

# HELSE

01/2002 Et magasin fra HELSE



MIDTNORGE

## Et løft for Midt-Norge

Grunnsteinen er lagt for en storstilt satsing på helse i Midt-Norge. Et nytt regionsykehus skal bygges på Øya i Trondheim. Helse Midt-Norge har satt seg ambisiøse mål. Ingen uverdigg venting. Ingen korridorpasienter. Og god økonomistyring. Helsereformen vil bli et løft for hele regionen. Les mer i vårt nye magasin.

Leder .....2  
Landing på ØYA .....3-5  
Meninger om mangt .....6-7  
Patent på liv .....8-11

Mot svimlende høyder ..... 12-13  
Helkul(t) på Levanger .....14-15  
Når kollegaen er et ork ..... 16-17  
Barnimagen.com .....18

Når kreftene tar slutt ..... 19  
Lysende steinkunst .....20-21  
Nytt fra Helse Midt-Norge .....22-23



## LEDER :

### Helse for framtida



Et halvt år er gått siden sykehusreformen ble innført og staten overtok ansvaret for sykehusene i Midt-Norge. Det som var ni sykehus administrert under tre ulike fylkeskommuner er nå samlet under en felles hatt – og ledes av Helse Midt-Norge RHF.

Konsernet består i dag av sju datterforetak eller helseforetak, alle selvstendige enheter. Vår oppgave på Stjørdal er å sette overordnede mål for virksomheten. I løpet av de neste tre årene skal pasientene i Midt-Norge slippe uverdig venting, det skal bli slutt med senger i sykehuskorridorene og vi skal ha god økonomistyring. Denne våren har vi reist Midt-Norge rundt for å møte medarbeidere og diskutere hvordan vi skal sette reformen ut i livet. Vi har blitt møtt med et stort engasjement og en oppslutning som styrker oss i troen på at vi i fellesskap skal få dette til.

Da vi overtok ansvaret for sykehusene i januar i år stod det 50 000 mennesker i kø i Midt-Norge. Ved utgangen av juni er tallet redusert med noen tusen, og innen året er omme skal det ikke være flere enn 35 000 i kø ved våre sykehus. Et ambisiøst mål vil mange si, all den stund køene har vært omtrent konstante de siste 15 årene. Vårt svar er at dersom vi ikke våger å sette oss høye mål vil vi heller aldri nå dem. Derfor har vi også fokusert uverdigheten ved det å være korridorpasient. Dette er et særnorsk fenomen som vi har tillatt å eksistere i våre sykehus. Dette pro-

blemet skal vi løse, blant annet gjennom tett samarbeid med kommunene om en mellomlinjetjeneste. Med foretaksorganisering har vi også gitt oss selv reell mulighet til å få kontroll over økonomien. Dette er en forutsetning for at vi skal gi mest mulig og best mulig helsetilbud til befolkningen.

I løpet av de neste to årene skal Orkdal Sanitetsforenings Sjukhus (OSS) og Psykisk helsevern i Sør-Trøndelag (PHST) slås sammen med St. Olavs Hospital til ett foretak. Målet er å få et bedre helse-tilbud til befolkningen i regionen, blant annet ved at den samlede kapasitet og kompetanse utnyttes bedre. Ikke minst gir det mulighet til å integrere det somatiske og det psykiatriske tilbudet til pasientene. OSS skal fortsatt være et lokalsykehus hvor pasienter med akutt sykdom får hjelp, og i løpet av prosessen skal det avklares hva som er rimelig beredskap for sykehuset. Dette er krevende og innebærer endringer for mange. Også i Helse Sunnmøre, Helse Nordmøre og Romsdal og Helse Nord-Trøndelag skal de iverksette sammenslåinger. God kommunikasjon på alle nivåer vil være vesentlig for at vi skal lykkes.

Samtidig med at vi gjennomfører det noen har kalt den største reformen siden Harald Hårfagre samlet landet til ett rike, markerer vi sentrale begivenheter som er viktige for det omstillingsarbeidet vi er i gang med. Første spade-stikk for den nye kreftavdelingen og stråleterapienheten i Ålesund ble tatt den 30. mai, noe som vil få stor betydning for kreftsyke i Møre og Romsdal.

Det nye tilbudet vil også representere en viktig avlastning for kreftavdelingen ved St. Olavs Hospital i Trondheim.

Ikke før champagnen har dovnnet og feiringen har lagt seg i Ålesund, spretter korkene for 100-årsjubilanten på Øya. Storesøster markerer jubileet en uke til ende, og avslutter med å legge ned grunnsteinen for de neste 100 årene. Prosjektet ble vedtatt av et samlet storting i mai, og ideen om det pasientfokuserte sykehus ligger til grunn. Til høsten er det byggestart, og om fire år er rundt halvparten av det nye sykehuset ferdig. Det skal investeres rundt 10 milliarder kroner i et sykehus som har nåtida, og ikke minst fremtida i seg. Investeringene skal foregå i en tid hvor forandringene skjer hurtigere enn noen gang. Samtidig starter planleggingen av neste byggefase. Vi skal altså bygge og planlegge parallelt, noe som gir en unik mulighet til å høste erfaringer og innrette seg på fremtiden. Pasientene er selvsagt aktivt med, både i planleggingen av det nye sykehuset, og i brukerutvalg som er opprettet regionalt og lokalt. Aktiv dialog med våre brukere er en forutsetning for at vi skal utvikle kvaliteten på våre tjenester og gi slagordet om pasienten i fokus et reelt innhold.

Som storesøster må St. Olavs Hospital ta rollen sin på alvor. Det betyr å opp- tre med faglig stolthet og autoritet, og raust dele av sine nye muligheter slik at det drypper på alle. På den måten kan vi høste rikt av det vi sår, og gjøre Midt-Norge til et arnested for utvikling, innovasjoner og nytenkning.

  
Paul Hellandsvik  
adm.dir.

# Landing på ØYA

I hundre år har Øya vært Midt-Norges sentrale nødhavn når sykdom rammer. Det skal Øya fortsatt være.



**St. Olavs Hospital** hadde akkurat innledet jubileumsuka da meldingen kom 28. mai: Stortinget går enstemmig inn for å bygge det nye universitetssykehuset på Øya. Og like enstemmig slutter Stortinget seg til planene for sykehusets første byggefase. Saken klubbes gjennom etter en snau times ordskifte i fullkommen harmoni. Midt-Norges største og mest omstridte byggesak, har på få måneder gått fra kokende debatt til full enighet. Viktigst nå er å få satt spaden i jorda for det nye sykehuset. Med gjeldende anbudsregler kan det skje nærmere jul.

## "Vi driver omsorg, og alle nyordninger må innføres med vett og forstand"

Hva er det så som skal bygges på Øya? Og hva skiller det nye fra det gamle? I korthet er meningen å forlate det femti år gamle nedslitte sentralblokk-sykehuset. Her er driftsformene blitt stadig mer akterutseilt. Transportlinjene for lange, og flaskehalsene for trange. Bygg og organisasjon henger ikke lenger sammen. Slik er sykehuset også blitt unødvendig dyrt i drift til tross for kjempeinnsats fra personalet i alle ledd. Nå skal det bygges oversiktlige og fleksible pasientsentra, i et desentralisert og kvartalsvis mønster. Sentrene kan betraktes som mest mulig selvstendige småsykehus. Organisering skjer etter lidelse framfor legespesialitet, med pasientens behov som bærende prinsipp. Hjelpen skal til den syke, ikke den syke til hjelpen. Det nye universitetssykehuset planlegges med enerom og utstrakt bruk av pasienthotell.

Det nye universitetssykehuset er altså både utbygging, utvikling og endring. Viktige stikkord er prosess- og teamarbeid. Begreper som "min røntgen" og "min operasjon" blir lite gangbare i det kommende St. Olavs Hospital. Tradisjonell hierarkisk avdelingstenkning avløses av fagsamarbeid rundt pasienten. Spisskompetansen må beholdes, men ikke stive avdelingsgrenser. Dette er endringer som uansett kommer med "den nye pasienten"; han som krever innsikt, informasjon og medvirkning. – Vi må bare innstille oss på at kontroll flyttes fra helsepersonell til pasient. Dermed forandres oppfatningen av arbeidet som gjøres på sykehuset, sier Marte Lauvsnes som leder Plan- og programavdelingen i Helsebygg Midt-Norge (tidligere RIT 2000).

## "Nå kan fakultetet gjøre visjoner til praktisk handling"

Lauvsnes mener ingen sykehusansatt kan regne med å arbeide som i dag ved det nye sykehuset. Men for den endringsvillige blir jobben mer interessant, med stadig nye behandlingsmåter og ny teknologi. – Men alt vi gjør må knyttes til sykehusets verdigrunnlag (likeverd, respekt, helhet, medbestemmelse). Vi må aldri bli teknofantaster. Gamlemor med brukket lårhals må slippe å høre: "God bedring. All informasjon finner du på terminalen der borte!". Vi driver omsorg, og alle nyordninger må innføres med vett og forstand. Den enkelte pasient må alltid ses, sier Marte Lauvsnes.

Blant alle parter som samarbeider om det nye sykehuset på Øya, er



det naturligvis glede og lettelse over stortingsvedtaket om byggestart. Helsebyggs administrerende direktør, Inge Fottland, kaller utbyggingen et kjempeløft for Midt-Norge, med vidtrekkende betydning for store pasientgrupper. Fungerende sykehusdirektør Jan Eirik Thoresen minner om prosjektets betydning som økonomisk drivkraft og kompetanseprodusent. Men som medisinsk fagdirektør i Helse Midt-Norge, ser Thoresen også en viss fare for "Øya-nærsynthet". – Alt i helseregionen skal ikke plasseres på Øya. Det blir for snevert. Når St. Olavs-foretaket utvides med sykehuset i Orkdal (OSS) og psykiatrien i Sør-Trøndelag (PHST), er det naturlig å vurdere utflytting av funksjoner som i dag har tilhold på Øya. Samtidig må vi se på om aktiviteter utenfor Trondheim bør inn til byen, sier Thoresen uten nærmere konkretisering i dag.

## "Modellen harmonerer med forventet utvikling og gjør oss til pionerer"

– En vitamininnsprøying! Nå kan fakultetet gjøre visjoner til praktisk handling innen forskning og undervisning, fastslår Ole Jan Iversen, prodekanus (nestleder) ved NTNUs medisinske fakultet. Bygningskomplekset på Øya blir det som kalles et integrert universitetssykehus. Her er hensikten tettest mulig forening mellom sykehusets behandling og pleie, og fakultetets forskning og undervisning.

– Denne modellen harmonerer med forventet utvikling og gjør oss til pionerer. Ingen av de andre universitetsbyene er kommet så langt som Trondheim på dette feltet, forteller Iversen. I likhet med sykehusledelsen er han overbevist om at nye, fleksible sykehusbygg og ny organisering vil gjøre universitetssykehuset til en særdeles attraktiv arbeidsplass, ikke minst for forskere og studenter. Når første byggefase står ferdig om fire år, vil for øvrig det årlige inntaket av medisinstudenter økes betydelig – fra 100 til 120.

**FAKTA:** Første byggefase står ferdig i 2006 og utgjør halvparten av det nye sykehuset. Hele anlegget vil være klart i 2011. Det bygges etter rive – bygge – flytte-metoden.

70 % av dagens sykehus rives. Sentrene bindes sammen med glassbroer og kulverter. Kostnader for første byggefase: 4,75 mrd. kroner (nov. 2000). I alt skal det bygges 186 500 m<sup>2</sup>.

**FØRSTE FASE:** **Kvinne-barnsenteret:** Bygget for fødsler, kvinnesykdommer, foster

medisin og barnløshet. Dessuten barnesykdommer, barnekirurgi og barnepsykiatri.

**Nevrosenteret:** Senteret omfatter øre-nese-hals, øye, nevrologi, nevrokirurgi, høresentral, klinisk nevrofysiologi, kjevekirurgi, fysikalsk medisin, slagenhet, senter for hodepine, ryggenhet og geriatri.

**Laborariesenteret:** Hovedbygg for forskning og undervisning. Laboratorietjenester for St. Olavs Hospital og NTNU.

**Pasienthotellet:** Til bruk for dagpasienter med lang reisevei, for pasienter som utredes, barselkvinner og pårørende.

**Forsyningscenteret:** Forsyner det nye sykehuset med varer og teknikk. Den delen som må til for teknisk drift av de tre nevnte sentrene, skal være ferdig i første byggefase.

**ANDRE BYGGEFASE** omfatter resten av sykehuset og er under planlegging og revurdering. Sentrenes innhold og plassering vil bli gjennomgått på nytt for å oppnå best mulige løsninger.



Grunnsteinen legges ned: Brukerrepresentantene Camilla Windspoll og Odd Walter Syltevik assisteres av Helsebyggs Trond Skjefstad.



# Meninger om mangt.

TEKST JULIE MASKE FOTO TORIL JOHANNESSEN

**Hun har meninger om det meste og er ikke skåret for tungebåndet, 90 år gamle Elisabeth Riiber. Derfor var hun den første som skrev brev til Paul Hellandsvik, «Helsekongen» i Midt-Norge:**

*Om fire år skal ventelistene til sykebusene være borte, likeså økonomikrisen i helsevesenet. Slik erklærte du, da du startet som «Helsekonge» i Midt-Norge. Jeg vil gi deg en ide som kan hjelpe deg til å oppnå dette: Alle kommunene har et sykehjem der de skjøpeligste av stedets gamle bor. Ved å ruste opp disse hjemmene, få flere plasser og mer betjening, kan de fungere som minisykebus, og innleggelse i sykebus ofte unngås. En lungebetennelse eller en annen banal sykdom hos oss gamle kan godt behandles på et sykehjem. Medisinsk avdeling på sykebusene har en overvekt av gamle mennesker. De ville få det bedre i nærmiljøet, og sykebusene ble avlastet. En sykehjemsplass koster helsevesenet ca. 1000 kroner i døgnet. Det samme på sykebus koster 3000 kroner. Er min ide noe å tygge på?*

*Skriver Elisabeth Riiber med blondebåndskrift. Vi drar av gårde til Selbu for å møte henne.*



Dagen er solvarm, med dansende løvetann på jordene og leken bris i irrgønne skoger. Ukjente som vi er i bygda må vi spørre oss for, men å finne Elisabeth er ikke noe vanskelig. Alle vi møter peker oss fram til omsorgsboligen hennes. Hun møter oss med høy stemme og et kraftig håndtrykk, ikke noe å si på kreftene her i gården.

- Fysisk forfall kan jeg akseptere, men det mentale forfallet er vanskelig å forstå. Tenk, jeg satte fyr på huset mitt og endte opp i en omsorgsbolig. Jeg mistet alt og sitter på ventværelset nå, men barna mine har forsøkt å skape et hjem til meg. Hun byr oss inn i stua. Den er liten og trivelig, med svarthvit fotografier fra et langt liv, noen kulltegninger og bilder av familien. På bordet ligger en biografi om Hamsun og en bunke avisutklipp, hennes egne leserinnlegg med blyantkommentarer.

- Jeg vet jeg burde sette meg på benken, men jeg liker å være på banen. Det jeg mener er viktig å få sagt. Hvem vil ellers føre ordet?

**"Jeg vet jeg burde sette meg på benken, men jeg liker å være på banen."**

Hun ser på oss. Blikket er skarpt. Ansiktet er furet, værbit og inderlig. Tegnet med liv og latter, sorger, gleder og innsats for andre mennesker. Over det hvite håret bærer hun øreklokker, påstår hun er stokk döv uten hjelpeapparatet. - Jeg presenterer meg som Elisabeth Riiber, kona til gammelpresten. Men han er død. Mannen døde for 15 år siden, men fortsatt er det mange som husker gammelpresten. Han som padlet til Dragsten på gudstjeneste.

Hele sitt liv har hun vært brennende engasjert, siste kampsak er flere sykehjemsplasser. Leserbreve er skrevet, både til Adresseavisen og Selbyggen, der hun setter fokus på helsevesenets store utfordring - hva kan gjøres for pasientene som ikke hører hjemme på sykehusene?

- Normen til sykehjemsplasser er 25 prosents dekning for alle over 80 år i en kommune. I Selbu er det flere personer over 90 enn det er sykehjemsplasser, 49 mot 42. Kommunene har i flere år konsekvent bygget omsorgsboliger, som er billige å drive. Behovet for sykehjemsplasser er prekært, syke og eldre må få den omsorgen de har krav på. Da Elisabeth ble syk for en tid tilbake insisterte hun på å få slippe å dra til St. Olavs Hospital. Hun ville ligge til overvåkning på sykehjemmet i stedet, men legen ville ha henne til byen.

- Bare tull. Jeg kunne reise hjem med bussen dagen etter. Jeg mener at alle parter sparer penger på å oppgradere sykehjemmene, men det blir vanskelig for legene og sykepleierne. Det er ikke institusjoner med status.

*- Staten har overtatt driften av sykebusene, blir det forandringer for brukerne?*

- Klarer Hellandsvik det han har lovet i løpet av fire år - å få bort korridorpasientene og få orden på økonomikrisen i helsevesenet - er det interessant.

*- Hva ser du som store utfordringer for helsevesenet?*

- Desentralisering må komme, men det er avhengig av bemanning. Om alle i helsevesenet samler seg i sentrale

strøk, blir det vanskelig. Jeg har tro på økte lønninger og mer spennende pasienter i distriktene, da blir det utfordrende å bo her også. I tillegg bør det satses mer på psykisk helse og oppfølging av kvinner i barsel.

Hun har klare, sterke meninger og slår sprekker i myten om de eldres konservatisme. Hele sitt liv har Elisabeth vært selvstendig. Hun utdannet seg til sykepleier og jobbet på Ullevål under krigen. I 1946 ville hun gjøre noe morsomt, og reiste til Svalbard som sykepleier. Der falt hun for presten, som hun giftet seg med etter en måneds bekjentskap. Etter det la hun opp sykepleieryrket og gikk inn i rollen som prestefrue. Hjemmet var åpent, om de bodde på Svalbard, i Sulitjelma, på Skatval eller her i Selbu. Hun etterlyser tid til nærhet mellom mennesker, tid til samtaler og ro.

**"Samfunnsøkonomisk ville det ha vært lønnsomt om alle døde i 70-årsalderen."**

- Jeg skjønner at vi gamle er kjedelige, men trøsten må være at samfunnet flommes over av eldre. Personlig og samfunnsmessig er det ikke noe å skryte av at gjennomsnittsalderen i Norge er høy. Samfunnsøkonomisk ville det ha vært lønnsomt om alle døde i 70-årsalderen.

Prestefruen mener vi må ta verdidiskusjonen om hvorfor det er generell aksept i samfunnet for selvbestemt abort, mens barmhjertighetsdrap ikke blir godtatt.

- Hvor ligger forskjellen? Man kjemper en intens kamp for å få premature barn til å overleve, men til hvilket liv?

Jeg er på fornavn med døden, vil egentlig ikke leve så mye lengre. Jeg vil ikke bli pleiepasient.

Hun setter blikket i oss og inviterer i neste setning til å komme ut og se hagen. Der har hun et bed hun har laget, med liljer og forglemmegei. - Vaktmesteren mente at jeg ikke burde lage dette bedet, men jeg har samlet blomster som overlever meg.



På veien tilbake kjører vi innom Paul Hellandsvik, administrerende direktør for Helse Midt-Norge med kontor på Stjørdal. Hva syns han om Elisabeths henvendelse. - Vi har fått mange brev og kommentarer til Helse Midt-Norge. Særlig får sykehusene lokalt brev fra engasjerte brukere, sier han. Men brevet fra Elisabeth Riiber gjorde inntrykk. For det første fordi hun setter fingeren på en sentral utfordring for helsevesenet, for det andre fordi hun er en eldre kvinne som engasjerer seg og formidler sine synspunkt videre. Hellandsvik liker folks engasjement.

*- Hva syns du om Elisabeths idé?*

- Mellomlinjetjenesten, som er rommet mellom primærhelse-tjenesten og spesialisthelsetjenesten, er en stor oppgave for oss. Her er alle pasientene som ikke hører hjemme på tradisjonelle sykehus, blant annet store grupper med rehabiliteringspasienter, kronikere og «siste fase» -pasienter. Problemområdet er stort, slår han fast og viser til utredninger om Sykehusreformen. Der omtales halvannenlinjetjenesten som et tjenestenivå, der man kombinerer trekk ved første-linjens vekt på helhet og omsorg med annenlinjens innslag av spesialistkompetanse. Ikke langt fra Elisabeths ide.



# PATENT på liv?

Genteknologi har lenge vært et hett diskusjonstema. Nå har debatten blusset opp igjen. Tidligere var det genmat og kloning. Denne gangen gjelder spørsmålet hvem det er som har eiendomsretten til våre genoppdagelser. Det amerikanske firmaet Myriad Genetics har fått patent på brystkreftgenene BRCA1 og BRCA2, og krever enerett til å utføre tester knyttet til disse. Her til lands har det norske Patenstyret allerede gitt patent på 237 gener, alt fra mikroorganismer til menneskegener. Trenger vi en slik opphavsrettsbeskyttelse av medisinske oppdagelser? Eller gir vi nå fra oss eiendomsretten til våre egne liv? Vi har samlet et panel til debatt.

*Syns du det er riktig at firmaer i dag har muligheten til å patentere menneskelige gener?*

**INGRID:**

Jeg er grunnleggende skeptisk til at naturlig forekommende gener i det hele tatt er patenterbare. Patenter skal dekke oppfinnelser. En slik oppfinnelse skal være ny, ingen andre kan ha gjort den kjent før, og det kan heller ikke være en utvikling som ville være opplagt for en spesialist innen det aktuelle feltet. Genene våre er utviklet gjennom evolusjonen, fullstendig uten aktiv inngripen av noe firma. Forskjellen på oppfinnelse og oppdagelse er sentral her. Jeg ser det som ulogisk å vurdere gener som den enkelte forsker eller firmas oppfinnelser, selv om eksistensen av det enkelte gen kan sies å være oppdaget. Det blir dermed ikke riktig verken etisk eller teknisk at enkeltfirma patenterer naturlig arvemateriale. At et firma kan se det som hensiktsmessig å patentere for å beskytte og sikre finansiering til egen forskning bør ikke være et avgjørende argumentet i denne sammenhengen.

**OLAV:**

Ja. Vi må være oppmerksom på terminologien. Man patenterer ikke genet som sådan, men den funksjonen som det har. Et annet aspekt som taler for patentering, men som ikke så ofte er opp i debatten, er at patentsystemet er også en form for kvalitetssikring; at ny kunnskap blir offentliggjort og tilgjengelig. Jeg er overbevist om at patentsystemet er et av de virkemidlene som finnes for å kunne kvalitetssikre og finansiere forskning og utvikling, samt fremme samarbeid og allianser mellom industri og akademia.

**BERGE:**

Menneskets verdighet kan ikke påvises i DNA-molekylet, men genene våre har like fullt en spesiell symbolsk status, ved at de er nødvendige forutsetninger for at vi kan bli den type vesener som vi oppfatter kan tilskrives verdighet. Patenter er på den andre siden historisk sett knyttet til den tinglige verden av oppfinnelser, maskineri og duppedingser. Det er derfor etter min mening uheldig at noe som er nødvendige forutsetninger for at vi skal kunne oppfatte oss som frie og moralske vesener, skal kunne oppfattes som "oppfinnelser" eller "ting", eid av store amerikanske bioteknologiske selskaper.

**PANELET:**



**INGRID EFTEDAL**

Leder for avdeling Medisinsk genetik ved St. Olav Hospital. Utdannet sivilingeniør i biofysisk og medisinsk teknologi fra NTH, og dr. ing i molekylær genetik samme sted fra 1994. Har arbeidet som molekylærbiolog i Norge, Frankrike og Danmark.



**OLAV FLATEN**

Cand med UiO 1972. Dr. med UiO 1972. FFPM (Royal College of Physicians) 1994. INSEAD 1994 og 1999. Lege ved medisinsk avdeling Ullevål sykehus 1973-81. I farmasøytisk industri fra 1981. Deltatt i utvalg, komiteer og styrer innenfor medisin, forskningspolitikk, bioteknologi, forretningsutvikling o.l.



**BERGE SOLBERG**

Stipendiat ved Filosofisk Institutt, NTNU. Slutfører for øyeblikket en doktorgradsavhandling om etiske aspekter ved fosterdiagnostikk og gentesting før fødsel.



**FORTS. DEBATT:**

*Noen har kalt dette patent på liv. Er patent på gener det samme som patent på menneskeliv?*

**BERGE:**  
 Det er ingen tvil om at motstanden mot patent på liv, henter styrke fra et scenario hvor man ser bioteknologien som en trussel mot menneskets frihet. Hvis mine gener er oppskriften på akkurat meg, og noen kan ta patent på disse genene, så kan det synes som om noen eier meg eller kontrollerer meg. Men mennesket er som kjent noe langt mer enn sine gener. I gamle dager sa man at mennesker har sjel. Det kan man gjerne si fremdeles. Og sjelen kan ikke patenteres. Når det er sagt, bør man likevel være oppmerksom på at patentering av gensekvenser, kan gi oss mennesker en opplevelse av å ikke ha fullt herredømme over vår egen kropp, og dermed gjøre oss mer ufrie. Dersom medisinsk behandling i fremtiden eksempelvis skulle innebære at jeg bare kunne behandles på det merkeverkstedet som hadde patent på mine genetiske variasjoner, så vil opplevelsen av ufrihet ikke kunne avfeies med uvitenhet. Nettopp for å unngå slike konsekvenser, burde man la være å patentere gensekvenser.

**OLAV:**  
 Det er en altfor enkel karakteristikk. Et gen og hva det uttrykker, har en helt annen relasjon til begrepet "menneskeliv" Et gen er i seg selv er ikke et liv.

**INGRID:**  
 Selv om jeg er motstander av patent på naturlige gener, ser jeg ikke disse patentene isolert som patenter på liv. Liv er et komplekst samspill av gener i et miljø, der hver enkelt gens funksjon bidrar til helheten. Men i en situasjon der mange gener er underlagt patenter, vil vi i enkelte praktiske sammenhenger kunne snakke om noe

som nærmer seg patent på liv i den forstand at vi ikke lenger vil kunne undersøke livsprosesser uten å støte bort i patentinnehavere som krever lisenspenger for arbeidet vi gjør. Medisinsk grunnforskning vil dermed i økende grad bli et kommersielt anliggende.

*Hva vil dette ha å si for Kari og Ola Nordmann? Har vi grunn til å være bekymret?*

**OLAV:**  
 Nei, vi har ikke grunn til å bli bekymret. Tvert imot. Den nye kunnskapen vi nå får om genetikk, vil bidra til at vi i mye større grad vil få vite årsak til sykdom, vi vil kunne forebygge og behandle sykdommer på et mye tidligere stadium, vi vil kunne bruke eksisterende legemidler på en mye mer effektiv og sikrere måte, og vi vil få nye og bedre legemidler.

**INGRID:**  
 Ja, Kari og Ola har en viss grunn til å være bekymret. Ikke så mye når de holder seg friske og dermed uavhengige av helsevesen og legemidler. Større praktiske konsekvenser, ved siden av eventuelt ubehag ved å føle seg redusert til patenterbare byggesteiner, kommer i det øyeblikket du er bekymret for egen helse eller arv av sykdommer i familien. Sterke patenter vil gjøre muligheter for diagnostikk og behandling til en økonomisk prioriteringssak i langt større grad enn i dag. Helsevesenet vil bli avkrevd lisensavgifter for viktige analyser, og det blir en helsepolitisk prioriteringssak om enkelt i det hele tatt kan tilbys hjelp. Situasjoner der du sitter med sannsynlig genetisk sykdom men ikke kan få en sikker diagnose fordi noen andre eier genene dine og krever store summer for analysene, vil kunne bli en realitet i framtida.

**BERGE:**  
 Jeg tror Kari og Ola Nordmann allerede er en svært bekymret folkegruppe i forhold til bioteknologien. Undersøkelser har vist at vi er blant de mest bekymrede i verden. Noen vil ha det til at det er nordmenns bekymringer overfor bioteknologien som er bekymringsfull. I visse sammenhenger kan nok det være riktig. Men i patentsaken tror jeg bekymringen er på sin plass. Det finnes så sterke kapitalkrefter som taler patentenes sak, at dette burde være nok til å mistenke at det ikke er til Kari og Ola nordmanns beste. Men først og fremst bør man i denne saken tenke på om patent på liv er til de andres beste, det vil si til u-landenes beste. Mye kan tyde på at å gi patent på liv er ensbetydende med å gi USA økonomisk kontroll både over menneskets arvestoff og over viktige vekster i jordbruket. En slik politikk gjør neppe situasjonen bedre for de verst stilte i verden.

*Hvilken betydning tror du muligheten til å ta patent på gener vil ha for utviklingen innen medisinsk forskning?*

**INGRID:**  
 Pr våren 2002 foreligger det ca 10.000 søknader om patent på menneskelige gener eller genprodukter. Totalt dekker disse søknadene mer enn 125.000 gener eller deler av gener, noe som til sammen er mer enn det antatte totale antall gener i kroppen vår. Medisinsk forskning er fullstendig avhengig av å kunne studere hvordan gener og genprodukter virker sammen i menneskekroppen. I en situasjon hvor vi ikke lengre fritt kan studere dette samspillet, vil vi kunne ende med at deler av forskningen blir praktisk umulig. Viktige framskritt kan bli hindret av økonomiske eller praktiske hensyn knyttet til at enkeltfirma har sterke nok advokater til å blokkere arbeid i store deler av verden. Slik vanner vi ut faglige miljøer, og kan dermed

svekke en av de viktigste forskningsressursene av alle: Den faglige styrken som ligger i kombinasjonen av kunnskap og erfaring.

**OLAV:**  
 Jeg var vel inne på det isted; det vil skape industriell og finansiell interesse for å videreutvikle medisinsk forskning. Videre må vi være klar over at patentering aldri har hemmet forskningen. Debatten om genene for brystkreft er i så måte interessant: Det hevdes at ved at det amerikanske firmaet Myriad har patent på utnyttelsen av de to genene BRCA 1 og 2 for testing, så kan det ikke forskes på disse, og pasienter kan ikke testes. Dette er feil. Nettopp disse to kreftgenene er vel det som er mest forsket på og publisert om. Det er heller ikke slik at det ikke er lov å forske på disse genene pga. patentene. Det er feil. Det kan forskes så mye man vil, og det gjøres. Det er de kjemiske testene som ligger til grunn for utnyttelsen av kunnskapen om disse genene som er patentbeskyttet. Det er noe helt annet. Et ganske parallelt eksempel kan være de kjente testene Normotest (NT), Trombotest (TT) og Seronorm - alle tester utviklet ved norske laboratorier i sin tid, og som har vært industrielt beskyttet. Ingen har noengang stilt spørsmål om dette.

**BERGE:**  
 Man kan jo håpe på at patenter stimulerer til nyskaping også her, slik de var ment å gjøre og slik de har gjort på en rekke andre felter. Myriad Genetics fikk som kjent i 1998 patent på BRCA-1 og BRCA-2 genene og de sykdomsdisponerende mutasjonene som kan gi arvelig brystkreft. I 20 år har de enerett til å utnytte denne "oppfinnelsen" kommersielt. I verst tenkelige fall kan man se for seg at Myriad Genetics høver inn milliarder av dollar år etter år på gentesting av

engstelige kvinner som frykter å være disponert for arvelig brystkreft, uten å løfte en finger for å utvikle kunnskapen om genenes funksjoner til terapeutiske formål. Heldigvis forhindrer ikke patentet at andre kan bruke Myriad Genetics' "oppfinnelse" bare de gjør det i en ikke-kommersiell sammenheng. Spørsmålet er imidlertid om andre selskaper eller forskningsinstitusjoner vil gå inn i områder som allerede er patentbelagt. Jeg frykter at patentordningen gjør veien lengre snarere enn kortere mot nye og bedre behandlingstilbud.

*Vi manipulerer gener. Vi eier andres gener. Vi kan klonе dyr, kanskje til og med mennesker. Finnes det grenser for hva forskere kan og bør gjøre? Hvem bør i så fall sette disse grensene?*

**OLAV:**  
 Disse grensene finnes. Det finnes verdensomfattende etiske godkjente rammer for genetisk forskning som forskningssamfunnet forholder seg til. Videre er det underlagt vanlig demokratisk kontroll, lovhjemling osv. Et godt eksempel er stam-celleforskning hvor slikt demokratisk, eller politisk rammeverk er gitt i svært mange land. Jeg har ikke tro på at man skal eller kan stoppe den frie forskningen. Men anvendelsen bør under en viss demokratisk vurdering eller styring.

**INGRID:**  
 I demokratiske samfunn er regulering av all slik aktivitet et selvfølgelig politisk ansvar. Dette krever dyktige politikere med svære gode evner til å lytte og vurdere alle relevante sider av saken. Populister som uten sterkt faglig grunnlag lefler med velgere, er farlige i en slik sammenheng. En horisont som sjelden går lengre enn til neste valg hindrer kontinuitet og fokus i arbeidet med viktige spørsmål. Det finnes i dag ingen internasjonale

forpliktelser som dekker alle deler av kloden når det gjelder å sette grenser for forskningsaktivitet. Og å forby all forskning for å være på den sikre siden vil gjøre oss mye mer vondt enn godt. Til syvende og sist burde kanskje et sterkt ikke-kommersielt internasjonalt organ etablere og forvalte konvensjoner som dekker noen av de mest sentrale problemstillingene rundt menneskets genmateriale, siden genene våre i aller høyeste grad må være å betrakte som vår felles arv.

**BERGE:**  
 Grenser finnes alltid allerede. Forskere så vel som alle andre mennesker beveger seg alltid innenfor et moralsk orienteringsrom av vurderinger om godt og ondt, rett og galt, høyverdig og foraktfullt, osv. Vi glemmer ofte hvor enige vi alle er om grunnleggende moralske verdier, i en verden hvor media lever av å servere oss historier om folks umoral. Det er når fenomenet vi står overfor ikke gir en entydig moralsk "ryggmargsrefleks" at vi blir usikre og roper på grenser. Befruktede egg ser ikke ut som oss, de kan ikke uttale seg, og de holder til i glass på laboratorier – ikke rart det er vanskelig å vite hvilken grense som skal gå for forskning på dem og utnyttelse av dem. I slike tilfeller har forskeren gjerne interesse av å gå lengre enn samfunnet rundt, fordi forskeren – i motsetning til storsamfunnet - opplever nysgjerrighetstrangen, ærgjerrigheten og kanskje også de økonomiske utsiktene til gevinst på kroppen. I andre sammenhenger, som ved patent på liv, kan det være industrien og systemene som presser på mot en grense, mens forskerne er i opposisjon. Det er demokratisk dialog som må være svaret på hvor grensene bør gå i slike tilfeller. Politikerne er sentrale aktører her. Likeledes har lekfolkskonferanser blitt trukket frem som viktig. Selv har jeg tro på at også etikerne har noe å bidra med.



# mot svimlende høyder

TEKST OG FOTO THOR A. NAGELL

## PORTRETTE: GUTTORM ELDØEN

50-åringen fra Kolbotn kom til Molde kort tid etter at han tok medisinsk embedseksamen i Oslo i 1978. Kona er fra Ona og er noe av årsaken til valget av bosted og arbeidsplass. På nevrologisk avdeling på Molde sjukehus er han konstituert overlege. Han er spesialist i øre/nese/hals og nå snart ferdig spesialist også i nevrologi. - Vi har en avdeling som kan utrede det meste innen nevrologiske sykdommer. Veldig mange pasienter som lider av svimmelhet får tilstrekkelig behandling hos sin lege, men de vanskelige tilfellene er hjertelig velkommen hit, sier Eldøen som har pasienter tilreisende fra hele Sør-Norge.

- Hva er egentlig svimmelhet?

- For å si det enkelt er det en illusjon av bevegelse. Verden går rundt eller gynger samtidig som den som opplever det vanligvis er klar over at det er en selv det er noe galt med. Det oppleves veldig forskjellig og forbindes helst med funksjonen for kroppens likevekt. Det klassiske er svimmelheten man opplever i en karusell eller om bord i en båt, men det er mange varianter. Den som har sittet i en karusell eller i en båt og vært plaget får vanligvis normalisert likevekten i løpet av noen timer. Den som har dette som sykdom får stadige forverringsepisoder eller plages kronisk. For en pasient er det ofte typisk at det oppleves som skremmende. At man mister kontroll. Plutselig begynner alt "å seile".

- Hva er årsaken?

- Det kan være mange, forskjellige årsaker. I de fleste tilfellene er det et godartet fenomen, men det kan også være et symptom på en underliggende sykdom.

- Som for eksempel?

- På fagspråket kalles det Benign posisjonell vertigo – eller svimmelhet forårsaket av bevegelse. Du våkner for eksempel om morgenen og det går fullstendig rundt når du beveger deg. Det kan være forårsaket av krystaller som er løse – i Sverige kaller man det "Krystallsjuken".

- En "skrue" løs i hodet?

- Ikke en skrue, men en "stein". I hvert øre har vi buegangene som står vinkelrett på hverandre, forklarer Eldøen og tegner på et ark papir. - Disse møtes i et felles rom der det ligger en "stein" på følsomme nerve-tråder. Sirkulasjon av væsken i buegangene forteller deg hva som er opp

og hva som er ned, om du aksellerer eller mister hastighet i en retning. Ved godartet svimmelhet løsner noe av denne "steinen" og detter ned i en av buegangene. Det blir liggende der og sender falsk informasjon om bevegelse. Ved å snu folk på en bestemt måte får vi – så enkelt er det – tømt buegangen og svimmelheten forsvinner! Dette gjør mange leger i Helse Midt-Norge og det er et ganske vanlig forekommende fenomen. Det er enkelt å teste om pasientene har denne formen for lidelse.

- Men andre ganger er det ikke så enkelt?

- Nei, andre ganger kan svimmelhet være svært komplisert og vi må gjøre en omfattende utredning. En rekke sykdommer kan ha svimmelhet som et hovedsymptom. Enkelte ganger må pasienter innlegges som øyeblikkelig hjelp på grunn av symptomene, andre ganger har pasienten strevd i måneder og år. Ofte viser undersøkelser at vi ikke finner noen alvorlig sykdom. Pasienten må lære seg å leve med og å mestre den skaden som har skjedd. Veldig mange opplever imidlertid svimmelhet som en utrygghet og hemmende på livsutfoldelsen.

Han forklarer at svimmelhet er så utbredt at den kan karakteriseres som en folkesykdom. Suckersyke kan for eksempel utløse fenomenet – eller medikamenter. Eldre plages gjerne av svimmelhet som følge av andre sykdommer de har.

- Men svimmelhet kan også oppleves som behagelig? Barn tiltrekkes for eksempel av det å kjøre karusell?

- Ja, svimmelhets-senteret ligger nær både frykt og glede. Noen går gjerne opp på den høyeste fjelltopp og får et "kick" av svimmelheten de opplever på kanten av stupet. Blir du svimmel av å stå der vil svimmelheten avta

dersom du legger deg ned på magen. Da får kroppen mer kontakt med bakken og du føler deg tryggere. Det samme skjer dersom det er en busk foran stupet. Det at blikket faller på noe nærmere gjør svimmelheten mindre. Unger hyler av fryd i karusellen, mens foreldre som gjerne føler de "må" være med opplever angst i samme situasjon. Men klarer du neste gang du er på tivoli med barna å koble karusellturen opp til noe positivt kan det være du også vil føle glede ved den svimmelheten det gir, sier Eldøen.

- Og mange har opplevet "svimlende forelskelse"?

- Ja – og da "svever" du!

Guttorm Eldøen har også et godt råd til deg som skal ta Hurtigruta en stormnatt til høsten:

- Mange fiskere som har vært på land en stund legger seg gjerne ned på dekk i det de går om bord. De lar kroppen følge med i bølgene. Og slapper av. Og det forhindrer sjøsyke. Klarer du å fryde deg over båtens bevegelser vil du antagelig ikke bli sjøsyk. Se på bilsjåfører kontra passasjerer, for eksempel. Folk som blir bilsyk av å sitte i en bil blir neppe det når de selv sitter bak rattet. Da har de kontroll og kroppen følger bilens bevegelser.

- Det er et fascinerende fagfelt du jobber med?

- Ja! Det er komplisert, det er vanskelig, du må gjøre grundige undersøkelser og spille på ressursene hos pasienten. Og fascinerende er det. Nå skal vi starte "svimmelhets-skole" på sykehuset sammen med fysioterapeutene her på nevrologisk avdeling. Vi håper å ha første skoletime før sommeren. Det skal også bli spennende, sier Guttorm Eldøen ved Molde sjukehus.

GOD TRENING: Guttorm Eldøen balanserer elegant på balanseputen på sykehustaket: - Etter skipling av balansen er det viktig å trene opp igjen kroppens funksjoner, forklarer han.





TEKST OG FOTO SOLBJØRG EMILIE V.G. ESPESTØYL



Kommunelege og koordinator Bodvar Sonstad til venstre, konstaterer at mange, også på tvers av generasjonene, har stor glede av sangstundene.

86-årige Mabel Nordabl koser seg sammen med Per Anker Jobansen, rektor ved Levanger barneskole, hvorfra to tredjeklasser denne dagen bidrar med to sanger av nyere dato.

# HELKUL(t) - i Levanger

**“Allsang for og med eldre”. Det ligger vel i ordene hva som skjer når et anseelig antall mennesker annenhver mandag forlyster seg med sang, kaffe med nogo attåt, og - ikke minst- sosialt samvær.**

- Dette arrangementet startet for et og et halvt år siden, og har blitt umåtelig populært, forteller kommunelege og knutepunktskoordinator Bodvar Sonstad, som leder “sangtimen”.  
- Vi tar i bruk en stor og verdifull kulturskatt som alle kan delta aktivt i.  
Det er viktig å unnfange optimisme i forhold til egen hverdag, og det å samles regelmessig om en aktivitet gir mange en følelse av tilhørighet. Nettverksbygging er en av målsettingene. Tenk å være så alene at ingen savner deg, sier Sonstad.  
Så hvis noen av en eller annen grunn skulle utebli fra allsangen en mandag, kan det godt være han får en telefon fra noen som bryr seg om hvorfor. Sånt føles godt.

Denne dagen deltar to tredjeklasser fra byens barneskole. De synger ikke for pensjonistene, men med pensjonistene. Her synges sanger som de eldste husker fra den gang de selv var små, og de får samtidig lært seg et par av nyere dato.  
Det hersker en gjensidig respektfull stemning, dette er brobygging mellom generasjoner. Mabel Nordahl gikk på den samme skolen i 1920-årene. Nå koser hun seg på Rådhuskafeen, og lærer gladelig noen “moderne” barnesanger.  
- Dette er alle tiders, et supert tiltak som jeg gleder meg til hver gang! Faktisk har jeg benyttet meg av alle arrangementer i HelKul-regi som har passet for meg, og det er virkelig med på å gi livet innhold, selv om sansene er svekket, smiler hun. Andre forteller om livet som pleietrengende, om verdighetstap som følger i kjølvannet av en så total

omveltning, og om den kompensering de kjenner ved at det faktisk finnes tilbud som bidrar til å øke livskvaliteten. Og livslysten.

“ Ein må søng me det næbbet ein har.”

Her er godt om plass. Her kan man komme og gå når man vil. Spise lunsj og drikke kaffe. Synge selv, eller være tilhører. Hovedsaken er at man føler seg vel, møter andre mennesker og opplever noe sammen med dem!  
- Dette er en type hverdagskultur som gjør at man kanskje kan inspireres til å benytte seg av den allmenne kulturvirksomheten, mener Bodvar Sonstad, og fortsetter:  
- Det er å håpe at de aktiviteter det legges opp til i regi av HelKul, skal kunne virke som springbrett for å øke den generelle interessen for kultur. Kulturaktivitet tar utgangspunkt i det friske i oss. Helsevesenet behandler i stor grad sykdom. Kulturfaglige og helsefaglige miljøer styrkes gjennom samarbeid, og dette igjen kommer brukerne tilgode.- Når man vet at den verste fienden mot folkehelsen i vår tid er mistrivsel, inaktivitet og ensomhet, er det svært viktig å tenke på tvers av både etater og fag for å finne nye veier for å komme dette til livs. Når man ser hvordan denne forsamlingen koser seg, vet vi at dette er et skritt i riktig retning, avslutter Sonstad.



For alle mennesker med "litt fartstid", har sang vært en viktig del av både skolegang og livet forøvrig.

**Levanger kommune har siden 1997 vært en av pilotkommunene i regjeringens satsning innenfor områdene helse og kultur. For snart tre år siden ble det etablert en nasjonal rådgivningsgruppe og et ditto knutepunkt for videreføring av dette arbeidet. Knutepunktet ble lagt til Levanger. Kultur- og helsenettverket består på landsbasis av 26 kommuner, fylkeskommuner og institusjoner, hvor en av målsettingene er å bidra til at kultur skal kunne anerkjennes som metode i forebyggende, helsefremmende og rehabiliterende arbeid.**

Samfunnsmedisinsk forskning viser at “storforbrukere av helsetjenester er småforbrukere av kultur”, at ensomhet og isolasjon er en av vår tids største trusler mot folkehelsen og at kulturdeltakelse påvirker levealder.

Det å delta i meningsfylte kulturaktiviteter bidrar til økt livskvalitet og evne til å mestre egen livssituasjon, samt at hver enkelt på denne måten får mulighet til å bygge opp et sosialt nettverk.

En evaluering av det foreløpige arbeidet viser at kulturdeltakelse bedrer helsen på to ulike måter; direkte gjennom selve kulturopplevelsen og nye inntrykk, indirekte gjennom økt sosial tilhørighet og trivsel, bedre livskvalitet og større følelse av egenverd. Man finner spesielt gode resultater innen relasjonen kultur og psykisk helsevern.

Skal man nå ut til det brede lag av befolkningen, må man legge opp et bredt spekter av tilbud. I Levanger har man blant annet tatt i bruk teaterformen som virkemiddel i helseopplysningens tjeneste. Her finnes også ei friluftsgruppe for personer knyttet til psykisk helsevern. “Grønn omsorg” er arbeid på gård for mennesker med rusproblemer. Allsang for og med eldre er et annet populært tiltak, mens ei gruppe barn med sein motorisk utvikling stimuleres gjennom ukentlige møter med fysioterapeut og musikk lærer. Felles for disse og andre tiltak, er at det ligger en tanke om tverrfaglighet i bunnen. På denne måten oppnår man økt kompetanseheving, og dermed tettere samarbeid og større forståelse av målsettingen. I tillegg legges det stor vekt på deltagermedvirkning. Summen av dette gir som konsekvens bedre tilbud til den enkelte.

Mer informasjon finner du på nettadressen [www.kulturoghelse.net](http://www.kulturoghelse.net)  
Leder for det nasjonale knutepunktet er Odd Håpnes, Levanger kommune, telefon 74 05 25 00. E-post: [knutepunkt@levanger.kommune.no](mailto:knutepunkt@levanger.kommune.no)



**Mennesker med angst og depresjoner er slitsomme å være sammen med, både på jobben og privat. Når psykisk sykdom rammer en god kollega vet de færreste hvordan de skal takle det. Psykiater Marit Bjartveit Krüger gir råd.**

TEKST JULIE MASKE • FOTO TONY STONE/JULIE MASKE



- Å ha deprimerte eller angstfylte mennesker på arbeidsplassen er et ork. Er de deprimerte sitter de ved bordenden som blylodd, lukket inne i seg selv og sin verden. Irritable, kantete i væremåten og problemorienterte. De med angst bekymrer seg for alt mulig, og involverer alle andre i søken etter fysisk og psykisk støtte. Det koster å ha disse personene i arbeidsmiljøet, slår Marit Bjartveit Krüger fast. Hun er klinikkoverlege ved psykiatrisk klinikk ved Sykehuset Levanger, og omgås til daglig mennesker som er rammet av samfunnets siste «tabu» - alt fra utbrente kvinner og menn som har møtt veggen, til folk som har alvorlige psykiske lidelser.

Rundt 25 prosent av befolkningen vil en eller annen gang i løpet av livet bli rammet av angst eller depresjon, ofte i sårbare faser av livet da man tar på seg for store oppgaver. Nyere forskning viser også at femten prosent av den norske arbeidsskikken er utbrent. - Nordmenns forhold til psykisk sykdom endret seg kraftig etter Bondeviks depressive reaksjon. Jeg har nesegrus beundring for den måten han stod fram med sin sykdom på. Hva som egentlige plaget ham er irrelevant, det vesentlig er at han satte psykisk sykdom på dagsorden. I dag gjør han rett i å ikke snakke om perioden, nå vil han ha fokus på det han gjør og det er viktig.

*- Hvor kommer utbrenthet inn i dette bildet?*

- Utbrenthet handler om engasjerte mennesker som har vært under langvarige påkjenninger. Det er de som har tungt hode på jobb, men som stråler når de får stå på ski eller drive med egne ting. Noen kaller det atypisk depresjon, og det kan gå over med hvile. Dette er medarbeidere som komme tilbake på jobb som plussvarianter med bremsen, på grunn av erfaringen.

Å være psykisk syk er ikke som å være somatisk syk. Svært få arbeidsplasser vet hvordan de skal takle medarbeidere som er i ubalanse. Noen bedrifter har diskutert hva de gjør om en medarbeider plutselig dør, men klarer man på samme måte å takle en kollega som plutselig preges av psykiske påkjenninger?

- Utfordringen for enhver ledelse er å tenke gjennom hva de gjør ved psykisk sykdom hos ansatte, og om man har

rom i bedriften til å takle det. Etter Bondevik var det mange som lurte på om han var sterk og frisk nok til å styre landet da han etter tre uker var tilbake på jobb. Hva med ens egen bedrift? Hva slags strategier velger man; tie i hjel at medarbeidere plages, la dem være alene eller møtes i samtalen? Spør Bjartveit Krüger, som er rystet over at pasienter, som er innlagt ved psykiatriske klinikker sjelden får blomster fra sine arbeidsgivere. Hadde de ligget på somatiske avdelinger ville nattbordet ha vært fullt. - Depresjoner, angst og opplevelsen av å ikke strekke til rammer uvilkarlig. Noen mennesker vet de er tøffe, andre vet de er sårbare. Likevel vet ingen hvordan de vil takle ytre, uforberedte påkjenninger.

Synlige tegn på at en medarbeider er psykisk syk kan være at man ikke er «i sin egen form». Bjartveit Krüger bruker beskrivelsen bevisst i forhold til personer som har vært på siden av sitt eget selv over lengre tid. Det kan være små detaljer i hvordan man kler seg, kroppsholdning og humørsvingninger.

*- Hva gjør man når noen oppfører seg slik?*

- Oppgaven er ikke enkel, men jeg vil råde til å invitere den det gjelder på tomannshånd og spørre om det er noe en kan være til støtte i. Fortelle at du over lengre tid har sett endringer som tyder på at livssituasjonen til den andre er vanskelig, og at du gjerne vil støtte.

*- Trykke på knappen, med andre ord?*

- Ja, men samtidig ivareta den enkeltes integritet og verdighet. Da må du også forvente at det kan komme et ras av følelser. Ethvert sår man åpner, må man være med på å lukke. En må ha tid til å sitte ned og lytte den tiden det tar. En slik samtale er ikke gjort unna på noen minutter. Bjartveit Krüger insisterer på at en arbeidskollega bare kan være en kollegastøtte, ikke en behandler. I slike situasjoner er det viktig at begge parter innser den begrensningen.

Blir man psykisk syk er det ikke viktig å fortelle alle om diagnosen. Den er mellom pasient og behandler. Men Bjartveit Krüger anbefaler den syke å vende tilbake til arbeidsplassen, så fremt man orker.

- Jeg fraråder folk å detaljorientere

arbeidsplassen om hva som var galt. Det er likevel viktig å ha noen fortrolige, særlig innen ledelsen og i fagorganisasjonen. I samarbeid kan man finne fram til tilbakeføringsordninger alle parter blir fornøyde med. Oppfølging er viktig, innenfor positive rammer med tilbakemeldinger om hvordan man gjør oppgavene sine.

*- Hva om det er på grunn av miljøet på jobben man blir syk?*

- Da er det to muligheter, enten slutte eller gå gjennom en vanskelig endringsprosess. Det spørs hva man orker. De fleste arbeidsplasser har endrings- og vekstpotensial, men å gå inn i det arbeidet kan koste mye.

Idealer, javel - men virkeligheten kan være en annen. Er man passert 50 år og er utbrent, er det vanskelig å tilbakeføres til arbeidslivet, men det er mulig og viktig for samfunnet. Psykiateren mener det i stor grad bør tilrettelegges for folk med funksjonssvikt, men da i samsvar mellom ledelse og medarbeider. - Stikkordet er selvinnsikt. Klarer medarbeideren selv å se sine begrensninger og være løsningsorientert, er det ikke vanskelig å bli inkludert i arbeidsmiljøet.

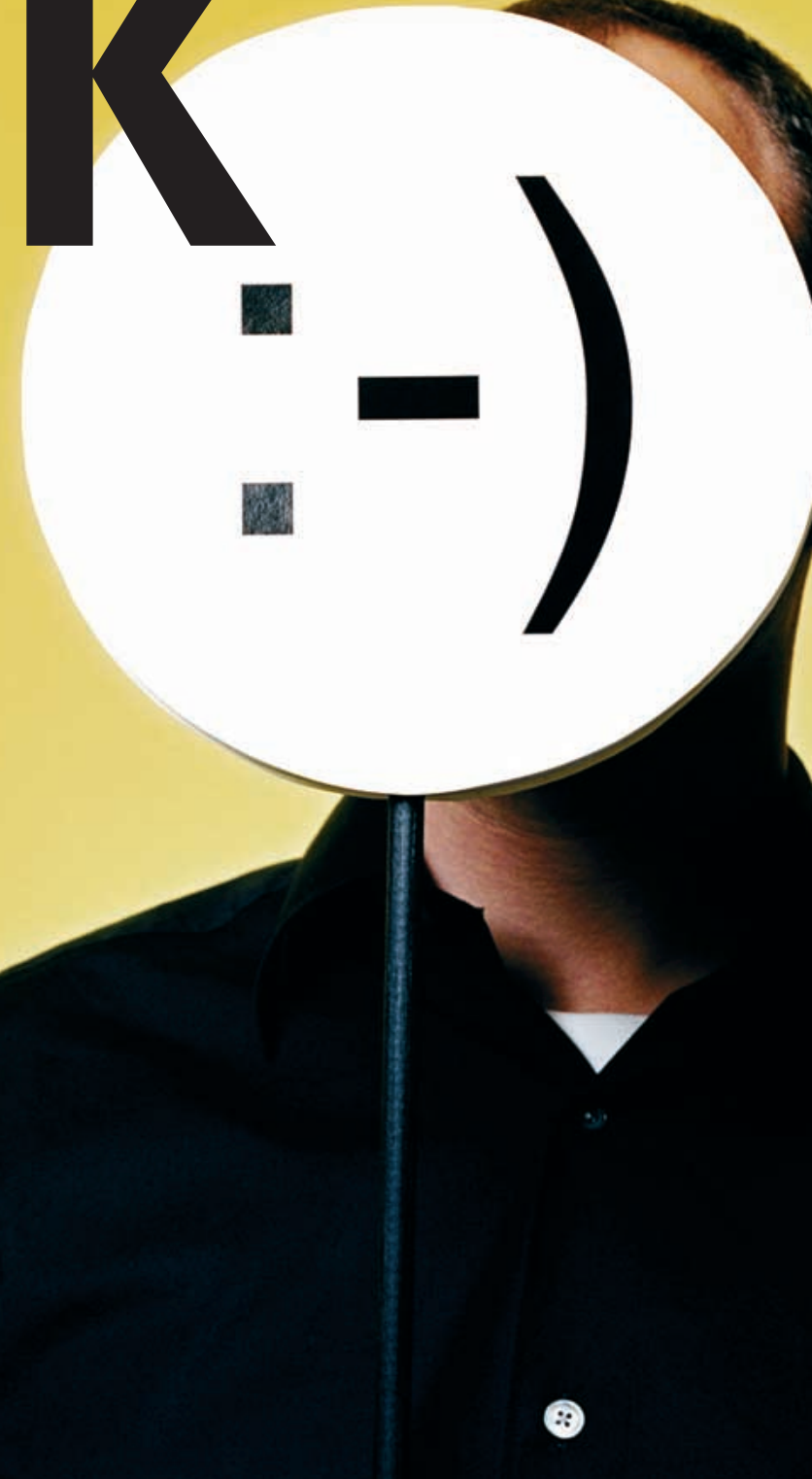
*- Da stiller du krav til de syke?*

- Det er en del av forebyggingen av psykisk sykdom, samtidig som medarbeideren har ansvar. Stress og utbrenthet henger ofte sammen med problemer med motivasjon og mestring. Vi må sette grenser for det vi påtar oss og vite at vi kan lære underveis. Da vil færre føle at de må melde seg ut, de dagene de ikke mestrer arbeidskravene. Bjartveit Krüger smiler og forteller om pasienten med schizofreni, som alltid gikk med kassettspiller i lomma for å ta opp lyd når han hørte stemmer, for deretter å sjekke om stemmene virkelig også var på båndopptaket. Hvis hånden var stumt, var hørselshallusinasjoner alternativet.

- Med såpass selvinnsikt kan man fungere på en arbeidsplass. Da kan man også møte kommentarer om psykisk syke. Pakistanere har sagt at de først følte seg akseptert da de fikk høre "Pakkis"vitsene. En tilsynelatende brutal og direkte form kan bidra til at arbeidsplassen aksepterer psykisk sykdom, og skape åpenhet om et voksende problem.

Når kollegaen er et

ORK





# barnimagen.com

På nettstedet BarniMagen.com oppfordres nybakte mødre til å si sine meninger om fødesteder rundt om i landet. Hundrevis av kvinner har hittil benyttet seg av tilbudet, som nå har blitt en slags guide for de som snart skal føde. Overjordmor Janne Korshamn ved føde- og barselavdelingen ved Ålesund sykehus, jobber ved en av de avdelingene som har fått mest skryt. Hva syns hun om det å få tilbakemelding på jobben de utfører?



TEKST ELDRI FAGERLUND FOTO ELDRI FAGERLUND/KIRSTEN STANGVIK

**- Er det sant, har vi fått skryt?** Spør overjordmor Janne Korshamn. Hun stråler som en sol når hun mottar den positive meldingen. Nettstedet barnimagen.com har utarbeidet en oversikt over alle fødestedene i Norge, der leserne kan kommentere og utveksle erfaringer. Her kommer føde- og barselavdelingen i Ålesund godt ut. - Dette var spesielt hyggelig akkurat nå. Vi har nemlig hatt en turbulent tid med flere sykemeldinger, noe som har ført til ekstra arbeidsbelastning for de som har vært på jobb.

Et godt samarbeid mellom de ulike faggruppene er en av grunnene til at barselkvinnene trives hos oss. - Vilje til samarbeid skaper en god atmosfære både for ansatte og barselkvinnene. Vi har dessuten et mål, som ikke er nedfelt i formaliteter, men som er en felles ikke-uttalt holdning og tenkemåte: Vi vil imøtekomme hver enkelt fødekvinne. På dette området strekker vi oss langt, sier Korshamn og fortsetter: - Vi prøver å bidra til at hver kvinne får en unik fødselsopplevelse. Fødekvinne, og folk generelt er blitt mer bevisste på hva de vil ha, dette er utfordringer vi må håndtere. Men det er selvsagt en grense hvor langt vi kan strekke oss.

"Fødekvinne, og folk generelt er blitt mer bevisst på hva de vil ha..."

- Føde- og barselavdelingen er godt kjent som mor-barn vennlig. Vi prioriterer å bruke ressurser på å hjelpe kvinner med amming hvis det er nødvendig. Vi har mange dyktige barnepleiere som er flinke med dette. - Når det gjelder romstandard og fasiliteter for øvrig ligger vi nok sånn midt på treet. Kvinnene er jo her bare noen få dager, så jeg tror ikke disse forholdene egentlig er de viktigste. Men vi skulle ønske at mødre fikk plass til å stelle barna sine på rommet.

Selv om føde- og barselavdelingen i Ålesund har fått mye skryt, heller vi til slutt litt malurt i begeret så det hele ikke bare blir blind idyll. Et av leserinnleggene uttrykte misnøye med at sengetøyet ikke ble skiftet den tiden vedkommende lå på føde- og barselavdelingen i Ålesund. Hun hadde tatt keisersnitt, og måtte bli der en uke. - Skifter dere ikke sengetøy ofte nok? Spør vi overjordmor som smiler avvæpnende og svarer at det må være en forglemmelse. - Stikkklaken skiftes etter behov, og annet sengetøy også. Men det kan skje forglemmelser, og da er det så viktig at kvinnene ikke er redde for å gi beskjed.

Tilbakemelding er både nødvendig og viktig, sier overjordmor Janne Korshamn.

"Jag har inte på länge upplevt en sådan arbetsglädje, samhörighet och ett sådant samarbete som bland denna personal."

Det er ikke bare brukere av nettstedet barnimagen.com som gir føde- og barselavdelingen i Ålesund gode karakterer. En finsk jordmor, Tuulia Lönnerberg, arbeidet i tre uker ved avdelingen sist sommer. I årets første nummer av "Vård i Fokus" skriver hun blant annet: "Jag har inte på länge upplevt en sådan arbetsglädje, samhörighet och ett sådant samarbete som bland denna personal". Og hun skriver videre: "En mycket betydelsefull faktor var att informationen var ypperlig och fungerade på alla nivåer, både muntlig och skriftlig. Både ordinarie personalen och nyanställda fick en kontinuerlig, saklig och aktuell information." Det ser med andre ord ut til at føde- og barselavdelingen i Ålesund satser på en god start, både for nytt personale og for nybakte mødre.

Les mer om fødesteder i Norge på [www.barnimagen.com](http://www.barnimagen.com)

# Når kreftene tar slutt.

I snart to år har en prosjektgruppe ved Sykehuset Namsos satt fokus på behandlingstilbudet for kreftpasienter og deres pårørende. Med utgangspunkt i Hospicebegrepet, og med et mål om bedret livskvalitet, har de nå funnet en modell som kan gi gode resultater.

TEKST OG FOTO BENTE HAARSTAD

**Kreftpasienter får behandling** og pleie de har krav på, men antall pasienter øker og flere lever lenger med sykdom. Kravet til økt effektivitet og et tempo lite forenlig med lindrende pleie gjør at kreftpasientene blir taperne i en akuttpost. Det mente sykepleiere ved Sykehuset Namsos og søkte om prosjektmidler. To år etter har de fått en mini kreftavdeling. Pasientgruppen har tilhørighet på flere sengeposter. Ikke minst er mange hjemmehørende ved kirurgisk avdeling, som i løpet av to års prosjektperiode hadde 415 pasienter med kreft som innleggelsesdiagnose. Av disse var halvparten innskrevet ved LISE-enheten. Det vil si i regi av prosjektet Livskvalitet i sentrum.

**Fossland og Sagvik** er fornøyd med at økt fokus utløser tiltrente midler, men kanskje vel så opptatt av at de midlertidig har fått beholde de to kreftsyepleierne, pluss sin mini kreftavdeling. Den er plassert innerst i korridoren på kirurgisk avdeling. Her er det tre pasientrom og et trivelig samtalerom. Det er generelt brukt farger og interiør som demper institusjonspreget, og en florlett gardin markerer overgangen til denne rolige delen av avdelingen.

**- Fire senger** høres kanskje ikke mye ut, men Seksjon for lindrende behandling ved St. Olavs Hospital i Trondheim

kan gi komplekse situasjoner, med varierende grad av smerter, kvalme og problemer med ernæring.

**- LISE-prosjektet** bygger på hospicefilosofien, som innebærer en helhetlig omsorgs-tanke rundt pasient og pårørende. I tillegg kommer mer tid til informasjon, samarbeid med pårørende og andre, sier Aud Fossland.

**For å bedre** samarbeidet, øke kompetansen og gjøre prosjektet kjent, har prosjektmedarbeiderne besøkt ni av de 16 kommunene som sogner til sykehuset, og 160 sykepleiere og hjelpepleiere har deltatt på undervisning i regi av prosjektet. I tillegg har fagfolk fra kommuner og andre sykehus hospitert ved enheten.

- Det er umulig for oss å dra ut i kommunene når vi er i vanlig jobb ved sykehuset, men det er liten tvil om at behovet er stort. Vi får mange henvendelser fra helsepersonell i kommunene. Ikke bare når pasienter har vært hos oss, men også generelt, sier Aud Fossland. Hun opplever at LISE-prosjektet har blitt kjent for arbeidet som gjøres, og at fagfolkene der anses som en ressurs. Problemer med smer-

tebehandling, ernæring og tilrettelegging er ting helsepersonell ikke nødvendigvis lærer i sin grunnutdanning, foruten at det hele tiden skjer faglig utvikling som ikke straks når ut på grunnplanen.

**- Vi får også mange** henvendelser fra andre sykehus. Askim sykehus var i gang da vi startet, og sykehus i Skien og Mo i Rana følger etter. Uansett tror jeg nok vi var tidlig ute. Responsen fra pasienter, pårørende og fagfolk tyder på at behovet er stort, sier prosjektledelsen i Namsos.

**Det var et seminar** høsten 1998 som fikk fram planene om å bedre tilbudet for kreftpasientene. Utgangspunktet var hospicefilosofien, som ser behandlingsskjeden mellom 1.- og 2.- linjetjenesten i et helhetlig perspektiv.

- Vi tok utgangspunkt i Norsk kreftplan der det legges klare føringer for omsorgen for alvorlig syke og døende og deres pårørende, sier prosjektleder og kreftsyepleier Aud Fossland og avdelingssyepleier Siri-Gunn Sagvik. Søknad ble sendt i samarbeid med Den norske kreftforening og resulterte i at stiftelsen Helse og Rehabilitering tildelte 1.3 millioner kroner fra spillemidlene i Extra-lotteriet fordelt på de to prosjektårene 2000 og 2001. Pengene ble brukt til å kjøpe fri ansatte for ekstra innsats. I tillegg utløste prosjektet økt fokus på pasientgruppen, noe som førte til at ekstra mye gaver er gitt til kreftomsorgen ved sykehuset. Disse midlene er brukt til å innrede LISE-enheten.



Kolleger ved kirurgisk avdeling i Namsos. F.v. avdelingssyepleier Siri-Gunn Sagvik, kreftsyepleier Rita J. Fyrliev, sykepleier Unni S. Hundseth og hjelpepleier Inger Anne Holm. Prosjektleder Aud Fossland (midten).

har ikke mer enn 12 senger. Det sier seg selv at de ikke har plass til alle i helseregionen som trenger lindrende behandling, og det er da heller ikke nødvendig, siden også små sykehus kan gi gode tilbud. Senteret i Trondheim er for øvrig et nasjonalt kompetansesenter som vi samarbeider med, sier Fossland og Sagvik.

**Kreftsyepleierne forteller** at det ikke nødvendigvis er pasienter i sykdommens siste fase som får plass i spesialenheten i Namsos, men at de som trenger det mest prioriteres. For kreft





# Lysende steinkunst.

**Kåre Grovens imponerende steinutsmykning er nå på plass i nye Olav Kyrres gate. Den består av fem store, lysende rullesteiner, noen av dem opptil 270 millioner år gamle. "Lys i stein" er første del i St. Olavs hospitals ambisiøse kunst- og utsmykningsprogram. Opp mot en prosent av byggekostnadene skal brukes på kunst i det nye sykehuset. Spill med naturelementer, undring, humor og fantasi er stikkord for arbeidene. Selv er den 56 år gamle kunstneren meget fornøyd med at arbeidene hans nå skal pryde det nye sykehuset.**

Han har tidligere jobbet med stein og lys i modellutkast, men det var først i dette prosjektet, at han så muligheten til å gjennomføre ideen til også å gjelde flere uttrykk i en meningsfylt sammenheng. Når utsmykkingskomiteen valgte "lys i stein" til å dekorere en del av den nye Olav Kyrres gate, gav Groven seg til med å finne noen nye, gamle venner. Han var ute etter stener som har vandret i et ufattelig tidsperspektiv. Ikke bare har disse steinene opplevd dinosaurene og overlevd utryddelsen av dem, men de var der også da dinosaurene kom til. Han hadde jobbet en del med store rullesteiner før, men dette var mer omfattende, og i grenseland for hva som var mulig på kort tid.

Når steinene skulle letes opp måtte de være tilgjengelig for håndtering med redskap og passe inn i den tenkte innbyrdes sammenheng. I et sandtak ved Svelvik ble steinene gravd ut. Disse var fra 8 til 22 tonn. Groven besørget store masser endevendt for å finne et utvalg. De antatt brukelige ble fraktet til et steinhuggeri på Østlandet for bearbeiding. Samtidig jobbet han med å utprøve kombinasjonen lys og plast. Lyskilden skulle kunne graves ned ute, og å være tilgjengelig for vedlikehold. Vinteren gikk med på mye eksperimentering og utprøving for å oppnå et tilnærmet tilsiktet resultat. Ved tid for levering og montering ble trailere fylt med 60 tonn rullestein, og fraktet til Trondheim. Ved montering knaket det i reimer og mannskap, men alle 5 steinene kom velberget på plass og lyssettingen fungerte som den skulle.

Er det et møte mellom fortid og fremtid? Naturens storhet og stillhet parret med en slags neonaktighet som tilhører den moderne storbyen? Er lysene i de gamle stenene livspust eller håp? Forsøker man seg på tolkninger, får man ikke noen hjelp av Kåre Groven.

- Steinene representerer mange millioner års utvikling hvor formen blir historien slik som også mennesker og kulturer blir formet av

tiden. Jeg har prøvd å gi rom for flere tolkninger, så den ene er ikke mer riktig enn den andre.

Han synes det er spesielt hyggelig å få denne utsmykkingsoppgaven i sin egen hjemby. Det var på mange måter som å vende hjem igjen etter mange år i "utlandet". Da han dro til Oslo for ca. 30 år siden følte han at det var dårlige vilkår for kunstnere i byen. Trondheim bar preg av kremmerånd med billige kjøpesentre som nemmeste kulturtilbud, simple kontorbygg der det før hadde vært stolt arkitektur, og parkeringsplasser i stedet for hus. "Slik er det vel ikke lenger?", spør han.

Groven synes det alltid er like spennende å starte opp nye prosjekter, spesielt i idéfasen. Man starter på bar bakke uten å vite hvor det skal ende. Det er denne fasen han føler er mest givende. Gjennomføringen og ferdiggjøringen er den minst morsomme fordi da kommer tvilen, de praktiske problemene og søvnløsheten. Når det er ferdig går det en stund før man blir kvitt disse traumene igjen. Kanskje forsvinner de først når man setter i gang med en ny lignende prosess.

Kåre Groven ser at det kan ligge en sammenheng mellom kunst og god helse. Han påpeker at kunstnere kanskje ikke er noen helseapostler, men det at de beskjeftiger seg med livets innhold og uttrykk, er med på å gi oss mennesker selvinnsikt og utvide følelsesregisteret slik at vi bedre kan tolke signaler fra andre og oss selv.





## Nytt fra HELSE MIDT-NORGE

### KOLS prosjekt ved Orkdal Sanitetsforenings Sjukehus vekker oppsikt.

Fysioterapeut Borghild Lomundal ved Fysikalsk avdeling har i snart 2 år drevet et prosjekt med rehabilitering av såkalte KOLS-pasienter, det vil si pasienter med kroniske lungesykdommer .

Prosjektet ble opprinnelig støttet med midler fra stiftelsen Helse og Rehabilitering , men har det siste året vært finansiert gjennom OSS' driftsbudsjett.

En regner med at det i Norge i dag er rundt 5% av befolkningen som lider av KOLS, og det er forventet en kraftig økning. Ikke minst blant kvinner, hvor endrede røykevaner nå gjør at rekrutteringen til denne pasientgruppen er økende. KOLS pasientene beskrives ofte som såkalte svingdørspasienter, som går ut og inn av sykehusene. Pasientene har ofte en frustrerende hverdag, med passivisering og sosial isolasjon.

Det gjennomførte rehabiliteringsprosjektet har bestått både i undervisning og opptrening. Først et 6 ukers kurs, og deretter oppfølging med jevn trening og tilrettelegging blant annet av hjemmemiljøet. 40 pasienter har deltatt i prosjektet. Disse ble testet før oppstart og 6 og 12 måneder etter kursstart.

Resultatet foreligger nå og er ganske opsigtsvekkende. Prosentandelen pasienter innlagt ble redusert fra 32,4% til 16,2% , og antall sykehusdøgn per pasient falt fra 3,7 til 1,4. Dette gir direkte reduserte kostnader på kr. 330600,- I tillegg kommer forhold som ikke kan måles i kroner og øre , som økt livskvalitet hos samtlige. Så vellykket har resultatet vært at Norges Astma – og Allergiforbund ønsker Borghild som en sentral medspiller i arbeidet med å utforme et nasjonalt opplegg for rehabilitering av KOLS-pasienter. Det er også nå søkt om prosjektmidler slik at erfa-



ringene og opplegget kan videreføres til de øvrige sykehus i regionen i form av et regionalt prosjekt. Fysikalsk avdeling ved OSS har også planer om, basert på de erfaringer som er gjort å etablere et "Mestrings og læringscenter" for en del utvalgte pasientgrupper.

### Stor interesse for bevegelig arbeidstid



Psykiatrisk post 2 i Namsos innførte bevegelig arbeidstid. Visitten skrev om saken. Da begynte telefonen å kime hos avdelingssykepleier Frode Båtnes.

-- Jeg har fått veldig mange telefoner fra hele landet. De har sett eller hørt om artikkelen, og ringer for å vite mer om bevegelig arbeidstid og hvilke erfaringer vi har gjort, sier Båtnes som er overrasket over den store responsen.

Turnusen ble kastet på båten til fordel for individuelle arbeidsplaner i fjor høst. Fire perioder er planlagt og gjennomført siden da, og planleggingsmetoden begynner å bli rutine. Nå i mai setter posten i gang med en evaluering, først blant de ansatte og senere blant brukerne. Men Båtnes merker resultater allerede.

--- Vi har fått mindre helgearbeid og annen ubekvem arbeidstid, sier Båtnes. Arbeidsplanen er ikke lenger redusert til en stadig tilbakevendende blåknute. Faglige vurderinger må nå gå hånd i hånd med de individuelle arbeidsplanene.

-- Som eksempel kan jeg nevne mer dagbehandling og nedbemanning på ettermiddager. Dette er et ønske fra de ansatte, samtidig som det er en faglig vurdering opp mot pasientene. På denne måten starter vi en viktig ansvarsprosess før pasientene skrives ut. Dette gjør igjen at vi tør å skrive ut pasientene tidligere enn før, forteller Båtnes. Post 2 er det eneste stedet i fylket som har bevegelig arbeidstid i storskala. Samtidig som Båtnes forteller villig vekk både til Tromsø og Ørsta, er han nå med i et KS-nettverk hvor folk kan henvende seg om denne nye arbeidsordningen. Interessen er like stor fra nær som fra fjern. -- Responsen fra sykehuset for øvrig har vært stor. De synes det er kjempeinteressant, samtidig som vi vet at de er organisert på en annen måte enn oss. De må eventuelt tilpasse ordningen i forhold til deres type drift, sier Båtnes.

### Moderne sykehusbygg - bak fasaden.



Nybygget ved Sykehuset Levanger fremstår som en moderne bygning hvor arkitekt og byggherre har våget å tenke utradisjonelt. Lyse, store rom, fantastisk flott kunst og en atmosfære som minner lite om sykehuskorridorer. - Sløsing med plass, sier noen om de store ventarealene med utypisk sykehusatmosfære. - Hvilke muligheter, tenker vi og konstruerer bilder av fremtidig korsang og teaterforestillinger i de romslige lokalene som ble tatt i bruk i mars. Når du går opp trappen til 1. etasje møtes du av en luftig ventesone med en moderne sofa og et kunstverk på veggen som er åtte

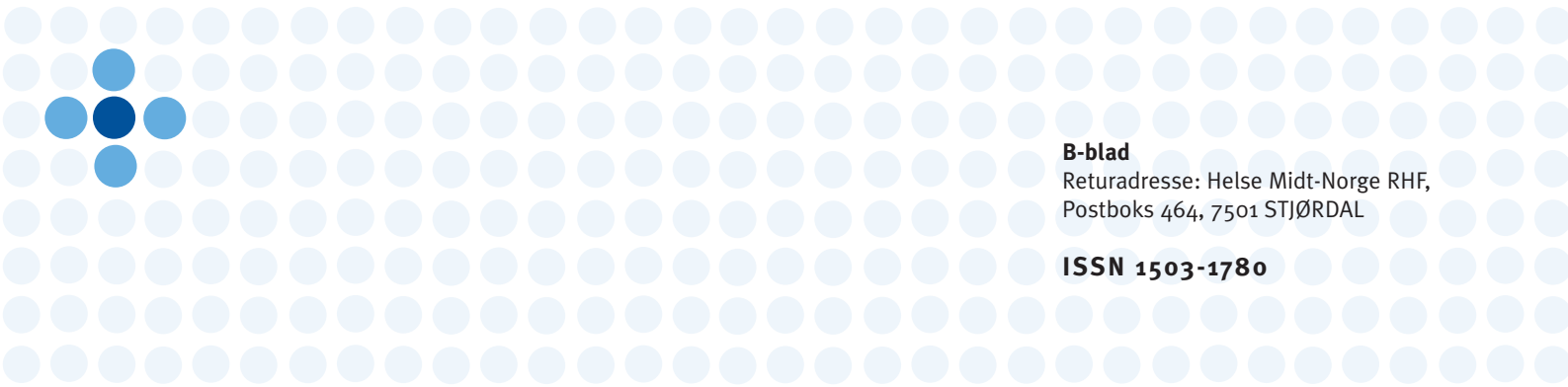
meter langt. Teppet er laget av kunstneren Kari Hjertholm fra Bergen og heter "mellom linjene". Det er bare ett av mange flotte utsmykningsverk i bygget.

### Kreftomsorg i Ålesund



Torsdag 30. mai. tok styreleiar Jacob Kjode jr. det første spadetaket til det som skal bli det nye Kreftbygget ved Ålesund sjukehus. I løpet av 1. år vil bygget vere ferdigstilt. Kreftbygget vil innehalde ein sengepost, poliklinikk og strålebehandlingsareal. Kjode presiserte at dette er positivt for både pasientar og pårørande. Pasientane får no eit tilbod nærmare heimstaden og slepp å reise heilt til Trondheim for å få behandling. Det blir også enklare for pårørande å vere med som reisefølge. Vidare framheva styreleiaren at fagleg sett er dette viktig for Helse Sunnmøre då vi får ei rekruttering som vi elles ikkje ville fått. Kreftbygget skal ha ei sengeavdeling i andre etasje med 24 senger. Pasientane får ein rom, og her vil ikkje vere korridorpatientar. Avdelinga skal og ha ein seksjon for lindrande behandling for langt framtredande kreftpasientar. Kreftbygget ligger nydeleg til med utsikt over sjøen og det skal opparbeidast eit fint grønt areal utanfor. I første etasje skal der byggast to strålebunkersar, og kanskje blir det plass til ein til. Ved sidan av stråleterapien vil der kome ein stor poliklinikk. Poliklinikken og sengeavdelinga skal vere ferdig i januar 2004, og stråleterapien vil seinast vere operativ i mars/april 2004.





**B-blad**

Returadresse: Helse Midt-Norge RHF,  
Postboks 464, 7501 STJØRDAL

**ISSN 1503-1780**

**www.helse-midt.no**