

**Rapport etter tilsyn
ved
Sykehuset i Vestfold HF**

**Håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev
samt aktivitet knyttet til organdonasjon**

Tidsrom for tilsynet:	29. mars - 15. august 2017
Kontaktperson ved helseforetaket:	Konstituert kvalitetssjef Ronald A. Kvamme

Sammendrag

Statens helsetilsyn har gjennomført tilsyn ved Sykehuset i Vestfold HF (SiV). Tilsynet omfattet håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktivitet knyttet til organdonasjon, og ble utført i henhold til følgende forskrifter:

- *Forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften)*
- *Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev*
- *Forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon*

Tilsynet la hovedvekt på hvordan følgende utvalgte oppgaver blir fulgt opp faglig og styringsmessig:

- identitetssikring
- sporbarhet – mulighet til å identifisere blod, blodkomponenter, celler, vev og organer fra donor/giver til mottaker og omvendt
- sporbarhet – mulighet til å finne tilbake til opprinnelse og detaljer for produkter som kommer i kontakt med blod, blodkomponenter, celler, vev og organer
- hindring av sykdomsoverføring via blod, blodkomponenter, celler, vev og organer

Tilsynet ble gjennomført som en kombinasjon av informasjons- og dokumentinnhenting, egenvurdering utført av helseforetaket og tilsynsbesøk med stikkprøver utført av Helsetilsynet.

Formålet med tilsynet var å vurdere om helseforetaket sikrer et høyt beskyttelsesnivå for mottakere og givere/donorer, hindrer overføring av sykdom og trykker sikkerheten og kvaliteten på blod, blodkomponenter, celler, vev og organer.

Helsetilsynet mener at ledelsen ved SiV kan bidra til redusert risiko for donorer og mottakere av humant materiale ved å forbedre sin styring av aktiviteten, inkludert opplæring og kompetanseheving. Forhold som må korrigeres er samlet i to avvik:

- Avvik 1: Sykehuset i Vestfold HF har utarbeidet en overordnet retningslinje for blodtransfusjon. Ledelsen ved helseforetaket har imidlertid ikke fulgt opp at involvert personell etterlever retningslinjen og har tilstrekkelig og oppdatert kompetanse i blodtransfusjon. Helseforetaket har dermed mangelfull kontroll med at rett blod blir gitt til riktig pasient. (S)
- Avvik 2: Sykehuset i Vestfold HF har godkjenning som donorsykehus, men har ikke fastsatt og beskrevet organisatorisk plassering og arbeids- og ansvarsområder for involvert personell. Helseforetaket har heller ikke sørget for systematisk gjennomgang av aktiviteten. (A)

Dato: 15. august 2017

Elisabeth Try Valø
revisjonsleder

Tone Blørstad
revisor

Innhold

Sammendrag.....	1
1. Innledning.....	4
2. Regelverk.....	4
3. Hva tilsynet omfatter.....	4
4. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold	6
5. Gjennomføring av tilsynet.....	6
6. Funn	7
7. Vurdering av helseforetakets styringssystem.....	10
8. Dokumentunderlag og korrespondanse	11
9. Program og deltakere ved tilsynsbesøket	11

1. Innledning

Helsetilsynet fører jevnlig tilsyn med håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktiviteter knyttet til organdonasjon. Tilsynet gjennomføres etter lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. § 1, blodforskriften § 5-1 annet ledd, forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev § 56 og forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon § 24.

Formålet med tilsynet var å vurdere om helseforetaket sikrer et høyt beskyttelsesnivå for mottakere og givere, hindrer overføring av smitte og trygger sikkerheten og kvaliteten på blod, blodkomponenter, celler, vev og organer.

Rapporten er utarbeidet etter tilsyn ved SiV. Tilsynet ble utført etter regelverket listet opp i kapittel 2 *Regelverk*. Varsel om tilsyn ble sendt 29. mars 2017 og endelig rapport ferdigstilt 15. august 2017.

2. Regelverk

- lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven)
- lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven)
- forskrift om tapping, testing, prosessering, oppbevaring, distribusjon og utlevering av humant blod og blodkomponenter og behandling av helseopplysninger i blodgiverregistre (blodforskriften)
- forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev (forskrift om håndtering av humane celler og vev)
- forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon (forskrift om humane organer til transplantasjon)
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten)

De aktuelle forskriftene er hjemlet i flere ulike lover. Der det er relevant har vi valgt å hjemle avvik direkte i forskriftene.

Blodforskriften, forskrift om håndtering av humane celler og vev og forskrift om humane organer til transplantasjon har egne bestemmelser om internkontroll. Disse kommer i tillegg til, og utfyller de generelle bestemmelsene i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten.

Transfusjon av blod og blodkomponenter krever samhandling mellom involvert personell ved blodbanker og/eller transfusjonsheter og kliniske avdelinger. Kravene til sporbarhet og dokumentasjon av gjennomførte transfusjoner i pasientjournal er utdypet i blodforskriften. Oppgaver knyttet til selve transfusjonen er regulert i den generelle helselovgivningen.

3. Hva tilsynet omfatter

Helsetilsynet undersøkte praksis ved håndtering av blod, blodkomponenter, celler og vev samt aktiviteter knyttet til organdonasjon.

■ *Blodforskriften:*

Håndtering av blod og blodkomponenter fra utlevering til blodtransfusjon ble valgt som hovedtema. Praksis innenfor følgende områder i transfusjonskjeden ble undersøkt ved hjelp av helseforetakets egenvurdering og tilsynsbesøk med stikkprøver:

- rett blod til rett pasient - identitetssikring av blodmottaker, blod og blodkomponenter
- sporbarhet fra blodgiver til mottaker og omvendt

■ *Forskrift om krav til kvalitet og sikkerhet ved håndtering av humane celler og vev:*

Helsetilsynet undersøkte praksis ved smittetesting av donorer av celler og vev ved hjelp av tilsynsbesøk og stikkprøver. Ved tilsynet ble det lagt mest vekt på:

- valg av analysemetoder for donorprøver
- mottak av donorprøver med tilhørende rekvisisjon
- analysering av donorprøver
- rapportering av analyseresultater

■ *Forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon:*

Opplæring, ansvarsfordeling og retningslinjer for donorutvelgelse ble valgt som hovedtema. Helseforetakets rutiner knyttet til organdonasjon ble undersøkt ved hjelp av dokumentgjennomgang og samtaler med donoransvarlig lege og donoransvarlig sykepleier.

■ *Ledelse og kvalitetsforbedring*

Vi har vurdert hvordan ledelsen følger opp aktivitetene som var omfattet av dette tilsynet med vekt på

- opplæring og kompetanse
- helseforetakets overordnede prosedyrer
- avvikssystemer og meldeordninger
- jevnlig og systematisk gjennomgang av aktiviteten ved for eksempel interne revisjoner og ledelsens gjennomgang

Selve pasientbehandlingen, eksempelvis indikasjon for og effekt av blodoverføring eller transplantasjon, var ikke en del av dette tilsynet.

Avvik er mangel på oppfyllelse av krav gitt i eller i medhold av lov eller forskrift.

Klassifisering av avvik:

- **Kritisk avvik (K):** Avvik som utgjør en signifikant risiko for skade på donor eller mottaker av blod, celler, vev og/eller organer.
- **Stort avvik (S):** Ikke kritisk avvik som utgjør en indirekte risiko for sikkerheten til donor og mottaker av blod, celler, vev og og/eller organer ved:
 - avvik fra gjeldende myndighetskrav for håndtering av blod, celler, vev og/eller organer
 - svikt i prosedyrene for frigivelse av blod, celler, vev og/eller organer til bruk på mennesker, eller at ansvarlig person ikke har utført sine legale plikter
 - manglende godkjenning fra Helsedirektoratet for aktuell aktivitet

En kombinasjon av flere mindre mangler som hver for seg ikke utgjør et stort avvik, men som til sammen utgjør et stort avvik, skal rapporteres som det.

- Andre avvik (A): Avvik som ikke kan klassifiseres som kritisk eller stort, men som innebærer manglende samsvar med kravene til god praksis som følger av forskriftene for håndtering av blod, celler, vev og/eller organer.

Rapporten omhandler avvik som er avdekket under tilsynet og gir derfor ingen fullstendig tilstandsvurdering av virksomhetens arbeid innenfor de områder tilsynet omfattet.

4. Beskrivelse av virksomheten - spesielle forhold

SiV har sykehus i Tønsberg og Larvik. I tillegg består helseforetaket av klinikk for rehabilitering i Stavern og flere distriktpsikiatriske sentere. Helseforetaket er organisert i klinikker med underliggende avdelinger og seksjoner. Klinikken er sykehusovergripende og direkte underlagt administrerende direktør.

Helseforetaket har blodbankvirksomhet i Tønsberg og tappestasjoner i Larvik og Sandefjord. Blodbanken inngår i sentrallaboratoriet og er organisert under klinikk medisinsk diagnostikk. Blodbanken forsyner de kliniske avdelingene med blod og blodkomponenter til transfusjon. Transfusjon foregår ved kliniske avdelinger ved sykehusene i Tønsberg og Larvik.

SiV har godkjenning fra Helsedirektoratet for smittetesting av donorer av celler og vev og utvelgelse av organdonorer ved sykehuset i Tønsberg. Smittetesting foregår ved mikrobiologisk avdeling, klinikk medisinsk diagnostikk. Aktiviteter knyttet til organonasjon foregår ved intensivmedisinsk seksjon, kirurgisk klinikk.

5. Gjennomføring av tilsynet

Tilsynet ble gjennomført som en kombinasjon av informasjons- og dokumentinnhenting, egenkontroll inkludert vurdering ved helseforetaket, og tilsynsbesøk med stikkprøver utført av Helsetilsynet.

Hensikten med helseforetakets egenvurdering i forbindelse med tilsynet var å styrke foretakets egne forbedringsaktiviteter innenfor områder som var omfattet av tilsynet.

- **Varsel** om tilsyn ble sendt 29. mars 2017. Varselbrevet inkluderte et egenrapport skjema for aktiviteter som omfattes av de tre forskriftene. Helseforetaket fylte ut og returnerte skjemaet til Helsetilsynet sammen med etterspurte dokumenter. Varselet omfattet også informasjon og veiledning til helseforetaket om gjennomføring av egenkontroll og vurdering knyttet til håndtering av blod og blodkomponenter.
- **Gjennomgang og vurdering** av dokumenter. Oversikt over dokumenter Helsetilsynet har gjennomgått i forbindelse med tilsynet er gitt i kapittel 8, *Dokumentunderlag*.
- **Helseforetakets egenvurdering**
I forkant av tilsynsbesøket undersøkte og vurderte helseforetaket egen dokumentasjon for sporbarhet og opplæring i blodtransfusjon. Undersøkelsene ble utført etter veiledning fra Helsetilsynet, og omfattet 45 blodtransfusjoner

fordelt på tre avdelinger ved sykehuset i Tønsberg og én avdeling ved sykehuset i Larvik.

- **Tilsynsbesøk** ble gjennomført 14. - 15. juni 2017. Åpningsmøtet ble holdt 14. juni 2017 i Tønsberg.

Helsetilsynet undersøkte transfusjonspraksis ved totalt fire kliniske avdelinger, tre avdelinger i Tønsberg og én avdeling i Larvik. Avdelingene som ble undersøkt inngikk også i helseforetakets egenvurdering.

Helsetilsynet undersøkte praksis for smittetesting av donorer av celler og vev ved mikrobiologisk avdeling, inkludert oppfølging og endringer etter tidligere tilsyn.

Donoransvarlig lege og donoransvarlig sykepleier ble intervjuet om aktiviteter knyttet til organdonasjon.

Sluttmøtet ble holdt 15. juni 2017 i Tønsberg. Helseforetaket presenterte sin egenkontroll og vurdering, og Helsetilsynet la frem faktiske forhold som ble avdekket under tilsynsbesøket.

6. Funn

Kapittelet inneholder Helsetilsynets funn ved SiV og en oppsummering av helseforetakets egenkontroll og vurdering. Helseforetakets egenvurdering ble presentert for Helsetilsynet på sluttmøtet.

6.1 **Helsetilsynets funn**

■ **Avvik 1:**

Sykehuset i Vestfold HF har utarbeidet en overordnet retningslinje for blodtransfusjon. Ledelsen ved helseforetaket har imidlertid ikke fulgt opp at involvert personell etterlever retningslinjen og har tilstrekkelig og oppdatert kompetanse i blodtransfusjon. Helseforetaket har dermed mangelfull kontroll med at rett blod blir gitt til riktig pasient. (S)

Avvik fra følgende krav i spesialisthelsetjenesteloven:

§ 2-2. Plikt til forsvarlighet

Avvik fra følgende krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten:

- § 6 Plikten til å planlegge
- § 7 Plikten til å gjennomføre
- § 8 Plikten til å evaluere
- § 9 Plikten til å korrigere

Avviket bygger på følgende:

Identitetskontroll før transfusjon:

SiV har utarbeidet prosedyren «**Transfusjon av blodprodukter (erytrocyttkonsentrat, trombocyttkonsentrat og plasma)**». Prosedyren beskriver fremgangsmåte ved transfusjon, og kontrollrutiner er blant annet beskrevet på følgende måte:

Kap. 3.1 Klargjøring

For dobbeltkontroll, se avsnitt «Legemidler til injeksjon/infusjon» i Legemiddelhåndtering - styringsdokument

Kontroll umiddelbart før transfusjon (ved pasientens seng)

- *Kontroller at det er riktig pasient. Pasient som kan gjøre rede for seg skal selv oppgi navn og fødselsdato. Deretter leser man av navn og 11-sifret fødselsnummer på identifikasjonsarmbåndet.*
 - *Kontroller at pasientens navn og fødselsnummer stemmer med det som er angitt på transfusjonsjournal/følgeseddel som er festet på blodproduktet.*
 - *Kontroller at tappenummer/batchnummer på posen stemmer med nummeret som er angitt på transfusjonsjournal/følgeseddel.*
- Ved alle fire undersøkte avdelinger kontrollerte to sykepleiere blodpose med tilhørende følgedokumenter mot pasientdokumentasjon på vaktrom eller medisinrom (dobbeltkontroll). Deretter gikk én sykepleier inn til pasienten, utførte identitetskontroll og transfunderte blodet.
 - Ved tre av de fire undersøkte avdelingene ble kontroll av pasientens identitet før transfusjon **kun** utført ved å kontrollere pasientens armbånd mot blodposens følgedokumenter. Den siste avdelingen var en poliklinisk avdeling der pasientene ikke har armbånd. Her ble pasientene bedt om å oppgi navn og fødselsdato.
 - Ved sykehuset i Tønsberg er det innarbeidet en rutine der to blodposer kan hentes samtidig når dette er aktuelt. Under transfusjon av den første blodposen (pose 1) oppbevares den andre posen (pose 2) i kjøleboks på vaktrom eller medisinrom.
 - To av de tre undersøkte avdelingene opplyste at begge blodposene med tilhørende følgedokumenter ble kontrollert samtidig mot pasientdokumentasjon. Kontrollen ble ikke gjentatt etter lagring på vaktrom/medisinrom, umiddelbart før transfusjon av pose 2.
 - Én av de tre avdelingene opplyste at identitetskontroll av pasienten ikke alltid ble utført på nytt før transfusjon av pose 2.

Overvåking av pasienten under transfusjon:

I prosedyren «**Transfusjon av blodprodukter (erytrocyttkonsentrat, trombocyttkonsentrat og plasma)**» er det beskrevet hvordan pasienter skal overvåkes under transfusjon:

Kap. 3.10 Overvåking av pasienten

Under transfusjon skal pasienten observeres nøye. Dette er spesielt viktig de første 15 minuttene av transfusjonen

- Ved alle fire undersøkte avdelinger ble det opplyst at sykepleier forlater pasienten to-fem minutter etter at transfusjonen er påbegynt. Deretter gjennomføres tilsyn av pasient med varierende intervall.

Identitetskontroll ved påsetting av identifikasjonsarmbånd:

Prosedyren «**Identifikasjon av pasient. Bruk av navnebånd**» beskriver identitetskontroll ved påsetting av navnebånd. Prosedyren sier at identitetskontroll

alltid skal utføres før påsetting av navnebånd, og at pasienter som kan gjøre rede for seg selv skal oppgi navn og fødselsdato/personnummer.

- Ved én av de fire undersøkte avdelingene ble det opplyst at ved påsetting av navnebånd ble identitetskontroll kun utført mot pasientens kurve.

Ledelse og kvalitetsforbedring:

- SiV hadde ved tidspunkt for tilsynsbesøket ingen overordnede opplæringsrutiner i transfusjon. Opplæring er lagt på avdelingsnivå, og gjennomføres ikke systematisk.

Fagdager blir benyttet til faglig oppdatering. Det ble opplyst at antall fagdager er redusert fra fire til én dag årlig, og at det går flere år mellom hver gang transfusjon er tema på disse dagene.

- Helsetilsynet fikk opplyst at involvert personell kjente til transfusjonsprosedyren i kvalitetshåndboka, men i praksis vanligvis ikke benyttet denne.
- Helseforetaket har ikke gjennomført internrevisjon med transfusjon som tema de siste to årene.

■ **Avvik 2:**

Sykehuset i Vestfold HF har godkjenning som donorsykehus, men har ikke fastsatt og beskrevet organisatorisk plassering og arbeids- og ansvarsområder for involvert personell. Helseforetaket har heller ikke sørget for systematisk gjennomgang av aktiviteten. (A)

Avvik fra følgende krav i forskrift om kvalitet og sikkerhet for humane organer beregnet for transplantasjon:

- § 6 Personalets kompetanse
- § 7 Internkontroll

Avvik fra følgende krav i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten:

- § 6 Plikten til å planlegge
- § 7 Plikten til å gjennomføre
- § 8 Plikten til å evaluere
- § 9 Plikten til å korrigere

Avviket bygger på følgende:

SiV er godkjent som donorsykehus ved sykehuset i Tønsberg. Helseforetaket har utpekt donoransvarlig lege, og en intensivsykepleier fungerer som donoransvarlig sykepleier.

Det er utarbeidet skriftlige retningslinjer for praktisk gjennomføring av pasientbehandling ved organdonasjon, blodprøvetaking og -forsendelse for donortesting og forberedelser til organuttak på operasjonsavdelingen.

- Ansvar, oppgaver, myndighet og organisatorisk plassering for donoransvarlig lege, donoransvarlig sykepleier og øvrig involvert personell er ikke fastsatt og beskrevet i retningslinjer, stillingsbeskrivelser eller på annen måte.
- Helseforetaket har ikke definert kvalifikasjonskrav og opplæringsprogrammer for personale som er involvert i aktiviteter knyttet til organdonasjon.

- Helseforetaket har ikke sørget for systematisk gjennomgang og evaluering av donoraktiviteten ved internrevisjon eller på annen måte.
- SiV har ikke utarbeidet årsrapport for aktiviteter knyttet til deteksjon og utvelgelse av organdonorer.

■ **Område uten avvik eller merknad:**

Helseforetaket har godkjenning for smittetesting av donorer av celler og vev ved mikrobiologisk avdeling, og har etablert følgende rutiner:

- egen rubrikk på rekvisisjonen for bestilling av donorprøver
- donorprøver får tildelt en egen kode ved mottak på laboratoriet
- gjennomgang av rekvisisjonen og eventuelt tilleggsrekvirering av nødvendige smittetester
- skriftlig rapportering av laboratoriesvar til rekvirenten og rapportering på telefon ved ikke-negative resultater
- dokumentert opplæring og vedlikehold av kompetanse for bioingeniører og leger
- kontroll av analysemetoder og analysemaskiner ved sammenlignende laboratorieprøver (ringtester)
- jevnlig og systematisk gjennomgang av aktiviteten.

6.2 Helseforetakets funn

■ I forkant av tilsynsbesøket gjennomførte helseforetaket en egenkontroll og vurdering av overordnede prosedyrer, internkontroll, sporbarhet og opplæring for området blod og blodkomponenter.

SiV presenterte resultatene fra egenvurderingen på tilsynets sluttmøte. Egenvurderingen viste at erytrocyttkonsentratene utlevert fra blodbanken er av riktig kvalitet, og er sporbare fra blodgiver til pasient og fra pasient til blodgiver. Helseforetaket kan imidlertid ikke dokumentere at transfusjonene er utført av personell som har oppdatert kompetanse for denne oppgaven, og det er ikke utført internrevisjoner innenfor området de to siste årene.

7. Vurdering av helseforetakets styringssystem

Av hensyn til pasientsikkerheten er håndtering av blod og blodkomponenter, smittetesting av donorer av celler og vev og organdonasjon strengt regulert. Aktivitetene er omfattet av den generelle helselovgivingen, og utdypet i egne forskrifter. Regelverket stiller detaljerte krav til helseforetakets styring og ledelse, og ledelsen skal sikre at retningslinjer og praksis ved håndtering av humant materiale blir gjennomgått og eventuelt korrigert jevnlig og systematisk.

Under tilsynsbesøket fremsto ansvaret for god praksis ved håndtering og bruk av humant materiale å være ivaretatt av enkeltpersoner på avdelingsnivå. I tillegg er ansvaret for opplæring og kompetanseheving lagt på avdelingsnivå. Helseforetaket har heller ikke etablert rutiner for systematisk opplæring og kompetanseheving for personell som håndterer blod til transfusjon og utfører oppgaver knyttet til organdonasjon.

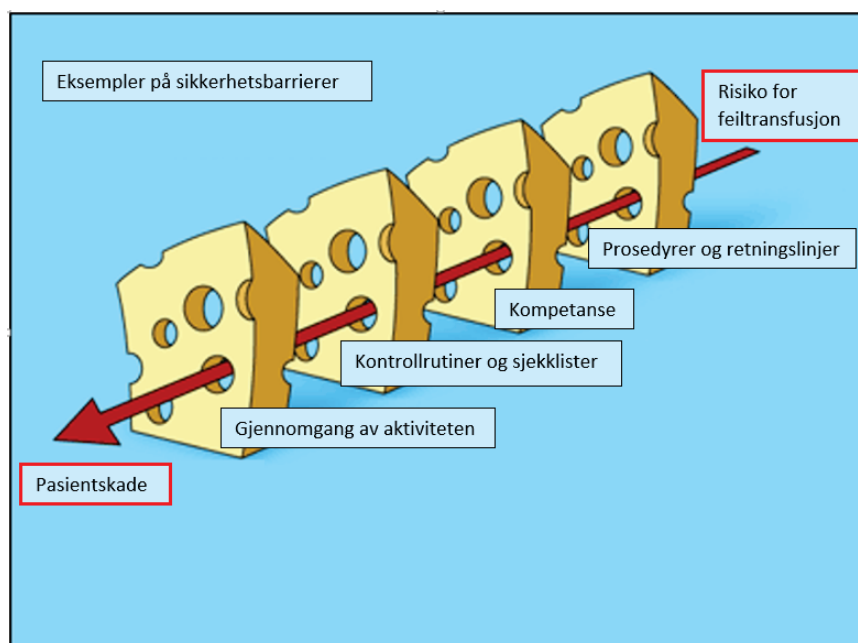
Etter Helsetilsynets vurdering har ikke helseforetakets ledelse tatt tilstrekkelig ansvar for å sikre at alle involverte har definerte arbeids- og ansvarsområder, kjenner og

etterlever krav og retningslinjer ved bruk av humant materiale, og forstår hvilke oppgaver og kontrollrutiner som er av kritisk betydning for pasientsikkerheten.

Figuren til høyre illustrerer hvordan mangelfull ledelse, styring og praksis samlet utgjør en økt risiko for pasientene.

Identitetssikring ved transfusjon og ved påsetting av navnebånd er eksempler på sikkerhetsbarrierer i form av kontrollrutiner.

Sikkerhetsbarrierene kan bidra til å redusere risikoen for feiltransfusjon med pasientskade eller død som utfall hvis de blir utført på riktig måte.



Helsetilsynet mener at mangelfull ledelse og styring av aktiviteten, inkludert opplæring og kompetanseheving, medfører økt fare for at feil skal få konsekvenser for pasientene i forbindelse med blodtransfusjon.

8. Dokumentunderlag og korrespondanse

For dokumentunderlag i forbindelse med tilsynet viser vi til vedlegg 1.

Dokumentunderlaget er delt inn i to kategorier:

- dokumentasjon knyttet til helseforetakets daglige drift og andre forhold av betydning som ble oversendt under forberedelsen av tilsynsbesøket
- dokumentasjon som ble mottatt og gjennomgått under tilsynsbesøket

Korrespondanse mellom SiV og Helsetilsynet:

- e-postkommunikasjon mellom konstituert kvalitetssjef Ronald A. Kvamme ved SiV og seniorrådgiver Elisabeth Try Valø fra Helsetilsynet vedrørende praktisk gjennomføring av tilsynet.

9. Program og deltakere ved tilsynsbesøket

For program og oversikt over deltakere fra virksomheten viser vi til følgende vedlegg:

- vedlegg 2, program for tilsynsbesøket (varselsbrevets vedlegg 6)
- vedlegg 3, deltagere under tilsynsbesøket

Fra tilsynsmyndigheten deltok:

seniorrådgiver Elisabeth Try Valø (revisjonsleder)

seniorrådgiver Tone Blørstad (revisor)