



Personell og kompetansebehov - hvordan vurdere og normere?

Helsedirektoratet skal vurdere konsekvenser for alle berørte aktører som del av beslutningsgrunnlaget for relevante tiltak innenfor Helse- og omsorgsdepartementets sektoransvar (utredningsinstruksen).

Utredning av konsekvenser relatert til behov for helsepersonell utløst av relevante tiltak, skal inngå i beslutningsgrunnlaget.

Ønsket resultat ved innføring av arbeidsmetodikken nedenfor er at Helsedirektoratet, som fagmyndighet i hovedsak ikke er driver for økt personellbehov, men bidrar til riktig fordeling og optimalisert bruk av tilgjengelige ressurser med rett kompetanse.

Bakgrunn og utfordringsbilde

Helsedirektoratet legger til grunn at det i årene fremover blir knapphet på arbeidskraft, inkludert helsepersonell, og at antall ansatte i helse- og omsorgstjenestene ikke vil kunne øke vesentlig i årene fremover (360 saksnr.2023/4685-10 - Høringsinnspill til NOU 2023:4 Tid for handling). Tilstrekkelig tilgang på personell med rett kompetanse er allerede en utfordring på flere områder i helse- og omsorgstjenestene.

Helsedirektoratet skal som fagmyndighet i hovedsak ikke være driver for økt personellbehov, men i stedet bidra til å optimalisere bruk av eksisterende ressurser, blant annet med vekt på å fremme hensiktsmessig oppgavedeling mellom personellgrupper og god organisering av arbeidsprosesser jf. TB 2024-63. Dette kan blant annet medføre at profesjonsspesifikke krav og bemanningsnormer erstattes med beskrivelse av nødvendig kompetanse for å ivareta forsvarlighet, kvalitet og hensiktsmessig bruk av personell og kompetanse (TB2024-63).

Formålet med denne veiledningen er å beskrive føringer og vurderinger som bør ligge til grunn ved utarbeidelse av normerende produkter når personell og kompetansebehov adresseres direkte, eller mer indirekte gjennom tiltak og metoder som forutsetter spesifikk kompetanse eller personellressurser. Veiledningen skal også kunne brukes i andre utredningsprosesser i Helsedirektoratet når tiltaket utløser behov for helsepersonell.

Normering som direkte eller indirekte omhandler personell og kompetanse, skal i utgangspunktet gis innenfor gjeldende rammer og føringer, inkludert:

- ✓ Lov og regelverk, herunder helselovgivningen og utdanningssektorens lov- og regelverk
- ✓ Politiske føringer og prioriteringer, inkludert rammer og oppdrag forelagt i tildelingsbrev fra HOD til Hdir
- ✓ Faglig forsvarlige tjenester som inkluderer tilgjengelighet på helsepersonell med nødvendig kompetanse på kort og eventuelt også på lang sikt der det er kjent

Dersom det vurderes å være behov for endring i gjeldende rammer og føringer, skal dette håndteres særskilt, i egen prosess, og i tråd med Helsedirektoratets rolle som rådgiver til Helse- og omsorgsdepartementet.

Dersom økt personellbehov antas å være nødvendig, bør konsekvenser for tilgjengelig personell og kompetanse i en større sammenheng utredes og alternative eller kompensierende tiltak vurderes før endelig anbefaling besluttet. Med "større sammenheng" menes for eksempel konsekvenser for andre helse- og omsorgstjenester, fremtidig tilgjengelighet på helsepersonell og dagens og fremtidige økonomiske ressurser.

Helsedirektoratet har følgende verktøy tilgjengelig for å gjennomføre en systematisk og transparent normeringsprosess, gjerne organisert som prosjekt:

- ✓ de seks minimumskravene i utredningsinstruksen (dfø.no)
- ✓ kunnskapsbasert tilnærming (helsebiblioteket.no), inkl. systematiske og transparente utredningsprosesser
- ✓ etablert retningslinjemetodikk, jf Helsedirektoratets Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer (2012)
- ✓ Helsedirektoratets interne prosess- og metodeboken (confluence), som utdyper prosess og metoder som beskrevet over, og som tilpasser disse til normeringsarbeidet.

Helselovgivningen og utdanningssektorens lov- og regelverk

Faglige råd og anbefalinger skal understøtte de mål som er satt for helse- og omsorgstjenestene og på folkehelseområdet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 12-5 og spesialisthelsetjenesteloven § 7-3. Etter folkehelseloven § 24 skal Helsedirektoratet bidra til å iverksette nasjonal politikk på folkehelseområdet og være en pådriver for kunnskapsbasert folkehelsearbeid, blant annet gjennom utvikling av nasjonale normer og standarder for godt folkehelsearbeid.

Faglige råd og anbefalinger skal understøtte de krav til personell- og kompetansebehov som følger av helselovgivningen. Disse inkluderer:

- ✓ Virksomhetsleders plikt til å sikre tilstrekkelig fagkompetanse og forsvarlige tjenester, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 (lovdata.no) og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, samt plikten til å sørge for påkrevet opplæring, etterutdanning og videreutdanning, jf. helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 8, spesialisthelsetjenesteloven §§ 3-5 og 3-10.
- ✓ Pliktene utdypes i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (lovdata), der det blant annet presiseres at det er et ledelsesansvar å sørge for at medarbeidere i virksomheten har nødvendig kunnskap om og kompetanse i sitt fagfelt, og i regelverk, retningslinjer, veiledere og i styringssystemet for øvrig.

- ✓ I Helsedirektoratets Veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, gis det veiledning i hvordan tjenesteeiere kan ivareta plikten om at medarbeiderne skal ha nødvendig kunnskap og kompetanse.
- ✓ Helsepersonellens plikt til å innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig, jf. helsepersonelloven § 4 om forsvarlighet.
- ✓ I andre forskrifter som for eksempel spesialistforskriften (lovdata.no), akuttmedisinforskriften og forskrift om stønad til dekning av utgifter til fysioterapi m.m. settes det også krav til utdanning og/eller kompetanse for ulike helsefaggrupper.

Faglige råd og anbefalinger skal hensynta utdanningssektorens lov og regelverk som omhandler helsefagene. Dette inkluderer blant annet forskriftene om nasjonale retningslinjer for helsefagutdanningene (Rethos) (lovdata) som beskriver utdanningenes kompetansekrav.

Prosess for utredning og vurdering av personell- og kompetansebehov

I utgangspunktet skal anbefalinger ikke medføre økt behov for personellressurser i tjenestene. Anbefalingene bør søke å optimalisere eksisterende tilgjengelige ressurser.

Dersom økt personellbehov antas å være nødvendig, bør dette vurderes og begrunnes særskilt.

Den innledende vurderingen av om det aktuelle tiltaket vil kunne ha konsekvenser for personell- og kompetansebehov (A-C) kan gjøres av prosjektleder, alternativt ansvarlig saksbehandler, i samarbeid med interne medarbeidere og eventuelt ekstern arbeidsgruppe. Ved behov, kontakt avdeling for kompetanse, avdeling for normering og avdeling for utredning og tjenestedesign.

A. Utgangspunkt

Ta utgangspunkt i anbefalt tiltak og vurder om tiltaket vil kunne kreve noen form for implisitt endring i personell og kompetanse, eller eksplisitt normering av personell- og kompetansebehov, sammenlignet med dagens situasjon. Hvis svaret er ja på dette spørsmålet, gå videre til B.

B. Kan anbefalt tiltak gjennomføres

- ✓ innenfor dagens tilgjengelige kompetanse?
- ✓ innenfor dagens personellressurser?
 - Inkluder tiltakets kompleksitet, tiden det tar å utføre, hvor hyppig tiltaket antas utført og hvor mange pasienter tiltaket er relevant for.
- ✓ Innenfor dagens organisering av tjenesten, som oppgavedeling, organisering/arbeidsflyt og lignende?
 - inkluder vurdering av om tiltaket kan gjennomføres innenfor det som er tilgjengelig av utstyr eller teknologi
- ✓ uten at det medfører utilsiktet endring i ressursfordeling og redusert kvalitet på andre områder?

Hvis svaret er **ja** på alle elementene bør det ikke være nødvendig med nærmere utredning av personell- og kompetansebehov.

Hvis svaret er **nei** på minst ett av elementene, må alternativer eller kompenserende tiltak vurderes for å optimalisere eksisterende ressurser og ikke være drivende for økt personellbehov.

C. For å vurdere alternative eller kompenserende tiltak, kan blant annet følgende spørsmål være nyttige:

- ✓ Finnes personell med rett kompetanse, herunder spesialistkompetanse, tilgjengelig utenfor den aktuelle enheten (eller er det knapphet på personell med ønsket kompetanse)?
- ✓ Finnes annet helsepersonell som kan ivareta oppgaven, og er det behov for opplæring for å ivareta oppgaven?
- ✓ Er kompetanseheving nødvendig for å kunne følge anbefalingen(e)?

- ✓ Kan økt personellbehov reduseres ved tjenesteutvikling for eksempel gjennom bruk av kunstig intelligens, digitale løsninger eller justering av arbeidsflyt?
- ✓ Er det mulig å foreta prioriteringer innenfor rammen av faglig forsvarlighet?
- ✓ Er det noen tjenesteytere som klarer å etterleve anbefalt tiltak - hvordan løser "best i klassen problemet"?
- ✓ Bør anbefalt tiltak holdes tilbake inntil kompetansehevende tiltak er bygget opp?
 - Dersom anbefalt tiltak besluttet publisert med behov for kompetansehevende tiltak, inkludér vurdering av tidsperspektivet før ny kompetanse er tilgjengelig.

D. Dersom innledende vurdering (A - C) tilsier at det ikke vil være mulig å anbefale kompenserende tiltak, men at det kan være behov for flere personellressurser, skal det foretas en systematisk utredning av personellkonsekvenser, inkludert konsekvenser for tilgjengelig personell og kompetanse i en større sammenheng, som del av beslutningsgrunnlaget. Med "større sammenheng" menes for eksempel konsekvenser for personellbruk i andre helse- og omsorgstjenester lokalt eller nasjonalt, fremtidig tilgjengelighet på helsepersonell og dagens og fremtidige økonomiske ressurser.

I henhold til utredningsinstruksen skal alle tiltak kostnadsestimeres. Det inkluderer også tiltak og råd som krever flere personellressurser. Dersom det ikke er mulig å tallfeste økt behov for personellressurser skal det gjøres en kvalitativ vurdering i henhold til verdimatisemetoden i veileder for samfunnsøkonomisk analyse. Kontakt eventuelt avdeling for utredning og tjenstedesign for hjelp til å gjennomføre en slik analyse.

E. Dersom utredningene viser knapphet på tilgjengelig personell eller at utilsiktede konsekvenser på andre områder blir for store, vurder på nytt om det anbefalte tiltaket er nødvendig. Vurder eventuelt muligheter for å justere det anbefalte tiltaket, for eksempel ved å formulere et "nest best" alternativ.

Be om vurderinger og statistikk fra aktuelle avdelinger i Hdir som arbeider med kompetanse, utdanning og godkjenning av helsepersonell; avdeling kompetanse, avdeling autorisasjon og avdeling spesialistgodkjenning. Avdelingene kan bistå med:

- ✓ innhenting av personellstatistikk
- ✓ informasjon om utdanningstilbud og utdanningskapasitet i de aktuelle utdanningene, inkludert videreutdanning og spesialistutdanning
- ✓ råd knyttet til
 - innhold (kompetansekrav) i de ulike utdanningene vurderinger av kompetansebehov
 - utforming av kompetansebeskrivelser
 - beskrivelser av kompetansehevende tiltak
 - vurdering av behov for en mer omfattende helseøkonomisk utredning

Be også om bistand fra avdeling for utredning og tjenstedesign for metodehjelp for å vurdere behov for helsepersonellressurser.

Anbefaling og konkret beskrivelse av personell- og kompetansebehov

Praktiske råd og eksempler på utforming

A. Unngå beskrivelse av bemanningsnorm, beskriv heller kompetansebehov

Unngå beskrivelse av bemanningsnorm og stillingsbehov, da det er opp til virksomhetene å vurdere. Beskriv heller kompetansebehov for å ivareta forsvarlighetskrav og kvalitet, samt hensiktsmessig bruk av personell og kompetanse for dette.

Se for eksempel beskrivelse av personell- og kompetansebehov i Nasjonale faglige råd for kreftkirurgi - kompetanse og kvalitet.

B. Gi merverdi til helselovgivningens krav om personellbehov, kompetanse og plassering av ansvar

Faglige råd og anbefalinger skal ikke gjengi lovgivningen i en "nedgradert" form som "anbefaling" eller "råd", men heller utdype og presisere hva de rettslige begrepene (for eksempel "tilstrekkelig ressurser" og "forsvarlig kompetanse") innebærer.

Helsedirektoratets råd og anbefalinger skal ikke være i strid med lov og regelverk.

Dersom "anbefalt" tiltak eller ansvars plasseringen er lovfestet, skal regelverk implementeres, og ikke gjentas som anbefaling. Utred heller hvorfor regelverket ikke etterleves. Hvorfor klarer ikke tjenestene å etterleve loven? "Hva er problemet", hvordan, hvorfor osv. (jf. utredningsinstruksen). Bruk prosesser som beskrevet i utredningsinstruksen og i metode- og prosess for utvikling av normerende produkter.

Lag faglige anbefalinger som vil hjelpe tjenestene å gi liv til regelverket. Den faglige utredningen kan dreie seg om å komme frem til anbefalt tiltak som "løser problemet", innenfor dagens tilgjengelighet på ressurser.

«Forsvarlig behandling» og «tilstrekkelig kompetanse» er lovfestet (hol. 4-1 og spl. 2-2). Lag anbefaling eller råd som gir liv til regelverket - beskriv;

- ✓ hvilke fagområder det er behov for kompetanse på
- ✓ hvilke faglige tiltak og fremgangsmåter som kan hjelpe tjenestene med å innfri/etterleve regelverket

Gjennom normerende råd og anbefalinger kan vi bruke kunnskapsgrunnlag (forskning, bruker- og klinisk erfaring) til å lage faglig veiledning som kan avhjelpe uønsket variasjon, bidra til kvalitetsforbedring i tjenestene eller til sammenhengende tjenester. Ved å etterleve anbefalingene kan tjenestene oppfylle pliktene om for eksempel forsvarlige tjenester.

Som del av utredningen kan det være nyttig å kartlegge om noen tjenesteytere klarer å etterleve regelverket (for eksempel kommuner, RHF'er). Hvordan løser "den beste i klassen" problemet? Unngå imidlertid i størst mulig grad å normere organisatoriske eller andre rammer som vil kunne bidra til å oppfylle anbefalingen. Slik beskrivelser av rammer kan heller tas med som eksempler under "praktisk".

Dersom lov og regelverk er lite kjent i tjenestene kan det vurderes å forsterke implementering av relevante lov og regelverk i forbindelse med implementering av normerende produkter.

Dersom faglige utredninger konkluderer med behov for endringer i lov- og regelverk, for å ivareta god- eller forsvarlig praksis, skal dette utredes særskilt i egen prosess. Ta kontakt med

avdeling helserett. Ved endringer i lov- og regelverk må det beregnes minst ett års utredningstid før eventuelle endringer trer i kraft.

C. Beskriv kompetanse i kontekst av utdanningssystemets lov og regelverk, der det er relevant

Forskriftene om nasjonal retningslinje for helsefagutdanningene (Rethos), beskriver sluttkompetanse (læringsutbytte) som i grunnutdanningene for hvert helsefag og enkelte videreutdanninger på mastergradsnivå skal lede til. La kompetansebeskrivelsen (læringsutbytte) være et utgangspunkt når vektlegging av kompetanse danner utgangspunktet for hensiktsmessig oppgavedeling, jf. TB2024-63.

Benytt også Rethos til å finne frem til etablerte kompetansebeskrivelser, men formuler anbefalingen på en måte som også inkluderer personell utdannet før forskriftsfestet læringsutbytte.

Skriv for eksempel:

"Helsepersonell som utfører [det anbefalte tiltaket] bør ha kompetanse tilsvarende prinsippene i forskrift om nasjonale retningslinjer for sykepleierutdanning (ref. lovdata)".

Dersom det er behov for tilleggskompetanse eller -opplæring utover forskriftsfestet kompetanse, kan det være aktuelt å tilføye for eksempel:

"... med erfaring i ...", eller "... med opplæring i ...".

"Lege, sykepleier, vernepleier og farmasøyt har medisinsk og farmakologisk kompetanse gjennom sin grunnutdanning og må i tillegg ha teoretisk og praktisk opplæring i metodene for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang"

Ved behov for å fremheve enkelte deler av læringsutbyttet, vurder for eksempel: "I arbeidet med [type pasient/gruppe/anbefalte tiltak], vektlegges spesielt ..."

Unngå anbefalinger som:

"helsepersonell bør møte pasienten med respekt". Det er lite presist, og ikke egnet til å normere det enkelte helsepersonell.

D. Ta utgangspunkt i gjeldende regulering av spesialisert kompetanse, der det er relevant

Vurder om det er behov for å beskrive spesialisert kompetanse i produktet. Sjekk først om den spesialiserte kompetansen er regulert, og legg til ytterligere kompetanse hvis nødvendig.

Spesialisert kompetanse innenfor helseprofesjonene er regulert på ulike måter.

For eksempel:

Oversikt over gjeldende legespesialiteter er regulert i: [Spesialistforskriften vedlegg 1: Legespesialistene \(lovdata.no\)](#)

Beskrivelse av kompetanseinnhold i spesialistutdanningene for leger finnes i [Spesialistforskriften vedlegg 2: Læringsmål for spesialistutdanningen av leger \(lovdata.no\)](#)

Beskrivelse av gjeldende tannlegespesialister med tilhørende læringsmål vil bli regulert i egen forskrift. Kontakt tannhelsegruppen i avd. for kompetanse for nærmere informasjon

Vær oppmerksom på at det er Helsedirektoratet selv som fastsetter læringsmålene for alle legespesialitetene (og etter hvert tannlegespesialitetene), slik at vi ikke kan foreslå endringer i læringsmålene i de normerende produktene. Dersom det identifiseres behov for endring, kontakt avdeling kompetanse i Helsedirektoratet.

Psykologer, fysioterapeuter, vernepleiere og andre helsepersonellgrupper har pr. i dag ikke offentlig spesialistgodkjenning, men forbundsbaserte spesialistgodkjenningsordninger som bygger på ulike utdanningsløp. For sykepleiere er det innført offentlig spesialistgodkjenning i klinisk allmennsykepleie, men foreløpig ikke for øvrige fagområder innen sykepleie.

For eksempel:

Bruke begrepene "spesialisert kompetanse i..." eller "spesialkompetanse i..." for personell som ikke har offentlig spesialistgodkjenning

Informasjon om forbundsbaserte spesialistordninger finnes på yrkesorganisasjonenes nettsider.

For eksempel:

Norsk psykologforeningens spesialistutdanning (www.psykologforeningen.no)
psykologer.

Norsk fysioterapeutforbunds spesialistordning (www.fysio.no) for fysioterapeuter.

Fellesorganisasjonens godkjenningsordninger (www.fo.no) for sosionomer, vernepleiere, barnevernspedagoger og velferdsvitere.

Spesialistkompetanse som verken er offentlig regulert eller forankret i forbundsbaserte spesialistgodkjenningsordninger, men omtales på "folkemunne":

Beskriv tilleggskompetanse.

For eksempel:

Ved behov for sosialpediater, som ikke er en offentlig spesialitet etter vedlegg 2 i spesialistforskriften. Kompetansebehovet kan beskrives slik: "Tverrfaglig helsekartleggingsteam bør ha med lege som er spesialist i barnesykdommer og har tilleggskompetanse i sosialpediatri".

E. Beskriv gjerne nest-best kompetanse dersom ønsket kompetanse er mangelvare

Dersom det antas at anbefalte tiltak vil medføre økt personell- eller ressursbehov, og man ser at det er for liten tilgang på den foretrukne kompetansen, kan et "nest-best alternativ" beskrives.

Se for eksempel

Anbefaling om Kartleggingsteamets organisering og kompetanse - Helsedirektoratet - i Nasjonal faglig retningslinje for tverrfaglig helsekartlegging av barn i barnevernet. Til kartlegging av barn, anbefales det at kartleggingsteamet inkluderer en lege som er spesialist i barnesykdommer og fortrinnsvis har tilleggskompetanse i sosialpediatri. Det er en kjent utfordring at det ikke finnes tilstrekkelig antall leger med slik kompetanse. I anbefalingen gis derfor et "nest-best" alternativ, for å veilede tjenesteeierne i hvordan tjenesten likevel kan gjennomføres med forsvarlig kompetanse.

F. Beskriv tverrfaglighet slik at det fremkommer hvordan anbefalt tiltak kan dra nytte av innsikt fra mer enn ett fagområde

Ved behov for beskrivelse av tverrfaglighet, vurder nødvendigheten av profesjonspesifikke krav og anbefalinger. Vurder om det er nødvendig å nevne de ulike profesjonene. Ta utgangspunkt i oppgavebeskrivelser som inngår i tjenesten og hvem som har kompetanse til å gjøre oppgavene i en tjeneste som tilbys.

Vær oppmerksom på forskjellen mellom tverrfaglighet og flerfaglighet.

Se for eksempel beskrivelser i Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team - Helsedirektoratet (2018), i Nasjonal veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov – Helsedirektoratet.

G. Unngå å inkludere ikke-formaliserte tilbud om etterutdanning, kompetanseutvikling, og vedlikehold av kompetanse i normerende produkter

I normerende produkter er det som hovedregel lite hensiktsmessig å vise til spesifikke utdanningsopplegg eller kurs som ikke inngår i en formalisert utdanning. Slike opplegg vil ofte endre seg fra år til år og medføre at det normerende produktet kan virke utdatert.

Ved behov kan slike etterutdanning og kursopplegg inngå i en tidsbegrenset implementeringsplan.

I Veileder til ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenestene, utdypes pliktene om kompetansekartlegging og behov for opplæring, evaluering og forbedringsarbeid m.m.

Eksempel

Se tekstutkast nedenfor. Rådet er strukturert for å tydeliggjøre beskrivelser av personell- og kompetansebehov, i tråd med metoden.

Råd

Kompetansebehovet for gjennomføring av oppgaven

Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang bør gjennomføres av helsepersonell som har medisinsk og farmakologisk kompetanse gjennom sin profesjonsutdanning, samt teoretisk og praktisk opplæring i metodene

Det er virksomhetsleder som jf. legemiddelhåndteringsforskriften § 4 skal sørge for utarbeidelse av rutiner for kompetansevurdering i henhold til hvert enkelt helsepersonells medisinske og farmakologiske kompetanse, samt nødvendig tilleggsoplæring med utgangspunkt i kompetansevurderingen.

Lege, sykepleier, vernepleier og farmasøyt har medisinsk og farmakologisk kompetanse gjennom sin profesjonsutdanning. Tilleggsoplæring inkluderer teoretisk og praktisk opplæring i:

Legemiddelsamstemming:

- forståelse av legemiddelsamstemming som metode
- struktur, innhold og gjennomføring av samtale med pasient
- valg av kilder og kildevurdering
- dokumentasjonsrutiner
- kommunikasjon og videreformidling av informasjon

Hvem har kompetansen - se i rethos. Flere profesjoner har kompetansen, men jobber ikke nødvendigvis sammen (dvs. ikke tverrfaglig)

Legemiddelgjennomgang:

- forståelse av legemiddelgjennomgang som metode
- identifisering av behov for legemiddelgjennomgang
- innhenting av pasientinformasjon og forberedelser til legemiddelgjennomgang
- identifisering av legemiddelrelaterte problemer
- utforming og oppfølging av tiltak
- dokumentasjonsrutiner

Tilpass opplæringen om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang til virksomhetens pasientgrupper for eksempel geriatrike, pediatrike eller psykiatrike grupper.

Legen har det overordnede, medisinske ansvaret for beslutninger om legemiddelbehandlingen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4. Legen kan samarbeide med annet helsepersonell, jf. [råd om ansvarsfordeling og tverrfaglig samarbeid](#).

Presisering av ansvaret som er lovfestet, kan være relevant å inkludere i teksten

9

(Faglig innhold er likt som i det publisert råd: [Nasjonale faglige råd for legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang](#), [Virksomhetsleders ansvar for rutiner - Helsedirektoratet](#).)