage og legeundersøkelse. Vi fant mangelfull journalføring fra annet helsepersonell enn leger i Akuttsenteret. Vi fant sen iverksetting av forebyggende tiltak etter alvorlige avviksmeldinger. Disse faktorene øker risikoen for uønskede hendelser i pasientbehandlingen.

6. Statsforvalterens konklusjon

Vi fant at hoveddelen av pasientene fikk forsvarlig behandling og overvåking. Det var fortsatt forsinkelser til triagering og til legeundersøkelse. Vi fant fortsatt mangelfull journalføring og mangler ved avviksbehandlingen.

Vi fant at to pasienter fikk uforsvarlig behandling, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Vi fant at pasientbehandlingen for åtte pasienter var utenfor god faglig praksis.

Vi fant brudd på journalføring for åtte pasienter, jf. helsepersonelloven § 16, jf. §§ 39 og 40.

Vi fant mangler ved avviksbehandling. Dette utgjør et brudd på kravene til styring og ledelse, jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-4a, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsarbeid i helse- og omsorgstjenesten §§ 7c og 8e.

Vi har i dette tilsynet fra august 2022 sett klare forbedringer i pasientbehandlingen sammenlignet med tidligere tilsyn. Vi er kjent med at sykehuset arbeider bredt og kontinuerlig med å forbedre styring og ledelse av Akuttsenteret. Vi har besluttet at vi ikke vil følge opp med nye planlagte tilsyn i Akuttsenteret. Vi vil imidlertid fortsatt følge med på pasientbehandlingen gjennom hendelsesbaserte tilsynssaker. Vi forutsetter at sykehuset selv følger opp funnene i rapporten.

Med hilsen

Sigmund Skei (e.f.)
fylkeslege/avdelingsdirektør

Astrid Roald
revisjonsleder

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg (U.off: offl. § 13, jf. fvl. § 13):

- 1 Internt notat - pasientkasuistikker - Akuttsenteret Sykehuset i Vestfold HF