



FAG

Sykepleieteori

Siv Venke Gran,
høyskolelektor,
Høgskolen i Buskerud

Sykepleieteori i møte med pasienten

Sykepleiers dilemmaer og valg ved pleie av en døende kreftpasient viser hvordan sykepleieteori danner grunnlag for praksis.

Som sykepleier og høyskolelektor er jeg opptatt av hvordan sykepleierstudentene kan lære seg sykepleiefaget. Jeg mener at skal studentene forstå hva sykepleie er, og hva som er sykepleierens unike bidrag i helsevesenet, må jeg som underviser og veileder bruke klinikken i undervisningen og ta med meg teorien ut i klinikken. Høgskolen i Buskerud har valgt Suzie Kims kunnskapsområder som sykepleiefagets teoretiske overbygning. Disse kunnskapsområdene er naturvitenskap, hermeneutikk, kritisk hermeneutikk og etikk/estetikk. Dette danner grunnlaget for den kunnskapsbaserte undervisningen vi tilbyr ved høyskolen. Min erfaring er at studentene kan ha problemer med å forstå hva slags kunnskap som faller inn under de ulike områdene, og hvorfor det er nødvendig at de erverver seg denne kunnskapen. Ved å bruke av en pasienthistorie, ønsker jeg med denne fagartikkelen å tydeliggjøre disse kunnskapsområdene

for studentene. Pasientens navn er anonymisert.

«Jørgen og jeg»

En helg jeg jobbet som nattoversykepleier på et lite sykehus ble jeg tilkalt av en forholdsvis nyutdannet sykepleier på en av de kirurgiske postene. Hun ville jeg skulle komme og se til en døende pasient fordi hun syntes det var vanskelig å lindre smertene hans. På telefon forteller sykepleieren meg at ingen har fått noe kontakt med pasienten det siste døgnet, og at pårørende sitter og våker over ham. Når jeg kommer til posten forteller sykepleieren meg følgende: «Jørgen Hansen er en mann i midten av femtiårene som for fem måneder siden fikk vite at han hadde en inoperabel cancer pancreas med metastaser til blant annet lever, lunge og skjelett. Hansen ble innlagt for et par uker siden med ileus på grunn av store tumormasser, ble operert og fikk anlagt en stomi. Samtidig fikk han innlagt et epiduralt kateter for smertelindring, da han i lange tider hadde brukt store doser opiatere for å lindre smertene sine. Pasienten hadde siden operasjonen hatt mange og sterke smerteanfall til tross for store doser smertestillende epiduralt. I tillegg fikk han smertestillende og kvalmestillende subkutant på magen via en pumpe. Nå var Jørgen Hansen døende, og den ansvarlige legen hadde bestemt at han skulle få beroligende medikamenter subkutant via en smertepumpe. Dette for at han skulle få sove mesteparten av tiden, og på den måten slippe å oppleve sine lidelser bevisst. Det var ikke kommet noe avføring i stomiposen på flere dager, og det var minimalt med urinproduksjon.»

Sykepleieren ville helst ikke gi ham mer smertestillende, da hun var redd han skulle slutte å

puste og dø av en overdose. Jeg får også vite at Jørgen Hansen var selvstendig næringsdrivende, og hadde vært en aktiv idrettsmann og lokalpolitiker hele sitt voksne liv. Han hadde ingen barn, men hadde sin kone og mor hos seg.

Observasjon

For å kunne vurdere Hansens situasjon må jeg selv observere pasienten og hans symptomer. Jeg må blant annet kunne kjenne på huden hans for å få et innblikk i sirkulasjonen, observere respirasjon, urinproduksjon og uro. I tillegg var det viktig for meg å kunne snakke med pårørende for å ivareta dem, også fordi de som pårørende kjente pasienten best. Når vi kom inn på rommet hilste jeg på pårørende, og også på pasienten, selv om ingen hadde fått kontakt med ham på flere timer. Pårørende ønsket at jeg skulle kalle Jørgen Hansen ved fornavn. Jørgen hadde sin kone ved siden av seg i en seng som var plassert tett inntil hans. Hun lå og holdt ham i hånden hele tiden. På den andre siden av sengen til pasienten satt hans mor. Kona var fortvilet og gråt, og hun sa: «Dette kommer jeg til å få mareritt om i lange tider framover. Det er jo helt umenneskelig at han skal lide slik. Se hvordan han ser ut. Hvorfor kan han ikke bare slippe taket og dø?»

Jørgen lå og ynket seg, han var tydelig preget av at han var døende, han hadde et blekt drag rundt nesen og munnen. Ansiktet var imidlertid avslappet. Magen var svært stor og hard, og beina var også veldig store på grunn av ødemer. I urinposen var det cirka 100 ml mørk, grumsete urin. Jørgen var motorisk urolig, og han anstrengte seg hele tiden for å komme ut av sengen. Han strakte hendene oppover mot taket, det så ut som om

Hovedbudskap

I praksis anvender sykepleiere kunnskap fra mange og varierte kilder for å gi en helhetlig sykepleie. I undervisning og veiledning av studenter kan man ved å analysere en pasientsituasjon prøve å beskrive og tydeliggjøre noe av denne kunnskapen.

Søkeord

Les mer og finn litteraturhenvisninger på våre nettsider.

- » Kunnskapsbasert sykepleie
- » Praksisstudie
- » Hermeneutikk



BRED KUNNSKAP: For å takle de komplekse situasjonene som oppstår i møte med pasienten trenger sykepleier kunnskap om naturvitenskap, hermeneutikk og etikk. Foto: Colourbox

han ville ha fatt i noe. Det var ingen synlige tegn på at han verken så eller hørte noen av de andre i rommet. Han ynket seg ofte, og innimellom skrek han høyt. Han var tungpustet og surklete. Pårørende oppfattet Jørgens uro som et uttrykk for at han hadde smerter, og de ville at vi skulle gi ham mer smertelindrende medikamenter slik at han fikk hvile.

I denne konkrete situasjonen blir jeg som sykepleier stilt overfor store menneskelige og faglige utfordringer. Pårørende og sykepleieren på post så på meg som en faglig ekspert som skulle befri Jørgen for plagene. Samtidig skulle jeg være et medmenneske overfor alle aktørene som var involvert i situasjonen, og jeg skulle være en god kollega overfor sykepleieren på post. Jeg vil prøve å beskrive hvilken kunnskap jeg som sykepleier benyttet meg av i den aktuelle situasjonen, men først vil jeg si noe generelt om kunnskapsbegrepet i sykepleien.

Kunnskap i sykepleien

Sykepleie er et praksisorientert fag, da sykepleie først og fremst er rettet mot pasienten og hans eller hennes pårørende som trenger hjelp til noe. Det er pasienten som legitimerer sykepleiefagets eksistens. Som sykepleier møter man mange sammensatte og komplekse situasjoner og problemstillinger. Denne kompleksiteten viser seg blant annet i at mange sykepleiere har vanskeligheter med å beskrive hva deres bidrag i helsevesenet er (1). Alle sykepleiere kan sykepleie, men hva de kan og hvordan de vet det de kan, er vanskelig å sette ord på. En av grunnene til dette kan være at vi har hver vår unike erfaring, som vi i varierende grad reflekterer over. Sykepleiefaget står i

skjæringspunktet mellom den naturvitenskapelige og den humanistiske tradisjonen. I tillegg er sykepleie som praksis knyttet til mennesker, hvor det relasjonelle står i fokus. Dette krever kunnskap fra flere ulike områder. Carper (2) delte sykepleiens kunnskaper inn i fire fundamentale kunnskapsområder: empirisk, estetisk, personlig og etisk kunnskap. Disse kunnskapsmønstrene har siden vært utgangspunktet for videre diskusjon og utvikling av kunnskap innen sykepleieprofesjonen (3). På slutten av 1990-tallet ble begrepet «evidensbasert sykepleie» introdusert.

Evidensbasert sykepleie

Innenfor sykepleien brukes evidensbasert sykepleie og evidensbasert praksis om hverandre, og evidens knyttes spesifikt til vitenskapelig kunnskap fremskaffet på bakgrunn av forskning. Hensikten med evidensbasert praksis var en kvalitetssikret praksis bygget på vitenskapelig evidens i stedet for sunn fornuft, rutiner, erfaringer og overtro (4). Det har vært en økende skepsis til begrepet evidensbasert sykepleie. Dette fordi sykepleiepraksis er forskjellig fra den medisinske praksis med sitt fokus på årsakssammenhenger, og hvilken behandling som er mest effektiv sammenliknet med en annen behandling (5,6). På spørsmålet om hvilke kunnskapskilder sykepleierne anvendte for å gi en pasientsentrert omsorg som var evidensbasert, svarte de at de anvendte kunnskap fra forskning, klinisk erfaring, pasientens erfaring og informasjon fra kolleger og rutiner på avdelingen (7). Dette viser at sykepleiere har en bred forståelse av begrepet evidens. I Norge har det Nasjonale kunnskapscenter for helsetjenesten definert evidensbasert som syno-

nymt med kunnskapsbasert (8). Kim (4) slår fast at praksis er pasientsentrert, derfor er det relasjonelle viktig. Praksis må anvende kunnskaper fra flere kilder, og en praksis basert på en reduksjonistisk vitenskap er dogmatisk og begrensende. På bakgrunn av dette foreslår hun en modell av kunnskapsbasert praksis, hvor kunnskapssynthesen og dens anvendelse i praksis er selve kjernen. Begrepet kunnskapsbasert praksis brukes i stedet for evidensbasert praksis for å slå fast at praksis i sykepleie må baseres på kunnskap tuftet på et bredere begrep enn evidens (4, s. 26). Dette er begrunnelsen for at flere høyskoler i Norge har valgt begrepet kunnskapsbasert praksis, og vår høyskole benytter seg av Kims modell med fire ulike kunnskapsområder som sin teoretiske overbygning (se figur 1).

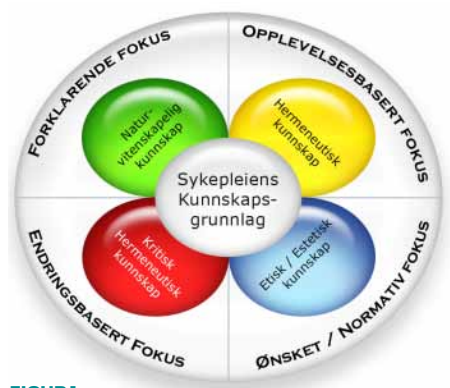
Kunnskapsområder

Når jeg sto overfor denne døende pasienten, hans fortvilte pårørende og en usikker sykepleier, ble noe tydelig for meg. For å tolke denne situasjonen, handle adekvat og til det beste for alle parter, må jeg benytte meg av kunnskap fra flere ulike områder. Både naturvitenskapelig, hermeneutisk, kritisk-hermeneutisk og etisk/estetisk kunnskap er viktig for at jeg ikke skal overse data som jeg vil trenge for å kunne gi individualisert sykepleie til Jørgen og hans pårørende. For å vurdere hva jeg skulle gjøre i den situasjonen jeg sto overfor, trenger jeg naturvitenskapelig kunnskap. Dette er generaliserbar kunnskap, bygd på fakta, som kan gi oss forklaringer og forutsigbarhet. Denne kunnskapen kan gi helsepersonell mulighet til kontroll og intervensjoner. En av sykepleierens oppgaver er å assistere medisinsk behandling, og vi trenger derfor solid medisinsk kunnskap for at en behandling skal bli vellykket. Naturvitenskapelig kunnskap er, og vil fortsette å være, nyttige for våre kliniske vurderinger.

Naturvitenskap

Eksempler på naturvitenskapelig kunnskap er kunnskap knyttet til kroppen. Smerter kan forklare empirisk ut fra vevsskade, nervebaner og påvirkning av sentralnervesystemet. Vi kan identifisere mønstre og tendenser. Jørgen var sterkt preget av kroppslig forfall. Ut fra anatomi og fysiologi vet jeg at når Jørgen har abdomen full av metastaser og tumormasser og minimal tarmfunksjon, vil tarmen komme på strekk og den store leveren og væsken han har i abdomen presser på oppover mot diafragma. Dette kan føre til store viscerale og nociseptive smerter, men også pustebesvær, kvalme og brekninger. Det er





FIGUR 1.

også viktig for meg å ha kunnskap om virkning, bivirkning og interaksjonen av de medikamentene pasienten sto på. For å kontrollere at Jørgen fikk det som var forordnet, sjekket vi at alle pumper fungerte, at det ikke var noe knekk på slanger, og det ikke var infiltrater ved innstikkstedene. Samtidig visste vi at på grunn av dårlig sirkulasjon var det usikkert hvor mye kroppen hans absorberte av medikamentene.

Hermeneutikk

Det er viktig for meg som sykepleier å få kjennskap til pasientens tidligere erfaringer med sykdommen, hans reaksjon på diagnosen og prognosen, hvordan liker han å ligge og hvor i kroppen har han spesielt mye smerter. Jeg ønsket å forstå litt av Jørgens subjektive erfaring med det å være så alvorlig syk. Ved hjelp av en dialog med pårørende og sykepleier på post fikk jeg et innblikk i dette. Her fokuserer man på smerte som erfaring, som smertefullhet, det vonde der og da og hvordan det oppleves av pasienten. Jeg bruker mine erfaringer fra lignende situasjoner for å prøve å tolke den uklare situasjonen jeg sto overfor. Mine tidligere erfaringer med døende kreftpasienter og deres pårørende har gitt meg mye kunnskap. Likeså refleksjoner alene eller sammen med kolleger. Denne subjektive og personlige erfaringen bruker jeg så i den nye situasjonen jeg står overfor for å individualisere pleien. Blant annet så har jeg erfart at døendes ynking og uro ikke nødvendigvis er et uttrykk for smerter. Både pårørende, sykepleieren på post og jeg brukte våre sanser inne hos pasienten. Vi så, hørte, luktet og kjente for å skape mening i opplevelsen, men måten vi tolker situasjonen på er avhengig av våre erfaringer og kunnskaper. Sykepleieren fortalte meg at Jørgen hadde hatt behov for store doser smertestillende etter operasjonen, og av pårørende fikk jeg vite at han var engstelig for sykehus og hadde angst for smerter. Dette kaller Kim for hermeneutisk kunnskap,

og dette er kunnskap på bakgrunn av at man forstår og beskriver pasientens, pårørendes og sykepleierens opplevelse av situasjonen. Altså en beskrivende og meningsfokuseret kunnskap, hvor det individuelle og unike er i fokus.

Kritisk hermeneutikk

Den kritisk hermeneutiske kunnskapen setter spørsmål ved eksisterende systemer og kontekster, og har et fortolkende og endringsbasert fokus bygget på samhandling og kommunikasjon.

Sykepleieren på den aktuelle posten hvor Jørgen var pasient hadde veldig mye å gjøre den aktuelle natta. Hun hadde ansvar for 30 pasienter sammen med en hjelpepleier, og mange av disse pasientene var nyopererte og trengte tett oppfølging. Tiden strakk ikke til for henne. Blondal og Halldorsdottir (9) fant i sin studie at sykepleierne mente at tidspres, mangel på kontinuitet i pleien, vanskeligheter med å få legen i tale, uklarhet rundt fordeling av oppgaver og at legene forordnet for lite smertestillende, var faktorer som påvirket deres muligheter til å lindre pasientens smerte. Alt dette er faktorer som kan være organisatoriske barrierer for å ivareta pasienten på en god måte, men som sykepleierne kan gjøre noe med hvis hun eller han besitter og anvender kritisk hermeneutisk kunnskap.

Overfor Jørgen og hans pårørende prøvde vi å få klarlagt de sosiale relasjonene; hvordan sykdommen hans hadde virket inn på dem som var de nærmeste pårørende. Hvordan hadde han levd tidligere? Videre prøvde vi å bli enige med pårørende om i hvilken grad Jørgen hadde fysiske smerter eller om det var drømmer han slet med. Kunne han ha dødsangst? I den kritiske hermeneutikken prøver vi også å forstå hvorfor Jørgen reagerte som han gjorde ut fra hans erfaringsbakgrunn, hans situasjon og ikke minst samtid. Vi lever i en tid hvor det å være produktiv, effektiv, selvhjulpne og kunne bestemme selv, er faktorer som mange verdsetter. Forskning viser at noe av det døende frykter aller mest er å være til byrde for andre (10). Jørgen var en person med stor autoritet, og han hadde alltid vært opptatt av helse, og hadde ifølge kona lenge benektet at han kunne være alvorlig syk. Han hadde en smerte som var vanskelig å lindre, og uansett hva han fikk av smertestillende medikamenter fortalte han at han hadde utholdelige smerter. Dette var også bakgrunnen for at han fikk medikamenter som skulle gjøre ham mer eller mindre bevisstløs siste tiden. Når man skal ta slike beslutninger er det viktig at sykepleier er med på diskusjonen, og stiller seg kritisk til at vi ikke klare å lindre

pasientens lidelse uten å måtte gi pasienten medikamenter som frarøver ham muligheten til kommunikasjon med pårørende. Var det noen som hadde spurt etter pasientens åndelige og eksistensielle behov? Sykepleierne må være kritiske til hva de får beskjed om, hva de har lest og hva de observerer i praksis. Det er viktig at vi setter spørsmålstegn ved den praksisen som utøves, og særlig hvis vi ikke riktig forstår på hvilket grunnlag avgjørelsen er tatt på.

Etikk/estetikk

Den etiske/estetiske kunnskapen handler om å gjøre det rette for pasienten basert på hans behov. For oss var det viktig å gjøre det gode overfor pasient og pårørende. Vi ønsket inderlig å lindre Jørgens lidelse, verdsette hans menneskelighet ved å være til stede, ta på ham og ta pårørendes bekymringer på alvor. Vi ønsket alle at Jørgen skulle få en verdig død. Nå var det vanskelig for meg å vite hva Jørgen så på som verdifullt i livet sitt siden jeg hadde så liten kjennskap til ham. De pårørende kom med en del opplysninger. Kona fortalte at han ikke ville snakke om døden, derfor oppfordret vi dem til å snakke om tiden som hadde vært. I tillegg konsentrerte vi oss om å lindre plagene hans her og nå, og pratet ikke om døden inne på pasientens rom. Dette av respekt for pasientens autonomi selv om pårørende kanskje hadde et behov for å snakke om døden. Det er smertefullt å dø, både for den som skal dø, men også for dem som blir igjen. Disse samtalen med pårørende måtte vi gjennomføre et annet egnet sted. Vi registrerte ved vår berøring når vi snudde Jørgen, og sjekket innstikkstedet for epiduralkateteret på ryggen, at kroppen virket avslappet. Vi registrerte heller ingen forandringer i ansiktsuttrykket. Dette tolket vi som at han ikke hadde noen smerter. Samtidig var vi veldig varsomme når vi snudde pasienten, slik at vi skulle påføre ham minst mulig ubehag. Og vi passet nøye på ikke å blotte ham for å ivareta verdigheten hans. Sykepleieren var engstelig for å gi pasienten så mye medisiner at han ville dø av det. Hva er det viktigste? Er det å lindre pasientens lidelse selv om det kanskje ville forkorte livet hans? Skal vi gi smertestillende til pasienten for å tilfredsstille pårørende? Hadde Jørgen smerter eller var dette hans naturlige måte å dø på? Den etiske/estetiske kunnskapen er hele tiden å prøve å gjøre det rette for pasienten. Jeg mener pasientens behov alltid skal være i fokus og at man skal legge mest vekt på disse, selv om vi må prøve å finne balansen mellom pårørendes behov, pasientens behov og våre egne behov.

Kunnskapssyntesen

Modellen knytter de fire kunnskapsområdene sammen i et sentralt område som Kim enkelte ganger omtaler som kunnskapssyntesen (4,11), andre ganger som sykepleiens kunnskapsgrunnlag (12). Kim (4) sier at selve kunnskapssyntesen foregår i praksis og at den er en totrinns prosess. Først må man vurdere den nye kunnskapen i forhold til om den er verdifull, essensiell, meningsfull og viktig for praksis. For det andre må kunnskapen integreres inn i den allerede eksisterende personlige kunnskapen. Kunnskapsutviklingen i sykepleie er dynamisk. Kunnskapsområdene er avhengig av hverandre og på visse områder er de sammenfallende (13).

Kommunikasjon

Kunnskap innenfor de ulike områdene er av liten verdi hvis den ikke anvendes i praksis overfor den enkelte pasient og pårørende. Dette krever også at sykepleierne har kommunikasjonsferdigheter og relasjonsferdigheter. Det er først når jeg bruker de ulike kunnskapsområdene i praksis, og reflekterer over den praksis jeg utøver, at jeg kan få en økt forståelse og ny kunnskap som mange beskriver som personlig kunnskap (2,14). Samtidig erfarte jeg når jeg sto overfor Jørgen at det var mye jeg ikke kunne. På bakgrunn av våre observasjoner av pasienten og

samtaler med pårørende, valgte vi der og da ikke å gi Jørgen mer smertestillende. Kanskje var den beslutningen feil. Sykepleiens praksis er feilbarlig og preges av usikkerhet rundt eventuelle konsekvenser av handlingene vi utfører. Mine kunnskaper og ferdigheter er ufullstendige, og selv om jeg hadde aldri så gode hensikter og ønsker om å handle til pasientens beste, så er det ikke sikkert at konsekvensene av mine handlinger hjalp Jørgen. Jeg følte i alle fall at vi hjalp pårørende noe ved å ta deres bekymringer på alvor. Selv om vi ikke gjorde så mye, la vi vekt på å være til stede, og var lydhøre for pårørendes bekymringer og følelser. I noen situasjoner er fortvilelsen hos pårørende så stor at ord ikke strekker til, men da kan vi vise god omsorg og trøst ved vår tilstedeværelse og væremåte.

Avslutning

Jeg mener at for å kunne beskrive for andre hva sykepleie er, og få oss selv og andre til å forstå kompleksiteten i den kliniske hverdagen vi står overfor, så trenger vi å forstå hvilken kunnskap vi besitter. På den måten kan vi ikke bare anvende denne kunnskapen i kliniske situasjoner, men også avdekke områder hvor vi trenger mer kunnskap. Å tydeliggjøre kunnskapsområdene i sykepleie vil kunne gi sykepleierne en identitet, og jeg mener det er viktig at det er sykepleierne

som definerer innholdet i egen profesjon. Hvis ikke står vi i fare for at det er andre profesjoner som bestemmer hva sykepleierens rolle i helsevesenet skal bli i fremtiden, og da kan det hende den får en retning verken vi eller pasientene ønsker. ■■■

LITTERATUR

1. Berragan L. Nursing practice draws upon several different ways of knowing. *Journal of Clinical Nursing* 1998; 7: 209–217.
2. Carper BA. Fundamental patterns of knowing innursing. *Advances in Nursing Science* 1978; 1(1): 13–23.
3. Chinn PL, Kramer MK. *Integrated Knowledge Development in Nursing*. St. Louis, MO: Mosby, 2007.
4. Kim HS. Knowledge synthesis and use in practice – debunking «evidence-based». *Klinisk sykepleie* 2006; 20(2): 24–34.
5. Mantzoukas S. A review of evidence-based practice, nursing research and reflection: levelling the hierarchy. *Journal of Clinical Nursing* 2007; 17:214– 23.
6. Pedersen KL. Evidensbasert praksis i møte med pasientens livsverden. *Vård i Norden* 2009; 93(3): 53–55.
7. Rycroft – Malone J, Harvey G, Seers K, Kitson A, McCormack B, Titchen A. An exploration of the factors that influence the implementation of evidence into practice. *Journal of clinical nursing* 2004; 13: 913–24.
8. Nortvedt MW, Jamtvedt G, Graverholt B, Reinart LM. Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere. Oslo: Norsk Sykepleierforbund, 2007.
9. Blondal K, Halldorsdottir S. The challenge of caring for patients in pain: from the nurse's perspective. *Journal of clinical nursing* 2009; 18: 2897–2906.
10. Belanger SI. *The Family's Experience of a Loved One's Death on a Medical Surgical Hospital Unit*. Dissertation. The Catholic University of America, Washington DC, 2008.
<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=17&did=1536734821&SrchMode=1&sid=2&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1297324480&clientid=32094> (lest 7. februar 2011)
11. Kim HS. *The Nature of Theoretical Thinking in Nursing*. New York: Springer Publishing Company, 2000.
12. Kim HS. *Sykepleieutøvelsen*. I: Mekki TE, red. *Sykepleieboken 1, grunnleggende sykepleie*. 3 utgave, Oslo: Akribe, 2007: 89–94
13. Bonis SA. *Knowing in nursing: a concept analysis*. *Journal of advanced nursing*, 2009; 65(6): 1328–1341.
14. Benner P. *Fra novise til ekspert: dyktighet og styrke i klinisk sykepleiepraksis*. Oslo: Tano, 1995.

Medalje nr. 200 000 til sykepleier

Medaljen for lang og tro tjeneste nr. 200 000 er tildelt sykepleier Jorunn Homme ved Oslo universitetssykehus. Den unike og tradisjonsrike utmerkelsen har blitt tildelt arbeidstakere med minst 30 år hos samme arbeidsgiver siden 1888.

Kjenner du noen som fortjener en slik heder? Ta kontakt!



Foto: Jan T. Espedal



NORGESVEL
DET KONGELIGE SELSKAP FOR NORGES VEL

Telefon: 947 91 970
norgesvel@norgesvel.no
www.norgesvel.no/heder