

Helse- og omsorgsdepartementet

Vår ref.: 2026/124

Dato: 28.09.2026

Forslag til lov for det europeiske helsedataområdet – høringssvar fra NEM og REK

Innledning

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsnotat som gjelder forslag til ny lov om det europeiske helsedataområdet og endringer i øvrig regelverk for å gjennomføre forordning (EU) 2025/327 om det europeiske helsedataområdet (EHDS) og om endring av direktiv 2011/24/EU og forordning (EU) 2024/2847 i norsk rett.

Gjennomføringen av forordningen og tilhørende endringer i eksisterende regelverk vil på flere områder påvirke våre arbeidsfelt i Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) og Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). Selv om NEM og REK er separate høringsinstanser i den aktuelle høringsrunden, finner vi det hensiktsmessig å avgi en felles uttalelse da vi i det vesentlige representerer det samme myndighetsområde.

Særlig viktig for NEM og REK er høringens kapittel 7 om sekundærbruk av helsedata – da spesielt deling og bruk til forskningsformål. Samtidig vil vi dele vårt syn på noen overordnede spørsmål gjennomføringen av forordningen reiser, og de spørsmålene departementet eksplisitt løfter fram. Av disse er det særlig spørsmålene knyttet til innbyggernes informasjonsbehov og reservasjonsretten som opptar oss.

Generelle merknader

Forordningen legger opp til en bred sekundærbruk av helsedata, under rammen av at opplysningene skal være anonyme eller pseudonym, men at det i noen tilfeller kan tilgjengeliggjøres direkte personidentifiserende opplysninger. Det skal ikke innhentes samtykke fra den enkelte, men den enkelte skal kunne reservere seg mot en slik bruk. NEM og REK oppfatter spørsmålene om reservasjonsrett som særlig sentrale.

Det vil kreve tydelig og klar informasjon til befolkningen om hva som er forskjellene, og hva en slik sekundærbruk i realiteten vil kunne innebære, samt eventuell risiko/ulempe.

Forordningen legger stor vekt på digitale løsninger for at innbyggerne skal kunne utøve sine rettigheter, som reservasjon og innsyn. Vi savner at man i høringsnotatet går nærmere inn på begrunnelsen for at dette også skal gjelde for forskningsdeltakelse, særlig sett i lys av at et sentralt forskningsetisk prinsipp er det frie og informerte samtykket.

Særlig sekundærbruk av journalopplysninger vil være inngripende. Det er derfor viktig med god informasjon til innbyggerne om hvordan de kan reservere seg mot sekundær bruk av deres data.

Det vil videre være viktig at en slik løsning sikrer at ikke-digitale innbyggere, som eldre eller sårbare grupper, får mulighet til å kontrollere sine data. Hvis reservasjon krever digital kompetanse kan skjevhet i hvem som inkluderes i forskning oppstå.

Videre savner vi en etisk vurdering av algoritmene som utvikles og hvordan helsedata (som omfatter både forskningsdata, journalopplysninger og registerdata) skal kategoriseres, ikke bare av selve datatilgangen, for at nytten skal kunne realiseres. Hvis datagrunnlaget i store datasett ikke er representativt, kan algoritmene produsere uetiske eller diskriminerende resultater.

Vi er positive til departementets forslag til overordnet oppgave- og ressursfordeling. Helsedirektoratets, DMPs og Folkehelseinstituttets roller fremstår som hensiktsmessige for å ivareta gjennomføringen av forordningen.

Departementet skriver på s. 101-102 at «helseforskningsloven er imidlertid endret, ved at det ikke lenger skal være krav om forhåndsgodkjenning for rene helseregisterstudier, jf. Prop. 109 L (2024–2025) og Stortingets vedtak 10. juni 2025. Endringene er ikke trådt i kraft». Dette er upresist, og bør nyanseres da avsnittet også omtaler tilgjengeliggjøring etter helsepersonelloven § 29. Helseforskning der pasientjournaldata og/eller andre behandlingsrettede registre inngår, krever fortsatt REK godkjenning. Det samme gjelder helseregisterdata som skal kobles sammen med pasientjournal, og/eller hvor det skal innhentes nye data fra deltakerne (for eksempel gjennom spørreskjema).

Spesielle merknader

Helsedatainnehavere – hvilke virksomheter omfattes

I høringspunkt 7.2.3.1 vises det til at forordningen vil medføre en plikt for en del virksomheter til å tilgjengeliggjøre helsedata, herunder helseopplysninger samlet inn til forskning.

NEM og REK ser at det kan oppstå prinsipielle spørsmål når EHDS innebærer en plikt for forskningsansvarlig virksomhet til å tilgjengeliggjøre data samlet inn som et ledd i et forskningsprosjekt, etter at det aktuelle forskningsprosjektet er avsluttet. I en rekke forskningsprosjekter er behandlingen av personopplysninger basert på samtykke fra forskningsdeltakerne. Samtykket kan være gitt på konkrete forutsetninger knyttet til formålet med forskningsprosjektet, lagringstiden og tidspunkt for sletting eller anonymisering. En plikt til tilgjengeliggjøring av pseudonyme eller anonyme helseopplysninger for videre bruk etter

prosjektets avslutning, eller for bruk til annet formål, kan derfor komme i konflikt med premissene som lå til grunn for innhenting av samtykket og behandlingen av opplysningene. Dette kan reise spørsmål om samtykkets rekkevidde og den tilliten forskningsdeltakerne har til forskning og vilje til å delta.

NEM og REK mener det er nødvendig å klargjøre hvordan en eventuell plikt til å tilgjengeliggjøre forskningsdata skal anvendes i tilfeller der opplysningene er innsamlet på grunnlag av samtykke som begrenser videre lagring eller bruk. Regelverket bør sikre at forskningsansvarlig virksomhet ikke pålegges forpliktelser som innebærer at de kommer i konflikt med tidligere inngåtte forpliktelser overfor forskningsdeltakerne eller med krav i det forskningsetiske regelverket. Det bør særlig vurderes om det er behov for overgangsbestemmelser eller særskilte unntak for data som er samlet inn før ikrafttreddelsen av EHDS.

For data samlet inn etter EHDS trer i kraft vil det kunne gis informasjon til den enkelte deltaker før de ev. samtykker til å delta i forskning. Samtidig ser vi at dette kan ha betenkeligheter, for eksempel i forskningsprosjekter som inkluderer barn og/eller andre med varierende grad av samtykkekompetanse, slik at foresatte eller pårørende har gitt tillatelse/samtykke til forskningsdeltakelsen.

Artikkel 50 gjør unntak for helsedatainnehavere som er individuelle enkeltpersoner herunder forsker som ikke er tilknyttet noen institusjon og mindre forskningsvirksomheter. Departementet mener unntaket er hensiktsmessig, og ser ingen grunn til å innføre nasjonal særregulering per i dag. NEM og REK støtter departementets vurdering om at unntaket er hensiktsmessig.

Vesentlige funn

I punkt 7.3.3.2 vises det til at helsedatabrukeren har plikt til å informere helsedatatilgangsorganet ved vesentlige funn knyttet til personens helse, jf. forordningens artikkel 61 nr. 5. Forordningen stiller ikke noe krav til hvordan tilbakemeldingen skal gis, og åpner for at det fastsettes nasjonale regler for dette.

Departementet ber høringsinstansene vurdere om det er behov for enhetlig rutiner for hvordan tilbakemeldinger gis enkeltpersoner, enten i veiledning eller i forskrift.

NEM og REK viser til at utilsiktede funn i forskning kan oppstå i mange forskningsprosjekter, og det er en kompleks vurdering som normalt sett ligger til grunn for slik tilbakemelding. Kompleksiteten er ikke på noen måte synliggjort i høringsnotatet, hvilket vi mener er svært bekymringsverdig.

NEM og REK mener at det i en forskrift eller veileder må sies noe om når tilbakemelding skal gis etter utilsiktede funn i forskning, og ikke bare hvordan slik tilbakemelding skal gis. Det bør bl.a. avklares hva som er et «vesentlige funn», hvem som skal kvalitetssikre funnet før tilbakeføring, hvordan retten til ikke å vite skal praktiseres, samt hvordan håndtering av de særlige spørsmålene som oppstår ved genetiske funn skal skje. Det bør adresseres hvordan man skal forholde seg til barn og personer uten samtykkekompetanse.

Gebyr for tilgjengeliggjøring

I punkt 7.4.2 vises det til EHDS forordningen artikkel 62, som bestemmer at helsedatatilgangsorganer kan kreve gebyr for å gjøre elektroniske helsedata tilgjengelig for sekundærbruk. Artikkelen åpner for at gebyrene differensieres mellom ulike grupper av brukere.

Det er i dag, med hjemmel i helseregisterloven, åpning for å kreve gebyr for tilgjengeliggjøring av helsedata. Denne muligheten finnes ikke for utlevering av journalopplysninger etter helsepersonelloven. Departementet foreslår at det fastsettes en forskriftshjemmel i lov om det europeiske helsedataområdet innenfor artikkel 62, som vil gjøre det mulig å finansiere de økte kostnadene forordningen vil føre til for staten og helsedatainnehaverne. De foreslår videre forskriftshjemler i helseregisterloven § 19 g og helsepersonelloven § 29 som tilsvarer hjemmelen i den nye loven om det europeiske helsedataområdet. Dette vil medføre at helsedata vil koste mer for forskere enn i dag.

Departementet ber i tillegg om høringsinstansenes syn på om det er behov for å differensiere gebyrsatsen mellom ulike helsedatabrukere og hvilke brukere som i tilfelle bør prioriteres.

NEM og REK ser behovet for å kreve gebyr for arbeidet som følger av plikten til å tilgjengeliggjøre helsedata. Samtidig vil vi understreke at gebyrnivået ikke må utformes på en måte som skaper en økonomisk barriere for forskning. Høye gebyrer kan særlig ramme forskningsprosjekter med begrensede økonomiske ressurser, herunder forskning som gjennomføres ved mindre forskningsinstitusjoner. Dette kan igjen føre til at forskningsprosjekter ikke får tilgang til nødvendige helsedata, selv om prosjektene har høy samfunnsmessig nytte.

Krav om forhåndsgodkjenning fra etiske komiteer

I punkt 7.5.3.1, skriver departementet at forordningen «berører ikke de regionale etiske komiteene og helseforskningslovens krav om forhåndsgodkjenning. Det følger av artikkel 54 andre ledd bokstav e at dette fortsatt skal reguleres av nasjonal rett.

Forordningen berører ikke etiske godkjenninger, som fortsatt vil måtte håndteres etter nasjonal rett. Dette betyr at når helsedata fra flere ulike EU/EØS-land søkes tilgjengeliggjort, vil REK i hvert av de berørte landene måtte gi sin egen etiske vurdering og godkjenning. Dette vil kunne skape store praktiske utfordringer.»

Det er uklart for REK når EHDS-søknader vil kreve norsk etisk forhåndsgodkjenning, både tatt i betraktning helseforskningslovens geografiske virkeområde og endringene i helseforskningsloven som kommer. I det nordiske samarbeidet ser vi at lovenes geografiske virkeområde er noe som vil skape utfordringer knyttet til harmonisering. Forskere, forskningsansvarlig virksomheter og REK må få tydelig veiledning på hvordan den norske helseforskningslovens geografiske virkeområde skal tolkes i lys av EHDS-forordningen.

Helseregisterloven – gjeldende rett

I høringsnotatet 7.5.2 står det at helsedata fra helseregistrene som hovedregel kan «tilgjengeliggjøres uten at de registrerte har samtykket eller gis adgang til å reservere seg», med mindre registrene er samtykke- eller reservasjonsbaserte etter helseregisterloven §§ 9 eller 10.

Dette er en upresis fremstilling av gjeldende rett da helseopplysninger er taushetsbelagte, jf. helseregisterloven § 17. Tilgjengeliggjøring krever samtykke etter helseregisterloven § 19 a tredje ledd som er tydelig på at hovedregelen er at tilgjengeliggjøring «kan bare skje når den registrerte har samtykket» eller ved lovhjemmel at taushetsplikten er unntatt på andre måter.

Dersom det skal være tvil om samtykke, reservasjon eller ingen av dem er hovedregelen i helseregisterloven, bør departementet sørge for at dette oppklares slik at forarbeidene til den nye loven ikke skaper unødvendig rettsuklarhet.

Helsepersonelloven – gjeldende rett

Samme sted heter det at opplysninger fra pasientjournal som «hovedregel kan tilgjengeliggjøres uten at de registrerte har samtykket eller adgang til å reservere seg». Her behøves det en presisering fra departementet om de mener dette gjelder *kun* anonyme data eller journalopplysninger generelt sett. I siste henseende følger hovedregelen klart antitetisk av § 29 e bokstav b at det forutsettes at tilgjengeliggjøring av journalopplysninger først og fremst krever samtykke og dernest kan tilgjengeliggjøres i unntakstilfeller dekket av nevnte bokstav b.

Taushetsplikt

Høringsnotatet 7.9 omhandler taushetsplikt. Forordningen kapittel IV om sekundærbruk har ikke særlige regler som fastsetter taushetsplikt. Etter norsk rett er helseopplysninger underlagt taushetsplikt, og departementet foreslår en egen bestemmelse om taushetsplikt i lov om det europeiske helsedataområdet § 11.

I bestemmelsen presiseres det også at tilgjengeliggjøring og annen behandling av helseopplysninger kan skje uten hinder av taushetsplikten hos helsedatatilgangsorgan og helsedatabruker. Det vises til at det i finnes et tilsvarende unntak i nasjonal lov (helseregisterloven § 19b) som gjelder tilgjengeliggjøring av indirekte personidentifiserbare helseopplysninger fra lovbestemte helseregistre. Begrunnelsen for et slikt unntak fremstår uklar. Omfanget av data som det legges opp til at skal inngå er svært omfattende og vil omfatte «data fra pasientjournaler, sosioøkonomiske og miljømessige faktorer, data om patogener som påvirker menneskers helse, genetisk informasjon og data fra medisinske enheter og helseregistre og kliniske studier». Helseregisterloven § 19 b stiller tydelige vilkår for at et slikt unntak skal gjelde, men tilsvarende vilkår for en utlevering er ikke tatt inn i bestemmelsen.

Innskrenkninger i reservasjonsretten – sekundærbruk

I forordningens artikkel 71 nr. 4 gis nasjonal lovgiver adgang til å unnta visse opplysninger fra reservasjon. Departementet foreslår i § 14 en egen forskriftsadgang til å sette en slik innskrenkning ved en senere anledning (høringsnotatet, punkt 7.5.3.3).

NEM og REK ser på det som lovteknisk problematisk at departementet velger en slik framgangsmåte. Samling og deling av sensitive opplysninger i en så omfattende skala som det europeiske helsedataområdet vil medføre, skjer ikke uten risiko for integritetskrenkelser. Derfor er det nødvendig at en slik infrastruktur etableres på en tillitsvekkende måte for innbyggere. Her er det særlig to momenter som er avgjørende etter vårt syn.

Det første momentet er at regelverket er tilgjengelig for innbyggerne på en slik måte at de kan forstå rettighetene sine og settes i stand til å utøve dem. Vi forstår nødvendigheten i et lovsystem med forordning, tilhørende nasjonal lov med sine tilhørende forskrifter. Samtidig er det verdt å erkjenne at gjennomføring på denne måten ofte skaper et oppstykket, intrikat og komplekst regelsystem – spesielt sett fra et borgerperspektiv der innbyggerne skal settes i stand til å orientere seg om rettigheter. Spesielt blir forskriftsbestemmelse vanskelig holde oversikt over for den enkelte innbygger. En forskriftsbestemmelse som for eksempel innskrenker reservasjonsretten, vil kunne medføre et økt saksbehandlingstrykk på relevante institusjoner, i tillegg til veiledning, simpelthen fordi den er vanskelig å finne fram til.

Det andre momentet er legitimiteten til en eventuell innskrenkingsbestemmelse. Innskrenkning av forordningens kanskje mest sentrale rettighet for innbyggerne, bør etter vårt syn være godt forankret og ha gjennomgått en demokratisk lovgiverbehandling. Selv om den foreslåtte hjemmelen i § 14 skulle bli demokratisk forankret gjennom lovbehandlingen og forordningen selv har en rekke sikkerhetsmekanismer for å ivareta reservasjonsretten, ser vi det som viktig at en bestemmelse som innskrenker reservasjonsretten i dette tilfellet har forankringen som trengs for at den nye infrastrukturen har tillit i befolkningen. Mister gjennomføringen tillit i befolkningen, kan man risikere at villigheten til å dele helsedata med myndighetene svekkes. I siste instans kan det gå utover helsetjenestetilbudet og helseforskningen.

NEM og REK mener departementet må ta stilling til spørsmålet om en mulig innskrenking av reservasjonsretten allerede nå. Dersom det ikke lar seg gjøre i denne omgang, bør det etter vårt syn ikke gis anledning til å innskrenke reservasjonsretten via forskrift, ettersom det kan svekke forordningens gjennomføringsprosess, tillitt og bestemmelsens demokratiske legitimitet – dersom dette skulle bli gjort på et senere tidspunkt via den foreslåtte hjemmelen i § 14.

Sikkerhetstiltak og sensitive kategorier av helsedata

Departementet skriver i punkt 7.2.3.2 at de ikke ønsker å bruke adgangen i artikkel 51 nr. 4 til å sette strengere nasjonale rammer enn det som følger av forordningen, når det gjelder sikringstiltak for sensitive kategorier av helsedata. I lovforslaget § 13 andre ledd gis det heller en forskrifts adgang til å sette slike rammer for kategoriene nevnt i helsedataforordningen artikkel 51 nr. 1 bokstav f, g, i og q, ved en senere anledning. Dette begrunnes i et behov for erfaringer med den kommende rettstilstanden.

NEM og REK savner en nærmere begrunnelse for dette valget.

Konsekvensene ved feilbruk, misbruk eller annen utilsiktet tilgjengeliggjøring av disse kategoriene helsedata – særlig genetiske og andre molekylære data – kan strekke seg langt ut over rent personvernmessige forhold og er ofte ugjendrivelige. Nettopp av de grunner som gjør

slike data sensitive, fremstår det som fornuftig å være tilbakeholdne ved gjennomføringen av forordningen inntil vi har mer erfaring med både den faktiske og den rettslige situasjonen etter at det europeiske helsedataområdet er virksomt.

De samme grunnene som departementet trekker fram – manglende erfaringer med tilgjengeliggjøring etter forordningen – taler etter vårt syn for at skjerpede krav innføres fra start av. Når man har mer erfaring med tilgjengeliggjøring, kan man heller vurdere å lempe på sikkerhetstiltakene.

NEM og REK mener primært at det må innføres skjerpede krav etter artikkel 51 nr. 4 ved innføringen og med en adgang til å justere kravene når man har mer erfaring. Alternativt må departementet begrunne nærmere hvorfor ikke et slikt føre-var-prinsipp følges her.

Rett til representasjon

Gode regler for representasjon er viktig for en god og tilgjengelig klageadgang. Under punkt 9.3.4.2 skriver departementet at de foreslår en hjemmel til å fastsette forskrifter om representasjon. Det er ikke klart hvilken bestemmelse i lovforslaget dette knytter seg til – heller ikke hva en slik forskrift skal kunne innebære eller hvorfor det er behov for at dette reguleres utover artikkel 101.

Svar på departementets spørsmål

Dagens nasjonale regulering av helseregistrene

Departementet spør om høringsinstansenes syn på hvorvidt dagens regulering av helseregistre skal videreføres parallelt med løsningen etter forordningen.

Dette er NEM og REK i utgangspunktet positive til. Det nasjonale regelverket er godt innarbeidet med stort sett klare funksjoner hos de ulike aktørene og instansene. Samtidig reiser det en del spørsmål om hvordan et slikt to-sporet-system vil fungere og det er uklart hvordan det i realiteten vil kunne gjennomføres, ved at man vil få «alternative, parallelle juridiske spor ved tilgjengeliggjøring, der de registrertes rettigheter og interesser ivaretas på ulike måter.» Parallelle regler kan gjøre regelverket unødvendig komplekst, men såfremt ingen motstrid avdekkes, fremstår det fornuftig å beholde den eksisterende nasjonale reguleringen av helseregistrene.

Tilgjengeliggjøring

Departementet ber også om synspunkter på om gjeldende løsninger for tilgjengeliggjøring skal videreføres parallelt. Her har NEM og REK ingen merknader utover det som allerede er nevnt i foregående avsnitt.

Andre helsedatatilgangsorganer

Departementet ber om høringsinstansenes syn på en delvis sentralisert modell for helsedatatilgangsorganer der Folkehelseinstituttet er sentralt koordinerende organ, mens de regionale helseforetakene knyttes til underdatatilgangsorganer.

Dette har NEM og REK ingen merknader til utover å understreke behovet for at informasjonsarbeid overfor innbyggerne gjøres på en enhetlig måte som kan kvalitetssikres i det sentralt koordinerende organet. Dersom innbyggerne skal ha tillitt til at opplysningene forvaltes på en transparent og forsvarlig måte, trenger de både informasjon om egne rettigheter etter forordningen og tilgjengelige helsedatamyndigheter som kan veilede eller la dem utøve sine rettigheter. Det samme gjelder for tilfeller der Saminor ved UiT og Hunt ved NTNU innlemmes som såkalt tiltrodde helsedatainnehavere.

Forutsatt at universitetene gis tilstrekkelige faglige ressurser og økonomiske midler til å forvalte ansvaret som kommer med rollene som helsedatainnehavere, ser NEM og REK at det kan være fornuftig at registrene tildeles slike roller. Samtidig finnes der andre omfattende befolkningsundersøkelser som ikke vil tildeles rollen som tiltrodd helsedatainnehaver. Vi ber om at det begrunnes godt hvilke parametere som avgjør at noen registre skal få eget innehaveransvar, mens andre ikke.

Oppsummering

Det sentrale for god gjennomføring av forordningen er å sikre enkeltpersoners mulighet til å vite hva opplysningene deres brukes til, hvem som bruker og deler dem og at de gis muligheter til å kontrollere disse to aspektene. Dette tilsier at informasjons- og reservasjonsretten må stå sterkt både for å ivareta rettsvernet til den enkelte, men også for å ivareta tillitten som den norske infrastrukturen for lagring og bruk av helseopplysninger nyter godt av i befolkningen.

REK vest ønsker å legge til følgende i dette høringsvaret:

Om pasientjournal og REKs rolle

REK er særlig opptatt av forholdet mellom EHDS-forordningen og opplysninger fra pasientjournaler.

Pasientjournalen inneholder særlig sensitive helseopplysninger fra både somatisk helsetjeneste og psykisk helsevern og kan inneholde omfattende og detaljerte opplysninger om pasienters helseforhold, livssituasjon og andre personlige forhold.

Medisinsk og helsefaglig forskning på slike opplysninger er i dag underlagt etisk og rettslig kontroll med krav om forhåndsgodkjenning fra REK. Dessuten har REK fått delegert myndighet til å gi dispensasjon fra taushetsplikt etter helsepersonelloven § 29 e, og disse reglene om tilgjengeliggjøring gjelder også når pasientjournaldata brukes til annen type forskning enn helseforskning. I proposisjonen bør det skilles mellom etisk forhåndsgodkjenning av forskningsprosjekter og vurdering av dispensasjon fra taushetsplikt.

Forordningen regulerer sekundærbruk av anonymiserte og pseudonymiserte helsedata. Dermed vil EU-rettens forståelse av disse begrepene være førende. I proposisjonen bør det tydeliggjøres hva som defineres som anonyme og pseudonyme data etter forordningen. Dersom den strengeste definisjonen av pseudonyme data benyttes, skal data fremstå som anonyme for mottaker uten tilgang til koblingsnøkkel. I mange forskningsprosjekter benyttes individuelle, aidentifiserte data der datasettet i seg selv kan være indirekte identifiserbart.

Elektroniske helsedata for sekundærbruk kan etter forordningen omfatte dokumenter, fritext, lyd, video og bilder i form av datamaskinlesbare filer. Forordningen synes ikke å være begrenset til tilgjengeliggjøring av strukturerte journalopplysninger, men kan også omfatte sykehistorie i tekstform, i tillegg til opplysninger om diagnoser, behandling og andre medisinske forhold. Selv om direkte kjennetegn er fjernet, kan disse data være indirekte identifiserbare.

REK mener at det bør foretas en nærmere vurdering og avklaring av hvordan tilgang til og forskning på opplysninger fra pasientjournal skal reguleres etter EHDS, og hvilken rolle en uavhengig forskningsetisk forhåndsgodkjenning skal ha i et slikt system.

Med vennlig hilsen
På vegne av NEM og REK

Camilla Bø Iversen
Sekretariatsleder NEM

Martin Lie- Nilsen
Rådgiver REK sør-øst