

---

Forslag til modell for organisering av spesialisthelsetjenester til personer med  
autismespekterforstyrrelser i Helse Sør-Øst.

V/arbeidsgruppe.  
20.01.15



## Innholdsfortegnelse

1 Bakgrunn	side 3
1.1. Sammendrag av anbefalinger	side 4
2 Innledning	side 4
3 Autismespekterforstyrrelser	side 5
3.1 Tilstandsbilde; heterogenitet og komorbiditet	side 5
3.2 Forekomst	side 5
4 Overordnet modell for organisering av spesialisthelsetjenester til pasienter med autismespekterforstyrrelser	side 6
4.1 En enhet for utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging med områdesykehusfunksjon.	side 6
4.2 Helsehjelpen skal være kunnskapsbasert.	side 7
4.3 Oppsummert anbefaling	side 8
Litteratur	side 9
Tabell	side 10

## 1. Bakgrunn

Oslo Universitetssykehus HF, mottok i oktober 2014 en anmodning (08/00854-6) fra Helse Sør-Øst RHF. I brevet ber Sør-Øst RHF, Oslo universitetssykehus HF om at Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi, samt Nasjonal kompetanseenheter for autisme, utarbeider et forslag til en modell for fremtidig organisering av spesialisthelsetjenester til personer med autismespekterforstyrrelser. I brevet bes det "om at fagrådslederne for psykisk helsevern og habilitering involveres i dette arbeidet. Forslaget til modell skal ikke definere om utrednings/behandlingstilbudet skal organiseres i HABU/HAVO eller PHV, men utfordringene med hvordan utredning, diagnostisering og oppfølging av personer med autismespekterforstyrrelser skal løses på et overordnet nivå. Forslaget til modell skal sørge for at livsløpsperspektivet ivaretas og at fagområdenes spisskompetanse kan anvendes til beste for pasientene og i tråd med pasientgruppens til enhver tid ulike og sammensatte behov. Forslaget til modell bør være kortfattet. Helse Sør-Øst RHF ønsker å få forslag til modell innen utgangen av 2014."

Oppdraget ble oversendt Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (RKT), samt Nasjonal kompetanseenheter for autisme (AE) medio oktober. Autisforeningen i Norge (AiN) ble invitert til å sitte i arbeidsgruppen ultimo oktober. Det har vært avholdt fire møter i arbeidsgruppen. Tidsfristen ble forlenget til 31.01.15 pga sen postgang og involvering av brukerrepresentant. Fagrådslederne Bjørn Lerdal (fagråd for habilitering) og Ewa Ness (fagråd psykisk helse), ansatte i RKT, AE og representanter fra AiN har fått dokumentet til gjennomlesning og innspill medio januar. Den korte fristen og føringer fra oppdragsgiver gjorde at kliniske enheter i liten grad ble involvert. anbefalingene fra arbeidsgruppen bygger på kunnskap om pasientgruppens behov, erfaringer fra brukerorganisasjonen og kompetansetjenestene, samt publikasjoner og rapporter.

Modellen omhandler spesialisthelsetjenesten, den blir også omtalt som helsetjenesten eller helsetilbudet i dokumentet. Enhet blir brukt som begrep på den organisatoriske enheten. Begrepet reflekterer ikke noe spesifikt hierarkisk nivå, størrelse eller organisering og kan for eksempel forstås som team, poliklinikk, seksjon el. Modellen bryter ikke med spesialisthelsetjenestens øvrige organisering i forhold til aldersinndeling i barn og voksen.

Arbeidsgruppen har bestått av;

Ellen Kathrine Munkhaugen, RKT (leder)  
Ole R. Hafsmo, RKT  
Kenneth Larsen, RKT  
Morten Bekk, RKT  
Karin Britta Nilsson, AE  
Michael B. Lensing, AE  
Annette Drangsholt, AiN

## 1.1 Sammendrag av anbefalinger for organisering av spesialisthelsetjenester til pasienter med autismespekterforstyrrelser (ASF)

- Pasienter med ASF gis helsehjelp fra en enhet uavhengig av kognitivt nivå.
- Hovedansvaret for utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging (helsehjelp) skal ivaretas fra en og samme enhet innen hvert sykehusområde.
- Enhetene skal dekke områdesykehusfunksjon<sup>1</sup> for pasientgruppen.
- Helsehjelpen organiseres i poliklinikker for barn og voksne, med ambulant virksomhet, hvor man også har ansvar for andre pasientgrupper.
- Kontinuitet i tilbudet og livsløpsperspektivet ivaretas gjennom tilbud om planlagt og individuelt tilpasset oppfølging og kontroller ved HF/sykehus, samt forpliktende samarbeidsavtaler mellom HF/sykehus og kommune.
- Kompleksiteten i helsehjelpen ivaretas gjennom formalisert samarbeid med andre relevante enheter.
- Helsehjelpen skal være kunnskapsbasert.

## 2. Innledning

Bakgrunn for oppdraget er basert på et lenge kjent utfordringsbilde knyttet til geografisk variasjon i innhold og omfang av tjenester til pasienter med ASF. Av vedtak vises til regionale utviklingsområder habilitering sak 45-2010, hvor styret i Helse Sør-Øst RHF ber om beslutning om autismefeltets tilknytning i ny styresak.

Pasienter med ASF har som hovedregel behov for langvarige, sammensatte og koordinerte tjenester. I helseregionen mottar pasienter med ASF spesialisthelsetjenester fra klinikker både på område- og lokalsykehusnivå avhengig av organisering ved det enkelte HF og sykehus (Tabell 1). Det er gjennomsnittlig 10 enheter (habiliteringstjenester, BUP og DPS) pr. HF som utreder, diagnostiserer og/eller behandler pasienter med ASF<sup>2</sup>. I tillegg vil noen bli fanget opp ved andre enheter. Noen enheter innen flere HF utfører kun utredning og diagnostikk, mens andre også tilbyr behandling og oppfølging. Ofte er det kognitivt nivå hos pasienten som avgjør hvilken enhet vedkommende får tjenester fra. Denne oppdelingen av tjenestetilbudet kombinert med ulik befolkningstetthet og geografisk ansvarsområde er en utfordring med hensyn til å sikre brukerne et forsvarlig og likeverdig tjenestetilbud.

Flere publikasjoner har påpekt ulik praksis vedrørende organisering av spesialisthelsetjenester til pasienter med ASF. Variasjonen synes å være geografisk betinget og kan stride mot prinsippet om rett til likeverdige helsetjenester. I en undersøkelse av diagnostisk praksis i helseregionen ble den anbefalte tverrfaglige utredningen anvendt kun ved en tredjedel av barna som ble diagnostisert i 2011. Surèn mfl. (2013) stiller spørsmål ved hvorfor pediatrien og barne- og ungdomspsykiatrien er så fysisk og geografisk adskilt spesielt med hensyn til kunnskap om store overlapp i tilstandsbilder hos barn og unge med ASF. Vi har ingen undersøkelser for voksne med ASF, men basert på erfaring er situasjonen tilsvarende for voksenpopulasjonen.

Fra et brukerperspektiv kan konsekvensene av dagens fragmenterte organisering være

---

<sup>1</sup> Områdesykehusfunksjoner skal ivareta tjenesteansvaret for en eller flere pasientgrupper innenfor hele helseforetakets opptaksområde

<sup>2</sup> Basert på informasjon som er hentet fra nettsidene til alle HF'ene/sykehus i HSØ pr desember 2014

belastende. For eksempel vil en familie med et barn med barneautisme og et barn med Asperger syndrom kunne motta helsetjenester fra to forskjellige enheter innen de fleste av sykehusene i regionen. Spesialisthelsetjenestens ulike organisering og helsetilbud til personer med ASF fører ofte til en uoversiktlig og variasjon i tilbudet sett fra brukere, henvisende og samarbeidende instanser. De uheldige konsekvensene av dette kan være flere: AiN melder om at tidlig og intensiv oppfølging er en viktig faktor for familienes livskvalitet, men at tilgjengelighet og innhold i dette tilbudet varierer. Andre erfaringer er at mange udiagnostiserte høytfungerende personer med ASF kommer i kontakt med spesialisthelsetjenesten først i voksen alder. Andre kan ha vært eller er i behandlingsapparatet med feil diagnose. Det finnes ikke rapporter på dette, men basert på erfaringer opplever pasienter å bli henvist til feil instans eller "vandre" rundt i systemet, slik at behovet for nødvendig helsehjelp ikke blir ivaretatt som forventet i henhold til lover og forskrifter.

### 3. Autismespekterforstyrrelser

#### 3.1 Kjennetegn; heterogenitet og komorbiditet

*Kjernevansker som gir ulik grad av funksjonsnedsettelse og nedsatt livskvalitet – gjennom alle livets faser*

ASF karakteriseres av kvalitative avvik i utviklingen av kommunikasjon, sosial samhandling og med et begrenset, stereotyp og repetitivt mønster av atferd og interesser. Vanskene preger som regel personens fungering i de fleste situasjoner gjennom hele livsløpet.

ASF har uklar etiologi, men med antatt nevrobiologisk årsak med genetisk komponent. Innen spektrumet er det stor heterogenitet både i symptombelastning innen de tre kjerneområdene, fungering i hverdagslivet og livskvalitet. Dette medfører stor variasjon i bistandsbehov i ulike livsfaser. Fra behov for tidlig og intensiv innsats for førskolebarn, med økte krav til mestring av komplekse sosiale situasjoner og selvstendighet for eldre barn og ungdommer. Overgang til voksenlivet med flytting hjemmefra eller tap av foreldre og nettverk er en kritisk fase for mange. Pasienter med ASF er sårbare for utvikling av sekundærproblematikk. Forskning viser variable forløp, men det er foreløpig lite kunnskap om hvilke faktorer som påvirker forløpene. Forhold som kognitiv nivå, språkutvikling, sosial utvikling, tidlig opplæring og tiltak antas å ha betydning, både med hensyn til funksjoner og forebygging av sekundærproblematikk. Tilstandsbildet kan også endres med alder. Det er lite undersøkt hvordan det går med pasientgruppen når de blir eldre.

En ny oppsummering av forskning (Lai 2013) viser blant annet at komorbide lidelser er hyppig forekommende (70 %) hos pasienter med ASF. De vanligste er psykisk utviklingshemming, angst, depresjon, ADHD, epilepsi, motoriske vansker, søvnevansker og gastrointestinale problemer.

#### 3.2 Forekomst

Surèn (2013) estimerte en prevalens på 0,8% basert på data fra norsk pasientregister for aldersgruppen 6 – 12 år. Studien viste store fylkesvise variasjoner, og størst forskjell mellom fylkene Vest-Agder (0,3 %) og Telemark (1,5 %). Isaksen mfl (2012) fant en observert forekomst av ASF på 0,51 % i aldersgruppen 6-12 år i fylkene Hedmark og Oppland (0,14 % barneautisme, 0,05 % atypisk autisme, 0,28 % Asperger syndrom). For eldre aldersgrupper innen ASD foreligger ingen tall fra norske forhold. Internasjonalt varierer forekomsttallene, flere har den senere tid estimert en forekomst på opptil 1 % av ASF i alle aldersgrupper.

## 4. Overordnet modell for organisering av spesialisthelsetjenester til pasienter med ASF

Helsetjenester skal ytes så nær pasienten som mulig, samtidig som kravet til trygge, forutsigbare, forsvarlige og likeverdige tjenester ivaretas. Pasientvolum, vanskegrad og kompleksitet må vurderes ved organisering av helsetjenester. Pasientgruppen hører etter arbeidsgruppens mening inn under det spesialisthelsetjenesteloven definerer som pasienter med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester (§2-5a). Organisering av spesialisthelsetjenester til pasienter med ASF ut fra prinsippet om "en dør inn" bidrar til at pasienten og dens pårørende opplever helsehjelpen som oversiktlig, kompetent og trygg.

### 4.1 En enhet for utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging med områdesykehusfunksjon.

Arbeidsgruppen anbefaler at utfordringer ved å tilby likeverdige og trygge helsetjenester med god kvalitet løses best gjennom en organiseringsmodell hvor: hovedansvaret for spesialisthelsetjenester tilbys samlet til pasienter med ASF fra en enhet med områdesykehusfunksjon. Enheten yter polikliniske og ambulante tjenester. For å ivareta breddekompetanse gjennom ansvar også for andre pasientgrupper anbefales det å følge ordinær inndeling etter alder, - med en enhet for voksne og en for barn. Kvaliteten i tjenestetilbudet sikres gjennom tverrfaglige sammensatte team som sikres tilstrekkelige ressurser for å yte helsehjelpen. Det må etableres rutiner for å ivareta behovet for kontinuitet i tjenesten, og samarbeid med andre relevante enheter.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten legger til grunn at det i både norske og internasjonale studier er påvist en sammenheng mellom pasientvolum og behandlingskvalitet. Rådet er opptatt av at den påviste relasjonen mellom behandlingsvolum og behandlingskvalitet benyttes som grunnlag for planlegging og organisasjonsutvikling i helsetjenesten. Det er ikke gjennomført undersøkelser som sier noe om pasientvolum og kvalitet i tjenester til personer med ASF, og det kan av den grunn ikke trekkes en direkte slutning av nevnte studier. Men på bakgrunn av informasjon om stor geografisk variasjon samt at pasientgruppen må sies å være lavfrekvent med komplekse utfordringer er det grunn til å anta at organisering av hovedansvaret for spesialisthelsetilbudet samlet for alle pasienter med ASF, uavhengig av kognitivt nivå, på områdesykehusnivå er en viktig faktor for å yte kvalitet i tjenestene.

At en og samme enhet har hovedansvar for utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging innen hele det aktuelle sykehusområde for hele pasientgruppen vil kunne gjøre disse enhetene mer faglig robuste. Det vil gi bedre oversiktlig og tilgjengelighet og sikre mer enhetlige tilbud med god kvalitet. I tillegg vil en enhet styrke muligheten for samarbeid med andre enheter med spesialisert kompetanse innen somatikk, psykiatri, rus og andre sektorer som utdanning, barnevern og arbeid. Utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av pasienter med ASF fordrer kunnskap og god kompetanse om et bredt spekter av tilstander. Differensialdiagnostiske vurderinger knyttet til ASF inkluderer blant annet medisinske tilstander, genetiske syndromer, utviklingsforstyrrelser, utviklingshemming, psykiske lidelser og lærevansker. På grunn av endret symptombylde og nye utfordringer trenger mange med ASF helsehjelp ved gjentatte tilfeller opp gjennom barne-, ungdoms- og voksenlivet. En enhet vil gjennom større pasientvolum og et

tydeligere oppfølgingsansvar øke gjenkjennings- og differensialdiagnostisk kompetanse vedrørende utvikling av tilleggsvansker. Dette vil øke sannsynligheten for at adekvat utredning, behandling og oppfølging iverksettes til rett tid. De poliklinikkene som tildeles områdesykehusfunksjon for pasientgruppen, må sikres tilstrekkelige fagressurser for å kunne ivareta det ansvaret denne funksjonen innebærer. Aktuelle profesjoner som bør forefinnes i et slikt team er;

- Legespesialister innen barnemedisin, nevrologi, barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri
- Psykologspesialister med fordypning innen habilitering, nevropsykologi, barne- og ungdomspsykologi og voksenpsykologi
- Pedagogisk/spesialpedagogisk kompetanse
- Fysioterapeutisk kompetanse
- Sosionomkompetanse
- Miljøterapeutisk kompetanse

At en og samme enhet har hovedansvar for spesialisthelsetjenester for pasientgruppen bidrar til:

- mer robuste og kompetente fagmiljøer.
- god ressursmessig utnyttelse av helsepersonell gjennom samarbeid ved utredning og behandlingstiltak.
- god ivaretagelse av pasienter, pårørende ved en større grad av samordning mellom utredning og behandling.
- utvikling av systematiske og effektive rutiner for å ivareta ansvaret for pasient – og pårørende opplæring, koordinering og individuelle forløp.
- utvikling av systematiske og effektive rutiner for å sikre kontinuitet i tjenesten og kvalitetssikre overganger fra barn til voksen alder.
- utvikling av systematiske og effektive rutiner for samarbeid med relevante kliniske enheter og kommuner, for å ivareta spesialisthelsetjenestens ansvar for veiledning og forbyggende helsearbeid.
- utvikling av systematiske og effektive rutiner for samarbeid med høyspesialiserte regionale og nasjonale helsetjenester, i spesielt kompliserte tilfeller.
- en tydelig ansvars plassering av hovedansvaret for spesialisthelsetjenester til pasientgruppen.
- trygge, forutsigbare, forsvarlige og likeverdige tjenester med god kvalitet.

### 4.2 Helsehjelpen skal være kunnskapsbasert.

[Arbeidsgruppen mener at utfordringen med å yte kunnskapsbaserte helsetjenester til pasienter med ASF ivareta best ved å organisere hovedansvaret for spesialisthelsetjenester i enheter med tilstrekkelig pasientgrunnlag og faglige resurser til å arbeide kunnskapsbasert og videreutvikle faget. Organisering av hovedansvaret for spesialisthelsetjenester til pasienter med ASF i en enhet på områdesykehusnivå vil styrke mulighetene for forskning og systematisk og kontinuerlig forbedringsarbeid.](#)

Evidensgrunnlaget for utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging av ASF i livsløpet er svakt. Det forefinnes lite forskningsbasert kunnskap om hvordan autismespektersymptomatologi og behov for langsiktig tilrettelagt medisinsk-, psykisk- og psykososial oppfølging endres med økende alder. Med bakgrunn i varierende evidensgrunnlag

må tjenestene til barn, unge og voksne med ASF basere seg på kunnskapsbasert praksis. Gjennom anvendelse av forskningsbasert kunnskap, erfaringer fra praksis, pasienter og pårørendes kunnskap og behov, kan man yte kvalitativt gode og effektive tjenester for pasientgruppen.

Utredning og diagnostisering av ASF er en tverrfaglig prosess, hvor man støtter seg til kvalitativt gode diagnostiske kartleggingsverktøy. Klinisk skjønn fra et erfarent team av fagpersoner er dog ansett for å være nødvendig for å kvalitetssikre diagnostiseringen. Tilstrekkelig pasientgrunnlag kombinert med gode prosedyrer for validering av diagnostisk praksis er en viktig forutsetning for likeverdige tjenester for gruppen.

Kunnskapsgrunnlaget for behandling og oppfølging av personer med ASF har varierende forskningsmessige støtte. Det foreligger best dokumentert kunnskap om effektive intervensjoner for barn i aldersgruppen 2 til 7 år. For eldre barn, ungdom og voksne med ASF finnes det mindre forskning og dokumentasjon på behandlingseffekt. Enheter som yter tjenester til pasientgruppen må ha kjennskap til de til enhver tid best dokumenterte intervensjoner og bistå i implementeringen av disse. En enhet med hovedansvar for helsetjenester på områdesykehusnivå vil kunne møte denne utfordringen på en systematisk og effektiv måte. Slik organisering vil være gunstig ved implementering av retningslinjer og utvikling av prosedyrer for å sikre kvalitet i helsehjelpen slik som behandlingslinjer, pasientforløp, fagprosedyrer med mer. Denne mer sentraliserte organiseringen vil også styrke muligheten for samarbeid rundt forskning og fagutviklingsarbeid på tvers av sykehusene i helseregionen.

### 4.3 Oppsummert anbefaling

Kompleksiteten ved pasientgruppen kombinert med lav forekomst er faktorer som arbeidsgruppen vektlegger ved forslag til modell for organisering av hovedansvaret for spesialisthelsetjenester til pasienter med ASF uansett kognitivt nivå:

- Pasienter med ASF gis helsehjelp fra en enhet uavhengig av kognitivt nivå.
- Hovedansvaret for utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging (helsehjelp) skal ivaretas fra en og samme enhet innen hvert sykehusområde.
- Enhetene skal dekke områdesykehusfunksjon<sup>3</sup> for pasientgruppen.
- Helsehjelpen organiseres i poliklinikker for barn og voksne med ansvar for andre pasientgrupper.
- Kontinuitet i tilbudet og livsløpsperspektivet ivaretas gjennom tilbud om jevnlig oppfølging og kontroller HF/sykehus, samt forpliktende samarbeidsavtaler mellom HF/sykehus og kommune.
- Kompleksiteten i helsehjelpen ivaretas gjennom formalisert samarbeid med andre relevante enheter.
- Helsehjelpen skal være kunnskapsbasert.

---

<sup>3</sup> Områdesykehusfunksjoner skal ivareta tjenesteansvaret for en eller flere pasientgrupper innenfor hele helseforetakets opptaksområde



**Litteratur:**

Brugha, T.S., Bankart, J., Scott, R.T., et al. (2011). Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. *Archives of General Psychiatry*, 68, 459-465.

Helsedirektoratet. (2009) Handlingsplan for Habilitering av barn og unge.

Howlin, P., & Moss, P. (2012). Adults with Autism Spectrum Disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57, 275-283.

Isaksen, J., Diseth, T. H., Schjølberg, S., & Skjeldal, O. H. (2012). Observed prevalence of autism spectrum disorders in two Norwegian counties. *European Paediatric Neurology*, 16, 592-598.

Lai, M. C., Lombardo, M. V., & Baron-Cohen, S. (2014). Autism. *Lancet*, 383, 896-910.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse – og omsorgstjenesten

<http://www.kvalitetogprioritering.no/>

Piven, J., Rabins, P., et al. (2011). Autism Spectrum Disorders in Older Adults: Toward Defining a Research Agenda. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59, 2151-2155.

Regionalt fagmiljø for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi (2012). Identifisering, diagnostisering og oppfølging/behandling av førskolebarn med autismespekterforstyrrelser (ASF) - en undersøkelse av systemer rutiner og praksis i Helse Sør-Øst.

Surèn, P., Bakken, I.J., Aase, H., Chin, R., Gunnes, N., Lie, K.K., Magnus, P., et al. (2012). Autism Spectrum Disorder, ADHD, Epilepsy, and Cerebral Palsy in Norwegian Children. *Pediatrics*, doi:10.1542/peds.2011-3217

Surèn, P., Bakken, I.J., Aase, H., Chin, R., Gunnes, N., Lie, K.K., Magnus, P., et al (2013): "Fylkesvise forskjeller i registrert forekomst av autisme, AD/HD, epilepsi og cerebral parese i Norge". *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 133, 1929 -1934.

# Organisering av spesialisthelsetilbudet til pasienter med autismespekterforstyrrelser

Tabell 1. Oversikt tjenestetilbud HSØ

SYKEHUS	HABU områdesykehus	BUP lokalsykehus	HAVO områdesykehus	DPS lokalsykehus
Sykehuset Innlandet HF*	BA	AS	BA og AS	AS
Akershus universitetssykehus HF	BA	AS	BA	AS
Oslo universitetssykehus HF**	BA	AS	BA	AS
Lovisenberg Diakonale sykehus AS**		AS		AS
Diakonhjemmets sykehus AS**		AS		AS
Sykehuset Østfold HF	BA	AS	BA og AS	AS
Vestre Viken HF	BA	AS	BA	AS
Sykehuset Vestfold HF	Glennel regionale senter for autisme dekker ASF og livsløpet			
Sykehuset Telemark HF		ASF (KUE***) AS***	BA og AS	AS
Sørlandet sykehus HF*	ASF		ASF	

BA,-barneautisme og inkluderer pasienter med atypisk autisme, ofte med psykisk utviklingshemming.  
AS,- Asperger syndrom/høyt fungerende autisme, som ikke har psykisk utviklingshemming.  
ASF,- hele autismespekteret med og uten psykisk utviklingshemming.  
\* HABU/HAVO Sykehuset Innlandet HF har to seksjoner, - Oppland og Hedmark.  
\* HABU/HAVO Sørlandet sykehus HF har to seksjoner, - Aust-Agder og Vest-Agder  
\*\* HABU/HAVO OUS HF dekker BA i LDS og DHS sine bydeler.  
\*\*\*KUE er konsultasjon og utredningsenheten med områdesykehus funksjon for Telemark.  
\*\*\* Bupene i Telemark utreder AS.