|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Helsedirektoratet | |  |
| Vår saksbehandler:  Vår ref.: | Helene Aksøy  825997 (2016\_00185) | | Vår dato:  Deres ref.: | 9.05.2016 |

**Høringssvar: HØRING - Nasjonal faglig retningslinjen for diabetes**

NSF takker for muligheten til å gi innspill til de nasjonale faglige retningslinjene for diabetes. Høringssvaret vårt er utarbeidet i nært samarbeid med NSFs faggruppe for diabetessykepleiere og fagruppe for øyesykepleiere.

**Helsedirektoratet har bedt spesielt om tilbakemelding på følgende:**

**Hovedkapittel**: *Diagnostikk av diabetes, risikovurdering og oppfølging av personer med høy risiko for å utvikle diabetes* **Underkapittel:** *Hvordan finne uoppdaget diabetes og personer med høy risiko for å utvikle diabetes* og *Oppfølging av personer med høy risiko for å utvikle diabetes*

Norsk Sykepleierforbund synes det er bra at de nye retningslinjene viser til konkrete anbefalinger knyttet til oppfølging av personer i risiko for å utvikle diabetes. Det avgjørende at personer som befinner seg i faresonen for å få sykdommen får tilstrekkelig hjelp og oppfølging i helsetjenesten, og det er viktig å ha retningslinjer som gir konkrete anbefalinger. Vi synes det er svært positivt at det er egne anbefalinger for pasienter fra Asia og Afrika, som har vært en utsatt gruppe hvor ikke har fått tilstrekkelig tidlig oppfølging tidligere.

Norsk Sykepleierforbund mener retningslinjene må spesifisere tydeligere hvem som skal involveres i og ha ansvar for oppfølgingen av høyrisikogruppene. Dette vil være en viktig oppgave for **primærhelseteam** i kommunene, slik de skisseres i Primærhelsemeldingen, Meld. St. 26 (2014-2015). Vi anser frivillighet som en stor ressurs, men mener at **ansvaret** for å sørge for et tilbud til pasienter med stor risiko for utvikling av diabetes må være koordinert og organisert innenfor primærhelseteam.

**Hovedkapittel**: *Kommunikasjon, mestring og motivasjon ved diabetes*

**Underkapittel:** *Hvordan oppnå en god behandlingsrelasjon* **Vi ønsker tilbakemelding på:** - de foreslåtte spørsmålene som kan stilles ved diagnosetidspunkt og i senere kontroller.

Norsk Sykepleierforbund synes de foreslåtte spørsmålene er gode og legger godt til rette for brukermedvirkning.

**Hovedkapittel**: *Diabetisk fot og nevropati* **Underkapittel:** *Diabetisk fotsår: Forebygging, henvisning og oppfølging* **Vi ønsker tilbakemelding på:** - gjennomførbarhet på anbefalingen: *Trykkavlastning og risiko for fotsår* - gjennomførbarhet på anbefalingen: *Henvisning og oppfølging av diabetiske fotsår i multidisiplinært fotsårteam*

Norsk Sykepleierforbund har ingen forslag til endringer eller tilføyelser til dette. Vi mener at multidisiplinære fotsårteam vil ha vesentlig betydning for forebygging av ytterligere komplikasjoner og unngå amputasjoner, og vi mener dette er et svært godt tiltak for å sikre god kvalitet for diabetespasienter. Det vil være viktig at det er tilstrekkelig ressurser tilgjengelig for at teamene skal kunne etableres og være funksjonelle.

**Helsedirektoratet** har ønsket å fremheve prosedyrene som er viktige å gjennomføre under årskontrollen, som testing med monofilament, testing av U-AKR/eGFR, samt henvisning til øyelege.

Norsk sykepleierforbund har følgene innspill:

* **Øyeundersøkelse av personer med diabetes: krav til kompetanse hos helsepersonell som foretar undersøkelsen**
* **Tolking av fundusfoto; krav til kompetanse hos helsepersonell som skal vurdere og gradere resultatet av undersøkelsen**

NSF støtter innføringen av et systematisk screeningprogram med veldefinerte krav til personell som utfører undersøkelsen og krav til metode for undersøkelse. Vi erfarer i dag at det er stor variasjon i hvordan screeningprogrammet er lagt opp ved den enkelte øyeavdeling.

En del sykepleiere som jobber i øyeavdelinger har en klinisk videreutdanning i øyesykepleie (60 studiepoeng) som gir en høy grunnleggende fagkunnskap for å kunne spesialopplæres i vurdering/gradering av fundusfoto. Det er også tilbud om påbyggingskurs i vurdering av diabetesfoto i Sverige som benyttes av flere, og det er planer om å starte et tilsvarende tilbud i Norge. Vi mener at øyesykepleiere har den kunnskap som må til for å kunne læres opp i de praktiske ferdigheter som trengs for å oppnå høy spesifisitet og sensitivitet i bildetolkningen.

Pt. er det ingen nasjonale krav til det personell som utfører eller vurderer undersøkelsene. Vi mener at øyesykepleiere er best kvalifisert personell til å kunne utføre oppgaven i tillegg til øyelege. Et totrinnssystem som skisseres i retningslinjen vil gi en god kvalitet på tjenesten.

I kapitlet. "**Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen**", under «**Organisering av kontrollrutiner**», anbefales det at en eller flere *medarbeidere* deltar aktivt i diabetesomsorgen. Norsk Sykepleierforbund mener at «medarbeider» må endres til sykepleier. Dette bør være en sykepleier, helst en sykepleier med spesialkompetanse innen diabetes , for å kunne ivareta pasienten godt nok. Vi ønsker å vise til satsningen knyttet til å utvikle avanserte kliniske sykepleierroller på masternivå i kommunene. Denne satsningen dreier seg nettopp om å utvikle tilbudet i kommunene innenfor NCD-området for å dempe fremtidig vekst i spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere og spesialsykepleiere har kunnskap om diabetes, om medikamentene som brukes i diabetesbehandlingen, inklusive insulinbehandling. De har kunnskap om motivasjon og forskjellige mestringsstrategier, kunnskap om kost og livsstilsendringer, og om psykososiale aspekt ved det å leve med en kronisk sykdom. Det er viktig at pasienter har tilgang på denne kompetansen helt fra starten av sykdommen. NSF savner et mer tverrfaglig fokus i retningslinjen, og vi synes derfor at retningslinjen fremstår litt gammeldags og legger for lite til rette for den tverrfaglige innovasjon og tjenesteutvikling det er behov for om vi skal få et bedre og mer effektivt tilbud til diabetes pasienter. Dette er viktig for å oppnå færre komplikasjoner og mer deltagelse i arbeidsliv og mer for diabetespasientene.

Under kapitlet "**Ansvarsfordeling mellom primær og spesialisthelsetjenesten** står det at "Gode læringstilbud krever både fagkompetanse og brukerkompetanse" . Dette er Norsk Sykepleierforbund selvsagt enige i, og Start-kursene er et svært godt tilbud. Noen ganger kan det dessverre ta lang tid før nydiagnostiserte kommer på Smart-kurs, fordi det kan være noe ventetid avhengig av kapasiteten på tilbudet i spesialisthelsetjenesten. I mellomtiden er det viktig at man får riktig informasjon og den informasjonen man har behov for.

Det er svært viktig faglig kompetanse i alle deler av oppfølgingen av diabetespasienter, og den som har ansvar for oppfølgingen må ha utdanning på bachelor-nivå eller høyere.

Når det gjelder pasienter, med type 1 diabetes eller type 2 diabetes som er avhengig av hjelp fra andre, som for eksempel i hjemmesykepleie eller i bo- og omsorgssenter/sykehjem, bør det utarbeides et bedre/mer detaljert verktøy. Teksten i retningslinjen sier: " … for personer på sykehjem og andre med betydelig reduserte leveutsikter er målet å unngå symptomatisk hyperglykemi". Her bør det utarbeides retningslinjer som beskriver i mer detalj hvordan dette skal oppnås.

Det er mange som for en periode behøver hjelp til omsorg, og/eller har begrenset leveutsikter, og hvor behandlingen av diabetes i dag er svært omfattende og komplisert, både ved type 1- og type 2-diabetes. Det er den senere tid utført flere masterstudier innenfor diabetessykepleie som viser at kunnskapen om diabetes i sykehjem og hjemmesykepleie er for dårlig, og at det er behov for bedre, mer detaljert verktøy.

Det er et generelt behov for bedre kompetanse i kommunene for å kunne ivareta pasienter med diabetes.

Med vennlig hilsen

|  |  |
| --- | --- |
| Kari Elisabeth Bugge |  |
| Fagsjef |  |

**Ekstern høring – 16/5742 Nasjonal faglig retningslinje for diabetes**

**Tilbakemelding:**

* Vær vennlig å gi tilbakemelding på vedlagte skjema
* **Frist fredag 13. mai 2016.**
* Skjemaet bes sendt på e-post til [postmottak@helsedir.no](mailto:postmottak@helsedir.no) (merk: saksnr: 16/5742)

|  |
| --- |
| **Navn: Kari Bugge** |
| **Organisasjon: Norsk Sykepleierforbund** |

*Skjemaet brukes til:*

* *kommentarer knyttet til bestemte områder*
* *generelle kommentarer*

|  |  |
| --- | --- |
| **Anbefalinger** (kapittel i **fet** skrift (antall anbefalinger i parentes), underkapittel i *kursiv*, selve anbefalingene i normal skrift): | **Kommentarer:** |
| **Diagnostikk av diabetes, risikovurdering og oppfølging av personer med høy risiko for å utvikle diabetes (4)** |  |
| 1. Diagnostiske kriterier for diabetes |  |
| *Hvordan finne uoppdaget diabetes og personer med høy risiko for å utvikle diabetes (Flytdiagram (grafisk figur))* |  |
| 1. Risikokalkulator for å vurdere risiko for å utvikle diabetes |  |
| 1. Klinisk mistanke om diabetes, FINDRISK-skår over 15 og/eller klinisk høy risiko: Anbefalte analyser |  |
| *Oppfølging av personer med høy risiko for å utvikle diabetes* |  |
| 1. Endring av levevaner for personer med høy risiko for å utvikle diabetes | Norsk Sykepleierforbund synes det er bra at de nye retningslinjene viser til konkrete anbefalinger knyttet til oppfølging av personer i risiko for å utvikle diabetes. Det avgjørende at personer som befinner seg i faresonen for å få sykdommen får tilstrekkelig hjelp og oppfølging i helsetjenesten, og det er viktig å ha retningslinjer som gir konkrete anbefalinger. Vi synes det er svært positivt at det er egne anbefalinger for pasienter fra Asia og Afrika, som har vært en utsatt gruppe hvor ikke har fått tilstrekkelig tidlig oppfølging tidligere. |
| *Bakgrunn (for anbefalingene i kapittelet)* |  |
| **Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen (5)** |  |
| *Ansvarsfordeling og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten* |  |
| 1. Behandlingsansvar og samhandling ved diabetes | Norsk Sykepleierforbund mener retningslinjene må spesifisere tydeligere hvem som skal involveres i og ha ansvar for oppfølgingen av høyrisikogruppene. Dette vil være en viktig oppgave for primærhelseteam i kommunene, slik de skisseres i Primærhelsemeldingen, Meld. St. 26 (2014-2015). Vi anser frivillighet som en stor ressurs, men mener at ansvaret for å sørge for et tilbud til pasienter med stor risiko for utvikling av diabetes må være koordinert og organisert innenfor primærhelseteam. |
| 1. Opplæring av nydiagnostiserte pasienter med diabetes | Under kapitlet "Ansvarsfordeling mellom primær og spesialisthelsetjenesten står det at "Gode læringstilbud krever både fagkompetanse og brukerkompetanse" . Dette er Norsk Sykepleierforbund selvsagt enige i, og Start-kursene er et svært godt tilbud. Noen ganger kan det dessverre ta lang tid før nydiagnostiserte kommer på Smart-kurs, fordi det kan være noe ventetid avhengig av kapasiteten på tilbudet i spesialisthelsetjenesten. I mellomtiden er det viktig at man får riktig informasjon og den informasjonen man har behov for.  Det er svært viktig faglig kompetanse i alle deler av oppfølgingen av diabetespasienter, og den som har ansvar for oppfølgingen må ha utdanning på bachelor-nivå eller høyere. |
| *Oppfølging i primærhelsetjenesten* | Når det gjelder pasienter, med type 1 diabetes eller type 2 diabetes som er avhengig av hjelp fra andre, som for eksempel i hjemmesykepleie eller i bo- og omsorgssenter/sykehjem, bør det utarbeides et bedre/mer detaljert verktøy. Teksten i retningslinjen sier: " … for personer på sykehjem og andre med betydelig reduserte leveutsikter er målet å unngå symptomatisk hyperglykemi". Her bør det utarbeides retningslinjer som beskriver i mer detalj hvordan dette skal oppnås.  Det er mange som for en periode behøver hjelp til omsorg, og/eller har begrenset leveutsikter, og hvor behandlingen av diabetes i dag er svært omfattende og komplisert, både ved type 1- og type 2-diabetes. Det er den senere tid utført flere masterstudier innenfor diabetessykepleie som viser at kunnskapen om diabetes i sykehjem og hjemmesykepleie er for dårlig, og at det er behov for bedre, mer detaljert verktøy.  Det er et generelt behov for bedre kompetanse i kommunene for å kunne ivareta pasienter med diabetes. |
| 1. Nydiagnostisert diabetes: Utredning og behandlingsplan | I kapitlet. "Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen", under «Organisering av kontrollrutiner», anbefales det at en eller flere medarbeidere deltar aktivt i diabetesomsorgen. Norsk Sykepleierforbund mener at «medarbeider» må endres til sykepleier. Dette bør være en sykepleier, helst en sykepleier med spesialkompetanse innen diabetes , for å kunne ivareta pasienten godt nok. Vi ønsker å vise til satsningen knyttet til å utvikle avanserte kliniske sykepleierroller på masternivå i kommunene. Denne satsningen dreier seg nettopp om å utvikle tilbudet i kommunene innenfor NCD-området for å dempe fremtidig vekst i spesialisthelsetjenesten. Sykepleiere og spesialsykepleiere har kunnskap om diabetes, om medikamentene som brukes i diabetesbehandlingen, inklusive insulinbehandling. De har kunnskap om motivasjon og forskjellige mestringsstrategier, kunnskap om kost og livsstilsendringer, og om psykososiale aspekt ved det å leve med en kronisk sykdom. Det er viktig at pasienter har tilgang på denne kompetansen helt fra starten av sykdommen. NSF savner et mer tverrfaglig fokus i retningslinjen, og vi synes derfor at retningslinjen fremstår litt gammeldags og legger for lite til rette for den tverrfaglige innovasjon og tjenesteutvikling det er behov for om vi skal få et bedre og mer effektivt tilbud til diabetes pasienter. Dette er viktig for å oppnå færre komplikasjoner og mer deltagelse i arbeidsliv og mer for diabetespasientene. |
| 1. Årskontroll og bruk av Noklus diabetesskjema |  |
| 1. Oppfølging av diabetes utenom årskontrollen | Se 3) over |
| **Kommunikasjon, mestring og motivasjon ved diabetes (3)** |  |
| *Hvordan oppnå en god behandlingsrelasjon* |  |
| 1. Nyttige spørsmål ved diagnosetidspunkt |  |
| 1. Kommunikasjon og pasientaktiverende intervensjoner ved diabetes | Norsk Sykepleierforbund synes de foreslåtte spørsmålene er gode og legger godt til rette for brukermedvirkning. |
| Bakgrunn for anbefalingene over |  |
| *Kommunikasjon med fremmedspråklige og bruk av tolk* |  |
| 1. Bruk av tolk |  |
| *Bakgrunn for kapittelet* |  |
| **Levevaner ved diabetes og behandling av overvekt og fedme (9)** |  |
| *Bakgrunn for anbefalinger for levevaner ved diabetes* |  |
| *Fysisk aktivitet ved diabetes* |  |
| 1. Fysisk aktivitet ved diabetes type 1 |  |
| 1. Fysisk aktivitet ved diabetes type 2 |  |
| *Kosthold ved diabetes* |  |
| 1. Kosthold og kostsammensetning ved alle former for diabetes |  |
| 1. Kostveiledning ved bruk av måltidsinsulin |  |
| 1. Måltidsmønster og –frekvens IKKE FERDIG |  |
| 1. Kostveiledning til personer med diabetes og innvandrerebakgrunn |  |
| *Fedme, overvekt og vektreduksjon ved diabetes type 2* |  |
| 1. Vektreduksjon ved diabetes type 2 og overvekt/fedme |  |
| 1. Fedmekirurgi og diabetes type 2 |  |
| *Diabetes og røyking* |  |
| 1. Røykeslutt |  |
| *Bakgrunn for kapitlet* |  |
| *Definisjoner og forkortelser - levevaner ved diabetes* |  |
| **Medikamentell blodsukkersenkende behandling av diabetes (9)** |  |
| *Insulinbehandling og behandlingsmål ved diabetes type 1* |  |
| 1. Behandlingsmål ved diabetes type 1 |  |
| 1. Egenmåling av blodsukker og bruk av kontinuerlig vevsglukosemåling ved diabetes type 1 |  |
| 1. Oppstart og valg av insulin ved diabetes type 1 |  |
| 1. Bruk av insulinpumpe ved diabetes type 1 |  |
| *Blodsukkersenkende behandling og behandlingsmål ved diabetes type 2* |  |
| 1. Behandlingsmål for HbA1c ved diabetes type 2 |  |
| 1. Egenmåling av blodglukose ved diabetes type 2 |  |
| 1. Metformin som førstevalg ved diabetes type 2 |  |
| 1. Valg av glukosesenkende legemiddel ved diabetes type 2 etter metformin (Flytdiagram (grafisk figur)) |  |
| *Blodsukkersenkende behandling ved interkurrent sykdom og steroidbehandling* |  |
| 1. Behov for intensivert blodsukkersenkende behandling ved interkurrent sykdom og steroidbehandling |  |
| *Bakgrunn for kapitlet* |  |
| **Medikamentell forebygging av makrovaskulære senkomplikasjoner ved diabetes (7)** |  |
| *Behandling med platehemmere ved diabetes* |  |
| 1. ASA som primærprofylakse ved diabetes |  |
| 1. ASA ved sekundær profylakse ved diabetes |  |
| *Behandling av hypertensjon ved diabetes* |  |
| 1. Blodtrykk - Intervensjonsgrense, behandlingsmål og valg av medikament ved diabetes |  |
| *Behandling av lipidforstyrrelser ved diabetes* |  |
| 1. Kolesterolsenkende behandling som primærforebygging ved diabetes type 1 og 2 |  |
| 1. Kolesterolsenkende behandling som sekundærforebygging ved diabetes type 1 og 2 |  |
| 1. Omega-3 tilskudd |  |
| *Undersøkelse for hjerte- og karsykdom hos pasienter med diabetes* |  |
| 1. Undersøkelse for hjerte- og karsykdom hos pasienter med diabetes (uten kjent kardiovaskulær sykdom) kun ved klinisk mistanke |  |
| *Bakgrunn for kapitlet* |  |
| **Diabetisk fot og nevropati (5)** |  |
| *Undersøkelse og diagnostikk av diabetisk fot og nevropati* |  |
| 1. Identifisere pasienter med risiko for fotsår og undersøkelse av nevropati i primærhelsetjenesten og på diabetespoliklinikker (informasjonsskriv (grafisk figur)) |  |
| *Diabetisk fotsår: Forebygging, henvisning og oppfølging* | Norsk Sykepleierforbund har ingen forslag til endringer eller tilføyelser til dette. |
| 1. Opplæring i hvordan forebygge diabetiske fotsår |  |
| 1. Trykkavlastning og risiko for fotsår |  |
| 1. Henvisning og oppfølging av diabetiske fotsår i multidisiplinært fotsårteam | Vi mener at multidisiplinære fotsårteam vil ha vesentlig betydning for forebygging av ytterligere komplikasjoner og unngå amputasjoner, og vi mener dette er et svært godt tiltak for å sikre god kvalitet for diabetespasienter. Det vil være viktig at det er tilstrekkelig ressurser tilgjengelig for at teamene skal kunne etableres og være funksjonelle. |
| *Diabetisk nevropati: Behandling* |  |
| 1. Medikamentell behandling av smertefull diabetisk nevropati |  |
| *Bakgrunn for kapitlet* |
| **Nyresykdom ved diabetes (11)** |  |
| *Bakgrunn og definisjon av begreper* |  |
| *Forsiktighetsregler ved behandling av pasienter med nedsatt nyrefunksjon og henvisning til spesialisthelsetjenesten* |  |
| 1. Henvisning av pasienter med nyresvikt til nefrolog (flytdiagram (grafisk figur)) |  |
| 1. Oppfølging av pasienter med lav GFR for å redusere risiko for kardiovaskulær sykdom |  |
| 1. "Vær varsom"-plakat |  |
| 1. Nedsatt nyrefunksjon og kalsium-fosfat |  |
| 1. Nedsatt nyrefunksjon og anemi |  |
| *Blodtrykksbehandling ved albuminuri* |  |
| 1. Blodtrykksbehandling ved albuminuri, diabetes type 1 |  |
| 1. Blodtrykksbehandling ved albuminuri, diabetes type 2 |  |
| *Laboratorieprøver for kontroll av nyrefunksjon (U-AKR og eGFR) (flytdiagram (grafisk figur (samme som over))* |  |
| 1. Måling av albuminuri |  |
| 1. Estimert GFR (eGFR) |  |
| *Kosthold ved diabetes og nyresykdom* |  |
| 1. Lavprotein kosthold ved nyreskade hos pasienter med diabetes |  |
| 1. Høyprotein/lavkarbo kosthold hos personer med diabetes type 2 og moderat albuminuri |  |
| **Retinopati og øyescreening ved diabetes (3)** |  |
| 1. Hyppighet av øyescreening ved diabetes | NSF støtter innføringen av et systematisk screeningprogram med veldefinerte krav til personell som utfører undersøkelsen og krav til metode for undersøkelse. Vi erfarer i dag at det er stor variasjon i hvordan screeningprogrammet er lagt opp ved den enkelte øyeavdeling. |
| 1. Øyeundersøkelse av personer med diabetes: krav til kompetanse hos helsepersonell som foretar undersøkelsen | En del sykepleiere som jobber i øyeavdelinger har en klinisk videreutdanning i øyesykepleie (60 studiepoeng) som gir en høy grunnleggende fagkunnskap for å kunne spesialopplæres i vurdering/gradering av fundusfoto. Det er også tilbud om påbyggingskurs i vurdering av diabetesfoto i Sverige som benyttes av flere, og det er planer om å starte et tilsvarende tilbud i Norge. Vi mener at øyesykepleiere har den kunnskap som må til for å kunne læres opp i de praktiske ferdigheter som trengs for å oppnå høy spesifisitet og sensitivitet i bildetolkningen.    Pt. er det ingen nasjonale krav til det personell som utfører eller vurderer undersøkelsene. Vi mener at øyesykepleiere er best kvalifisert personell til å kunne utføre oppgaven i tillegg til øyelege. Et totrinnssystem som skisseres i retningslinjen vil gi en god kvalitet på tjenesten |
| 1. Tolking av fundusfoto: krav til kompetanse hos helsepersonell som skal vurdere og gradere resultatet av undersøkelsen | Se punktet over |
| Bakgrunn for kapitlet |  |
| **Psykiske lidelser og diabetes (4)** |  |
| 1. Utredning av angst og depresjon hos personer med diabetes kun ved klinisk mistanke |  |
| 1. Behandling av depresjon hos personer med diabetes |  |
| *Samarbeid mellom somatikk og psykiatri ved diabetes og depresjon* |  |
| 1. Strukturert, tverrfaglig samarbeid ved behandling av personer med diabetes og depresjon |  |
| *Spiseforstyrrelser ved diabetes* |  |
| 1. Behandling og oppfølging av pasienter med spiseforstyrrelse og diabetes |  |
| *Bakgrunn for kapitlet* |  |
| **Svangerskap ved kjent diabetes (7)** |  |
| *Diabetes i svangerskapet: Før, under og etter graviditet* |  |
| 1. Planlegging av svangerskapet |  |
| 1. Behandlingsmål og henvisningsrutiner ved diabetes type 1 og 2 |  |
| 1. Insulinbehandling under graviditet ved diabetes type 1 |  |
| 1. Glukosekontroll under og etter fødsel |  |
| *Øyeundersøkelse og blodtrykkskontroll* |  |
| 1. Behandling av hypertensjon ved svangerskap og kjent diabetes |  |
| 1. Henvis til øyeundersøkelse |  |
| *Bakgrunn for kapittelet* |  |
| **Generelle kommentarer (på formatet/publiseringsvisningen, brukervennlighet, språk etc) – og teksten i «Om Retningslinjen»** |  |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |