



Dato:

Sign: 66-11 og 12  
offentleglova § 13

Avgraderingen gjelder dette eksemplar. Øvrige eksemplar vil fortsatt være gradert og merket personkontroll.

Kopi TIL GJENNOMGANG  
11.10.12  
STNO

## INTERVJUREFERAT

<b>Tid</b>	Tirsdag 15. mai 2012 kl. 1030
<b>Sted</b>	Sekretariatet, Akersgata 51, Oslo
<b>Intervju av</b>	Bjørn Inge Larsen, Direktør Helsedirektoratet Morten Randmæl, Avdelingsdirektør, Beredskapsavdelingen Helsedirektoratet
<b>Intervjuere</b>	Alexandra Bech Gjørvi, 22. juli-kommisjonen Karin Straume, 22. juli-kommisjonen Marianne Aasland Gisholdt, Sekretariatet
<b>Andre til stede</b>	Hege Gabrielsen, PwC (sikring/dokumentasjon av intervjuet)

Formelle forhold:

Larsen var i forkant av intervjuet gitt skriftlig underretning om bakgrunnen for at kommisjonen ønsker hans forklaring, og de rettslige og praktiske rammer for intervjuet.

Larsen ble gjort kjent med muligheten til å la seg bistå av en rådgiver, tillitsmann eller annen person

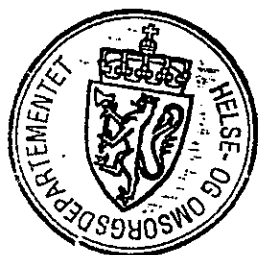
Larsen er videre gjort kjent med plikten arbeidsgiver har pålagt ham/henne om å forklare seg for kommisjonen, og at det er forbundet med straffeansvar å forklare seg bevisst uriktig.

Larsen ble gjort kjent med innholdet i selvinkrimineringsvernet ved at vedlagte notat ble lest opp, og at dette vernet, etter kommisjonens syn, i utgangspunktet ikke kommer til anvendelse ved denne forklaringen.

Larsen ble videre gjort kjent med at det ble tatt lydopptak, som ville bli lagret, og at det ville bli utarbeidet referat for signering som også ville bli lagret.

Larsen ble også gjort kjent med at referatet vil kunne bli gjort tilgjengelig for andre enn kommisjonen, for eksempel dersom hensynet til sakens opplysning, ivaretagelse av partsrettigheter eller oppfyllelse av lovpålagte krav gjør dette nødvendig. Larsen ble også gjort kjent med at kommisjonen er bundet av offentliglovas regler om innsyn i dokumenter. Larsen ble også gjort kjent med at opplysninger fra referatet ville kunne bli brukt i kommisjonens rapport.

Bjørn Inge Larsen 150512



### AVGRADERT

Dato:

18/10-12

Sign:

*[Handwritten signature]*

Avgraderingen gjelder dette eksemplar. Øvrige eksemplar vil fortsatt være gradert og merket personkontroll.

*[Handwritten signature]*

Larsen ble gjort kjent med sine rettigheter til å kreve innsyn etter pol § 18 og retting etter pol §§ 27 og 28.

Larsen samtykket i å la seg intervjuet på ovennevnte forutsetninger.

Etter en kort presentasjon av representantene fra kommisjonen, ble Larsen orientert om kommisjonens mandat, formålet med intervjuet og hvordan det ville bli gjennomført. Intervjuteemaene ble introdusert og Larsen startet sin redegjørelse.

### Egen bakgrunn og rolle

#### *Utdanning*

Larsen er utdannet lege fra Universitetet i Oslo (1986). Han har også to mastergrader fra USA i økonomi og samfunnsmedisin.

#### *Yrkeserfaring*

Larsen har vært ansatt i offentlig forvaltning i hele sin karriere. Han arbeidet i Helsedirektoratet under Torbjørn Mork, har vært assisterende- og fylkeslege i flere fylker og også nestleder i Statens Helsetilsyn. Han ble ansatt som leder i Helsedirektoratet i forbindelse med reetableringen, og har vært der de siste 11 årene.

Larsen forklarer at Helsedirektoratet er et selvstendig forvaltningsorgan under HOD. Direktoratets oppgaver er tredelt: (1) Iverksetter regjeringens politikk, (2) Forvalter helselovgivningen, og (3) Er fagdirektorat. Denne siste funksjonen er typisk for et fritt og selvstendig direktorat. Det innebærer at direktoratet gir faglige råd til departementet om videre politikktutforming. I denne rollen er ikke direktoratet under instruksjon fra departementet.

Larsen utdyper videre særskilt om beredskapsfeltet. Dette kan forstås som en delegert rolle fra departementet på samme måte som for iverksettelse av politikk. Det er vanligvis tre-fire hendelser årlig hvor Helsedirektoratet, på vegne av departementet, koordinerer norsk helsetjeneste og således får en mer operativ rolle. Det gjelder kritiske situasjoner, slik som tsunami, askesky eller andre situasjoner som krever regjeringens eller statsrådets oppmerksomhet. Direktoratets viktigste oppgaver i slike kriser er å forstå situasjonen og koordinere innsatsen i norsk helsetjeneste. Helsedirektoratet vil i slike situasjoner normalt rapportere til departementet hver dag.

### **22. juli**

Larsen hadde ferie 22. juli, men var tilfeldigvis på vei hjem og landet på Gardermoen kl 14.55. Han ble kjent med situasjonen da hans kone ble varslet fra Ullevål sykehus ca kl 15.45 og hun ble kalt inn på vakt. Selv ringte Larsen Helsedirektoratet og hadde videre løpende kontakt med departementsråden i HOD første gang kl 16.50 og utover kvelden. Ansvaret for koordineringen ble formelt delegert til direktoratet ca kl 19.50, men i følge Larsen lå det i kortene før det.

Larsen forklarer om prosedyren for delegering og at hva dette ansvaret innebærer er beskrevet i overordnet helse- og sosialberedskapsplan for helse. I denne heter det blant annet at direktoratet er ansvarlig for å tegne situasjonsbildet. I praksis gjøres dette ved at fylkesmennene samler inn informasjon fra kommunene, de regionale helseforetakene samler inn informasjon fra spesialisthelsetjenesten, Helsedirektoratet samler informasjon fra andre instanser, oppsummerer og utarbeider en situasjonsrapport som oversendes HOD.

I tillegg er det en forventning om at Helsedirektoratet koordinerer aktiviteter der koordinering ikke skjer av seg selv, eller er definert på forhånd. Statsråden er ansvarlig for at helheten i norsk helsetjeneste fungerer og i krisesituasjoner er det mindre toleranse for ulik eller sviktende oppfølging. Direktoratet er derfor tettere på for å forsikre seg om at ting løses på en god og likeverdig måte. Delegeringen fra departementet innebærer ikke at det etableres en styringslinje fra Helsedirektoratet til kommunen og helseforetakene. Det forutsettes derfor at disse godtar å bli ledet fra direktoratet. I praksis er ikke dette et problem og kommunene følger opp.

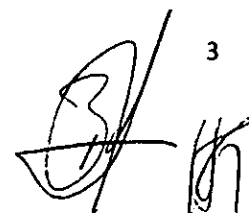
Larsen forklarer at Helsedirektoratet etablerte krisestab ca kl 1600 (22. juli). På det tidspunktet var det uklart om det var en ulykke eller en villet situasjon. Politiet gav etter hvert informasjon om at dette var en villet hendelse. Dette innebar at direktoratet forestilte seg situasjoner som i London og Madrid, terrorangrep og mulighet for flere angrep. Direktoratet mobiliserte også i forhold til dette. Det innebar også at direktoratet måtte tenke på egen sikkerhet i Universitetsgata 2 og om egne institusjoner kunne være terrormål. Direktoratet forsikret seg om at helsetjenesten hadde oppfattet alvoret i situasjonen og mobilisert deretter. Direktoratet vurderte også at mottakssykehuset kunne være et aktuelt terrormål. Helsedirektoratet kontaktet PST og ba om deres vurdering av dette. PST var enig i Helsedirektoratets vurdering. Helsedirektoratet ba deretter politiet om å etablere beskyttelse av Ullevål sykehus. Denne kom på plass sent på kvelden.

Larsen forklarer videre at Helse Sør Øst (HSØ) i krisesituasjoner har som rutine å delegere ledelsen av spesialisttjenesten til Oslo Universitetssykehus (OUS), som forvalter alle spesialisthelsetjenestens ressurser i regionen. Tidlig på ettermiddagen 22. juli snakket Larsen med leder for HSØ for å forsikre seg om de hadde delegert ledelsen til OUS. Larsen mener denne rutinen fungerer godt da Oslo Universitetssykehus har en stor AMK sentral. I praksis er det en skalering av hverdagen på Ullevål sykehus, som er et traumesykehus. Dette avviker således fra likhets- og nærhetsprinsippet som styrer den daglige driften. Under normale forhold er det ikke behov for sentral styring av ambulanseressurser på tvers av AMK grensene, heller ikke koordinering av spesialisthelseressurser på tvers av helseforetaksgrensene. I krisesituasjoner anser Larsen at dette er en nødvendig og fornuftig løsning. I ettertid viste det seg, i følge Larsen, at det ikke var klart om det var OUS eller HSØ som hadde ansvaret for å informere andre helseforetak, og at ingen tok dette ansvaret. Han understreker likevel at primæroppdraget, å redde pasientene, ble løst.

### Utøya

Larsen beskriver at Helsedirektoratet først ble informert om omfanget av hendelsen på Utøya gjennom en ansatt i direktoratet som hadde ekstravakt som ambulanseperson (Steinar Olsen). Han befant seg på Sollihøgda sammen annet ambulansepersonell. Olsen sendte en melding om et rykte om omfanget av skytingen på Utøya og meldte om opptil 50 skadde. Dette var klokken 1803. Larsen hadde en samtale med departementsråden i HOD og orienterte blant annet om dette. I Helsedirektoratets logg er det tidsført et orienteringsmøte i Helsedirektoratets kriseutvalg kl 19.50, hvor denne samtalen er nevnt.

Bjørn Inge Larsen 150512



3

På det tidspunktet forstod direktoratet at hendelsen på Utøya var veldig alvorlig, men visste ikke hvem som angrep. Larsen tenkte, men det ble aldri sagt, at det kunne være islamske ekstremister og direktoratet forberedte seg på flere angrep.

Helsedirektoratet grep ikke på noe tidspunkt inn i den OUS sin håndtering av situasjonen. Direktoratet ble orientert om at det var tilstrekkelig med ambulanser. Direktoratet ble også orientert av HSØ om at det var tilstrekkelig kapasitet på Ullevål til de kritisk skadde. Direktoratet ble også kjent med at det ble sendt pasienter til de enkelte andre sykehus: Drammen, Asker og Bærum, og til Ringerike, og at A-hus var i beredskap. Direktoratet vurderte at OUS håndterte situasjonen på en god måte, slik at direktoratets rolle ble å motta informasjon og orienterte andre om det som foregikk.

Larsen ble orientert av departementsråden i HOD om at regjeringens kriseråd var etablert (kl 16.50), men mottok ingen orientering derfra som gjorde at direktoratet forstod Utøya situasjonene bedre. På dette tidspunkt ble det også avklart at departementet kunne innlosjeres i Helsedirektoratet. Larsen deltok ikke i RKR den kvelden.

Han forklarer at det tok tid å få oversiktsbildet, inkludert hvor mange ungdommer som var på Utøya og hvor mange som var skadd og drept. Larsen ble etter hvert orientert ytterligere av ambulansepersonellet (Olsen), inkludert en orientering om etablering av mottaket på Sundvollen hotell. Direktoratet sendte en liaison til Sundvolden dagen etter (23 juli).

Det var fortsatt usikkerhet om den totale situasjonen og Larsen sier de forventet nye angrep i Oslo, og at direktoratet på bakgrunn av dette drøftet ulike scenarier og egen rolle i forhold til dette. Et spørsmål var hva helseministeren kunne måtte stå til ansvar for. Larsen hadde ikke kontakt med helseministeren direkte.

På kvelden 22. juli ble helseforetakene og fylkesmennene varslet om at direktoratet var i beredskap, og at rapportering ville bli iverksatt. Videre ble det også gjort plass til departementet i direktoratets lokaler fra lørdag, men de etablerte seg først mandagen.

Direktoratet mottok på kvelden den 22. juli en henvendelse fra Statsministerens kontor via HOD om at statsministeren ønsket å besøke Ullevål for å ha en dialog med helsepersonellet som hadde behandlet de skadde. Dette ble arrangert ca 23.30. Det akuttkirurgiske arbeidet var på dette tidspunktet nærmest slutført. Statsministeren hadde samtaler med personalet og holdt en pressekonferanse. Pasientene var det ikke mulig å besøke. Larsen oppfattet det som veldig positivt at statsministeren kom «ut av bunkersen» og var synlig i samfunnet.


Andre enn Larsen ledet direktoratets arbeid utover natten.

### **Norge utenom Oslo**


Randmæl orienterer om at direktoratet sendte en første melding til RHFer og fylkesmennene på kvelden 22. juli, ca klokken 23.00. Direktoratet meldte da at de skulle være i beredskap, men at de ikke forventet noe fra dem umiddelbart, bortsett fra HSØ hvor det ble forventet en løpende orientering.

Larsen beskriver videre at det dagen etter var telefonkonferanser med fylkesmenn/fylkeslegene og RHFene.

Bjørn Inge Larsen 150512



4



Larsen viser til at Fylkesmannen er slått sammen med Fylkeslegen, noe han mener er en fordel i beredskapsarbeidet, ettersom fylkesmennene rapporterer til DSB på alminnelig beredskap, og fylkeslegene rapporterer til Helsedirektoratet på helsemessig beredskap.

I det første telefonmøtet var direktoratets hovedmål å formidle situasjonsforståelsen, orientere om direktoratets tenkning rundt hvordan situasjonen ble håndtert og å spørre om innspill. Larsen sier det var viktig å få etablert et felles bilde av situasjonen og hvilke forventninger direktoratet hadde til det regionale apparatet. Fra lørdagen ble det etablert daglig rapportering og daglige telefonkonferanser.

På dette tidspunktet var det akuttkirurgiske håndtert. Det var nå klart at det var psykososiale oppfølgingstiltak som var aktuelt videre. Direktoratet forsto at det ville være tungt traumatiserte mennesker i hele landet. Larsen sier videre at psykososial støtte er et ungt fag med et nokså beskjent kunnskapsgrunnlag. Det er en del kompetente fagmiljøer, men også faglig uenighet disse imellom. Tidligere har Helsedirektoratet erfart at hvordan psykososial oppfølging skal utøves har blitt en samfunnsdiskusjon med betydelig faglig uenighet, og de etablerte derfor en ekspertgruppe. *(Kommisjonen viser i den forbindelse til Helsedirektoratets tidligere redegjørelser om ekspertgruppen).*

Larsen beskriver videre at det regimet som ble valgt innebar at ekspertgruppen og samarbeidsutvalget ble rådgivende til direktoratet. Dette samsvarer med prinsippet om at helsedirektoratet er faglig normerende. De nevnte gruppene ble, etter lange diskusjoner, enige og Legeforeningen stilte seg også bak de fleste rådene som ble gitt. Dette gjorde at det ble lite offentlig skittentøyvask, noe Larsen peker på som viktig. En åpen faglig uenighet kunne blitt en tilleggsbelastning for de etterlatte og overlevende. Han viser til at direktoratet brukte rådsstrukturen både for å motta råd, men også for å forankre den måten de jobbet på.

Når det gjelder ressursbruk og rapporteringsbyrde for kommunene så viser Larsen til at selv om rapporteringen innebærer en kostnad så vil også kostnadene i motsatt tilfelle kunne vært et verre scenario. Det viste seg også i ettertid av 22. juli at flere kommuner fulgte ikke opp det psykososiale løpet slik de skulle, og at dette rammet enkeltindivider. Larsen sier at det er en balanse mellom tyngden på koordineringen og hva man får kommunene til å levere på. I en situasjon som dette er ministerens toleranse for at det svikter for enkeltpersoner lav. Larsen viser til at i den daglige driften er prinsippet lokalt selvstyre, men i en beredskapssituasjon tolereres mindre ulikheter og regjeringen kommer nærmere den faktiske krisehåndteringen. Han anser at dette er en legitim balanse mellom å akseptere lokaldemokratiet og hensynet til at norsk helsetjeneste skal fremstå som én tjeneste. Randmæl utfyller med at Helsedirektoratet ikke er de eneste som ber om rapportering i en slik situasjon. DSB etterspør i tillegg mye informasjon.

### **Psykososial oppfølging**

På spørsmål fra kommisjonen, svarer Larsen at han oppfatter at forslagene om tilbakereisene til Utøya og de store samlingene kom fra drøftinger i ekspertgruppen og samarbeidsutvalget. Larsen erindrer ikke den konkrete beslutningsprosessen, men antar at direktoratet brakte disse rådene inn til HOD som tok dem videre for drøftelser i regjeringen. Han presiserer at beslutningene om tilbakereisene og samlingene var godt forankret de faglige miljøene. Randmæl erindrer at tilbakereisene og samlingene var motivert fra et faglig ståsted, men også at beslutningene også sammenfalt mye med Aps synspunkt.

Larsen sier videre at det er etablert forskning i etterkant av 22.juli. Han er ikke sikker på status i dette, men viser til at det er mange vanskelige avveininger i psykososial oppfølging, og at kunnskapsgrunnlaget per i dag er begrenset. Hans oppfatning er at fagmiljøene bruker sin beste kunnskap, men også at hva som anses som egnet oppfølging kan variere fra land til land.

Larsen anser videre at kritikken om at andre traumatiserte, enn de som ble rammet 22. juli, ikke får tilsvarende oppfølging, delvis er berettiget. Det Helsedirektoratet kommuniserer er at alle som er så traumatisert som dem på Utøya, må gis en adekvat oppfølging. Hvis mennesker med alvorlige traumer ikke følges opp av norsk helsetjeneste, så er det her svikten ligger, og ikke det at det er en overprioritering av dem som ble rammet 22. juli.

Når det gjelder hvem som skal få hjelp så er ikke Larsen og direktoratet blitt utfordret på å være med på å trekke grensene for hvem som skal omfattes av helsetjenestens oppfølgingstilbud. Direktoratet har sagt at de overlevende skal ha en kontaktperson i kommunen, men at dette ikke gjelder etterlatte og pårørendekretsen. Han understreker at logikken i helsetjenesten er at enkeltindividets behov er avgjørende for hvilken hjelp som gis. Hvis familiemedlemmer eller andre pårørende får problemer, så blir dette en sak for helsetjenesten, men ikke før.

Larsen viser videre at direktoratet har hatt meninger om hvem som kan ha oppfølgingsansvar, i forhold til å yte en profesjonell oppfølging. Det har dels vært konflikt med Legeforeningens syn. Etter direktoratets oppfatning trenger ikke kontaktpersonen nødvendigvis være en lege, psykiater eller psykolog, noe som også støttes av fagmiljøer (NKVTS og Senter for krisepsykologi). En psykiatrisk sykepleier kan være vel så egnet for de samtalebehov som de traumatiserte har.

Larsen mener det kan være et forventningsgap mellom det de berørte ønsker og hva kommunene er i stand til å levere. Generelt er han imidlertid imponert over kommunene, og hvordan de har håndtert situasjonen. Det er noen unntak og han mener det ikke har noen sammenheng med kommunestørrelse. Han oppfatter ikke at Oslo kommune skiller seg ut i negativ forstand, men er heller ikke detaljert kjent med prosessene. Direktoratet vil undersøke videre og kan gi en tilbakemelding på dette.

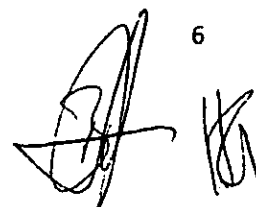
#### **Rollefordeling direktorat og departement**

Larsen bekrefter at direktoratet har uttrykt behov for eksplisitte kriterier om når ansvaret for koordinering delegeres til direktoratet. I praksis mener imidlertid Larsen at dette fungerer godt. Han trekker frem at det har vært stabilitet i ledelsen i HOD og direktoratet, og de kjenner hverandre godt. Larsen mener det kan være hensiktsmessig med en skriftliggjøring av praksis og utdyping av egne planverk. Han ser det ikke som nødvendig med endring av lov og forskrift.

#### **Helsepersonellens taushetsplikt**

Når det gjelder forståelsen av taushetsplikten så sier Larsen at det er dilemma mellom helsepersonellens taushetsplikt og samfunnsbehov i beredskaps- og sikkerhetssituasjoner. Larsen viser til at taushetsplikten er utformet for helt andre forhold enn for vurderinger av samfunnstrusler. Han ser at taushetsplikten kan være et hinder for politiets arbeid i gitte situasjoner, og kan stå i veien for en naturlig samhandling mellom politi og helse. Han sier spesielt at det er uhenksom at ikke politiet kan få full tilgang til informasjon om pasienter som er innlagt på sykehus i en akutt situasjon. Han understreker likevel at det kan være problematisk å gi politiet en helt annen tilgang til helseinformasjon, ettersom han synes politiets

Bjørn Inge Larsen 150512



6

tilnærming til mye av den informasjonen de vil ha ut, avdekker at de har en feilaktig forståelse av hvilken samfunnssektor de står overfor. Det er likevel klart at det kan være nødvendig å gjøre en jobb på dette området, for å sikre at politiet kan få nødvendig informasjon om forhold som angår samfunnssikkerhet.

Han sier Helsedirektoratet jobber med å vurdere hvorvidt dette kan løses gjennom en lovforklaring fra Helsedirektoratet, altså innenfor dagens regelverk (presumert samtykke). Kommisjonen spør hvorvidt det i en slik situasjon er tungtveiende offentlig interesse eller presumert samtykke. Larsen har ikke noe formening om dette, men er opptatt av at politiet må ha denne tilgangen. Han sier at det ikke var noen som ba Helsedirektoratet om en lovforklaring av dette den 22. juli. Randmæl presiserer at Helsedirektoratet den 23. juli henvendte seg til politiet for å undersøke om de hadde nødvendig informasjon til sin pårørende informasjon. Direktoratet fikk disse opplysningene fra HSØ og ga disse til politiet. I denne forbindelse la direktoratet også ved en lovforklaring – on the spot, som tilsa at opplysningene skulle gis ut. Kommisjonen ber om å få se dokumentet, noe Randmæl svarer at direktoratet vil fremskaffe.

Larsen presiserer at det i norsk helsetjeneste ikke er noen som har instruksjonsrett overfor kommunene, men at eierlinjen til helseforetakene, som for alle praktiske formål fungerer som en instruksjonslinje, kan brukes i alle situasjoner.

#### Institusjonelle forhold

Når det gjelder spørsmålet om etablering av et fast lederdepartement i krisesituasjoner så erfarer Larsen at HOD som lederdepartement fungerer mye bedre enn JD. Han mener det ville være dramatisk dersom JD skulle fått ansvaret for å håndtere eksempelvis en smittesituasjon.

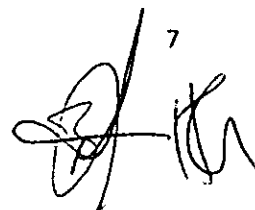
Når det gjelder hvordan JD utførte sin rolle som lederdepartement i forbindelse med 22. juli, har ikke Larsen sterke meninger om dette, ettersom departementet ikke fremsto som veldig tydelige overfor Helsedirektoratet. Direktoratet fikk lite føringer fra JD og hadde heller ikke behov for dette. Larsen peker ikke på konkrete forbedringsbehov, men understreker at fundamentet når det gjelder beredskapsarbeidet må være sektoransvaret. Ingen må kunne abdisere beredskapstenkningen ved å hvile seg på JD som lederdepartement. Han ser RKR og en stab som understøtter dette (KSE) som en potensielt god ordning.

Larsen ser ikke at det er hensiktsmessig at alle direktoratene bør kalles inn i RKR, da de har for ulike roller og ansvar.

Larsen beskriver JD som formelle og sier at JD ikke har noen dialog med Helsedirektoratet. Han mener JD i større grad burde vært interessert i å få informasjon og i en åpen offentlig debatt om beredskap. Han eksemplifiserer dette med å vise til Nødnett og at det lenge var slik at hver gang Helsedirektoratet tok opp dette i det offentlige rom, ble det tatt negativt opp av JD. Han presiserer at Nødnett nå er i et godt spor.

Når det gjelder Nødnett så viser Larsen til at direktoratet nå jobber med etablering av rutiner for håndtering av Helseradionett og Nødnett parallelt. Larsen sier at noe som er viktig for direktoratet at det ikke er i tidsgap i utrulling mellom de tre sektorene, ettersom det etablerer en risiko. Dette har de imidlertid ikke fått gjennomslag for i JD, slik at det er opp til helse å tilpasse seg til systemet.

Bjørn Inge Larsen 150512



**Utøya et annet sted i landet**

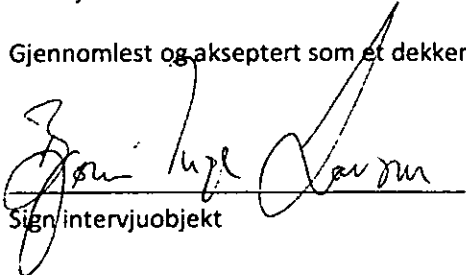
Larsen mener det ikke er en realitet at det er likeverdige helsetjenester uavhengig av hvor i landet man bor. Slik er det heller ikke på beredskapsområdet. Larsen sier at andre steder vil også håndtere slike situasjoner godt, med stor fleksibilitet og effektivitet, men da i forhold til ressursene de har tilgjengelig.

Randmæl orienterer om beredskapslageret ved Gardermoen som kan fraktes med trailer og fly. Dette kan brukes ved internasjonale hendelser, og er også tilgjengelig i Norge på noen timers varsel.

Larsen utdyper at ved akutte situasjoner for enkeltpasienter vil imidlertid det avgjørende være hvor ambulansene befinner seg og hvordan disse er utstyrt. Minutter og timer er avgjørende.

Intervjuet ble avsluttet kl 12.00.

Gjennomlest og akseptert som et dekkende referat,



Sign intervjuobjekt



Sign referent