

Strukturell stemoderlighet i psykisk helsearbeid – og forslag til botemidler mot den

av Leif Jonny Mandelid



Strukturelle problemer i psykisk helsearbeid

Jeg anser vanskene som belyses nedenfor som strukturelle fordi de er gjennomgripende negative konsekvenser både av måten psykisk helsearbeid organiseres på og menneskesynet som vokser frem av tenkningen rundt mennesker med alvorlige lidelser i spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenester. Det dreier seg om et system basert på kortsiktige hensyn til økonomiske besparelser og maksimal inntjening kombinert med ideer om at terapi kan utføres etter et samlebandsprinsipp og stykkprisberegninger. Det vil si en grunn og mekanistisk forståelse av terapi og omsorg på bekostning av dypere og mer langvarige menneskelige behov for trygghet og tilhørighet i varige relasjoner. Mange mennesker med alvorlige psykiske lidelser kan trenge oppfølging i form av en funksjonell relasjonell protese over år uten at dette tilbys dem. Hvis tilsvarende stemoderlighet ble tilbudt mennesker med alvorlig somatisk svikt, la oss si behov for dialyse på ubestemt tid grunnet nyresvikt, ville

det blitt en offentlig skandale over natten. Det ville også skjedd dersom en pasient fikk tilpasset en funksjonell protese på en orgopedisk avdeling, bare for å få den inndratt igjen ved utskriving.

Problemet New public management (NPM)

Med NPM ble helsevesenet som sentral samfunnsoppgave flyttet fra en mer helhetlig samfunnsøkonomisk til en snevert bedriftsøkonomisk plattform, hvor målstyring ovenfra og ned i kombinasjon med kortsiktige krav til økonomisk lønnsomhet ble mer styrende. Sterkere målstyring ovenfra og ned og tydeligere krav om evidensbasert behandling ble imidlertid ikke fulgt opp av økonomiske midler til implementering av kravene. Ironisk nok ble evidens som motsier kravet om lønnsomhet ikke tatt til følge. Samtidig førte en stykkprisfinansiering, som favoriserer kortvarig utredning og diagnostikk på bekostning av langvarig behandling, til krav om rask gjennomstrømming av de mest lønnsomme pasientene.

Konsekvensen ble behandlere presset av tid og vedvarende opplevelse av tilkortkommenhet med hensyn til egne faglige standarder. Man skulle dokumentere og mene stadig mer om pasienter man fikk stadig mindre tid til å bli kjent med. Dette ubehaget kan dessverre dempes ved at man underkaster seg systemets tenking og språkbruk for å unngå en slitsom indre konflikt eller angst for å miste karrieremuligheter gjennom å uttrykke dissens. Det innebærer økt risiko for at den tradisjonelt moralsk uanstøtelige lojaliteten fra terapeut til pasient erstattes av økende lojalitet til administrativ og økonomisk ledelse. En farlig aspekt ved en slik prosess er at den viktige forskjellen mellom uenighet og illojalitet utviskes, slik at vi nærmer oss et autoritært regime hvor all belastning trykkes nedover til siste ledd, relasjonen mellom terapeuten og pasienten, eller brukeren. En annen svært uheldig konsekvens av NPM er at personer med de alvorligste psykiske lidelsene og størst behov for langvarig oppfølging kun får kortvarig hjelp til stabilisering på høyt faglig nivå i spesialisthelsetjenesten, for raskest mulig å tilbakeføres til lavere faglig nivå i en tynt bemannet kommunehelsetjeneste. I verste fall er det ufaglærte støttekontakter uten tilstrekkelig ryggdekning i faglig veiledning som står for oppfølgingen. Resultatet er en type svingdørpsykiatri som en i utgangspunktet ønsket å komme bort fra. Pasienter legges inn

for kortsiktig stabilisering og skrives ut til utilstrekkelig oppfølging og følgelig lavere terskel for nye kriser og innleggelseser.

Endret begrepsapparat og språkbruk fører til tingliggjøring av mennesket

Økonomenes og dataingeniørenes språk erstatter i økende grad filosofenes og humanistenes språk i forståelsen av psykiske lidelser og behandlingen av dem. Begreper som produksjon, fastlagte prosedyrer, rutinemessig kvalitetskontroll og manualisering av behandling gir allusjoner til et samlebåndsprinsipp hvor generiske prosedyrer rettet mot det generelle ved mennesket får fokus, på bekostning av det individuelle og enestående. Begreper som pakkeforløp blir en muligens utilsiktet styrking av en slik forståelse. Dette fører ofte til at pasienter verken føler seg sett eller hørt i sine innenfraperspektiver og personlige fortellinger, i sine behov som singulære eksistenser. De som evner å formulere seg rapporterer ofte at de kan oppleve seg som pakkepost, eller at de har kommet til et bord ingen kelner vil betjene etter at hovmesteren har anvist dem plass. Konsekvensen kan bli reaktivering av relasjonelle traumer, mistillit og fravær av fortrolighet. Dette er viktige forutsetninger for opplevelsen av respekt og empati. Grunnlaget for å få etablert

en virksom relasjon som både helende i seg selv og et medium for terapeutiske teknikker faller bort. I stedet for å se dette som et relasjonelt ansvar, tillegges i verste fall pasient eller bruker hele ansvaret for at behandlingen ikke kom i gang eller ble avbrutt. Vedkommende defineres som en som ikke evner å nyttiggjøre seg tilbudet, og det blir plass for nestemann i køen. En klok psykiater illustrerte problemet med at samlebåndproduksjon fungerer når man bygger nye biler ingen har kjørt, men ikke når man får en bil inn på verksted etter at den har blitt krasjet.

Objektiviserende dreining i menneskesynet

Organiseringen av psykisk helsearbeid har lenge foregått i en tidsalder og vitenskapelig kultur preget av stadig mer ensidig tillit til målbare størrelser og en logikkbasert kognitivism hos det rasjonelle menneske. Disse er begrenset til områder av menneskets bevissthet som favoriserer verbalt språk, fornuft, logikk og observasjon av atferd. Dermed knyttes en overdrevet troverdighet og legitimitet til det som kan beregnes i en tallverdi, fastslås som logiske årsaks-virkningssammenhenger og nedfelles i digitale registreringssystemer. Altså faktorer som lar seg tilpasse dataprogrammer og overdreven tro på at utvikling av disse vil kunne løse utfordringer

knyttet til mellommenneskelig kontakt og kommunikasjon. Haken ved dette er bare at vesentlige aspekter ved menneskelig eksistens ofte utspiller seg i umålbare størrelser knyttet til affekter og andre førspråklige former for relasjon og kommunikasjon. Subjektets førstepersonsperspektiv og følelser som aktiveres relasjonelt i møtet mellom mennesker overses eller regnes som upålitelige kilder til forståelse og behandling. Forståelsen av mennesket og dermed pasienten får en overtung vektlegging av mennesket som et rasjonelt apparat på bekostning av mennesket som et intuitivt og følende vesen. Administratorer og terapeuter drives på denne måten bort fra en deltakende og over mot en observerende, tellende og pedagogisk holdning til pasienter og brukere. Dette rasjonaliseres så som kvalitetssikring, men det er grunn til å anta at det er ulike oppfatninger av hva som oppleves som god kvalitet på henholdsvis system – og pasientsiden. Alarmerende ofte hører behandlere krav om å levere mer data og tall til et bokholderi, samtidig som pasienter rapporterer at de verken føler seg sett eller hørt.

Forståelsen av psykisk lidelse sultefores

En frustrert psykiater ga uttrykk for at diagnostiseringen av alvorlige psykiske lidelser nå er blitt

«sciddifisert», oppkalt etter et utbredt diagnostisk intervju: SCID. Med det mente han at forståelsen vår av kompliserte kliniske fenomener er krysset til ulike typer spørreskjema rettet mot regi-strering av det vi oppfatter som ytre kjennetegn eller symptomer på ulike psykiske lidelser. Den åpenbare fordelen er at de er raske å gjennomføre. De ender dessuten ofte i forførende, men ikke nødvendigvis veiledende tallverdier. Det passer en travel akuttklinikk. En like åpenbar ulempe er at det er svært usikkert hva man mener seg å måle med slike instrumenter. Det er en gammel visdom i psykiatrien som sier at inngående kjennskap til individets livshistorie, selvpoppfatning og måte å relatere seg til andre også er nødvendig for å kunne danne seg et noenlunde riktig bilde av hva som forårsaker, utløser, opprettholder eller mildner en psykisk lidelse. Likeledes hvordan individet fortolker seg selv, andre og verden. Et slikt grunnlag for forståelse og behandling kan kun oppnås gjennom en tillitsbasert og fortrolig dialog over tid, i kombinasjon med filosofiske betraktninger rundt menneskets eksistensielle vilkår. Uten en godt fundert forståelse oppstår risiko for at behandlingen overlates for mye til tilfeldigheter under dekke av at man har fastsatt en diagnose på tilstrekkelig grunnlag. Men det krever mer og ofte mye tid til å finne et best mulig grunnlag for behandling, en tidsbruk som står i motsetning til kravet til økt

volum i produksjonen og hurtig gjennomstrømming i klinikken.

Vi står etter mitt syn overfor en utilstrekkelig forståelse av psykiske lidelser hos mange administratorer og behandlere. Det gjelder særlig de alvorligste formbildene preget av grunnleggende forstyrrelser i personens selvorganisering og første-personsperspektiv, det vi tradisjonelt har betegnet som schizofreniene. Det er også aktuelt i forståelsen av tilknytningsbaserte sammenhenger mellom alvorlig psykopatologi og evnen til affektregulering, symboldannelse, tenkning og common sense. Før en kan regne med å ha en relasjon som kan være grunnlag for en terapeutisk allianse må en ofte først etablere en relasjon som sådan og konsolidere den på et støttende nivå. Det tar tid og må utvikles i varige relasjoner som muliggjør tilknytning og romming av utålelig affekt. Før en kan gå inn på behandling av symptomer forstått som vansker knyttet til tenkningens semantiske eller logiske innhold må en ofte starte med å bygge opp selve eierforholdet til tankene og deres nivå av intersubjektivitet. Det innebærer at plass for forståelse av selvforstyrrelser, nevrovitenskap, tilknytningsteori og metakognisjon bør legges til grunn for diagnostikk i langt større grad enn tilfellet er i dag.

For overfladisk definering av behandling

Behandlingstilbudet synes å gravitere i retning innsnevring til tidlig intervensjon og pakkeforløp. Her er ingrediensene rask tilgang til hjelp, grundig utredning, diagnostisering og stabilisering ved kriser. Dette er velkomne og viktige elementer i seg selv, men de blir utilstrekkelige for personer som trenger langvarig avhengighet av andre for å kunne gjennomløpe en optimal bedringsprosess eller vedvarende støtte i et livsløp: oppfølgingsbiten svikter. Den svikter ikke minst i førstelinjen hvor kommunens relasjonsarbeidere ikke tilbys nok opplæring i sin rolle som relasjonelle partnere for brukerne de har ansvar for å følge opp. De får heller ikke nok tid til hver bruker slik at stabiliserende, regulerende og strukturerende mikrohendelser i møter over lang tid får terapeutisk eller helende effekt. Personalet tilbys heller ikke tilstrekkelig ryggdekning og veiledning som en vedvarende rutine. Det vil være nødvendig for å kunne holde ut i en funksjon som containere for følelser brukerne ikke klarer å håndtere selv.

Alvorlige psykiske lidelser innebærer ofte tilknytningsforstyrrelser som kun kan heles i langvarige og trygge relasjoner. Alternativet er at de stadig repeteres overfor skiftende andre

som ikke forstår hva deres relasjonelle rolle innebærer. De lange og trygge relasjonene er avgjørende for relasjonelle traumer kan heles og ikke repeteres. På toppen av dette kommer en overvurdering av effekten av kortvarige språkbaserte kognitive intervensjoner som ikke tar høyde for førverbale kommunikasjonsformer forut for og som grunnlag for verbalisert samtale og kognitive teknikker. Forståelsen av hvor nødvendig det er å oppdage egen subjektivitet og evne til å forstå et strukturert språk som en felles realitet, legges ikke til grunn for behandlingen. Affektregulering i relasjoner som forutsetning for tilgang til språkhjernen, og bruk av personlig erfaring som grunnlag for valg med hensyn til fremtid legges heller ikke i stor nok grad inn i forståelsen av behandling. Etablering av evnen til å tenke må gå forut for en gjennomgang av tenkningens semantiske og logiske innhold. Alt for ofte tas det for gitt i retningslinjene for behandling at disse forutsetningene allerede er på plass. Dermed prøver man å bygge hus på sand etter å ha oversett grunnforhold og grunnarbeid. Konsekvensen blir et skinn av behandling som medfører tap av verdifull tid og nye nederlag for både brukere og behandlere.

Helsevesenet etterlyser evidensbasert behandling, men implementerer den ikke, selv når slik behandling er dokumentert virksom. Det foreligger en strukturell motstand mot å tilby

virksomme utenomverbale terapier som musikkterapi og kunstterapi. Det budsjetteres ikke for nok terapeuter innen disse retningene. Selv tilbudet av kognitiv terapi er underdimensjonert. Kognitiv terapi er en veletablert og virksom terapi som krever både kompetente terapeuter og tid for å kunne implementeres. I England regnet man ut at myndighetene måtte vise vilje til å utdanne og ansette tre ganger det eksisterende antallet kognitive terapeuter i NMHS for å bli i stand til å implementere det myndighetene anbefaler i sine retningslinjer for behandling av psykoselidelser. Rammene for ideelle terapiforløp foreligger i dag ikke i helsevesenet, men i forskningsmiljøer knyttet til utdanningsinstitusjoner som har tilstrekkelig midler til å behandle selekterte pasientkohorter over tid. I noen tilfeller er det også mulig hos privatpraktiserende terapeuter som inntil videre, er noe skjermet fra produksjonskravene i klinikkene. Selv dette står trolig for fall slik utviklingen dreier i dag. Terapeuter i klinikkene kan heller ikke selektere sin pasientgruppe på samme måte som forskerne. De må forholde seg til de pasientene de til enhver tid møter i klinikken. Deres behov for å kunne individualisere behandlingen på måter som ikke nødvendigvis er i tråd med standardiserte retningslinjer avledet fra gruppedata er følgelig også større. De kan ikke praktisere noen one size fits all uten at det blir en prokrusteseng, en tvang for å få tilbudet til å

passe inn i eget system. De er avhengige av å treffe den enkelte i sin singularitet for å kunne oppnå en nødvendig allianse og bidra til bedring.

Fascinasjonen over online «barbaraterapi»

De siste tjue årene har det vært en økende fascinasjon for såkalt e-helse og tilbud av for eksempel terapi og kursing online. Ikke minst tidsavgrensede programmer av mer pedagogisk karakter. Dette åpner for lett tilgjengelige terapitilbud til større grupper brukere, for eksempel ungdom som har fått sosiale media inn med morsmelken. Fordelene med dette er lett og hurtig tilgang til kunnskap om psykiske lidelser, informasjon om hvor hjelp finnes, tilgang til støttende sosiale nettverk og veivisning til profesjonell hjelp. Men det hefter en rekke åpenbare problemer til e-helsehjelp som bør tas mer på alvor. Sikring av tilstrekkelig personvern er ett av disse. Likeledes at onlineordninger som er basert på standardiserte dataprogrammer er økonomisk forlokkende for både programutviklere og administratorer av et helsevesen som ser lønnsom drift i store volum. Det skjer på bekostning av ivaretagelsen av den enkelte bruker eller pasient.

Når møtet med et levende menneske i terapeuten byttes ut mot en dataterminal går bunnen ut av

umiddelbarheten i møtet. Kontakten blir mediert på en måte som filtrerer vekk viktige organiske aspekter i en helende og vekstfremmende relasjon menneske til menneske. Kvaliteter ved kroppsspråk, blikk, mimikk, tonefall og «kjemien» i møtet uteblir og møtet blir lett «brainy», teknisk, kognitivt og kjølig. Den umiddelbare tilstedeværelsen som mange pasienter hevder er avgjørende for at de skal føle seg sett og ivaretatt uteblir. Forskning viser med noen unntak at brukere foretrekker et umediert møte med et levende menneske, dernest et mediert møte med en personlig terapeut online og til sist tilbakemelding fra et rent dataprogram. I den første betingelsen skjer det et umiddelbart møte mellom subjekter, dernest et mediert møte med et annet subjekt og i det siste et møte med et objekt. Altså fra en intersubjektiv relasjon via en halvspeiling i et annet subjekt til en tingliggjort relasjon til et utenommenneskelig objekt, dataprogrammet. Det leder hen mot frustrasjonen av det emosjonelle behovet for menneskelig varme i relasjon til en oppblåsbar dukke eller sjømannsbrud. Det som skulle vært et møte menneske til menneske forfaller til masturbatorisk bruk av et objekt fullstendig kontrollert av subjektets begjær.

Eksproprieringen av brukernes språk og undergraving av dialog

Brukernes stemmer og erfaringer fra levd liv og tilfriskning i dialog med fagfolk innen psykisk helsearbeid har blitt tillagt stadig større vekt som grunnlag for forståelse og behandling av psykiske lidelser de siste tretti årene. Dialog med den enkelte bruker og pårørende har vist seg som en fruktbar motvekt til ekspertvelde og paternalisering. Vi ser det i vektlegging av brukernes egne erfaringer i delte beslutningsprosesser og samvalg. Det er en positiv utvikling og ses også som stadig flere erfaringskonsulenter og medarbeidere med brukererfaring innen psykisk helsearbeid. Samtidig har en sett en type akselererende akademisering av brukerfa-ringene hvor brukerne i økende grad er blitt premissleverandører for forskere, politikere og helseforetak uten å få tilsvarende direkte innflytelse på prosessen, verken som lønnede medforskere eller behandlere i klinikken. De gamle maktstrukturene synes dels åpent avvisende til større brukermedvirkning, eller flagger symbolsk med ord og begreper hentet fra brukerstemmene fordi det er politisk korrekt i tiden. Tradisjonelle helseprofesjoner vil ikke gi fra seg stillinger og det bevilges ikke økte midler til brukermedvirkning over ordinære budsjetter når midlene til forsknings-prosjekter tar slutt. I

den grad akademia og helsevesen kommer seg ifra det uten å gi fra seg makt, representerer dette en repressiv ekspropriasjon av brukernes språk som omdanner forsøk på dialog og sammakt til en ny type diktat fra fagfolk, innpakket i en politisk korrekt diskurs. Det er snart ingen omtale av psykisk helsearbeid som ikke inneholder ord som brukermedvirkning, recovery, delte beslutningsprosesser og etisk refleksjon. Noe av dette gjenspeiler realiteter, men fremdeles dreier det seg om det Nietzsche så treffende kalte «fromme talemåter og en vidløftig praksis».

Mangelen på varige og helende relasjoner

Vi har i dag andrelinjeklinikker og kommunale tilbud som ikke bare umuliggjør, men synes å direkte hindre utvikling av avhengighetsrelasjoner mellom hjelpere og hjelpsøkende. Det likner en nærmest fobisk holdning til noe alle mennesker trenger i større eller mindre grad for å utvikle seg, klare seg gjennom kriser og sykdom, eller oppleve en rimelig livskvalitet. Altså gjensidig vekstfremmende mulighet over tid for å både ta og gi i forholdet til andre. Pasienter og brukere tilbys som sagt rask tilgang på hjelp, utredning, diagnostisering og stabilisering ved kriser, men tilbys ikke i tilstrekkelig grad langvarige og helende relasjoner. Terapi ved alvorlige psykiske lidelser ses ikke nok i

lys av behov for personlig og sosial utvikling over tid, gjerne et løp som omfatter forsøk på umulig selvtilstrekkelighet via umoden til moden avhengighet. Det vil si evne til å klare seg selv dersom mulig, men også evnen til å støtte seg på andre dersom det trengs.

Et desentralisert psykisk helsevern tilbyr bofelleskap med et minimum av bemanning eller egne boliger til brukere, men geografisk utplassering i en bopelsadresse kan like gjerne bety utenforskap som medborgerskap og inklusjon. Nedstemthet som følge av ensomhet og realitetsbrist forsterket av manglende intersubjektiv konsensus gjennom dialog med andre kan både utløse og opprettholde psykisk lidelse. Sosial inklusjon, fortrolighet og vilje til å være nyttig for brukeren på mange måter som den profesjonelle hjelperen ikke uten videre definerer som sin oppgave, kan være nødvendig for å etablere kontakt. Likeledes åpenhet nok til å gjøre innrømmelser når det gjelder andre virkelighetsoppfatninger enn den som i utgangspunktet springer ut fra hjelpernes større fortelling og definisjonsmakt. Det kan være mye verdifullt å lære for begge parter med et slikt utgangspunkt, ikke minst steg i retning av en mer felles forståelse.

Forslag til en forbedret psykososial resept

De mellommenneskelige relasjonene i psykisk helsearbeid bør virke mer nærende enn de ofte gjør i dag for å ha større lindrende og helende kraft. Likeledes for å unngå repetisjon av relasjonelle traumer. Dermed kan møtet med hjelperne innebære en vekstfremmende og helende emosjonell erfaring både for brukerne og for deres støttespillere. Noen av ingrediensene som trengs for å bøte på noen av manglene som er belyst ovenfor kan oppsummeres slik:

- 1) Det er ikke tilstrekkelig med rask utredning, diagnostikk og stabilisering ved kriser. Brukeren bør også tilbys mulighet til å stå i forutsigbare og langvarige relasjoner til hjelpere som har nok tid til dem og høy grad av bevissthet om sin rolle og funksjon. Brukerne trenger å møte levende og respektfulle mennesker over tid og ikke avspises med kortest mulige møter og surrogater for menneskelige møter i form av tekniske substitutter.
- 2) Hjelperne må få nok opplæring og veiledning på rutinemessig basis til å forstå, og evne til å romme, vanskelige følelser som aktiveres i møtet med brukerne.
- 3) Jo alvorligere psykisk lidelse, jo viktigere blir tidlig nedtoning av språkbaserte og kognitive former for intervensjoner. I stedet bør det satses mer på utenomspråklige og førspråklige former for affektregulering og kommunikasjon. Eksempelvis sørge for at selve klimaet eller atmosfæren i miljøet er vennlig, trygt og lite invaderende. Deretter gå videre via for eksempel musikkterapi, kunstterapi eller bevegelsesterapi. Dette for å danne grunnlaget for tenkning og samtaleterapi senere, dersom det er mulig.
- 4) En tommelfingerregel med hensyn til rekkefølgen på intervensjonenes synes å være trygghet og stabilisering, deretter konsolidering av selvopplevelse og til sist utadrettet sosial deltakelse. Med hensyn til metoder og teknikk synes den riktige rekkefølgen ofte å være affektregulering, førspråklige terapier, metakognisjon, mentalisering, kognitiv eller psykodynamisk informert terapi og psykoedukasjon. Men det finnes ulike forutsetninger og behov hos brukerne, slik at terapien alltid bør tilpasses den enkelte.
- 5) Brukerne må ikke bare tilbys en rolle som syk pasient i en klinikk

eller et bofelleskap. For at heling skal kunne finne sted trenger brukeren å bli speilet i et bredest mulig rolletilfang. Eksempelvis som hel, respektabel medborger, familiemedlem, nabo, kollega, kunde på butikken og passasjer på bussen. Som en som bidrar med noe av verdi for andre. Listen av mulige roller er endeløs og tjener til å motvirke sykliggjøring som følge av innestenging i en ensidig pasientrolle. Rollen som pasient bør heller ikke overses eller bagatelliseres, men føyes inn i rekken av øvrige roller.

- 6) Gjensidig læring bør synliggjøres i relasjonen ved at hjelperen gjør innrømmelser overfor brukeren og gir kreditt for det vedkommende lærer av brukeren. Slik blir også hjelperen en modell for både å ta og gi i relasjonen. Hjelperen bør også være personlig uten å bli privat, gjennom å vedstå seg sin menneskelige sårbarhet og sine begrensninger.
- 7) En forståelse og aksept av at det som kalles den sosiale virkeligheten ikke er noe statisk, men en plastisk konstruksjon av større og mindre fortellinger som gjennom åpen dialog kan bli mer forenlige med hverandre i retning av en felles forståelse eller virkelighet, altså common sense.

Generelt vil jeg påstå at bunnen går ut av psykisk helsearbeid dersom brukerne ikke kan føle seg velkommen og respektert hos hjelperne, eller dersom de føler at hjelperne ikke har nok tid til dem til å utvikle relasjoner med en viss menneskelig dybde. Slike relasjoner vil ha et bedre helende potensial gjennom levd erfaring over tid. Psykisk helsearbeid er primært et etisk prosjekt, dernest et relasjonelt og til sist et teknisk prosjekt.

Leif Jonny Mandelid
Spesialist i klinisk psykologi
Undervisningsleder SEPREP UPP
leif.jonny.mandelid@seprep.no

