

# Rehabilitering

UTGITT AV STIFTELSEN SOFIENLUND OG SOFIENLUNDS VENNER

NR. 1 2011 15. ÅRGANG

STIFTELSEN  
**SOFIENLUND**

For rehabilitering av ulykkeskadde  
og kronisk syke

Stiftelsen Sofienlund er en humanitær, ideell organisasjon med det formål å bidra aktivt for å bedre rehabiliteringstilbudet for ulykkeskadde og kronisk syke.

Stiftelsen Sofienlund kunne planlegge og bygge CatoSenteret i Son takket være alle de hundretusener som gjennom mange år har kjøpt Bil Pluss lodd.

Senteret åpnet 4. juni 1998, og kan etter 12 års drift vise til usedvanlig gode resultater, noe som stadig bekreftes av de mange tusen brukerne.

Behovet for rehabilitering utover ordinær sykehusbehandling er mye større enn det CatoSenteret kan klare. Vår målsetting om å støtte rehabilitering i hele landet innebærer at mange opptreningssentre og sykehus har mottatt betydelig støtte fra oss.

**Vi redder liv, men til hvilket liv?**  
Side 2

**Det første steget**  
Side 4

**Sårbehandling på CatoSenteret**  
Side 5

**Den røde tråden**  
Side 6 og 7

**Per Fugelli: Engangsleger**  
Side 8

**Nei til frontkollisjoner**  
Side 10

**Takk til våre loddkjøpere**  
Side 12

## CatoSenteret skal fortsatt være blant landets beste rehabiliteringssentre



**C**atoSenterets nye leder, overlege Finn Berset, har satt seg høye mål. Som en av landets første spesialister innen allmennmedisin og idrettsmedisin, og med 20 års erfaring fra pionervirksomhet fra Midt-Norge, vet han hva han snakker om.

CatoSenteret har fått ny administrerende direktør, Finn Berset.

- Egentlig søkte jeg meg til CatoSenteret for å arbeide "bare" som lege, sier han til redaksjonen. Men nå har jeg sagt ja til lederjobben av nysgjerrighet, og med ønske om å kunne sette meg bedre inn i CatoSenterets historie, oppbygning og ledelse.

- Etter ett år som utøvende lege på senteret er jeg imponert over hva som er oppnådd. Personales kvaliteter er noe av forklaringen til dette, og brukerne skal fortsatt ha vår fulle oppmerksomhet. Ja, et godt samarbeid mellom ansatte og brukere er viktig for å oppnå gode rehabiliteringsresultater. Alliansebygging med brukerne er en forutsetning for å lykkes.

- Jeg er spent på jobben i sjefsstolen, men det skal nok gå bra siden jeg fortsatt skal praktisere som lege, sier konst. adm. dir. Finn Berset. **Les mer side 3**

# Vi redder liv, men til hvilket liv?

I dagens Norge har vi nok ekspertise og utstyr til å redde liv, men er ikke like flinke til å få skadde og syke tilbake til et verdig liv.

Menneskelige ressurser i helsevesenet og landets økonomi kan gi skadde og syke den best mulig medisinske behandlingen. Men etter utskriving fra sykehuset er det mye som svikter. Pasienter med alvorlige skader eller kroniske lidelser, får ikke den etterbehandlingen de trenger for å kunne takle sin nye hverdag.

## For få tilbud om rehabilitering

Alle som trenger øyeblikkelig hjelp haster det med å behandle - ellers kan det få fatale konsekvenser. Det samme synet bør gjelde også rehabilitering. I prinsippet bør ingen tilstander som krever behandling utsettes. Som regel vil det få både medisinske og psykologiske konsekvenser. Ventetiden må derfor reduseres til et minimum. Her er det behov for nytenkning.

## Norge et u-land?

Bare et mindretall får i dag tilbud om rehabilitering.



*Erling Lauritzen*

Ofte er tilbudet kvalitetsmessig ikke tilfredsstillende, for usammenhengende og/eller basert på tilfeldigheter. Resultatet kan bli flere tilbakefall, fler og lengre sykemeldinger, mer uførepensjonering, dårligere livskvalitet og i verste fall - en altfor tidlig død! Summen kan bli tragisk for enkeltmennesker og - dyrt for samfunnet.

## Samhandlingsreformen

Det er de regionale helseforetakene som har fått oppgaven med å fordele økonomiske rammer til opptrenings- og rehabiliteringsplasser. Vi opplever at i den økonomiske situasjonen flere helseforetak er kommet i, blir rehabilitering en salderingspost - et stebarn i det offentlige helsevesen.

Regjeringen Stoltenberg sa i Soria-Moria erklæringen at de skulle sikre rehabilitering og opptrening til alle som trenger det. Ut i annen regjeringsperiode er det på tide at Regjeringen lovfester retten til et slikt tilbud. Vi som er opptatt av helse og rehabilitering venter derfor med spenning på utøvelsen av samhandlingsreformen. Er det nå håp om at reformen kan gi oss en lovfestet rett til rehabilitering?

## CatoSenterets brukerutvalg

Lovgrunnlag, vedtekter og styringsdokument for de regionale helseforetakene og NAV, krever at det etableres gode ordninger for brukermedvirkning på individ og systemnivå. Stiftelsen CatoSenteret har i henhold til Strategiplanen etablert et brukerutvalg.

Brukerutvalget har 5 medlemmer oppnevnt av FFO og SAFO. Utvalget møtes regelmessig og deltar aktivt med innspill og

merknader. Utvalget skal først og fremst fokusere på det som er organisasjonenes oppgave; å fremme brukerne/deltagernes interesser, og konsentrere seg om CatoSenterets kjerneområder - rehabilitering av brukere med komplekse skader og sykdommer, samt tilbakeføring av sykmeldte til yrkeslivet.

Utvalgets medlemmer, foruten CatoSenterets representanter, er:



Sven Erik Blidberg, leder  
*Momentum*



Marianne Espeland  
*Ungdomsgruppen i Kreftforeningen*



Abdurrehman Khan  
*Mental Helse*



Svein Erik Pedersen  
*Landsforeningen for slagrammede*



Silje Ugelstad  
nestleder  
*Landsforeningen for trafikkskadde*



Utgiver:  
Stiftelsen Sofienlund,  
tlf. 64 97 46 05, fax 64 97 46 02

Redaktør:  
Erling Lauritzen  
tlf. 66 78 92 37/920 26 355  
E-post: erlaurit@broadpark.no

Layout:  
One Man Show  
Knut T. Frøyhaug,  
tlf. 66 78 28 26.

Annonser:  
Faktureringservice sør as,  
tlf. 32 24 44 33, fax 32 24 44 34

Trykk:  
Orkla Trykk AS  
Opplag: 10.000

Redaksjonen avsluttet  
7. mars 2011

Postboks 124  
1431 Ås  
Tlf. 64 97 46 05  
Fax 64 97 46 01  
Besøksadresse:  
Myrveien 2, 1430 Ås  
Foretaksnr.: 96 1340195  
Bankgiro: 8380 08 53462  
www.sofienlund.no  
post@sofienlund.no

Stiftelsen Sofienlunds styre:  
Arbeidende styreformann  
Erling Lauritzen  
Daglig leder  
Truls Thv. Falkenberg  
Styremedlem  
Thor Bjørn Lie

Sofienlunds Venner:  
Tlf: 64 97 46 00  
Fax 64 97 46 01  
E-post:  
Foretaksnr.: 976805518  
Bankgiro: 8380 0865509  
Erling Lauritzen  
Tlf. privat 66 78 92 37  
Mobil 920 26 355  
E-post:  
erlaurit@broadpark.no

Gavekonto  
Bankgiro:  
8380 40 09941

Lars Henrik Lauritzsens  
Minnfond  
Bankgiro: 8380 40 09941

# Absolutt engasjement er det eneste som duger, sier CatoSenterets nye leder.

**CatoSenterets nye leder, overlege Finn Berset, har satt seg høye mål. Som en av landets første spesialister innen allmennmedisin og idrettsmedisin, og med 20 års erfaring fra pionervirksomhet fra Midt-Norge, vet han hva han snakker om.**

## Bakgrunn

Overlege Finn Berset startet og var i nær 20 år daglig leder for Medi3 AS - en Ålesundsbasert helsevirksomhet. I 2001 var dette foretaket det første som fikk gjennomslag for privat sykehusdrift i Norge, og det skjedde mer enn 10 år etter den siste konsesjonen, Volvat i Oslo. I 2009 flyttet Finn Berset til Oslo og overtok et helsesenter der, MediPluss.

## MediPluss

MediPluss, sier på sine hjemmesider, at de skal være et positivt tilskudd til den private helsetjenesten. Selskapet hadde en fin utvikling i 2010. Omsetningen ble mer enn doblet fra året før og regnskapet viste balanse. Det er et meget godt resultat etter bare to års drift.

## ... gi liv til årene!

MediPluss' visjon ... gi liv til årene, gir mening til vårt arbeid og trygghet til brukerne, sier Finn Berset, på senterets hjemmeside. Vi ønsker å bidra til et lenger liv gjennom effektivt forebyggende helsearbeid. Dessuten vil vi bidra til tidlig å oppdage og raskt behandle sykdom gjennom samvittighetsfullt arbeid for et best mulig helse-tilbud - basert på vitenskapelig dokumenterte metoder. Det er også viktig å sikre våre brukere best mulig livskvalitet.

## Kunnskap, vennlighet, oppmerksomhet og pålitelighet!

Med kunnskapsrike, vennlige, oppmerkssomme og pålitelige medarbeidere skal våre kunder oppleve det positive i møtet med vårt senter i Nydalen, uttaler styrelederen, som vet hvor viktig service er for brukere av private helsetjenester. Mange har opplevd skuffelser i møtet med helsevesenet - som ikke å ha blitt lyttet til og ikke fått noen pålitelig oppfølging. Du skal ha høye forventninger til møtet med oss - og vi skal gjøre vårt beste for å leve opp til dem.

## Forbedring - en kontinuerlig læringsprosess

Samtidig er vi selvsagt klar over at vi - som alle andre - kan gjøre feil. Da håper vi på at våre kunder gir oss tilbakemelding slik at vi får mulighet til å rette opp igjen feilen og hindre gjentakelser. Bare gjennom systematisk kvalitetssikringsarbeid kan vi stadig bli bedre.

## Gründere

Når Finn Berset forteller om oppstarten og utviklingen av Medi3 og MediPluss, er det som å oppleve forhistorien til Cato-

Senteret om igjen. Som Thor Bjørn Lie så da han planla og bygget senteret, har også Finn Berset sett mangler i helsevesenet. Begge er idealister og har tro på det de ønsker å oppnå. De har arbeidet beinhardt og har taklet tilbakeslag og uforstand - og stadig vært villig til å prøve på noe nytt. I tillegg har både Lie og Berset en spesiell mann å takke for støtte og hjelp - tidligere helseminister Tore Tønne.

## Konstituert

- Jeg har sagt ja til kun seks måneder som adm. direktør, presiserer Finn Berset. - Så vil tiden vise, sier han litt svevende. - Egentlig søkte jeg meg til CatoSenteret for å arbeide "bare" som lege. Nå har jeg sagt ja til lederjobben av nysgjerrighet, og med ønske om å kunne sette meg bedre inn i CatoSenterets historie, oppbygning og ledelse.

## Kvaliteter

- Etter ett år som utøvende lege på senteret er jeg imponert over hva som er oppnådd, sier Berset. Men som leder ønsker jeg å utnytte de ansattes kvaliteter enda bedre - om mulig, og fortsatt styrke deres dugnadsånd. Jeg har allerede registrert et godt mål på senterets kvalitet. Det er mye latter og smil blant både brukere og ansatte. Noe som også har en god behandlingseffekt.

## Samarbeide

- Brukerne skal fortsatt ha vår fulle oppmerksomhet. Tilbakemeldinger fra både brukere og ansatte vil gi et godt samarbeidsklima. Ja, et godt samarbeid mellom ansatte og brukere er viktig for å oppnå gode rehabiliteringsresultater. Alliansbygging med brukerne er en forutsetning for å lykkes.

## Oppgaver

Vi har mange oppgaver som vi ønsker å satse mer på, her under Arbeidsrettet Rehabilitering og Kronisk Tretthetsyndrom (CSF) - spesielt fordi det er få tilbud til barn og unge her i landet. Vi gjennomførte i 2009/2010 et prosjekt med offentlig støtte nettopp for gruppen CSF og kunne vise til svært gode resultater. Fra før av er CatoSenteret godt kjent for sitt arbeid med trafikkskadde (Multitraumer), Ryggmargsskade (RMS) og Slagpasienter.

- Jeg er spent på jobben i sjefstolen, men det skal nok gå fra siden jeg fortsatt skal praktisere som lege, sier konst. adm. dir. Finn Berset til slutt.

*Idrettspedagog Olav Imsen  
hardtrener med en bruker.*

*- Boksetrening er en flott trening for dem som sitter i rullestol. Da får du brukt ulike muskler og styrker både sitemuskulaturen, mage og rygg.*



# NRK sendte en programserie nylig som het Det første steget. En av deltagerne var trafikkskadede Tor Guttormsen.

Et TV-team fulgte Tor Guttormsen gjennom noen måneder, og resultatet ble vist i et program der vi fikk se at han lærte å gå på nytt. I introen skrev NRK:

“Vi blir kjent med Tor som sitter i rullestol etter en motorsykkelulykke, men som håper å kunne gå igjen. Tor vil på bena igjen. Noe som krever sin mann. Vil han en dag kunne parkere rullestolen? Vi følger ham til trainingen på CatoSenteret, hjem til familien – og til garasjen hvor det står en motorsykkel som har sett bedre dager”.

## Feil sted til feil tid.

Om morgenen 14. juli 2009 var Tor Guttormsen på vei til jobben. Han skulle fra Våler i Solør til NAF Trafikksenter i Braskerøidfoss på motorsykel.

Så skjedde det. En bil kjørte fra en sidevei rett ut på hovedveien, uten å respektere vikeplikten. Tor så ikke bilen før det smalt. I 75 km/timen traff han bilen, ble kastet høyt opp i luften og landet på et jorde 20 meter unna. Den unge mannen i bilen ble ikke fysisk skadet, men ble så oppskaket at han ikke klarte å ringe etter ambulans, langt mindre hjelpe Tor.

- Heldigvis kom en venninne kjørende rett etter ulykken, forteller Tor. - Hun hadde tidligere jobbet i ambulansetjenesten og

visste hva som skulle gjøres. Jeg merket at jeg lå i en rar stilling og spurte henne om jeg hadde armene og bena under meg. Da hun svarte nei, skjønnte jeg at noe var alvorlig galt.

## Alvorlig skadet

Tor var hardt kvestet, med indre blødninger, brudd i nakke og rygg, et lår var brukket, begge armene hadde flere bruddskader og bekkenet var knust.

Tors samboer, Eva Britt, fikk telefonisk beskjed om ulykken en time senere. - Da var det mange tanker som raste gjennom hodet, sier hun. Det ble en rar dag. Jeg følte bare kaos.

Da hun besøkte Tor på sykehuset fikk hun et nytt sjokk. Tor lå i respirator, og de mange ledningene som gikk inn i kroppen hans, var det skremmende. Han var ikke til å kjenne igjen. Ansiktet var opphovnet. - Jeg ble nokså redd, sier hun, men legene forklarte at var alvorlige, men det ikke sto om livet.

## Håp

Etter en uke på Ullevål universitetssykehus, og en uke på sykehuset i Elverum, ble Tor overført til Sunnaas sykehus. Der han ble i fem måneder.

På sykehuset i Elverum var det en lege som sa at Tor aldri ville komme ut av rullestolen. - Hun sa jeg ville forbli lam fra livet og ned. Ok, tenkte jeg. Det går det an å leve med. Det er det mange som gjør. Andre har hatt det verre. Det er bare å ta det, sier han.

Men i ambulansen ut til Sunnaas skjedde det noe. Sykepleieren som fulgte transporten, mente hun hadde sett at tærne hans rørte seg. Det ga oss håp. Men ennå torde de ikke helt å tro på det.

- Jeg visste jo ikke hvor alvorlig skadene mine var, og den gangen visste jeg ingenting om komplette og ukomplette brudd, at nerver kan få kontakt selv etter brudd, og at det er vanskelig å vite hvor skadet man egentlig er, forklarer Tor.

## Trening, trening

Tor gikk i gang med opptreningen. Etter seks uker fikk han plutselig tilbake følelsen i venstre bein. Tre dager senere kjente han noe i høyre bein også. - Den dagen glemmer jeg aldri! Det var stort. Ingen var forberedt på det. Følelsene var nokså svake, men jeg kjente det. Plutselig åpnet muligheten seg for at jeg ville kunne gå igjen, sier Tor.

## Veien videre

I dag kan Tor gå, men trenger krykker. - Jeg kan nok gå så langt jeg vil, men jeg går sakte. Så hvis det er snakk om lengre distanser, er det greiest å bruke rullestol. Hjemme og på jobb bruker jeg krykker, forteller han.

- Men det er fortsatt uvisst hvor langt jeg kan komme. Det tar tid å trene opp ubrukt muskler igjen. På seks uker gikk jeg ned 15 kilo, muskulaturen svant hen. Blir jeg ikke helt bra igjen, er målet mitt å kunne gå uten krykker.

- Tors innsats har vært formidabel, sier samboeren. Med et fantastisk pågangsmot bestemte han tidlig at dette skulle han klare. Sjelden har jeg sett ham i dårlig humør. Hans positivitet hjelper veldig oss som er rundt ham. Det hadde blitt fryktelig tungt om han bare hadde satt seg ned.

- Jeg har ikke hatt tid til å være negativ, sier Tor Guttormsen. Når først ulykken var ute, hadde jeg skikkelig flaks. Jeg vil se fremover og komme meg videre. Eva-Britt og ungene er viktige støttespillere, og det gjør at jeg har bestemt meg for at dette skal jeg få til.

## Rehabiliteringen

Tor Guttormsen skryter av sine opphold på Sunnaas sykehus, CatoSenteret, Beitostølen og Rehabiliteringssenteret Nord-Norges Kurbad. Alle hadde forskjellige opplegg og treningsmetoder. Men alle var steder var man innstilt på å få ham opp å stå – og gå, sier han.

## Filosofien bak oppleggene

Nord-Norges Kurbad uttrykker det slik: Moderne forskning indikerer at samspillet mellom nervesystemet og bevegelsesapparatet er mye mer komplekst enn man tidligere har trodd. Mye tyder for eksempel på at kronisk smerte og funksjonsnedsettelse har vidtrekkende, negativ effekt på nervesystemet. Det er derfor viktig å behandle mennesket som et hele for i størst mulig grad å gjenvinne “tapte” funksjoner.

## Nevroplastisitet

Det viser seg også at nervesystemet har langt større evne til å ta i bruk andre områder når et område skades, eksempelvis etter slag. Denne evne til om-disponering og nylæring kalles nevroplastisitet og er et viktig prinsipp som rehabiliteringen vår bygger på.

## Opptrening er ikke begrenset av alder

Det glade budskap er at opptrening av tapte funksjoner ikke synes å være begrenset av alder. Avlastende trening i basseng og treningssal stimulerer og styrker muskler, leddbrusk, hjerte og lunger og har en sentral plass i vårt behandlingsopplegg. Gjennom bruk av nye og moderne behandlingsmetoder kan treningsmengden økes vesentlig uten at det gir overbelastning.

## Det første steget

### KNA Rally Finnskogen 2011

Nå er Tor Guttormsen tilbake på jobb. Den 3. NM runden i rally ble arrangert på Finnskogen 25.-26. februar av KNA Kongsvinger. Arrangøren fikk drahjelp av KNA Solør og Tor Guttormsen var med som funksjonær, forteller løpsleder Stig Rune Kjærnsli. - Tor jobbet på starten av SS 1/5 Sandsjøbekken. En etappe som starter litt øst for Svullrya, på Grue Finnskog. Arrangementet var vellykket med fint vær og stort oppmøte - et flott rally!



Bildet øverst til venstre På ulykkesstedet "Arntsen-krysset" 14. juli 2009.

Øverst til høyre er Vraket av motorsykkelen - Honda VFR 750 F.

Bilde i rekke 2 til venstre Tor i "tårnbygget" på Vålerbanen under en NM runde i bilracing sommeren 2009 rett før ulykken.

Bilde i rekke 2 til Høyre Tor på intensivavdelingen på Elverum sykehus.

Bilde nederst Familiebesøk på Elverum sykehus. Fra venstre datteren Tove, Tor, sønnen Erlend, datteren Helene og samboer Eva Britt.



**CatoSenteret har mange dyktige ansatte. En av dem er Dee Berg, amerikansk sykepleier, utdannet ved Bethania school of nursing in Wichita Falls, Texas, USA.**

Dee Berg har vært ansatt på CatoSenteret siden mars 1999. I de siste årene har hun arbeidet spesielt med sårbehandling, og vært aktiv med veiledning, undervisning om sårbehandling og dokumentasjon av sår. Det både for kollegaer internt og for ansatte ved andre institusjoner.

Nå samarbeider hun tett med Patricia Merckoll, britisk lege og antropolog. Utdannet ved Royal Free and University College School of Medicine, London 2002 og University of Cambridge 1993. Hun har spesiell interesse for sårbehandling, og er under spesialisering i medisinsk mikrobiologi ved Oslo Universitetssykehus, Ullevål.

**Skiftestuen**

På skiftestuen treffer vi en entusiastisk dame som i rasende fart forteller oss om tradisjonell sårbehandling i norske sykehus. - Sårbehandling har aldri vært høyt prioritert i helsevesenet, sier hun. - Enda det kan være et virkelig stort problem. Mens noen sår gror ukomplisert, kan andre sår bli kroniske, og slike sår kan påføre pasienten uønskede lidelser ved at rehabiliteringsforløpet forlenges. Det igjen - betyr store ekstra omkostninger for samfunnet.

**Honning**

Dee Berg viser oss bilder av folk med både små og store sår. Noen av dem er riktig ekle å se på. Stor blir derfor vår forbau-

selse når hun plutselig sier:

- Jeg har fått dilla på sår - og jeg elsker jobben!

Uttalelsen blir litt lettere å forstå når hun forteller om sitt interessante arbeide. Som eksempel nevner hun en mann i 50-årene som kom til CatoSenteret. Han hadde en Acticoat sølvbandasje på et sår på amputasjonsstump. På spørsmål fra Dee Berg fortalte han at ingen hadde sett på såret hans i løpet av de siste seks ukene! I overføringsdokumentene hans fant man heller ingen dokumentasjon - verken om såret eller sårprosedyre.

I følge pasienten hadde ikke såret vist noen bedring i de siste seks ukene. Jeg fjernet derfor Acticoat. Under bandasjen fant jeg en illeluktende, tykk gul nekrose. Sårprosedyren ble nå endret fra Acticoat til Manukahonning. Manukahonning er antibakteriell og bra fra debridingsprosess til modningsfase.

Jeg foretok sårskift en gang om dagen ved å smøre tykt på med

Manukahonningen. Sårprosedyren og dokumentasjon for denne pasienten er vist som eksempel på de neste sidene.

På CatoSenteret har vi utarbeidet et oversiktlig sårbehandlingssystem. Alle sår blir dokumentert ved ankomst, og dokumentasjonen blir oppdatert en gang i uken med bilde. Ut fra observasjoner og vurderinger blir det laget en beskrivende sårprosedyre.

Ved avreise, sendes en rapport av sårbehandling som en del av overføringsdokumentene. Avreiserapporten inneholder dokumentasjon av sårbehandling under oppholdet, beskrivende sårprosedyre med bilder og anbefalinger for videre oppfølging.

**Manukahonning**

Vår erfaring er at Manukahonning er et godt valg i alle sårbehandlingsfaser, fra debridering uten kirurgisk inngrep, gjennom granulasjonsfasen og frem til modningsfasen.

# Sårbehandling på CatoSenteret



Sykepleier Dee Berg viser oss dokumentasjon på riktig sårbehandling.



FOTO: HANNE MEDGÅRD

Manukahonning produseres av bier som besøker *Leptospermum species*-busker på New Zealand og i Australia. Honning for sårbehandling blir ultrafiltrert og gammabestrålt. Dette gjør den steril uten å ødelegge enzymene.

Manukahonning har en sterk bakteriedrepende effekt og bakteriene klarer ikke å utvikle resistens mot honning. Dette er sannsynligvis fordi det finnes så mange forskjellige bakteriedrepende substanser. I tillegg støtter honningen helingsprosessen av ny hud og celler og ved å gi et fuktig sårmiljø, samt kan virke smertestillende og fjerne vond lukt.

**Best på sår**

Dee Berg og direktør Finn Berset er enige om at CatoSenteret skal bli best på sårbehandling,

**S**årbehandling har tradisjonelt ikke vært høyt prioritert i helsevesenet. Noen sår gror sukomplisert og uten spesielt mye oppfølging, mens andre sår blir kroniske etter et kirurgisk inngrep, traume eller sykdom. Slike sår kan påføre pasienten unødvendige lidelser og medføre en høy kostnad for samfunnet ved å forlenge et rehabiliteringsforløp, dersom optimal fysisk trening ikke er mulig på grunn av et åpent sår.

Av Dee Berg  
og Patricia Merckoll

## Den røde tråden

### Kompetanse, kvalitet og kontinuitet

Pasienter med kroniske sår sirkulerer ofte mellom sykehus, allmennleger, hjemmesykepleiere og sykehjem uten at det blir kontinuitet i sårbehandlingen. Mange pasienter opplever at de selv må styre samhandlingen mellom de ulike behandlerne. Kvaliteten på sårbehandlingen, dokumentasjonsmetoder og overføringsrutiner mellom de ulike nivåene bør både prioriteres og forbedres - samhandlingen bør altså bedres.

Behandlingslinjer kan defineres som strukturerte, tverrfaglige behandlingsplaner som spesifiserer viktige trinn i behandlingen av pasienter med definerte kliniske problemer. Bruk av behandlingslinjer i sykehus kan føre til færre komplikasjoner

og bedre dokumentasjon av behandlingen. Dette fremgår av en forsk Cochrane-oversikt.

Behandlingslinjer for å standardisere sårbehandling og dokumentasjon av sår vil øke kompetansen, kvaliteten og kontinuiteten i sårbehandlingen til beste for pasienten og samfunnet.

Vi har ikke råd til å ignorere sårbehandling i de neste tiårene. Det er forventet en økning i kroniske sår på grunn av "eldrebølgen" og økning av fedme og diabetes. Kroniske sår har blitt beskrevet som en "stille epidemi" og kan være svært ressurskrevende og gi store kostnader for både pasienten og samfunnet hvis ikke riktig behandling brukes til riktig tid.

Kroniske sår fører til enorme fysiske og psykiske lidelser, med smerte, redusert mobilitet og sosial isolasjon. En kompliserende faktor er den forventede økningen i antibiotikaresistente bakterier. Bakterier koloniserer sår og hindrer tilhelingsprosessen. Infiserte sår gir økt risiko for invasiv infeksjon. Vi kan ikke la overtalende markedsføring av produkter eller gamle vaner bestemme hvordan vi behandler sår.

Evidensbasert praksis som kan dokumenteres må være bakgrunn for valg av sårbehandlingsprodukter og behandlingsmetoder. Et eksempel er grønnåpebad. Det finnes ingen dokumentert forskning på at dette er bra for sårtilheling, men det brukes fortsatt av mange. Det finnes også mye forskning på at sølv ikke passer til mange sår, og at det faktisk kan skade nytt granulasjonsvev i granulasjons- og modningsfasene av sårtilhelingen. Vi må være trygge på de metodene og preparatene vi bruker og hvorfor vi bruker dem.

Med andre ord: Riktig behandling til rett tid.

Vi må se på gamle metoder for sårbehandling, som honning og larveterapi, og gjennomføre forskning av høy kvalitet for å finne de beste metodene for å forbedre pasientbehandlingen samt redusere antibiotikabruk. Vi mener Norge har ressurser og kunnskap for å utarbeide en

internasjonal standard for sårbehandling.

Informasjon om pasienten, vurderinger som er gjort og konkrete råd som er gitt blir lett værende hos den enkelte ansatte som er ansvarlig for sårbehandling hvis det ikke blir dokumentert og formidlet til neste ledd i behandlingsskjeden.

Kompetanseoverføring og viderefremming av informasjon i et ofte langvarig sårhelingsforløp kan hjelpe både tverrfaglig behandlingsteam og pasienter raskere frem til målet - et tilhelet sår - ved bruk av en standardisert sårbehandlingsrapport.

### Sårbehandlingsrapport

På CatoSenteret har vi utarbeidet et oversiktlig sårbehandlingssystem som vi vil vise her. Alle sår blir dokumentert ved ankomst, og dokumentasjonen blir oppdatert en gang i uken med bilde. Ut fra observasjoner og vurderinger gjort av "såransvarlig" eller primærkontakt blir det laget en beskrivende sårprosedyre med bilder. Ved avreise, sendes en rapport av sårbehandlingen som en del av overføringsdokumentene. Avreiserapporten inneholder dokumentasjon av sårbehandlingen under oppholdet, beskrivende sårprosedyre med bilder og anbefalinger for videre oppfølging. Selv om prosedyren er utviklet ved et rehabiliteringssenter, kan den uten store endringer taes i bruk av alle instanser som jobber med pasienter med sår.

## Dokumentasjon av sårbehandling

Navn:	James Bond
Fødselsdato	007
Ankomst dato	Uke 1 2010
Avreise dato	Uke 4 2010
Sårdiagnose:	Operasjonssår etter amputasjon.
Sårets plassering	Over venstre kne
Hvor gammel er såret?	6 uker
Behandling ved ankomst:	Acticoat sølvbandasje
Sårbehandlingsansvarlig:	Dee Berg

### Observasjoner ved ankomst:

Under en skumbandasje fant jeg en Acticoat bandasje over såret (figur1). Den har vært der i flere uker, uten å ha blitt skiftet eller sett på i følge pasienten. Det var ingen sår dokumentasjon eller sårprosedyre i overføringsdokumentene til CatoSenteret. Jeg fjernet Acticoat og fant en tykk gul, fettlignende nekrose under Acticoat (figur2). Nekrosen var festet til både sår bunnen og sårkanten. Såret var illeluktende, men det var ingen tegn til infeksjon og det var ingen sår væske.

### Mål ved sårbehandling:

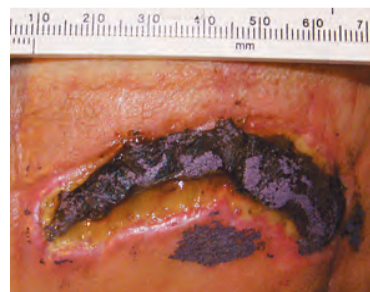
Fjerne gul nekrose for å sette i gang sårheling igjen, slik at pasienten kan få best mulig utbytte av rehabiliteringsoppholdet.

### Tiltak:

Vi endret sårprosedyren fra første dag - fra Acticoat til Manukahonning. Manukahonning er antibakteriell og bra fra debridingsprosess (inflammasjonsfase) til modningsfase. Sårskift en gang om dagen.

Smør på et tykt lag med Manukahonning på såret. Legg en Aquacel over for å holde på fuktighet. Dekk med en Mepore. Ta bort løst vev ved sårskift hvis nødvendig. Dette er viktig så lenge såret er i opprensingsfase, men skal ikke gjøres i granulasjonsfase.

I granulasjons- og modningsfase skal ikke såret vaskes. Bare ta av gammel bandasje, og ta på ny med en gang.



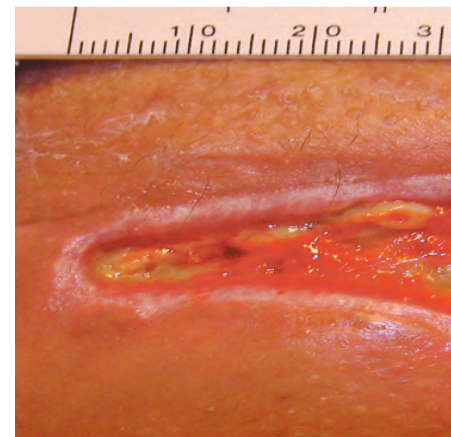
Figur 1



Figur 2



Figur 3



Figur 4



Sykepleier Dee Berg tar en "pust i bakken" på CatoSenterets skiftestue.

### Kasuistikk

Da pasienten kom til CatoSenteret, hadde ingen sett på såret de siste 6 ukene i følge pasienten. Det var ingen dokumentasjon om såret eller sårprosedyre i overføringsdokumentene. Erfaringen vår viser at dette ikke er uvanlig. Dette er i tråd med data publisert fra Danmark, der en studie fant at 58 % av trykksår ikke ble nevnt i pasientjournalen eller pleierapporten.

Vi endret sårprosedyren for denne pasienten fra Acticoat sølvbandasje til Manukahonning fordi såret, i følge pasienten, ikke hadde vist bedring de siste 6 ukene. Sårprosedyren og dokumentasjon for denne pasienten er vist som eksempel på neste side.

### Manukahonning

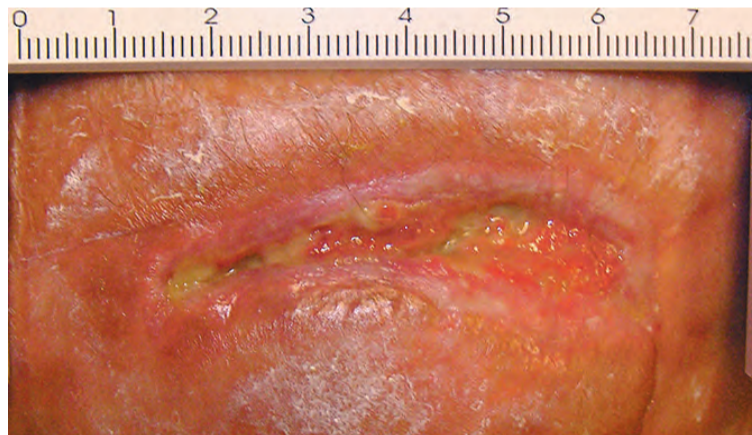
Vår erfaring er at Manukahonning er et godt valg i alle sårbehandlingsfaser, fra debridement uten kirurgisk inngrep, gjennom granulasjonsfasen og frem til modningsfasen, for å minske dannelse av arrvev.

Manukahonning er produsert i Australia og New Zealand, av bier som besøker *Leptospermum species* busker (*Leptospermum scoparium*). Honning for sårbehandling er ultra-filtrert og gammabestrålt for å gjøre den steril uten å ødelegge enzymer. Manukahonning har en sterk bakteriedrepende effekt og bakteriene klarer ikke å utvikle resistens mot honning.

Dette er sannsynligvis fordi det finnes så mange forskjellige bakteriedrepende substanser i honning - metylglyoxal, hydrogen peroxide, flavonoider (antioksidanter fra planten), sukker (som øker den osmotiske trykkgradienten), syrlig pH og kalium. I tillegg, støtter honning helingsprosessen ved å stimulere proliferasjon av nye hudceller og ved å gi et fuktig sårmiljø. Honning fjerner vondt lukt og virker ofte smertelindrende. Ettersom såret blir rensset, reduseres også væsingen.

Vi har funnet at rene honningprodukter er mer effektive og gir mindre smerter i bruk enn honningsalven som er på markedet.

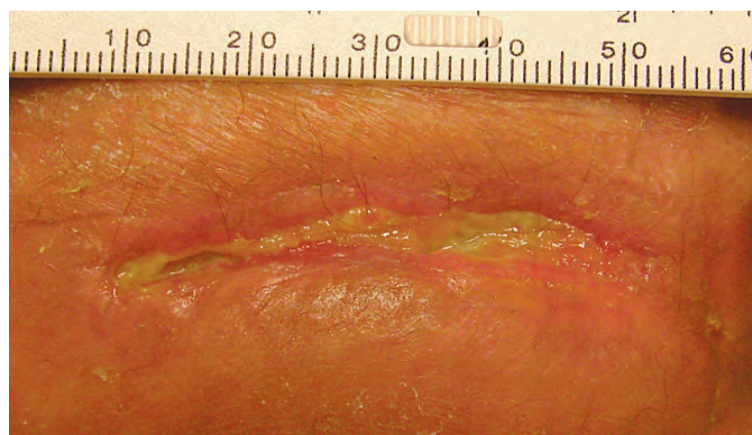
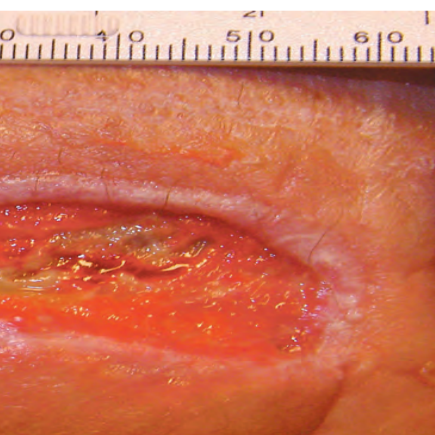
Email: [dee-berg@online.no](mailto:dee-berg@online.no)



Figur 5



Figur 7



Figur 6



Figur 8

**Rengjøringsfase (inflammasjonsfasen) uke 1, figur 3**  
Debridement av såret begynner. Sårkantene begynner å blø når gul nekrose løsner fra såret.

**Nydannelsesfase (granulasjonsfasen) uke 2, figur 4**  
Såret er rødt og friskt. Det ses friskt granulasjonsvev og epitelialisering av sårkantene.

**Modningsfase (arrdannelsefasen) uke 3 og 4, figur 5 og 6**

**Observasjoner under opphold**  
Såret er nesten grodd uten komplikasjoner eller antibiotika under behandling. Se figur 7.

**Behandling avreise: Se figur 8**  
Videre oppfølging  
Pasienten skal skifte såret selv og tar kontakt med fastlegen ved behov.

**D**et er umulig å være god lege for en alvorlig syk som du ikke kjenner, skriver Per Fugelli, og det bør innføres en fastlegeordning for alvorlig syke pasienter i sykehuset. Jeg møtte i løpet av min sykdom 37 leger, de fleste bare én, noen to, ytterst få tre ganger. Ingen konsultasjon varte i mer enn seks minutter.

#### Rettferdig helsetjeneste

I 2009 og 2010 var jeg alvorlig kreftsyk og i nærkontakt med tre sykehus. Jeg gjennomgikk to større operasjoner og en syv måneders cellegiftbehandling. På min attest til helsetjenesten står det først og fremst: Hipp hurra! Av to grunner:

Jeg så på nært hold at vi har en rettferdig helsetjeneste. Den gjør ikke forskjell på fattig og rik, ung og gammel, etnisk norsk og innvandrere. God helse er menneskets høyeste livsønske. Vi har bestemt oss for at muligheten for å bli frisk skal vi dele på i Norge. Folk får verdighet av å oppleve at helsetjenesten ikke gjør forskjell på professor og hattemaker.

#### Flinke fagfolk

Jeg møtte også en helsetjeneste med flinke fagfolk. Helsetjenesten består av 220.000 hjelpepleiere, kirurger, infeksjonsmedisinere, ortopediingeniører, audiologer, onkologer, radiologer, kreftsykepleiere, fysioterapeuter og 28 andre spesialiserte profesjoner. De kan sine fag. Hver og en av dem forvalter kunnskaper og ferdigheter bygget tålmodig gjennom forskning og selvkritisk praksis. Jeg følte meg hele tiden i kyndige hender.

men et ondt ord vil jeg si om en profesjonell kultur som setter tingliggjøring av pasienten i konsekvent system. Den personlige legen er død i norske sykehus.

#### Ingen kontinuitet

Her er null kontinuitet som kan bygge et pasient-lege-forhold over tid, preget av trygghet, nærhet og åpenhet. I stedet møtet du en stim av engangsleger som bare innbyr til fjernkontakt. De kjenner deg ikke, heller ikke sykdommen din annet enn i glimt. Du blir etterlatt i en Kafka-aktig uro. Du føler deg som et fremmedlegeme i verden.

En konsultasjon hos engangslegen på sykehuset arter seg som regel slik: Håndhilse. Sjekklister spørsmål: Hvordan går det med: kvalmen? diaré? matlyst? prikninger i fingre og tær? slimhinnes tilstand?

Så et kort referat av laboratoriefunnene, de hvite blodlegemers tall, blodplatenes fall, nyrenes tålmodighet og leverens rop om mindre cellegift nå! Når denne grammofonplate med hakk i som jeg har hørt syv ganger før, er slutt, spør engangslegen: Er det noe mer?

liv? En lege jeg ikke kjenner og som ikke kjenner meg.

En fastlegeordning for alvorlig syke i sykehus vil gi mange fordeler. Pasienten får nytte godt av legemidlene trygghet og tillit. Det øker livskvaliteten som syk, men kan også fremme helbredelsen. Legen vil få gjenopp-livet sin rolle som menneskebehandler. Det gir ny mening og tenning til legelivet.

#### Den vanskelige samtalen

Et personlig lege-pasientforhold vil gjøre det lettere for den syke å komme frem med indre demoner som alltid følger alvorlig sykdom og kommende død. Fastlegen vil også ha mer mot til å gjennomføre «Den vanskelige samtalen» når medisinske verk-tøykasse er tom og livet går mot The End.

Engangslegene unngår gjerne den ærlige meldingen om at nå bør pasient og pårørende gjøre seg klare for siste akt. Følgen av denne mangel på åpenhet kan bli rutinemessig videreføring av medisinske tiltak som bare forlenger dødsprosessen. En annen konsekvens kan bli at pasient og pårørende går inn i en desperat jakt på medisinske undere, som ikke finnes. Siste del av livet kan bli en stressende dans hvor falske forventninger og brutte håp forfølger hverandre.

Faren for feil og rot vil bli mindre med en fastlegeordning. Mange leger, mye søl – er en

sine krav. Det er fortsatt en uavne for underdanighet i pasientrollen. Helsetjenesten blir ikke bedre av tause pasienter som lider i stillhet. Alvorlig syke og deres pårørende bør heve stemmen og forlange det de lengter etter: En fastlege i sykehuset. En hovedoppgave for Den norske legeforening er å forvalte tilliten mellom befolkningen og legene. Den fragmenterte og upersonlige legetjenesten i sykehusene bryter ned tillit. Derfor bør Legeforeningen gi sine medlemmer og tillitsvalgte ordre om å arbeide for fastlege for alvorlig syke.

Helseforetakene har ansvar for å forebygge feil, unngå rot og øke effektiviteten i sykehusene. Derfor bør helseforetakene organisere fastlegeordning for alvorlig syke.

Staten helsetilsyn skal påse at sykehusene driver «forsvarlig». Det er ikke forsvarlig, hverken moralsk, medisinsk eller sikkerhetsmessig å la alvorlig syke pasienter møte en stim med engangsleger. Derfor bør Statens helsetilsyn innføre kontinuitet i lege-pasientforholdet som et forsvarlighetskriterium.

#### Helbrede og lindre

Universitetene må legge større vekt på legestudiet som et medisinsk-humanistisk dannelsesprosjekt. Det er ikke sykdommen, som et fremmedlegeme i kroppen som er legens oppdrag. Legens oppgave er å helbrede, lindre og trøste det mennesket sykdommen bor i.

Jeg anklager ikke engangslegene for annet enn at de lydig har gått inn i et system som ødelegger legeidealet. Det er umulig å være god lege for en alvorlig syk som du ikke kjenner. Legetjenesten for alvorlig syke må organiseres med kontinuitet som styrende prinsipp. Pasienten må stort sett få møte samme lege gjennom sykdomsforløpet. Bare slik kan de to bygge gjensidig kjennskap, åpenhet, tillit og trygghet.

*Kronikk i Aftenposten trykket med tillatelse fra Per Fugelli.*

## Engangsleger

Av Per Fugelli, professor i sosialmedisin, Universitetet i Oslo



I kor sa jeg og mine medpasienter i cellegiftstolen og sengen ved siden av: Heldige er vi som får hjelp av verdens kanskje beste helsetjeneste. Men vi var også enige om at her er forbedringsmuligheter, størst blant dem: Å innføre en fastlegeordning for alvorlig syke pasienter i sykehuset.

Jeg møtte i løpet av min sykdom 37 leger, de fleste bare én, noen to, ytterst få tre ganger. Ingen konsultasjon varte i mer enn seks minutter. Ikke et ondt ord om en eneste av disse legene,

#### Kjenner meg ikke

Ære være ham, hans enfoldighet og mulige snillhet. Det er ti tonn mer, men det kan aldri være «noe mer» i denne situasjonen. Jeg har skrevet boken Døden, skal vi danse? om dette «noe mer», om hvordan det å bli livstruende syk angriper selvbildet ditt, om hvordan mulig død ryster sjelen og kjærligheten til dine, om hvordan rot og feil i helsetjenesten gjør deg redd. Hvilken mening kan det være i å legge ett gram av dette «noe mer» frem for en lege jeg vil se én gang, i seks minutter av mitt

erfaring vi kan lære fra kokkefaget.

Fastleger vil øke effektiviteten i sykehuset. Engangslegene må sette seg inn i pasientens sykehistorie, laboratoriefunn og behandlingsplaner fra nullpunktet, hver gang. Fastlegen lagrer kunnskap om pasienten og slipper å begynne hvert møte med blanke ark.

#### Gode krefter

For å få til en fastlegeordning i sykehusene må mange gode krefter arbeide på lag. Pasientene må bli modigere i å fremme



Samtidig beklager hun også Per Fugellis opplevelser på norske sykehus.

- Sykehusene må sørge for at pasienten slipper å møte mange leger når de er alvorlig syke. Fugellis budskap er mer verd enn

mange høringsuttalelser. Som kreftpasient og lege har han spesiell god innsikt i det han skriver om, uttaler statsråden. Det kan være en stor belastning for dem som er langvarig og alvorlig syke å måtte forholde seg til flere forskjellige leger.

keste som har størst behov for dette. Derfor varsler hun endringer.

Statsråden forteller at det er foreslått at denne koordinatoren ikke nødvendigvis må være en lege, men også kan være fysioterapeut eller sykepleier.

- Men det naturlige er nok at dette bør være en lege, sier hun.

#### Fallitterklæring

Storingsrepresentant Laila Dávøy reagerer kraftig på statsrådets uttalelser. Hun synes det er en fallitterklæring dersom dagens ordning med pasientansvarlig lege tas bort.

- I mange sammenhenger og debatter har ordningen vært nevnt som svært viktig for pasientene. Det vi bør få vite, er hvorfor den ikke fungerer, og hva som kan gjøres annerledes for at pasienter skal oppleve trygghet og kontinuitet i behandlingen.

*Dette er nok et eksempel på at vårt sykehussystem kommer til kort når det gjelder logistikk til beste for pasientene,* sier Dávøy. Hun mener pasienten har et selvsagt behov for å bli fulgt sammenhengende av én person.

- Dersom ikke legene kan gjøre dette, noe jeg betviler, kan ordningen gjennomføres ved at hver pasient i sykehuset får en ansvarlig sykepleier. Det må være et ledelsesansvar å få dette gjort, når pasienter så sterkt trenger det, sier hun.

#### Innskjerping av regelen

At ikke sykehusene har bedre oppfølging er tragisk. For pasienter har hatt rett til én pasientansvarlig lege i mer enn ti år! Nå sier statsråden at hun vil innskjerpe overfor samtlige helseforetak at alvorlig syke pasienter får denne retten.

- Det er åpenbart at dette ikke fungerer mange steder til tross for at det er nedfelt i lovverket. Det er gjerne de nære ting vi ikke lykkes med på sykehusene, sier hun. Det er alvorlig at mange sykehus har neglisjert dette. Legene må se at dette er deres oppgave, og at de må ta det på alvor, samtidig at det også er et ledelses- og organisatorisk ansvar.

#### Pasientkoordinator

Anne-Grete Strøm-Erichsen sier at Helse- og omsorgsdepartementet nå vurderer å etablere en pasientkoordinator som skal følge alvorlig syke pasienter, slik at de har én person de kan henvende seg på sykehuset.

- I dag har alle pasienter, fra blindtarmpasienter til alvorlige kreftsyke, samme rett. Statsråden mener at det er de sy-

# Pasientene skal slippe mange leger

**E**tter Per Fugellis knallgode kronikk i Aftenposten, rykker helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen ut og sier hun "vil vurdere en ny ordning for å sikre at de aller sykeste slipper å møte 37 leger, slik Per Fugelli gjorde".



**H**else- og omsorgsministeren har oppnevnt nytt nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten. - Jeg har nå valgt å utvide rådets mandat slik at det også omfatter omsorgstjenestene, sier Anne-Grete Strøm-Erichsen.

## Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helse- og omsorgstjenesten

- Det nye mandatet vektlegger også folkehelse og forebygging i sterkere grad sett i sammenheng med oppfølging av samhandlingsreformen, sier Strøm-Erichsen. - Jeg ønsker at alle skal kunne fremme forslag til saker som rådet bør drøfte, og at rådet legger stor vekt på åpne høringsmøter.

Det nye rådet består av 15 kvinner og 10 menn, og skal ledes av helsedirektør Bjørn-Inge Larsen. Direktør Geir Stene-Larsen i Folkehelseinstituttet blir ny nestleder. Rådets medlemmer oppnevnes for en periode på fire år.

Rådets 25 medlemmer representerer lederne av den sentrale helseforvaltning, lederne av de regionale helseforetakene, Kreftregisteret, Statens legemiddelkontroll, NAKMI, ledere innen kommunehelsetjenesten og KS, ledere innen universitets- og høyskolesektoren, ledere av brukerorganisasjoner,

samt medlemmer med særlig kompetanse innen helseøkonomi, pleie- og omsorgsforskning og innvandrerhelse.

Nasjonalt råd for kvalitet og prioritering i helsetjenesten var en nyskaping da rådet ble oppnevnt for første gang i 2007. En evaluering viser at rådets anbefalinger er i stor grad blitt fulgt opp i helsetjenesten.

### Mandat og medlemmer

Medlemmer i perioden 1. januar 2011 – 31. desember 2014:

Leder Bjørn-Inge Larsen, direktør, Helsedirektoratet  
Nestleder Geir Stene-Larsen, direktør, Folkehelseinstituttet, ny  
Liv Arum, generalsekretær, Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO)  
Anne Lise Ryel, generalsekretær, Kreftforeningen  
Randi Talseth, generalsekretær, Voksne for barn  
Lars Ødegård, generalsekretær, Norges Handikapforbund  
Bente Mikkelsen, administrerende direktør, Helse Sør-Øst RHF  
Gunnar Bovim, administrerende direktør, Helse Midt-Norge RHF  
Lars H. Vorland, administrerende direktør, Helse Nord RHF  
Baard-Christian Schem, fagdirektør, Helse Vest RHF, ny  
Gro Ramsten Wesenberg, direktør, Statens Legemiddelverk  
Cecilie Daae, divisjonsdirektør, Helsedirektoratet, ny  
Giske Ursin, direktør, Kreftregisteret, ny  
Nadia Ansar, psykolog, ny  
Direktør Bernadette Kumar, direktør NAKMI, ny  
Bjarne Robberstad, førsteamanuensis, Institutt for samfunnsmedisinske fag  
Universitetet i Bergen, ny  
Wenche Malmedal, høgskolelektor, Høgskolen i Sør-Trøndelag, ny  
Karen Kaasa, kommunaldirektør Nøtterøy kommune  
Finn Strand, kommunaldirektør Bergen kommune  
Gudrun Haabeth Grindaker, direktør KS  
Anette Fosse, fastlege Mo i Rana  
Anna Welle, rådmann Saltdal kommune, ny  
Vegard Vige, kommuneoverlege Kristiansand, ny  
Lene Bakke, nettverkskoordinator for UH-nett Vest  
Frode Vartdal, dekan, Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, ny

**N**å meldes det at nye Europa-veistrekninger med 80 km/t skal bygges, men uten midtdelelere. Dette viser at myndighetene ikke tar sikkerheten alvorlig.

Regjeringen og Stortingets visjon er et transportsystem på vei uten tap av liv. Likevel har Stortinget nå godkjent bygging av nye europaveier uten midtdelelere. Samferdselsminister Magnhild Meltveit Kleppas begrunner dette med nåværende Nasjonal trafikkplan (NTP) som har en grense på 8000 ÅDT\*. En trafikkplan som hennes egen regjering har vært med på å vedta!

#### Ansvarsfraskrivelse

Nei til Frontkollisjoner reagerer sterkt på en slik ansvarsfraskrivelse. Det er grovt å unnskyldes seg med at grensen for å etablere midtrekkverk/møtefri vei er satt til 8000 ÅDT\*, og er å finne i en "håndbok", når man selv har vært med på å bestemme og vedta denne grensen.

referansegruppen til ny NTP, og de satt også i referansegruppen til nåværende NTP 2010-2019.

De foreslo ved en rekke anledninger, senest i høringen hos Stortingets Transport- og kommunikasjonskomite, at denne grensen burde settes til 4000 ÅDT\*. Det er den samme grensen som de har i Sverige. Men nåværende regjering - ved daværende samferdselsminister Liv Signe Navarseter - valgte å overse dette.

#### Sinusfresing som standard

NRK Vestlandet meldte nylig at Statens vegvesen ønsker å bruke sinusfresing/midtmarkering som standard på høytrafikkerte stamveier. Veier som i dag ikke har fysisk midtsikring.

sjåfører på vei over i motsatt kjørebane. Dette kan ifølge Vegvesenet redusere antall ulykker med opptil 40 %.

- Jeg blir kraftig provosert, hvis dette blir brukt som en varig løsning for å spare penger. Vi har helt siden 2004, fra to Sintef-rapporter, hatt kunnskapen om at møtefri veier - som er sikret med fysiske sikkerhetsbarrierer mellom kjøretningene - reduserer antall omkomne med 80 % og meget hardt/hardt skadde med 45 %, sier Geirr Tangstad-Holdal.

-Vi kan ikke lenger fortsette å tillate en annen sikkerhetstenkning på veien enn ellers i samfunnet. Når vi vet at kjøreforholdene i Norge, spesielt på vinterstid, består av snø- og isdekke, så hjelper ikke disse sinusrillene mye. På E39 på Stord, har det vært mange stygge frontkollisjoner med omkomne og hardt skadde som resultatet, bare det siste året.

- Regjeringen med Senterpartiet i spissen har valgt å rette spesiell oppmerksomhet rundt rasikring av stamvegen E39, da burde de også evne og se farene på stamveien. Det holder ikke å rette fokus bare opp langs fjell-

sidene når man er ute og kjører. Man må også se framover på veien, der hvor ulykkene faktisk skjer, med omkomne og hardt skadde som resultatet, sier Tangstad-Holdal.

- Storting og Regjering er nødt til å begynne å planlegge arbeidet med sikringen av veiene på en helhetlig måte og se hele veistrekninger under ett. Vi vet fra andre prosjekter på vei og bane at det blir mye dyrere og tar lengre tid ved å bygge ut veiene stykkevis. Det må bli helt naturlig å se på utformingen av hele veimiljøet når det settes i gang med sikringsarbeid, og da tenker vi på veimiljøet både på og utenfor selve veibanen.

Vi har kunnskapen, teknologien og ressursene som skal til. Nullvisjonen på veien må bli mer enn bare pene ord, til bruk i festtaler og andre anledninger.

*\*Årsdøgntrafikk - forkortet ÅDT - er i prinsippet summen av antall kjøretøy som passerer et punkt på en veistrekning i året dividert på årets dager.*

# Sikkerheten på veiene tas ikke alvorlig

#### Lavere ÅDT-grense

Nei til Frontkollisjoners daglig leder, Geirr Tangstad-Holdal og styrets nestleder, høyesterettsadvokat Gunnar Grette sitter i

Det er snakk om såkalt «sinusrille», en 50 cm bred skillelinje med riller i asfalten som skal vekke trette og ukonsentrerte



FOTO: LIS MERETHE HOMDAL

# Nei til frontkollisjoner

Nei til frontkollisjoner arbeider aktivt for midtdelelere, og har gjennomført flere aksjoner for å sette fokuset på dette. Bildet over er fra et protesttog, bestående av etterlatte og sympatisører, fra hele landet, som gikk gjennom Oslos gater i september 2008.

I spissen for toget gikk (f.v.) sivilingeniør Trygve Præstund, høyesterettsadvokat Gunnar Grette, biskop Tor B. Jørgensen fra. Bak ser vi bl.a. Erling Lauritzen, viss yngste sønn ble trafikkdrept i 1978 – bare 14 år gammel. (Bildet)

Midtrekkverk langs våre mest utsatte veier ville redusert antall tragedier i stor grad. For midtrekkverk gjør jobben døgnet rundt, og vil redusere feil eller bevisste handlinger hos sjåførene. Midtrekkverk vil dermed også redusere sykehusøkene. Det er ikke noe vi finner på, men den klare tale fra fageksperter i Vegdirektoratet.

For dem som blir rammet, kan trafikkulykker være en katastrofe. Likevel godtar Regjeringen at 150 mennesker blir drept og flere tusen skadd i frontkollisjoner på norske veier uten midtde-





























ler hvert eneste år. Og ulykkene berører så mange. Våre drepte og skadde medmennesker, har minst 100.000 pårørende - som alle berøres!

Da blir det umoralsk når regjeringens nåværende plan for 2010-2019 godtar at minst 1.500 dør, og mer enn 200.000 skades i frontkollisjoner på norske veier i planperioden.

Sikkerhet på veien handler ikke lenger om statsministerens ansvarsbevissthet, finansministerens handlingsregel eller vegvesenets budsjett. Det handler om

at politikerne, som vi har gitt et ansvar, ikke gjør nok for å hindre trafikkdrap og lemlestelser!

**Burde vi anmelde fagstatsråden og veimyndighetene for delaktighet i drap på veien?**

 <b>Lunner kommune</b> www.lunner.kommune.no	 <b>Herøy kommune</b> www.heroy.kommune.no	 <b>Rissa kommune</b> www.rissa.kommune.no	 <b>Nesodden kommune</b> www.nesodden.kommune.no	 <b>Ringebu kommune</b> www.ringebu.kommune.no	 <b>Karmøy kommune</b> Teknisk etat www.karmoy.kommune.no	 <b>Ålesund kommune</b> www.alesund.kommune.no	 <b>Sarpsborg kommune</b> www.sarpsborg.kommune.no
 <b>Nord-Fron kommune</b> www.nord-fron.kommune.no	 <b>Neset kommune</b> www.neset.kommune.no	 <b>Høylandet kommune</b> www.hoylandet.kommune.no	 <b>Lunner kommune</b> www.lunner.kommune.no	 <b>Austrheim</b> www.austrheim.kommune.no	 <b>Kristiansund kommune</b> www.kristiansund.kommune.no	 <b>Sola kommune</b> www.sola.kommune.no	 <b>Iveland kommune</b> www.iveland.kommune.no
 <b>Drammen kommune</b> www.drammen.kommune.no	 <b>Hamar kommune</b> www.hamar.kommune.no	 <b>Re kommune</b> www.re.kommune.no	 <b>Stryn kommune</b> www.stryn.kommune.no	 <b>Vefsn kommune</b> www.vefsn.kommune.no	 <b>Gjøvik kommune</b> www.gjovik.kommune.no	 <b>Sortland kommune</b> www.sortland.kommune.no	 <b>Stange kommune</b> www.stange.kommune.no
 <b>Bremanger kommune</b> www.bremanger.kommune.no	 <b>Stavanger kommune</b> Park og vei www.stavanger.kommune.no	 <b>Bjerkreim kommune</b> www.bjerkreim.kommune.no	 <b>Strand kommune</b> www.strand.kommune.no	 <b>Eid kommune</b> www.eid.kommune.no	 <b>Kvinnherad kommune</b> www.kvinnherad.kommune.no	 <b>Aukra kommune</b> www.aukra.kommune.no	 <b>Ulstein kommune</b> Oppvekst- og Kulturetaten www.ulstein.kommune.no
 <b>Modalen kommune</b> www.modalen.kommune.no	 <b>Aure kommune</b> www.aure.kommune.no	 <b>Sirdal kommune</b> www.sirdal.kommune.no	 <b>Tysnes kommune</b> www.tysnes.kommune.no	 <b>Hammerfest kommune</b> www.hammerfest.kommune.no	 <b>Ski kommune</b> www.ski.kommune.no	 <b>Lebesby kommune</b> www.lebesby.kommune.no	 <b>Masfjorden kommune</b> www.masfjorden.kommune.no
 <b>Ringsaker kommune</b> www.ringsaker.kommune.no	 <b>Fedje kommune</b> Oppvekst- og omsorgsetaten www.fedje.kommune.no	 <b>Stjørdal kommune</b> www.stjordal.kommune.no	 <b>Sørfold kommune</b> www.sorfold.kommune.no	 <b>Sandefjord kommune</b> www.sandefjord.kommune.no	 <b>Balsfjord kommune</b> www.balsfjord.kommune.no	 <b>Mosvik kommune</b> Formannskontoret www.mosvik.kommune.no	 <b>Nærøy kommune</b> www.naroy.kommune.no
 <b>Vinje kommune</b> Økonomi, Plan og Utvikling www.vinje.kommune.no	 <b>Sør-Varanger kommune</b> Kultur og Oppvekst www.sor-varanger.kommune.no		 <b>Nore og Uvdal kommune</b> sentraladministrasjonen www.nore-og-uvdal.kommune.no		 <b>Østre Toten kommune</b> www.ostre-toten.kommune.no		

 <b>Stiftelsen Trasoppklinikken</b> Trasopppterr. 25 0672 OSLO Tlf. 23 34 82 00	 <b>Taxi Magnar Bjerkreim</b> 4387 BJERKREIM Tlf. 51 45 01 56	 <b>Langstrand Fysioterapi</b> Vestreg. 28 3251 LARVIK Tlf. 33 18 11 22	 <b>Autosalg A/S</b> Storetveitv 58 5826 BERGEN Tlf. 55 36 10 00	 <b>ELOPAK</b> www.elopak.com	 <b>Fjord1</b> Buss Møre Furene 6100 VOLDA Tlf. 70 07 47 00	 <b>Bil &amp; Mc Skolen Stavanger AS</b> Haakon VII's gt 8 4005 STAVANGER Tlf. 51 56 77 80	 <b>NOR-TRAPP</b> Bedriftsv. 8 1890 RAKKESTAD Tlf. 69 22 70 10
 <b>Bring Logistics AS</b> avd. Brumunddal Strandv. 14 2380 BRUMUND DAL Tlf. 62 33 47 00	 <b>RB</b> Ryen Byggsupport Tangvollveien 66 4640 SØGNE Tlf. 38 05 11 65	 <b>Uågen</b> TRAFIKKSKOLE Vågsgjerdv 6 4306 SANDNES Tlf. 51 66 00 27	 <b>Element og Spesialtransport AS</b> Industriv. 1 3300 HOKKSUND Tlf. 32 75 08 08	 <b>Hedmark Transportarbeiderforening</b> Folkets Hus 2326 HAMAR Tlf. 62 54 09 79	 <b>Tvedestrand Bilverksted</b> Fjærkleivene 55 4900 TVEDESTRAND Tlf. 37 16 23 36	 <b>Juel Johansen Bilruter ANS</b> Rådalsv. 16 1663 ROLVSØY Tlf. 69 33 51 39	 <b>eiker vekst as</b> Ryghgata 6 3050 MJØNDALEN Tlf. 32 23 68 80
 <b>Huseiernes Landsforbund Oslo og Akershus</b> Fred Olsens g 5 0152 OSLO Tlf. 22 41 31 00	 <b>Fræna vidaregåandeskole</b> 6440 ELNESVÅGEN Tlf. 71 26 64 00	 <b>Aaserud Møbler A/S</b> Rølighetsv 9 1738 BORGENHAUGEN Tlf. 69 16 66 60	 <b>Autover Bilglass AS</b> Apenes g 16 1607 FREDRIKSTAD Tlf. 69 31 88 70	 <b>Sandnes Transport A.S.</b> Kloftav. 1454 FAGERSTRAND Tlf. 66 91 82 16	 <b>KinoCity-Drammen kino</b> Bragernes Torg 2 A 3017 DRAMMEN Tlf. 32 21 78 60	 <b>Nr. 1 Trafikk-skole Stathelle-Kragerø</b> Krabberødveien 6 3960 STATHELLE Tlf. 35 96 19 50	 <b>Drammen's Autolakk A/S</b> C O Lunds g 5 3043 DRAMMEN Tlf. 32 81 19 00
 <b>Lillehammer og Øyer Brannvesen</b> Storg 51 2626 LILLEHAMMER Tlf. 61 05 05 00	 <b>Eidsberg Regnskapslag</b> Anton H. Mysensgt 13 1850 MYSEN Tlf. 69 84 60 90	 <b>Vegårshei Sparebank</b> 4973 VEGÅRSHEI Tlf. 37 17 00 60	 <b>ProsjektPartner Bodø AS</b> Terminalveien 10 8006 BODØ Tlf. 75 55 13 00	 <b>Advokat Jon Reidar Aae</b> Orkedalsv 53 7300 ORKANGER Tlf. 72 48 79 90	 <b>ABC Aut. Kjøreskole AS</b> Romdalsgata 3 6413 MOLDE Tlf. 71 25 30 15	 <b>Jahr Bilservice</b> Jarv. 3340 ÅMOT Tlf. 32 78 56 08	 <b>Orkdal Trafikkskole</b> Franslykkja 7 7300 ORKANGER Tlf. 72 48 73 25
 <b>RINGERIKE SEPTIKSERVICE</b> Nedre Kihlemoen 3516 HØNEFOSS Tlf. 32 17 13 90	 <b>Team Aut Trafikkskole ANS</b> Måløy Stormarked 6718 DEKNEPOLLEN Tlf. 57 85 10 35	 <b>BFH SPAREBANK</b> - din økonomipartner Torget 14 6440 ELNESVÅGEN Tlf. 71 26 80 00	 <b>Arendal Dyreklinikk</b> Centralg 12 4836 ARENDAL Tlf. 37 02 48 05	 <b>Reime</b> REIME AGRI AS Jembanev 21 4365 NÆRBØ Tlf. 51 79 19 00	 <b>VIANOVA</b> Plan og Trafikk 1302 SANDVIKA Tlf. 67 81 70 00	 <b>NORGESTAXI</b> 08000 Pirterminalen 7010 TRONDHEIM Tlf. 08 000	 <b>Fast Buss</b> Waldemar Thranesg 98 B 0175 OSLO Tlf. 23 23 47 50
 <b>MELHUS TRAFIKKSKOLE AS</b> Trafikkskole og profesjonell opplæring til riktig pris! 7084 MELHUS Tlf. 72 87 03 89	 <b>Mo Industripark AS</b> Svenskv 20 8626 MO I RANA Tlf. 75 13 61 00	 <b>SARPSBORG KOFFERSTREIFER</b> Elveg. 5 1724 SARPSBORG Tlf. 69 15 51 33	 <b>Toyota Drammen</b> - trygg og spennende 3007 DRAMMEN Tlf. 32 23 46 00	 <b>Toyota Lier</b> - en avdeling av Toyota Drammen 5100 LIER Tlf. 32 23 46 00	 <b>Falck</b> Tlf. 02 222		
 <b>Willys Trafikkskole AS</b> Andebu 74, 3170 SEM Tlf. 33 31 14 57	 <b>Sigvald Bergesen D.Y. og Hustru Nanki's Almennyttige Stiftelse</b> Dronningen 1, 0287 OSLO Tlf. 23 13 15 90	 <b>Østfold fylkeskommune</b> 1702 SARPSBORG - Tlf. 69 11 70 00					
 <b>STIFTELSEN BLÅ KORS FREDRIKSTAD</b> Tlf 69 30 18 40 www.blaakors.no	 <b>VIKING REDNINGSTJENESTE</b> DIN TRYGGHET PÅ VEIEN 06000 www.vikingredning.no <b>TELEMARK</b> Grenland/på scan.....Tlf. 35 90 00 50 Seljord.....Tlf. 35 05 08 88 <b>TROMS</b> Balsfjord.....Tlf. 77 72 07 33	 <b>ØSTFOLD OLE</b> www.ragnar-larsen.no Engelsvikenv 158 1628 ENGALSVIK Tlf. 69 33 91 80	 <b>A/S OSLO BREMSESERVICE</b> KONGHELLEGT. 3 - Tlf. 22-3179 30 WEVANG Konghelleg. 3 0569 OSLO Tlf. 22 37 66 76	 <b>NORLAND</b> Bodø - Amundsen Bilberging AS Tlf. 75 56 40 00 / 951 94 201 <b>OPPLAND</b> Ringebu.....Tlf. 61 28 02 54 <b>SØR-TRØNDELAG</b> Melandsjø.....Tlf. 72 44 49 30			

# BilPluss-lotteriet er nå historie

Stiftelsen Sofienlund har avsluttet alt salg av BilPluss-lodd, da lodd salg ikke lenger lønner seg. Derfor ingen oppfordring om loddkjøp, men en hjertelig takk til alle som gjennom 19 år har kjøpt lodd!

Takket være dere har vi kunnet planlegge, bygge og sikre driften av CatoSenteret i Son. Et rehabiliteringssenter som kan vise til usedvanlig gode resultater, noe som stadig bekreftes av de mange tusen brukere.

## Historien

Idrettsinstruktørene Bente og Thor Bjørn Lie drev sitt eget treningssenter på Nesodden-Nesoddtangen Trim & Svim. Målgruppen var aktive idrettsutøvere. Men etter hvert kom også trafikkskadde, revmatikere, hjerteopererte, amputerte og andre med kroniske sykdommer for å trene. Til slutt var det nær halvparten som trengte rehabilitering i en eller annen form.

Noe engstelige ble vi også, for vi hadde ingen medisinsk kompetanse. Hva kunne for eksempel skje med hjerteopererte som begynte å trene aktivt igjen? Eller ville "funksjonsfriske" og funksjonshemmede trives sammen?

Bekymringene var grunnløse. Folk ble bedre, ja faktisk mye bedre, gjennom systematisk opptrening og i samarbeid med deres egen lege og fysioterapeut. Hvis trening hos oss kunne gi slike gode resultater, hvorfor satset ikke Norge på mer rehabilitering?

## Rehabilitering i andre land

Vår nysgjerrighet vakt, og vi fant snart ut at svært få visste særlig mye om rehabilitering i Norge, bortsett fra Sunnaas sykehus. Derfor brukte Bente og jeg feriene til å besøke rehabiliteringssentra i bl.a. Jugoslavia, Vest-Tyskland og USA. Vi besøkte over 100 sentra. Konklusjon: På området rehabilitering var det virkelig

Det ble begynnelsen på en tilsynelatende ustoppelig rekke av problemer.

## Bil Pluss lotteriet 1991

Da bankene sviktet måtte vi skaffe kapital på annen måte. Siden ingen andre i Stiftelsen Sofienlunds styre eller noen i de samarbeidende organisasjoner torde satse tid, eller ville ta opp store nok lån for å drive et lotteri, sa Thor Bjørn opp jobben, fikk med seg Bente, og startet Bil Pluss-lotteriet. Det forlangtes en bankgaranti på 10 millioner. Familien Lie stilte pant i egen eiendom.

## Stiftelsen Sofienlund etablert i 1991

Samtidig registrerte de Stiftelsen Sofienlund som en humanitær, ideell organisasjon med det formål å bidra aktivt til å bedre rehabiliteringstilbudet for trafikk- og ulykkeskadde, revmatikere og kronisk syke i Norge.

I styret satt sivilingeniør Thor Bjørn Lie, avdelingsoverlege og nevrokirurg Jan A. Pahle, overlege i nevrologi og fysikalsk medisin Magnus Robberstad, Snorre Forsland i Norsk Revmatikerforbund, generalsekretær Erling Lauritzsen i Landsforeningen for Trafikk-skadde og Cato Zahl Pedersen fra Akershus Handicapidrettskrets.

## Veidekke ASA og Vestby kommune

Årene gikk. Stadig var det noe som hindret bygging på Nesodden. Så da Veidekke tilbød en tomt i Son, handlet vi raskt og gikk i dialog med Vestby kommune. Vi skulle få bygge! Før byggestart uttalte ordfører Nils Aage Jegstad hvorfor:

- Sofienlund opptreningssenter er det største private byggeprosjekt i Vestby kommunes historie. Det i seg selv vil tilføre kommunen midler, og det betyr også minst 50 nye kjærkomne arbeidsplasser. Senterets ansatte vil kunne gi kommunen kompetanse på mange områder, blant annet i helsesektoren. Byggingen av senteret har dessuten påskyndet utviklingen av selve infrastrukturen i Son. Der har vi nå fått tilrettelagt området i tilknytning til senteret for bygging av nye boliger, og vi får gjennomført en nødvendig forandring av veisystemet i denne delen av kommunen. Jeg er glad for å kunne si at kommunen og Stiftelsen Sofienlund ved Thor Bjørn Lie har hatt et utmerket samarbeide, og som jeg regner med vil fortsette også i fremtiden.

- Ved siden av å være et rehabiliteringssenter for skadde og kronisk syke, vil både selve senterets fasiliteter og de menneskelige ressurser - senterets ansatte - kunne tilføre Son og Vestby kommune mye, sa Vestbys kultursjef Birger Hekkelstrand.

- Da senteret skal åpnes for bruk av innbyggerne i nærmiljøet, kan senteret bli en berikelse både menneskelig og materielt for den lokale befolk-

ning og hele Vestbys kulturliv. Kultursektoren er beredt til å legge forholdene til rette for et gjensidig godt samarbeide.

**Prosjektleder Thor Bjørn Lie** Stiftelsen ansatte Thor Bjørn Lie som prosjektleder og byggherreansvarlig. Arbeidet var svært arbeidskrevende, men det var en utrolig positiv opplevelse å følge hele byggeprosessen, sier Thor Bjørn Lie.

## Stiftelsen Cato Zahl Pedersen senteret i Son

Stiftelsen Sofienlund opprettet senteret i Son som en egen økonomisk stiftelse med eget styre og egen ledelse. I 1997 ble det fremsatt forslag om at Sofienlund helse- og rehabiliteringssenter kanskje ikke var et riktig navn siden Sofienlund lå på Nesodden.

## CatoSenteret

For å skape blest om senteret, og Cato Zahl Pedersen var den mest mediekjente personen i styret, ble han forespurgt om vi kunne få bruke hans navn på rehabiliteringssenteret. Svaret var ja, og navnet ble Stiftelsen Cato Zahl Pedersen senteret i Son. I dag kjent som CatoSenteret. Truls Thv. Falkenberg representerer Stiftelsen Sofienlund.

## 46 millioner

I de første vanskelige driftsårene var det takket være avtaler med sosialdepartementet, helseforetak, livselskap og Landsforeningen for Trafikk-skadde, og ikke minst midler fra Bil Pluss-lotteriet, at CatoSenteret kunne drive.

## Stiftelsen Sofienlund har tilført CatoSenteret mer enn 46 millioner kroner!

## Samarbeid med andre opptreningssentre

Andre rehabiliteringssentre har også fått betydelige beløp. Vi har støttet forskning ved Sunnaas Sykehus, skjenket en avansert analysemaskin til Rikshospitalets benmargregister, gitt prosjekteringsmidler, tilskudd til investeringer og treningsapparater til flere rehabiliteringssentre. Mange hundre medlemmer av Sofienlunds Venner har dessuten fått støtte til rehabiliteringsopphold.

## Landsforeningen for Trafikk-skadde

Stiftelsen Sofienlunds viktigste samarbeidspartner har vært Landsforeningen for trafikkskadde (LTN).

Foreningen har vært aktive i oppbyggingsfasen ved deltagelse i brukergruppen og ved at generalsekretæren fikk plass i stiftelsens styre. LTN ga i sin tid også 1,8 millioner kroner i støtte til selve byggingen av CatoSenteret, og har senere brukt 13 millioner kroner av eget lotterioverskudd til trafikkskadde medlemmers rehabilitering på senteret.

Vi retter en hjertelig takk til alle loddkjøpere, givere og medhjelpere!

# CatoSenteret hadde ikke eksistert uten dere loddkjøpere!

mange utfordringer. Vårt neste spørsmål ble: Hva kunne Bente og jeg gjøre med dette?

## Sofienlund

Svaret ga seg selv i 1985/86 da Bente og jeg fikk tips om at en stor tomt var til salgs på Fjellstrand -tomten Sofienlund. Vi dro på befarings, fant en praktfull utsiktstomt på 105 mål, fikk låne penger og kjøpte tomt. Prosjekt Sofienlund helse- og rehabiliteringssenter hadde startet.

## Arbeids- og brukergrupper

Vårt neste skritt var å danne en arbeidsgruppe og en brukergruppe som skulle være med å bestemme hvorledes et nytt rehabiliteringssenter burde se ut og fungere. Fremtredende medisinerere ble i arbeidsgruppen, og i brukergruppen fikk vi med oss representanter fra Landsforeningen for Trafikk-skadde, Norsk Revmatikerforbund, Norsk Fibromyalgi Forbund og Akershus Handicapidrettskrets.

## Byggetillatelse og bank-krakk

Samarbeidet med brukerrepresentantene var svært inspirerende, sier Thor Bjørn Lie. Mange planer ble lansert, vurdert og forkastet. Det ble laget atskillige utkast, tegninger og modeller. Men denne lange prosessen var også utviklende og bra for formålet.

I 1989 fikk vi byggetillatelse og finansieringen var i orden, men før vi startet kom bank-krakket.



## Forbausende resultater

Utviklingen kom som et sjokk på oss, sier Thor Bjørn Lie. Planen var å drive egentrening og hjelpe aktive til formforbedring. I stedet måtte vi opptre som "terapeuter" og hjelpere.