



DET KONGELIGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Statsråden

Helse- og omsorgskomiteen
Stortinget
0026 OSLO

Deres ref
2023/1181

Vår ref
23/1150-

Dato
27. mars 2023

Dokument 8:147 S (2022-2023) Representantforslag om en nasjonal finansieringsløsning for sjeldne diagnoser

Jeg viser til brev fra Stortingets helse- og omsorgskomiteé hvor det bes om min uttalelse til Dokument 8: 147 S (2022-2023), Representantforslag fra Bård Hoksrud, Morten Stordalen, Morten Wold og Silje Hjemdal om behovet for en nasjonal finansieringsløsning for sjeldne diagnoser.

Representantforslaget fremmer følgende forslag:

- 1. Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak om en endring i finansieringsansvaret for sykehusene ved behandling av sjeldne sykdommer gjennom en nasjonal ordning, eksempelvis et fond for sjeldne sykdommer eller en nasjonalt finansiert resept.*
- 2. Stortinget ber regjeringen i forbindelse med ny prioriteringsmelding for helse- og omsorgstjenesten sette «sjeldenhet» som et eget kriterium og på denne måten sikre at de særegne kjennetegnene ved sjeldne diagnoser fanges opp.*
- 3. Stortinget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget på egnet måte med en plan for hvordan man kan sikre rask tilgang til nye og tilgjengelige medisiner for pasienter med sjeldne diagnoser.*

Innledning

Regjeringen vil legge frem en ny melding om prioritering, med fokus på persontilpasset medisin, åpenhet og forutsigbarhet i prioriteringsbeslutningene. Innholdet og vurderingene i meldingen vil også være relevante for prioritering av behandlingstilbudet til pasienter med

sjeldne sykdommer. I tråd med regelverket defineres sjeldne sykdommer som helsetilstander med lav forekomst, dvs. sykdommer som forekommer hos færre enn 5 av 10.000 innbyggere, jf. Europaparlamentets og -rådets beslutning nr. 1295/1999/EG av den 29. april 1999. Definisjonen omfatter sjeldne diagnoser, sykdommer eller tilstander uavhengig om de er medfødt eller ervervet. Det finnes mellom 5 000 og 8 000 ulike sjeldne diagnoser, og det antas at ca. 80 % er forårsaket av gen- eller kromosomfeil. Det er estimert at 190 000 – 320 000 personer i Norge har en sjelden diagnose eller tilstand – og dette omfatter personer med svært forskjellige utfordringer og behov.

Personer med sjeldne sykdommer har ofte behov for koordinerte helse- og omsorgstjenester for å mestre sine liv. For de fleste diagnosene finnes det i dag ingen kurativ behandling. Fremskrittet i den medisinsk-teknologiske utviklingen, særlig innen persontilpasset medisin, har likevel åpnet for mer presis og målrettet diagnostikk og behandling. Det utvikles legemidler som virker direkte på årsakene til sykdommene, særlig for sjeldne kreftformer og sjeldne genetiske sykdommer. Det er samtidig usikkerhet knyttet til effekten av målrettet medikamentell behandling hos den enkelte pasienten. Å dokumentere nytte og sikkerhet gjennom kliniske studier kan være utfordrende, gitt at pasientpopulasjonene er små og det dermed er få potensielle forskningsdeltakere. Dersom en ny terapi blir utviklet, kan det ofte bli svært dyrt fordi det er få pasienter å dele utviklingskostnadene på. Vurdering og prioritering av ny, kostbar behandling for sjeldne sykdommer møter særskilte utfordringer knyttet til behovet for et godt kunnskapsgrunnlag om nytte, sikkerhet og kostnadseffektivitet. Svakt kunnskapsgrunnlag påvirker også flere viktige aspekter ved utformingen av tjenestetilbudet til små pasientgrupper, særlig knyttet til behovet for nasjonalt og internasjonalt samarbeid om deling av data, ekspertise, kompetanse og i henvisning av pasienter til utprøvende behandling i andre land.

Representantforslaget inneholder påstander som ikke gir et representativt bilde av tilbudet for pasienter med sjeldne sykdommer i den norske helsetjenesten. I representantforslaget heter det bl.a. at pasienter *«blir ikke tilbudt forsvarlig helsehjelp på grunn av strenge prioriteringer i systemet Nye metoder»*. System for Nye metoder anvender prinsippene for prioritering som Stortinget har vedtatt, og som sikrer rettferdig fordeling av felleskapets ressurser og en bærekraftig utvikling av helsetjenesten. Pasienter har etter pasient- og brukerrettighetsloven rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Begrepet «nødvendig helsehjelp» tolkes slik at det gir krav på nødvendig helsehjelp med en forsvarlig standard, basert på en individuell vurdering av behov. Det er helsepersonell som tar stilling til om pasienten har krav på nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, og som foretar individuell vurdering av hva slags behandling som skal tilbys den enkelte pasient innenfor det tilbudet som er gjort tilgjengelig i spesialisthelsetjenesten. Retten til nødvendig spesialisthelsetjeneste knytter seg ikke til enhver ny type behandling, eller den beste eller nyeste behandling som til enhver tid er tilgjengelig.

Pasienter som mener de ikke får oppfylt sin rett til forsvarlige tjenester, kan be Statsforvalteren vurdere om det har skjedd et pliktbrudd. De kan videre prøve saken for

domstolen. Det er ikke belegg for påstanden om at pasienter med sjeldne diagnoser i Norge ikke får oppfylt sin rett til forsvarlig helsehjelp.

Videre heter det i representantforslaget at «*tilgangen på nye legemidler for norske pasienter er liten*». Evalueringen av system for Nye metoder viser at vi ikke innfører færre metoder enn sammenlignbare land. Internasjonale sammenligninger viser også at Norge skårer høyt når det gjelder andel nye legemidler som blir gjort tilgjengelig for hele pasientpopulasjonen. Her er vi på 6. plass av 39 land. Videre viser tall fra system for Nye metoder at flertallet av metodene som vurderes, blir innført. Likeverdig tilgang er et grunnleggende prinsipp som vårt system ivaretar. De metodene som ikke tilfredsstillers prioriteringskriteriene som Stortinget har satt, blir ikke innført. Det er en del av en helt nødvendig prioritering.

Tilgang til nye behandlingsmuligheter kan gi pasienter med alvorlige sjeldne sykdommer flere gode leveår og bedre liv og mestring. Jeg deler derfor målet om å sikre rask tilgang til trygge og effektive metoder, også for denne pasientgruppen. Jeg mener imidlertid at forslagene som fremmes vil føre til mindre likeverdig tilgang på tvers av pasientgrupper og til dårligere ressursutnyttelse, der noen pasientgrupper unntas prinsippene for prioritering.

Vurdering av forslag 1: nasjonal finansieringsløsning for sjeldne diagnoser

Representantforslaget ber regjeringen komme tilbake til Stortinget med en egen sak om en endring i finansieringsansvaret for sykehusene ved behandling av sjeldne sykdommer gjennom en nasjonal ordning, eksempelvis et fond for sjeldne sykdommer eller en nasjonalt finansiert resept.

Finansieringsansvaret for legemidler er delt mellom de regionale helseforetakene, folketrygden og kommunene. Det har siden 2006 skjedd en gradvis overføring av finansieringsansvaret fra folketrygden til de regionale helseforetakene. Finansieringsansvaret for legemidler til behandling av sjeldne tilstander ble overført fra folketrygden til de regionale helseforetakene fra 1. februar 2019, jf. Stortingets behandling av Prop. 1 S (2018–2019). I budsjettforslaget ble det vist til at legemiddelgruppen mot sjeldne sykdommer er lite homogen, men alle legemidlene kjennetegnes med å ha få brukere. Bruken av disse legemidlene krever spesialkompetanse som tilsier at den styres av lege i spesialisthelsetjenesten. Noen av legemidlene krever også fysisk overvåking eller beredskap av spesialisthelsetjenesten eller utstyr som i all hovedsak besittes av spesialisthelsetjenesten.

Meld. St. 28 (2014–2015) *Legemiddelmeldingen — Riktig bruk – bedre helse* viser til at følgende prinsipper har ligget til grunn for Stortingets beslutninger om overføringer av finansieringsansvaret for legemidler fra folketrygd til de regionale helseforetakene, jf. boks 19.1:

- Mulighet for forbruksvridning: Ulike finansieringsordninger kan føre til at legemiddelvalg baserer seg på økonomiske og ikke medisinske hensyn.

- Riktigere prioritering: Sykehuslegene har ofte de beste forutsetningene for å foreta en riktig prioritering av hva slags behandling pasientene skal få innenfor sitt ansvarsområde.
- Manglende priskonkurranse: Det er mulig å oppnå priskonkurranse mellom medisinsk likeverdige legemidler gjennom f.eks. anbud i sykehusene.

I Meld. St. 34 (2015–2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste — Melding om prioritering* ble det fremholdt at finansieringsansvaret for et legemiddel i hovedsak følger behandlingsansvaret.

Stortinget har sluttet seg til forslagene i Prioriteringsmeldingen, herunder målsetningen om at finansieringsansvaret for et legemiddel skal følge behandlingsansvaret, jf. Innst. 57 S (2016–2017). Det er fastsatt endringer i legemiddelforskriften og blåreseptforskriften. Endringene presiserer at legemidler, der spesialisthelsetjenesten styrer behandlingen eller det trengs utstyr/personale som finnes i spesialisthelsetjenesten, ikke skal dekkes av folketrygden. Overføringene omfatter legemidler der det er klart at både initiering, evaluering og avslutning av pasientens legemiddelbehandling gjøres av leger i spesialisthelsetjenesten, jf. Prop. 85 S (2017–2018).

Prinsippene for prioritering som er beskrevet i Prioriteringsmeldingen ligger til grunn for legemiddelforskriften kap. 14. Tiltak i helsetjenesten skal vurderes ut fra tre prioriteringskriterier – nytte, ressurs og alvorlighet. Prioriteringskriteriene skal vurderes samlet og veies mot hverandre. I vurdering av metodene er det også adgang til å foreta enkelte skjønnsmessige vurderinger i en totalvurdering av tiltaket. Dette er særlig knyttet til vurderinger av kvaliteten og usikkerheten ved dokumentasjonen, samt til de totale budsjettkonsekvensene.

Representantene hevder at det er forhold ved dagens finansieringssystem som medfører at *«når ansvaret for å betale for en behandling legges på det enkelte sykehus eller en sykehusavdeling, kan behandlingen av pasienter med en sjelden diagnose bli svært dyr for det lokale sykehuset eller avdelingen»*. Etablerte behandlingsmetoder, der effekt og sikkerhet er tilstrekkelig dokumentert, blir tilgjengeliggjort i spesialisthelsetjenesten etter behandling i system for Nye metoder. De regionale helseforetakene har finansieringsansvar for legemidler som faller inn under spesialisthelsetjenestens behandlingsansvar, uavhengig av om legemiddelet benyttes i eller utenfor sykehus. De regionale helseforetakene bestemmer i felleskap hvilke av de helseforetaksfinansierte legemidlene som kan forskrives på h-resept og hvilke som kun skal administreres av sykehusene. De regionale helseforetakene beslutter også hvilke leger som kan forskrive h-reseptlegemidler. Dersom et sykehus beslutter å tilby utprøvende behandling, påtar sykehuset seg samtidig finansieringsansvaret for behandlingen. Tilbys utprøvende behandling utenfor en klinisk studie, skal finansieringsansvaret være avklart før behandlingen tilbys pasienten. Dette fremgår av nasjonal veileder for utprøvende behandling.

Videre peker representantene på at *«behandling av en sjelden diagnose ofte blir gjort av en ekspert på den aktuelle diagnosen, og at den dermed ofte skjer på et sykehus utenfor*

pasientens hjemstedsregion. Dette skaper økonomisk usikkerhet for det enkelte lokale sykehus, som kan gjøre det vanskelig å prioritere behandling av sjeldne pasienter.» Dersom helsehjelpen blir gitt ved helseforetak i annen region, betaler pasientens bostedsregion for dette gjennom gjestepasientoppgjør. Samme prinsipp gjelder dersom pasientbehandling skjer ved nasjonale behandlingstjenester. De regionale helseforetakene har egne finansieringsmodeller for å fordele budsjettet til helseforetakene i regionen.

Forslaget om å finansiere legemiddelbehandling gjennom et nasjonalt fond er drøftet i Meld. St. 34 (2015-2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste - Melding om prioritering*. Et slikt fond for finansiering av behandling av sjeldne sykdommer vil innebære at nye behandlingsmetoder for denne gruppen unntas de samme prinsippene for prioritering som for andre diagnoser. Det samme vil være gjeldende ved andre finansieringsløsninger som splitter opp finansieringsansvaret og sørge-for-ansvaret. Dette vil hindre likeverdig tilgang til pasientbehandling på tvers av pasientgrupper. Det pekes også på at et slikt fond vil kunne bidra til å svekke myndighetenes forhandlingsposisjon overfor legemiddelindustrien. Erfaringene med et eget fond for kreftlegemidler i Storbritannia er at denne formen for finansiering ikke gir verdi, hverken for pasientene eller for samfunnet. Å sette av store ressurser til behandling som ikke er dokumentert, er ikke å gi pasientene et godt behandlingstilbud. Tvert imot vil det gå ut over pasientene: det vil vri ressurser bort fra tiltak vi vet at virker. Jeg mener at vurderingene i meldingen fortsatt står ved lag.

Vurdering av forslag 2: «sjeldenhet» som et eget kriterium

Representantforslaget ber regjeringen om å sette «sjeldenhet» som et eget kriterium for å sikre at de særegne kjennetegnene ved sjeldne diagnoser fanges opp i prioriteringssammenheng. Sjeldenhet som et kriterium for prioritering i helsetjenesten har vært gjenstand for diskusjon både i Norge og internasjonalt. I 2010 vurderte Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten at tiltak rettet mot sjeldne tilstander bør «*vurderes i tråd med § 2 i prioriteringsforskriftens krav om en samlet vurdering av tilstandens alvorlighet, av dokumentert forventet nytte av helsehjelpen og av rimeligheten i forholdet mellom kostnadene og tiltakets effekt*». Norheim-utvalget (NOU 2014:12 *Åpent og rettfærdig - prioriteringer i helsetjenesten*) gjorde også en grundig vurdering av argumentene som kan begrunne sjeldenhet som eget kriterium for prioritering, og konkluderte at «*(...) det ikke er grunnlag for et selvstendig sjeldenhetskriterium*» og at «*(...) de faktorene som er relevante, i hovedsak er ivare tatt av de tre overordnede kriteriene*». Sjeldenhet som prioriteringskriterium ble videre drøftet og vurdert i Meld. St. 34 (2015-2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – melding om prioritering*. Det ble her hensyntatt at sjeldne diagnoser ofte er alvorlige og gir et betydelig helsetap, i form av nedsatt livslengde og/eller redusert livskvalitet. Samtidig er ikke sammenhengen mellom sjeldenhet og alvorlighet entydig, da det finnes tilstander som er sjeldne, men som ikke medfører stort helsetap. Det er dermed ikke sjeldenhet som sådan, men forhold som typisk er assosiert med en del tilstander svært få pasienter har, som kan være relevante å ta hensyn til i metodevurderinger og tilhørende beslutninger om prioritering. Som påpekt innledningsvis, kan industrien ha svakere insentiver for å utvikle legemidler for sjeldne lidelser, og dersom et legemiddel blir utviklet kan prisen ofte bli høy. Særsilt små

pasientgrupper gjør i tillegg at det er vanskeligere å fremskaffe god dokumentasjon av nytten av behandling.

I prinsippene for prioritering fremmet i Prioriteringsmeldingen heter det derfor at «*ved vurdering av tiltak rettet mot små pasientgrupper med alvorlig tilstand hvor det er vanskelig å gjennomføre kontrollerte studier av effekt, kan et lavere krav til dokumentasjon aksepteres*» og at «*ved vurdering av tiltak rettet inn mot særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand, eksempelvis barn med medfødte genetiske sykdommer, der det ofte ikke finnes god dokumentasjon av nytten, kan det aksepteres høyere ressursbruk enn for andre tiltak.*». Prinsippene for prioritering som er beskrevet over og som Stortinget har sluttet seg til i Innst. 57 S (2016-2017) ligger til grunn for legemiddelforskriften kap. 14 og skal også gjelde for innføring av legemidler i spesialisthelsetjenesten. Prinsippene er implementert i beslutningsprosessene for refusjon av legemidler i Blåreseptordningen og for innføring gjennom system for Nye metoder, ved at det er opprettet en ordning for særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand. Denne ordningen åpner for at det ved visse tilstander kan godtas lavere kvalitet på dokumentasjon av effekt og sikkerhet, samt en høyere betalingsvillighet i tråd med føringene fra Prioriteringsmeldingen.

Der det er hensiktsmessig kan usikkerheten i dokumentasjonen håndteres ved at et legemiddel innføres midlertidig i påvente av ny forskningsbasert kunnskap. De regionale helseforetakene har iverksatt tiltak for å styrke rammene for midlertidig innføring og revurdering gjennom system for Nye metoder. Det ble i 2020 innført et rammeverk for alternative prisavtaler med helsenæringen som kan brukes etter bestemte kriterier til å innføre metodene midlertidig. Med resultatbaserte avtaler er det for eksempel mulig å stille krav om at antagelser om effekt som lå til grunn for innføring, skal etterprøves eller revurderes på et senere tidspunkt. Resultatbaserte avtaler kan bidra til å håndtere utfordringene ved å vurdere effekten av legemiddelet også i et helseøkonomisk perspektiv. Det er tatt i bruk slike avtaler i flere saker.

Min vurdering av forslaget om å sette «sjeldenhet» som et eget kriterium er at et sjeldenhetskriterium som er frakoblet hensynet til nytte og alvorlighet vil kunne ha utilsiktede fordelingseffekter og en mulig dreining av ressurser fra pasientgrupper med alvorlige tilstander der det er dokumentert nytte av tiltak og forholdsmessig ressursbruk. Min vurdering er at de gjeldende prinsippene for prioritering gir klare føringene for å håndtere de utfordringene som kan oppstå i vurderingen av behandlingsmetoder til små pasientgrupper. Føringene er videre hensyntatt gjennom ordningen for særskilt små pasientgrupper med svært alvorlig tilstand.

Vurdering av forslag 3: plan for hvordan man kan sikre rask tilgang til nye og tilgjengelige medisiner for pasienter med sjeldne diagnoser

Regjeringen arbeider for å sikre likeverdig tilgang til effektive og trygge behandlingsmetoder. For sjeldne tilstander er det særlig utviklingen innenfor persontilpasset medisin som vil kunne føre til flere behandlingsmuligheter. Regjeringen har i Hurdalsplattformen forpliktet seg til å

legge frem en ny stortingsmelding om prioritering som bl.a. vurderer innføringen av persontilpasset medisin. Jeg mener at denne meldingen gjennom bred politisk forankring vil møte forslagsstillernes forslag om en plan for hvordan man kan sikre rask tilgang til nye og tilgjengelige medisiner for pasienter med sjeldne diagnoser.

Det foreligger allerede planer, strategier og løpende utviklingsarbeid i tjenestene som bidrar til å styrke tilbudet innen sjeldenfeltet. I oppfølgingen av evalueringen av Nye metoder har regjeringen gitt i oppdrag til de regionale helseforetakene å utarbeide et strategidokument for videreutviklingen av systemet. Strategidokumentet skal blant annet presentere tiltak for å tilrettelegge for bedre håndtering av persontilpasset medisin i systemet. Effektivisering av saksbehandlingen i system for Nye metoder vil også bidra til raskere tilgang til etablerte metoder. Samtidig viser tall fra system for Nye metoder at over halvparten av tidsbruken i vurderingsprosessen kan tilskrives industrien, der myndighetene venter på nødvendig dokumentasjon for å vurdere sakene. Det er derfor viktig at aktørene i systemet og industrien samarbeider godt om å få ned tidsbruken. Det er særlig tiltak som rettes mot å øke forutsigbarheten i saksbehandlingen og tydelighet i kravene til dokumentasjonen, som kan bidra til raskere prosesser. Jeg viser i min vurdering av forslag 2 til bruk av alternative prisavtaler som et viktig tiltak for å tilrettelegge for midlertidig innføring av metoder og styrke tidlig tilgang. Videre har regjeringen nylig lansert Nasjonal strategi for persontilpasset medisin (2023-2030), med tiltak for likeverdig tilgang til persontilpasset medisin. Dette for å øke kompetanse i helsetjenesten og i befolkningen og for å bidra til effektiv og sikker bruk av helsedata. Strategien og oppfølgingen av denne er ytterst relevant for utviklingen av tjenestetilbudet til pasienter med sjeldne sykdommer.

Regjeringen følger opp *Strategien for sjeldne diagnoser* fra 2021. Strategien beskriver målrettet og konkret arbeidet videre for å sikre tidlig diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter og brukere. Sentralt i oppfølgingen av strategien er oppdraget de regionale helseforetakene har fått om å vurdere hvordan likeverdig og rask tilgang til høyspesialisert utredning, diagnostikk og behandling av personer med sjeldne diagnoser best kan ivaretas i spesialisthelsetjenesten. Når det er få pasienter innen hver diagnose, blir internasjonalt samarbeid viktig for at vi skal utvikle god forskning og gode tjenester. Europeiske referansenettverk (ERN) ble etablert av EU i 2016 for å bidra til at pasienter som rammes av en sjelden eller kompleks tilstand skal få tilgang til utredning, diagnostikk og behandling av høy kvalitet gjennom internasjonalt samarbeid. Det er etablert 24 slike referansenettverk som omfatter ulike sykdomsgrupper eller tema, og består av fagpersoner fra 28 ulike EU-land og Norge. Norge er foreløpig med i 17 av disse nettverkene, men det er et mål at norske fagmiljø skal delta i alle ERN-nettverk.

Regjeringen følger opp den nasjonale handlingsplanen for kliniske studier. Et forhold som omtales her er norske pasienters tilgang til kliniske studier i utlandet. Norske pasienter bør som hovedregel tilbys deltakelse i kliniske studier i Norge, men for noen pasienter kan det være begrensede muligheter for deltakelse i Norge. De regionale helseforetakene har tidligere laget en felles praksis for henvisning av barn med kreft til kliniske studier i nordiske land. Regjeringen har bedt de regionale helseforetakene om å utrede en felles praksis for

henvisning av voksne pasienter til kliniske studier i utlandet, fortrinnsvis i Norden. Ifølge Ekspertpanelet vil dette primært gjelde pasienter med sjeldne tilstander og diagnoser. Målet er en mest mulig likeverdig mulighet for deltakelse i kliniske studier i utlandet for pasienter som kan ha nytte av det.

Samlet vurdering

Regjeringen er opptatt av at pasienter med sjeldne sykdommer møter et godt tilbud i hele helse- og omsorgstjenesten og gjennom hele pasientforløpet. Likeverdig tilgang til behandlingsmetoder er en viktig del av tjenestetilbudet, og det foreligger planer, strategier og løpende utviklingsarbeid i tjenesten som bidrar til å styrke dette. Min vurdering er at en særbehandling av sjeldenfeltet i prioriteringssammenheng, enten gjennom særskilte finansieringsmekanismer eller gjennom et eget kriterium som gir høyere prioritet til sjeldenhet som sådan, vil føre til mindre rettferdig prioritering av felleskapets ressurser og dårligere ressursutnyttelse. Det vil føre til at noen behandlingsmetoder ikke vurderes i tråd med de vedtatte prioriteringskriteriene. Dette har vært vurdert av tidligere offentlige utvalg og i Meld. St. 34 (2015-2016) *Verdier i pasientens helsetjeneste – melding om prioritering*. Felles prinsipper for prioritering er etablert for nettopp å sikre likebehandling på tvers av pasientgrupper. Videre er de særskilte utfordringene som kjennetegner vurdering av tiltak rettet mot små pasientgrupper allerede hensyntatt i gjeldende prinsipper for prioritering. Regjeringen vil bygge på de grundige vurderingene som er gjort innen prioriteringsfeltet de senere årene, og legge frem en ny melding om prioritering med fokus på persontilpasset medisin, åpenhet og forutsigbarhet i prioriteringsbeslutningene. Innholdet og vurderingene i meldingen vil også være relevante for prioritering av behandlingstilbudet til små pasientgrupper.

Med hilsen



Ingvild Kjerkol