

Med tro på sommer

Helen Brandstorp

■ INTERVJUET AV ANNE GRETHE OLSEN OG DAG-HELGE RØNNEVIK

Når Helen Brandstorp brenner for en sak, ja så gløder hun. Øverst på hennes agenda står de marginaliserte utkantstrøkene, helsetjenester i distriktene og – ikke minst – den prehospitale akuttmedisinen. Som leder for Nasjonalt senter for distriktsmedisin har hun markert seg som en forkjemper for å bedre den akuttmedisinske kompetanse og organisering av helsetjenestene i perifere strøk. Og helt i tråd med sommerfugleffekten ser hennes engasjement ut til å gi resultater.



Kolleger av Brandstorp kan attestere på at hun er sterkt argumenterende for sine hjertesaker: «Hun gir seg ikke før alle innvendinger er nedkjempet med spissfindig demagogi og intens gestikulering, og hun er en fest å diskutere med», sier en av dem som *Utposten* har snakket med. Hun blir kalt en 'fighter' som likevel er lydhør overfor andre, en som viser respekt for sine meningsmotstandere.

Hva er det som driver henne og hvorfor velger hun sine kamper slik hun gjør? For å finne mer ut om dette, oppsøker vi allmennlegen og forskeren på sin hjemmebane i Tromsø – hvor hun siden 2008 har vært ansatt ved Nasjonalt senter for distriktsmedisin (NSDM), de siste årene som leder. Vi treffer henne en mandag ettermiddag på Skirri på Kystens hus i ishavsbyen, en restaurant som ikke helt ulikt Brandstorp har fokus på lokale råvarer i et nordlig perspektiv.

Det som er litt annerledes

– Jeg har alltid vært over snittet engasjert, smiler Brandstorp: – Jeg var den ivrige som rakk opp hånda. Litt dominerende, vil nok noen si, men jeg skylder på at jeg er tvilling: Kanskje vi fordelte noen egenskaper? Jeg

har alltid vært nysgjerrig og gravd i saker for å få peiling; var ivrig bruker av leksikon og oppslagsbøker som barn, på nettet som voksen, og leder nå et kompetansesenter. Så det er både en heldig og uheldig 'greie', men sånn er det! Og det er noe jeg prøver å være bevisst på – at jeg jobber med teamarbeid er nok ikke helt tilfeldig.

Intervjuobjektet fremholder at hun hele tiden har vært en som velger litt annerledes. Hun valgte Nord-Norge når ingen venninner gjorde det. Fordypet seg i kristendom og kirkeliv mens ingen andre gjorde det: – Jeg tiltrekkes av det som er litt annerledes, blir nysgjerrig av det. Distriktsmedisin er et eksempel. Det at jeg blir så engasjert og nysgjerrig at jeg kan glemme folk og posisjoner har gjort at jeg har møtt en del motgang, havnet i noen konflikter og iblant blitt upopulær. Som en kollega sa til meg: «Ja, du er jo kontroversiell». Men jeg vil heller ha et liv som kontroversiell og kjempe for det jeg tror er viktig for samfunnet!

Dyktige læremestere

UTPOSTEN: **Det kan høres ut som om du har en del uvenner, men vårt inntrykk er tvert imot at du er ganske populær?**

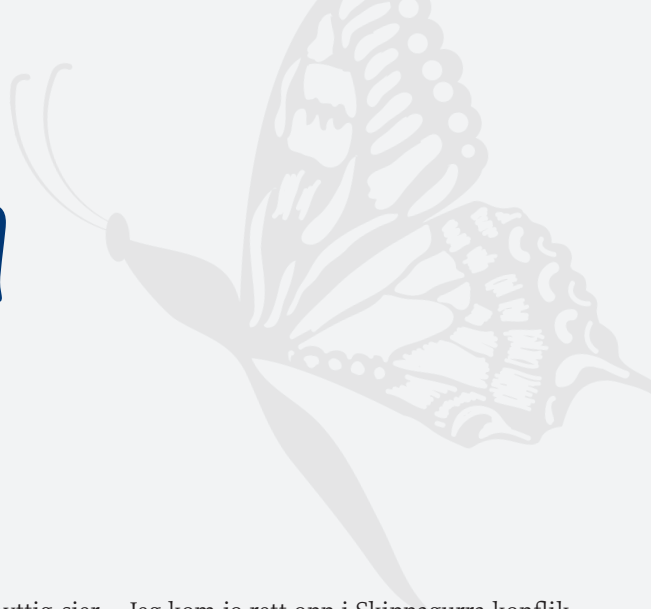
– Vet ikke, men det som har vært fint er

at jeg har hatt gode læremestere gjennom hele livet. Jeg husker spesielt godt da jeg som ung lege kom til Tana: Der var det tre trygge voksne damer, det kunne ikke blitt bedre. De var så gode til å veilede på en forsiktig måte, og jeg fikk tre ulike rollemødder. De var kommunelege I og II, erfarne fastleger og hadde samfunnsmedisinske oppgaver. Vi hadde morgenmøte hver dag, faste møter med de andre profesjonene, samt internundervisning og lengre møter hver torsdag. Selv om det var mye jobb med legevakt, *Utposten* (RED. ANM.: *Helen har en fortid som Utposten-redaktør*) og fagutvikling, opplevde jeg glede og trygghet i min ferske rolle som lege. «Du kan bli en god lege som den du er», forsikret de meg, selv om jeg var ulik dem. Så de tre damene var helt fantastiske. Wow!

UTPOSTEN: **De tre damene i Tana ga deg dermed en plattform for å utvikle legeidentiteten?**

– Ja, det var rett etter turnus at jeg dro til Tana. I turnus var jeg i Odda på sykehus og i Dovre og Lesja i distrikt. Jeg hadde aldri vært nord for Trondheim før, jeg hadde egentlig ingen interesse for eller drøm om Finnmark, overhodet ikke. Heller ikke for å være fastlege. Det handlet mer om å finne

fugleffekten



ut av eget liv, å reise et godt stykke hjemmefra – som en plattform for å kunne fortsette ut i verden. Drømmen den gang var å reise til Afrika, sier Helen Brandstorp.

UTPOSTEN: Hva har årene i Finnmark gjort med deg?

– De har gitt meg en sterk erfaring av å være en ressursperson i et lokalsamfunn, hvor viktig det kan være, og hvordan det går to veier. Hvordan man på en måte er en offisiell person som blir sett – en hjelp til å jobbe med seg selv, å utvikle seg. Og samtidig; som lege å få lov å hjelpe folk. Begge deler er et privilegium, å bli sett og formet

og samtidig vite at man gjør noe nyttig, sier hun.

Hun peker på at man i Finnmark har et godt og ivaretakende legekolegium som to ganger i året, til jul og til påske, er på kurs sammen. De har en tradisjon for å ta vare på hverandre, noe hun mener er både viktig og interessant i disse tider med mye snakk om frykttkultur og konfliktstoff, som man hører om fra sykehusene: – Finnmarkserfaringen min er konfliktfri. Selv om det er mange ulike og sterke meninger, så er det en respekt for kollegiet som fellesskap. Akkurat som Tana kommune har respekt for at vi skal finne ut av det sammen.

Jeg kom jo rett opp i Skippagurra-konflikten, og Finnmarksloven med land og vann, samisk/ikke-samisk, massedemonstrasjoner og mye styr. Men en måte å håndtere uenighet på, som jeg har blitt begeistret for, er bruken av humor og sosiale ferdigheter, som jeg ikke er vant med fra min oppvekst på Jeløya i Moss. Der var det større forhold, ved uenigheter kunne man bare gå, holde seg unna hverandre. Man blir mer tvunget til å finne ut av det sammen i små samfunn. Min mann Aino, som er samisk, har lært meg det, at urbefolkninger bruker masse humor for å ordne opp i konflikter og løse opp spenninger. Aino har

*Nord-norsk
sommerfugl?*



også sagt at det å si nei, det er for hardt. Jeg er ikke noe god på dette, men det er fantastisk å ha fått sett det, og fått smake litt på det.

Gjøre en forskjell

Brandstorp forteller oss om sommerfuglefekten – det at en sommerfugls vingeslag på den ene siden av jordkloden kan skape en orkan på den andre. At små endringer i forholdene ved et visst tidspunkt kan forplante seg og gi store virkninger senere. Eller med andre ord; at det nytter å engasjere seg.

UTPOSTEN: Hva gjør at noe virkelig skal engasjere deg?

– At jeg kan gjøre en forskjell! Jeg er opp tatt av at vi som enkeltmennesker kan gjøre en forskjell. Helst i lag med andre. Men det er viktig å ha tillit til både seg selv og til verdien av samspill med andre.

UTPOSTEN: Noen ganger må man heve stemmen for å bli hørt. Du har vært involvert i noen underskriftsaksjoner i saker du har brent for?

– Ja, den om turnuslegeordningen. Det var vel ikke jeg som startet den, men jeg var veldig engasjert i den saken. Mange leger og studenter, samt distriktskommuner var imot omlegging til ny turnusordning da de fryktet en urettferdig ordning for de unge og en ordning som favoriserte sykehusene. Vi fikk endret myndighetenes opprinnelige planer om å gi alt ansvar til

kommunene og sykehusene, det vil si markedskreftene. De har beholdt ansvar gjennom søknadsordningen. NSDM forsker nå på hvordan det har gått med den nye ordningen, og vi har inntrykk av at det er mye frustrasjon i småkommunene som velges bort. Fastlegeaksjonen var en annen aksjon jeg engasjerte meg i. Det var en reaksjon på forslag til fastlegeforskrift. Vi fikk frem fastlegenes unisone misnøye og skapte et godt forhandlingsrom for Legeforeningen i arbeidet med forskriften.

UTPOSTEN: Var det det samme brennende engasjementet som motiverte deg til å bli leder i NSDM?

– Ja, på en måte. Fastlegeaksjonen, turnuslegeaksjonen, akuttmedisinsk teamtrening – da jeg gikk over i det siste arbeidet tenkte jeg: Om jeg ikke gjør det, så er det ingen andre som gjør det. Jeg hadde allerede min hovedstilling ved NSDM og bodde i Tromsø. Før lederskiftet var jeg på en distriktsmedisinsk konferanse i Canada i 2012. Det var en fantastisk konferanse i Thunder Bay med folk fra hele verden. De hadde tatt i bruk hele byen – skikkelig sånn «let's make a difference»-greie. Alle i byen stilte opp for konferansen, de ville vise fram hva de drev med. Dette var så sterkt, og jeg tenkte: Det er sånn jeg vil jobbe. Jeg får hjertebank av flinke fagfolk – de er mine popstjerner! Da jeg kom hjem søkte jeg nestlederstillingen i NSDM, men det endte med at jeg fikk lederstillingen! Dette med distriktsmedisin var noe jeg ville vie meg til.

Sammensatt team

De siste årene har NSDM fått et bredere sammensatt team, forteller Brandstorp. Legene som jobber der kombinerer klinisk praksis med forskning, samtidig har sentret ansatt helsetjenesteforskere fra andre profesjoner og som er spesialister på sine felt. I større prosjekter som for eksempel *Evaluering av Senjalegen* er man avhengig av tverrfaglig kompetanse for å sikre fremdrift.

– De to helsetjenesteforskerne som er ansatt ved NSDM nå, Birgit Abelsen og Margrete Gaski, er drevne fagfolk som har holdt på sammen i 20 år. De kan flere metoder innen forskning, de er effektive og sikrer en bredere tilnærming til de ulike prosjektene. Satt på spissen, så ville typisk legestyrt evaluering og forskning vært basert kun på spørreskjema. Men de går inn på flere måter. De sender spørreskjema ut til folk, intervjuer rådmenn og helsepersonell og gjør økonomiske beregninger – altså ulike metoder for å evaluere og kombinere kvalitative og kvantitative metoder. Det er fantastisk å få lov å promotere det!

UTPOSTEN: Du klarer å gjøre NSDM tydelig, til tross for at det er et lite senter. Dere har i det siste lagt fram flere forskningsrapporter som har fått mye oppmerksomhet, for eksempel om fastlegeavtalers varighet i relasjon til kommunestørrelse, og dere gjennomførte nylig en markering av fastlegeordningens 15-årsjubileum.

– Da jeg i 2008 ble ansatt ved NSDM i rollen som webredaktør, hadde jeg fordel av





NSDM forsøker å vise vei.

mine tidligere fem år i *Utpostens* redaksjon. Forståelsen av hvor viktig formidling er for å utvikle faget og for å få oppmerksomhet rundt viktig kunnskap, har vokst med den oppgaven. Jeg kaller meg ofte på spøk for 'kommunikasjonsdirektør i NSDM'. Jeg er overbevist om at enhver sak trenger ulike stemmer med ulike perspektiv for å bli godt belyst. NSDM skal være en nasjonal stemme. Sosiale medier er derfor viktige, sammen med kronikker, annen type formidling og dialog. Forskningen må bearbeides, forklares, deles og møte andre perspektiv for å bli nyttig, sier Brandstorp.

Bedre og systematisk traumetrening (BEST)

Helen Brandstorp brenner for kompetanseheving i akuttmedisin. Det var noe hun tok tak i allerede i 1999, lokalt i Tana og med midler fra NSDM. Etterhvert dro hun også rundt i regionen for å holde kurs. Det første akuttmedisinske kurset var i regi av Finnmark legeförening i 2003, i Kirkenes. Under dette kurset var hun med på etablere Kommune-BEST. Så ble det akuttmedisin-

kurs for turnusleger fra 2006. Hun er selv i ferd med å levere inn sitt doktorgradsarbeid basert på dette arbeidet.

– Vi var de første som hadde akuttmedisinkurset for turnusleger desentralisert. En periode reiste jeg rundt med leiebilen full av bagasje, fra Hammerfest til Lakselv, Karasjok og Kirkenes, en uke i mars og en uke i september, og så bar det hjem til Tromsø for å ha kurset der også. Da ble det mye arbeid med kurs og med turnusleger. Nå er jeg kursleder primært i Troms.

UTPOSTEN: Du forsker først og fremst på samhandling i team?

– Jeg ser på teamtrening i akuttmedisin, men jeg ser mer og mer at det handler om teamtrening i spissede situasjoner, som folk gruer seg for – og ergo har høy motivasjon for å lære seg. Det handler om spissede situasjoner hvor man lærer relevant kunnskap som kan brukes i andre roligere settinger – der man må samarbeide. Ved å reflektere med kolleger i trygge omgivelser, lærer man spesielt godt. BEST-modellen er akkurat sånn. En sommer kom jeg over en artikkel som beskriver BEST-modellen;

hvordan kan man best mulig lære via simulering? Elementene var spissede, skumle situasjoner, trygge refleksjoner, og så til slutt en sjanse til, til å gjenta og gjøre det bedre. Det er viktig at man utfordrer forestillingene sine, kolleger i mellom, men også løfter hverandre, på egen arbeidsplass. Teamarbeid, ledelse, læring og pasientmedvirkning er det jeg jobber med.

Ulike teoretiske briller

UTPOSTEN: Kartlegger du, eller sammenlikner du? Hva er metoden din?

– I aksjonsforskning følger man prosesser. Jeg var i Alta for første gang i 2010 og fulgte treningene som deltakende observatør, og ledet debrief'en slik at det ble som en fokusgruppe, der jeg fikk deltakernes tanker der og da. Det har senere blitt analysert av en forskergruppe sammensatt av en anestesilege, en paramedic, av professor i allmennmedisin Anna Luise Kirkengen – en god kvalitativ forsker – og professor Peder Halvorsen – forsker og lokal deltaker. Gruppen har sett på debriefingsmaterialet med ulike teoretiske briller. Vi har sett



Over snittet engasjert.

etter pasientdeltakelse og hvordan det kommer til uttrykk. Midt i analyseprosessen reiste jeg tilbake til frivillige fokusgrupper i Alta for å drøfte funnene: «Dette fant vi, hva synes dere?» Disse samtalen ble så igjen analysert av forskergruppen og resultatene presentert i artikler.

– Deretter så vi på det samme materialet en gang til, med nye briller: ledelsebriller. Ledelse som samspill; vi fant spennende ting, om hvordan ledelse er fordelt uten at folk er klar over det. Det foregår mye basert på realkompetanse og fordeling av oppgaver og styring. Teamlederen er ofte legen, som holder overblikket med sin breddekompetanse og status og evne til å kommunisere. Til slutt har vi sett på læringsprosesser, via læringsteori, hvordan man lærer i sosiale settinger. Og hver gang har jeg dratt tilbake til Alta og satt sammen fokusgrupper som har gitt tilbakemeldinger på funnene våre.

– I akuttmeldingen «Først og fremst», står det om kvalitet og pasientsikkerhet. Men i det kapittelet står det ingen ting om det unike kravet om samtrenning. Det står et annet sted i rapporten. Det er synd, for dette bør sees på sammen. Kunnskapssenteret publiserte nylig at både gode meldesystemer og systematisk trening gir effekt innen akuttmedisinen. Lokal trening bygger pasientsikkerhetskultur. En rapport fra England oppsummerte kvalitetsarbeid i National Health Service, og viste at lokal læring, det å trygge de ansatte, stimulere til å se på egen praksis – det er det som funge-

rer. Bare å få data fra avvikkssystemer har ikke vist seg å ha effekt. Men det er jo en måte å kontrollere på og man bør nok ha begge deler. I England har man satset på kontroll og styring istedenfor oppbyggingen av lokalt personell.

Tett på

UTPOSTEN: Det at man skal aktivisere folk og ikke bare komme og legge ting i hendene på dem, det kan jo gjelde både pasienter og helsepersonell. Har du funnet en god metode?

– Man må være tett på. Det gjelder både pasienter og i veiledningen, for å ikke kjøre over. De gode veilederne jeg har hatt, de har virkelig lyttet mye og vært forsiktige med sine råd og gitt meg mye frihet til å prøve. På akuttmedisinkursene lar vi folk få prøve selv, men vi er der og trygger situasjonen. Vi prøver ikke å overta eller redusere de som skal lære av sin deltagelse. Akkurat som med fastlegene – de er der år etter år, og trygger pasientene. Det er vel derfor de er så populære. Det var min opplevelse også. Det er utrolig hvor viktig det er med tilstedeværelse, og å veilede litt – akkurat passe.

UTPOSTEN: Det handler altså om å planlegge, sette i verk, og å evaluere?

– Ja, men så har det jo blitt mer komplisert enn som så. Jeg fulgte disse teoriene i begynnelsen; Demings sirkel og så videre. Men jeg har også lest kompleksitetsteori og

ledelse i et kompleksitetsteoretisk perspektiv. Det er utrolig spennende. Det er lett for oss i vår tid å forstå sommerfugleeffekten, at et lite initiativ kan få stor effekt, fordi vi har Facebook og Twitter. Ja, jeg er veldig mye på Facebook. Jeg synes det er kjempefascinerende hvordan et stort initiativ eller en kampanje fra Helsedirektoratet kan drukne, mens et lite initiativ som sprer seg i nettverk kan få stor effekt. Det handler om hva folk tar i mot og sprer videre. I den tenkningen er det viktig å være tett på. Det handler om *feedback* og *feedforward*. Fordi vi er i bevegelse, vi har fri vilje. Ting kan ikke forutbestemmes, derfor blir sirkelen til Deming litt for rigid, den er jo bare en tankemodell. I endringsforskning eller endringstenkning er kompleksitetsteori sentralt. Vi vet ikke hva som skjer fordi små initiativ kan gi stor effekt og omvendt. Vi er i bevegelse hele tiden, vi er i prosesser hele tiden. Derfor må vi være tett på, understreker Helen Brandstorp.

Mistet troen på overmennesker

De som følger med i media, sosiale medier og ulike diskusjonsfora, har fått med seg at Brandstorp har en tydelig stemme i den løpende debatten om organiseringen av helsetjenestene. Som leder av NSDM representerer hun en motvekt til alle som roper etter økt sentralisering av sykehusoppgaver og sammenslåing av kommuner. Noen vil kanskje si at hun i mange tilfeller taler makta midt i mot.

UTPOSTEN: Har du en opprører i deg, eller en slags autoritetsforakt?

– Nei, mer en autoritetsfrykt og respekt hjemmefra. Når jeg møter folk i posisjon blir jeg mer forbauset over at de er bare vanlige mennesker som deg og meg. Jøye meg, tenker jeg da: Så mange 'vanlige mennesker' det er overalt – og som lar seg påvirke, lar seg bevege, som kan bli veldig bestemte når de føler seg usikre og truet. Mennesker som oppfører seg menneskelig. Det jeg har mistet troen på er sånne overmennesker. Jeg tror ikke de eksisterer. Selv om du jobber døgnet rundt, kan du bare se ditt, og du er avhengig av innspill fra andre.

– Det var en vekker da jeg for 10–12 år siden, ivrig og på eget initiativ, troppet opp i Helsedirektoratet på vegne av akuttmedisinen: Jeg møtte 'disse byråkratene' som jeg hadde kjemperespekt for, men som jeg da forstod ikke satt der som orakler, men som vanlige folk som lot seg påvirke, akkurat som i et kommunestyre eller i en forskningsinstitusjon. Det er derfor jeg synes

det er så viktig at mange bidrar – at man i alle posisjoner tenker: Involvering er nødvendig, så bredt som mulig.

UTPOSTEN: Hva mener du er aller viktigst for å rekruttere leger til distriktene og til lokalsykehusene.

– Helt klart: Å legge til rette for utdanning lokalt. For fagfolk vil ha gode fagmiljøer. Hvis man opplever at det bare finns på universitetssykehus, så vil man være på universitetssykehus. I Tana opplevde jeg et godt fagmiljø. Da visste jeg at jeg tapte ingenting ved å være der: «Her vokser jeg, her er jeg trygg, her lærer jeg». Da kommer også fagutviklingen på kjøpet, og da kommer trivselen. Det universitetet i Tromsø gjør med å få en mer desentralisert legeutdanning er fornuftig. Sykepleierne har holdt på med dette lenge. Vi er heldige i Norge som har mulighet til å bli spesialister i allmennmedisin og samfunnsmedisin uten å måtte flytte til byen, man kan gjøre det desentralisert. Vi har gode fagmiljøer over alt, muligheten er der.

Legen som leder

UTPOSTEN: Leger som ledere i forbindelse med utvikling av kommunene i distrikterne, er det noe du har tanker rundt?

– Jeg tror absolutt at leger kan være ledere. De har viktige nettverk og den lange akademiske utdannelsen er ansvarliggjørende. Jeg fikk en krise på legestudiet i forhold til den legerollen jeg skulle gå inn i, den var jo 'større enn Gud' omtrent, og dette skulle lille jeg klare. Men vi er fylt av ansvar, det er ikke bare å gå klokka fire hvis pasienten er dårlig – legen blir igjen mens sykepleierne går. Ansvarliggjøringen, den akademiske dannelsen; du får en rolle og et

verktøy og du skjønner hvor lite du kan, så du må jobbe med andre. Jeg tror legene kan være veldig egnet, men de må også bli gode til å lytte. Vi er trent til å ta vel mye ansvar, kanskje fastleger spesielt. Vi må være kjappe og tørre å ta beslutninger på tynt grunnlag. Det er en styrke, men også en utfordring hvis man skal jobbe sammen med flere folk – da kan det gå litt for fort og man kan bli litt autoritær.

UTPOSTEN: Som leder i NSDM, hva er din identitet – er du allmennlege, samfunnsmedisiner, forsker eller leder?

– Identiteten er i endring. Jeg bruker gjerne betegnelsen allmennlege, ettersom jeg ikke er øyelege eller revmatolog eller liknende. Det er over ti år siden jeg jobbet som allmennlege. Så jeg er for eksempel ikke så god på legemidler lenger. Men så blir det mer og mer samfunnsmedisin, jeg blir mer og mer helsetjenesteforsker. Helsetjenesteforsker er nok den identiteten som vokser mest.

Viktig med fastlønnsstillinger

UTPOSTEN: Er det fortsatt sånn at leger som ikke jobber med pasienter lenger skjermes litt av nettopp det? Har du kjent på det?

– Absolutt, men jeg har sluttet med det nå. Nå har jeg akseptert at jeg i dag ville vært en skitdårlig fastlege! Jeg prøver heller å bli god i den jobben jeg har. Jeg synes dessuten den er så tankeløs denne hetsen mot byråkratiet. Jo flere rettigheter vi får som pasienter eller som helsepersonell, jo mer blir det å administrere.

UTPOSTEN: Det er sikkert mange allmennleger som kunne tenke seg å være med å ut-

vikle helsetjenestene, men de er nedsyltet i arbeid. Er NSDM en nøkkel til dette?

– Det er en økende interesse for fastlønn hos de yngre legene, en klar trend. Da stopper lønnsutviklingen opp, vil kanskje den eldre garde si, men det er noe de unge ikke forstår, for de er så godt vant. Men man må jo være villig til å betale godt nok for fastlønnsstillinger. Utdanningsstillinger er noe vi i NSDM tror på. KS kom med nye tall på rekrutteringsutfordringer i fjor, sett fra kommunens side. Det var første gang vi fikk tall på det. Fire av ti kommuner rapporterer problemer med å rekruttere leger, og det gjelder alle typer kommuner, men spesielt de perifere og små. Og så kom vi i NSDM med vår rapport om ulik varighet av fastlegeavtaler, den første i sitt slag. Vi må erkjenne at vi har et rekrutterings- og ikke minst stabiliseringsproblem. Det skjer samtidig som sykehuslegene får faste stillinger og vi har fått omlegginger av turnuslegeordningen som var i favør av sykehusene som plukker kandidatene. Kandidatene kan også velge å bli igjen på sykehusene. Så dette med faste stillinger og ny turnuslegeordning taler for at noe bør begynne å skje. Men dessverre sitter de som har den virkelige makta i Oslo, og der er ikke dette noe problem. Heldigvis virker det som at noen har fått øynene opp. Kari Sollien i Allmennlegeforeningen skrev nylig en god kronikk om dette i *Dagens Medisin*, så det har skjedd noe det siste året.

UTPOSTEN: Hvor i livet vil du si at primærhelsetjenesten befinner seg nå da? I puberteten, 40-årskrisa eller...?

– Kanskje det er en graviditet på gang? Det er noe nytt ja. Det handler om mer og bedre samarbeid!

