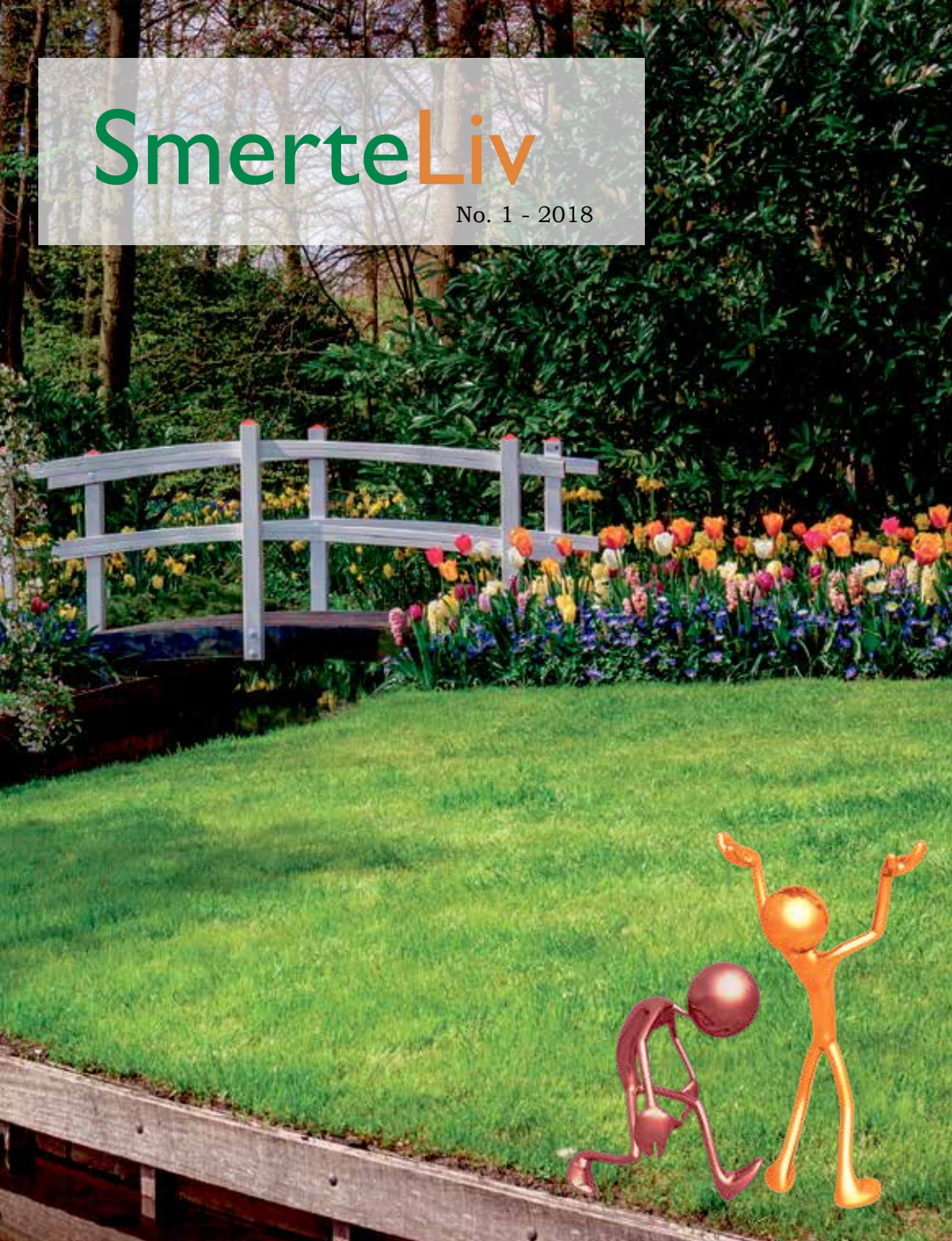


SmerteLiv

No. 1 - 2018



FAKS

Foreningen af
Kroniske Smertepatienter
...Også for Pårørende!

Udgivet af:
**Foreningen Af Kroniske
Smertepatienter**

Tlf: 51 92 63 41

E-mail: faks@faks.dk
Hjemmeside: www.faks.dk

Redaktion:
Per og Elin Kristiansen

Design:
Anders Wulff Kristiansen

Indlæg til bladet sendes til:
E-mail: blad@faks.dk

Eller pr. post til:
**FAKS
co/Per og Elin Kristiansen
Toftevej 2
4400 Kalundborg**

Indlæg i bladet er ikke nødvendigvis
udtryk for foreningens holdning.

Vi forbeholder os ret til at redigere i
det indsendte materiale.

Bladet udkommer 3-4 gange årligt.

Deadlines for materiale til blad er:
25. MAJ 2018 Kl 14.00

Deadline til Smertelivs brevkasse
er:

1.MAJ 2018



Noter fra Redaktionen:

Næste blad udkommer
SIDST I Juni 2018

Indlæg modtages gerne løbende!

Sidste frist for indlæg til næste
nummer er som skrevet tidligere:

25. MAJ 2018 Kl 14.00

Indlæg der modtages efter deadline
kommer først med i efterfølgende
blad.

Indlæg bedes indsendt i word-
format, med evt. billeder vedhæftet
separat. Indlæg bedes begrænset
til 2 A4-sider, tekst størrelse 12,
med mindre andet er aftalt med
redaktionen.

Venlig Hilsen,
Per & Elin Kristiansen
blad@faks.dk

Kontingenter (årligt):

Fuldgyldigt medlem:	240kr
Støttemedlem:	110kr

Indhold

Tema postoperative smerter

Vi glæder os over at
Smerteliv kan bringe et
Tema om postoperative
smerter. Hvor der er både
patienthistorie og fagfolk der
har skrevet om dette.

Sannes smagsoplevelser



Sanne har denne gang en
opskrift på Munkepesto

Leder <i>v/ konstitueret formand Jonas Meelby Bach</i>	s. 3
TEMA Postoperativesmerter	s. 4- 20
Intro <i>af Sidse Holten-Rossing</i>	s. 4
Patienthistorie <i>af Max Linnebjerg</i>	s. 5
Gode råd ved operation <i>af Sidse Holten-Rossing</i>	s. 10
Kroniske smerter efter operation <i>af L. Arendt-Nielsen Aalborg universitet</i>	s. 14
Pain catastrophizing <i>af psykolog J. F. Pedersen</i>	s. 17
SannesSmagsoplevelser <i>af Sanne Lydø</i>	s. 21
Søren's historie <i>af Søren Christensen</i>	s. 23
Brevkasse	s. 29
Redskabsskuret <i>af Janni Jørgensen</i>	s. 34
Opoid behandling <i>af Lars Bye Møller</i>	s. 39
Kontaktoplysninger	s. 47



Leder

Jonas Meelby Bach Nielsen
Konstitueret formand for FAKS

I denne udgave af SmerteLiv bliver der fokuseret på post-operative smerter. Som for kroniske smertepatienter er særligt relevant, fordi man kommer ind til operationen med smerter og dertil også en række smertemedicin, som man allerede tager.

Man kan f.eks. ikke forvente at den samme dosis smertemedicin er tilstrækkelig, når en patient allerede tager en dosis smertemedicin og er tolerant over for mere medicin end en patient, der ikke allerede tager smertemedicin.

Temaet vil bestå af patienthistorier om oplevelsen af en operation og smerterne bagefter, samt mødet med kommunen efter mange

operationer.

Derefter kommer der nogle gode råd ved operationer og nogle faglige indlæg om kroniske smerter efter operationen og "pain catastrophizing".

Det er et yderst vigtigt område at skabe opmærksomhed omkring, fordi der findes endnu ikke konkrete retningslinjer for, hvordan man håndterer disse smerter.

Jeg kan forestille mig og håber, at der i fremtiden i højere grad vil være en specialiseret smertelæge tilstede ved hver operation, ligesom der findes anæstesilæger ved hver operation.

Jeg ønsker jer god læsning og håber I kan bruge det. Dem der har bidraget, skal have stort tak for indsatsen og tak til vores redaktører Per og Elin for deres kæmpe frivillige indsats.

Pas på kulden derude og hold jer fra isen, vi må håbe foråret kommer snart...

TEMA

Intro til temaet

af Sidse Holten-Rossing

I dette nr. af smerteliv vil vi se nærmere på specifikt de kroniske smerter man kan udvikle efter en operation kaldet kroniske post-operative smerter.

Som mange af jer sikkert kender fra eget liv så kender vi ofte ikke årsagen til vores kroniske smerter. For nogle har der været en specifikt begivenhed forud for smerterne så som en ulykke eller en operation. Det sidste var tilfældet for Max, hvis historie I kan læse i dette blad.

2017 var fokus året for smerter efter operation i det internationale selskab for smerteforskning (the Internationale Association for the Study of Pain, IASP). Dette gav sig til udtryk i de årlige smertekonferencer; den skandinaviske smertekonference (Scandinavian Association for the Study of Pain, SASP) havde fokus på emnet og dette års internationale smertekonference, som blev afholdt i København, havde en hel dag forud for konferencen

dedikeret til emnet.

Jeg deltog i begge spændende konferencer, hvilket har bidraget med inspirationen til dette nr. af SmerteLiv.

Udfordringen med kroniske post operative smerter er, som for alle andre kroniske smerter, at vi endnu ikke ved hvorfor de udvikles hos nogle patienter men ikke andre. Men der er godt gang i forskningen som blandt andet er ved at identificere risiko faktorer for udviklingen af kroniske post operative smerter.

Lars Arendt-Nielsen, den anerkendte smerteforsker fra Aalborg Universitet og formand for IASP, beskriver hvad vi på nuværende tidspunkt ved om denne smertetype i sin artikel i bladet.

Patientens mentale tilstand og smertedækning efter en operation er blandt de faktorer der spiller ind. Det beskriver psykolog Jesper om i sin artikel. Ved SASP konferencen fik jeg desuden indsamlet nogle gode råd til kroniske smertepatienter der selv skal opereres.

Patienthistorie:

Max Linnebjerg
Bestyrelsesmedlem i FAKS

Jeg kom til skade med min ryg på arbejdet i 2005

Siden da har jeg gennemgået flere rygoperationer, sidst gang var i 2016, hvor jeg fik en instrumenteret dese T9-S1. Jeg var indlagt på Rigshospitalet i juni 2016, hvor jeg gennemgik en 8 timers lang operation, hvor de satte skruer og stænger ind i min ryg – stilladset, som jeg kalder det.

Jeg var den første, der skulle opereres, så jeg bliver vækket og gjort klar tidligt om morgenen og bliver kørt ned på operationsgangen. Jeg kommer ind i narkoserummet og bliver lagt til rette, og de forbereder til bedøvelse. Jeg bliver bedøvet og det næste, jeg husker, er, at jeg er kommet op på intensiv / opvågningen, og de søde sygeplejersker vimser rundt om mig.

”De er der bare for én, hvis man har behov for det.”



Jeg kan godt mærke, at de har været inde og rode i min ryg, og jeg har mange smerter, men syntes ellers jeg har det ok. Efter nogle timer kommer jeg op på afdelingen, hvor jeg bliver modtaget med åbne arme og smil, og de er der bare for én, hvis man har behov for det. Resten af eftermiddagen / aftenen sover jeg meget og får al den smertestillende medicin, jeg har brug for, og jeg har også fået et kateder direkte i ryggen, som tager meget af den indre smerte, så det går ok.

I løbet af natten kan jeg da godt mærke, at operationssåret gør ondt, og det kan da også mærkes i selve knoglerne. Nå, men næste formiddag kommer fysioterapeuten, og så er det ud af sengen.

Det skal lige siges, at jeg også har fået lagt kateder i blæren, da kateder med smertestillende i ryggen går ind og påvirker blærefunktionen, så når jeg skal ud af sengen, skal det

jo også arrangeres og med gangstativ.

De første gange er det ikke lige til at komme ud af sengen, da jeg har mange smerter, men det skal jo gøres og efterhånden, går det ok. Det hjælper at være aktiv og hele tiden sørge for at få rørt sig, da det så går hurtigere med lettere at komme ud og ind af sengen.

Smerterne er der stadig væk i ryggen, men selve smerterne i operationssåret bliver bedre og bedre, jo mere man rører sig – selvfølgelig med måde, man skal jo ikke forcere for hurtigt.

Min erfaring fra de andre rygoperationer kommer mig til gode, selvom det selvfølgelig er en smertelig rygoperation, jeg har gennemgået, men jeg ved, at de ikke hjælper at blive liggende i sengen. Som dagene går, bliver jeg mere stabil og kan snart se frem til at komme hjem.

Jeg kommer hjem, og så

”Det gælder bare om, ikke at få ondt af sig selv”



begynder hverdagen at melde sig. Nu har jeg ikke en seng, jeg kan hæve og sænke, ingen der kan hjælpe mig, når der er behov for det. Da jeg bor alene. Der er altså langt ned på gaden og op igen, når jeg bor på 5. sal, og der ingen elevator er.

Så efter at være kommet hjem kan jeg rigtig mærke, at jeg har en ny opereret ryg, og jeg skal tage den mere med ro. For har du for ondt, er der ingen du kan bede om noget at drikke, det må du selv klare. Men langsomt finder du ud af, hvordan du skal få hverdagen til at gå og gøre tingene så lidt smertefuldt som muligt.

Det gælder bare om, ikke at få ondt af sig selv. Selvom tårerne godt kan rende ned af kinderne en gang imellem på grund af smerter, og så blive liggende i sengen, men selvom det gør ondt kommer du hurtigere ovenpå igen, hvis du er lidt aktiv hver dag uden at overdrive.

TEMA

I starten har jeg hjemmehjælp til rengøring og køber ind via internettet. Ca. 4 måneder efter operationen er det tid til at begynde på genoptræningen hos kommunens fysioterapi, og der går jeg i omkring 3½ måned.

Nu er det så hverdag i 2018 og jeg har stadig smerter i min ryg, da den er beskadiget og ikke kan helbredes. Efter en lang "kamp" med kommunen fik jeg i september 2017 bevilget seniorførtidspension og har nu en hverdag, hvor jeg selv kan tilpasse dagen / niveauet af aktivitet i forhold, hvordan mine smerter er den pågældende dag.



Patienthistorie:

*Max Linnebjerg
Bestyrelsesmedlem i FAKS*

*Mødet med kommunen efter
arbejdsskade til jeg får
seniorpension*

I 2005 kom jeg ud for en arbejdsskade og beskadigede min ryg og kunne desværre ikke forsætte i mit fuldtidsjob som chauffør efter en rygoperation. Heldigvis havde jeg på daværende tidspunkt en forstående chef, og der blev oprettet et fleksjob til mig. Men desværre blev jeg opsagt i 2010.

Jeg kunne skrive meget om mit forløb hos kommunen og deres eksterne leverandører, men her er en kort oversigt.

Desværre har jeg gennemgået flere rygoperationer, hvor den sidste blev foretaget i 2016.

Jeg har siden opsigelsen været tilknyttet jobcentret for fleksjobbere og været til utallige møder. Jeg haft socialrådgiver fra 3F med til mange af mine møder, og det kan jeg varmt anbefale, da det ikke altid er kommunen ved, hvad de taler om. De

TEMA

"Det gjorde jeg så med store smerter resten af tiden."

har sendt mig i forskellige arbejdsprøvninger, der ikke har været relevant for min tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Bl.a. på Christiania Cykel værksted, hvor jeg skulle klargøre de store tunge Christianiacykler - det var 13 uger, der ikke gjorde mine smerter mindre - tværtimod.

En dag ringede sagsbehandleren for at høre, hvordan det gik, og jeg måtte fortælle, at det ikke gik godt, da jeg var nødt til at tage mere smertestillende medicin, og jeg ikke vidste, om jeg kunne klare det.

Det faldt ikke i god jord hos sagsbehandleren, der sagde, at jeg jo skulle passe på ikke at virke modvillig, da det så kunne opfattes forkert, og de derved kunne fratage mig min



ydelse, og desuden skulle jeg jo under alle omstændigheder gennemgå en arbejdsprøvning, så de ville bare finde et andet sted, så jeg kunne lige så godt gennemføre den, jeg var i gang med.

Det gjorde jeg så med store smerter resten af tiden.

På intet tidspunkt har jeg følt, at kommunen har været der for mig, men at jeg bare er blevet placeret i en kasse, så de opfylder deres forpligtelser.

De har ikke på noget tidspunkt sat sig ned sammen med mig og spurgt ind til, hvad jeg forventede af dem i form af hjælp til at komme tilbage på arbejdsmarkedet.

Det har mest været ensrettet kommunikation, og jeg havde det også sådan, at jeg til sidst sagde, at jeg ingen mening havde mere, for der blev jo ikke lyttet. Og de tiltag som de mente var relevante, skulle jeg jo deltage i, ellers ville det blive

TEMA



betegnet som modvilje, og jeg ville kunne blive sanktioneret i form af fratagelse af sygedagpenge.

Der har været mange andre episoder, hvor jeg føler, jeg ikke blev hørt eller taget alvorligt.

Efter den sidste store rygoperation i 2016 og genoptræningen må jeg indrømme, at jeg desværre nok ikke kan se mig selv på arbejdsmarkedet mere, og da jeg desuden har fået 2 kunstige knæ er mobiliteten noget begrænset.

Derfor beder jeg om at få lov til at ansøge om seniorførtidspension i november 2016. Min sagsbehandler fortæller, at han intet ved om det, og det er han desværre ikke ene om.

Der følger nu et længere forløb med indsamling af

oplysninger om alt fra vugge til ansøgningen om alt, jeg har fejlet.

Efter flere møder bliver jeg indstillet til seniorførtidspension hos rehabiliteringsteamet.

Jeg bliver i august 2017 indkaldt til møde hos rehabiliteringsteamet, og det går over al forventning.

Der var 7 mennesker fra kommunen tilstede foruden socialrådgiveren fra 3F og mig.

Efter de havde præsenteret sig, tog forkvinden ordet og fortalte, at de ikke kunne se mig på arbejdsmarkedet med det, jeg havde gennemgået af operationer i ryg og knæ, og de ville tilkende mig seniorførtidspension.

Det var en lettelse, men samtidig også en mærkelig fornemmelse for nu fik jeg

”for nu fik jeg papir på, at jeg desværre ikke kan bruges mere på arbejdsmarkedet.”

TEMA

Gode råd ved operation

Af næstformand Sidse Holten-Rossing

2017 var fokus året for smerter efter operation i det internationale selskab for smerteforskning (the Internationale Association for the Study of Pain, IASP).

Ved den skandinaviske smertekonference (Scandinavian Association for the Study of Pain, SASP) i foråret 2017 talte jeg med forskellige læger og sygeplejesker, der arbejder med smertedækning i forbindelse med operationer.

Det lader til, at nogle hospitaler har deciderede teams, der er specialiserede i dette, mens det andre steder er en opgave, der falder mellem to stole.

Optimal smertedækning efter en operation er vigtig af flere årsager: det er det mest behagelige for patienten, det kan muligvis mindske risikoen for at udvikle kroniske smerter efter operationer, det fremmer generelt healing mv.

TEMA

Der er i dag flere udfordringer:

1

Langt fra alle "operationsafdelinger" har fokus på smertedækning efter operation og kender ikke vigtigheden i at undersøge patientens smerteniveau.

De glemmer simpelthen at spørge konkret ind til smerterne efter en operation, da fokus ofte er på om selve operationen lykkes.

Samtidig har nogle patienter den opfattelse, at smerter efter en operation vel er noget man må forvente, og de siger derfor ikke noget.

2

Smertedækning af kroniske smertepatienter adskiller sig markant fra smertedækning af en "almindelig" patient.

Hvis du som kronisk smertepatient er i medicinsk



behandling for dine smerter, vil en standard behandling efter operation ikke hjælpe dig.

Flere af deltagerne ved konferencen, fra et smerteteam vist, kunne fortælle historier om eksempelvis, at komme ind til en smerteplaget fru Hansen der fik en ellers passende mængde morfin, under normale forhold.

Det viste sig så, at Fru Hansen normalt fik en langt højere dosis for sine kroniske smerter og derfor nu led både af sine kroniske smerter og smerter fra operationen.

Jeg spurgte herefter rundt i salen om, hvilke råd jeg kunne give videre til vores medlemmer i forbindelse med en operation og kommunikation er vejen frem.

Før operationen:

1

Du skal have en liste over al den medicin du tager med til lægen inklusiv doser mv. Tag gerne selve medicinen med ind, det er ikke altid, at du kan få den samme formulering på hospitalet, og det skal der lægges en plan for.

TEMA

4

"Bed om en plan for din smertedækning efter operation."

2

Bed om en plan for din smertedækning efter operation. Du ved selv, hvad du allerede har afprøvet af medicin, om der er noget, du får det dårligt af mv. Det er en god ide her, at have en liste med over tidligere afprøvet smertemedicin, og evt. hvilken effekt det havde. Spørg om behandlingen er multimodal dvs. benytter flere præparater. Det anbefales af IASP.

3

Forklar hvordan dine smerter er til hverdag. Det kan være en god ide selv at danne dig et overblik ved at føre dagbog i fx en uge inden operationen. Så har du et klart billede at sammenligne med efter operation.

Du kan fx bruge app'en "min smerte"

Forventningsafklaring: få dig en snak med en læge om hvad du kan og ikke kan forvente dig.

Er håbet at operationen kan formindske dine nuværende smerter?

Hvor meget og hvor stor er sandsynligheden?

Læs gerne artiklen af Lars Arendt-Nielsne i dette blad – en genoperation for at fjerne smerter er ikke altid en god ide. Er operationen for noget andet end dine smerter, så spørg ind til hvad du kan forvente bagefter.

Er 1 uge, 1 måned eller 4 måneder den almene helingsperiode?



TEMA

Efter operation:

1

I dagene/timerne lige efter operationen: hold gerne øje med dit smerteniveau, (uden at fokuserer for meget på det) og giv lægen/sygeplejersken besked om det.

Brug evt. smerte app'en igen. Det er ikke meningen, at du skal have ondt og bide det i dig, fordi du fx tænker; "det er nok normalt efter en operation".

Det er det måske, men tal med sundhedspersonalet om det!

2

Inden du udskrives: bed om en plan for din smertedækning, når du er kommet hjem.

Har du recepter til det, du skal bruge?

Er din egen læge informeret?

Hvordan og hvor hurtigt skal du evt. trappe ud af noget af medicinen?

Hvem skal du kontakt hvis den ordinerede medicin ikke dækker dine smerter?

Hvor meget må/kan/skal du bevæge dig?

Det er vigtigt, at du kommer godt i gang igen.

3

Ugerne efter operationen:

Hvis ikke du oplever en støt bedring, eller at forløbet er anderledes, end lægen forklarede (se punkt 4 ovenfor) så kontakt egen læge.

Så vidt det er muligt, skal du være smertedækket under helingen, så du kan komme i gang med at være fysisk aktiv.

Mange patienter tænker, at de bare skal bide det i sig. Derfor er det vigtigt med en åben dialog og realistiske forventninger.

Yderligere information kan findes på IASP's hjemmeside. Se under "Fact Sheets on Pain After Surgery". Her ligger både råd til patienten i tråd med de ovenstående samt information til behandlere mv.

TEMA

Kroniske smerter efter operation

Lars Arendt-Nielsen, Aalborg Universitet

Man har længe kendt til fænomenet fantomsmerter, der opstår i ca. 70% af patienterne, og som skyldes at nerver beskadiges i forbindelse med et kirurgisk indgreb.

Kroniske smerter efter kirurgi (postoperative smerter i mere end 2 måneder) er et velkendt problem som rammer 10 og 50 % af patienterne efter en operation afhængigt af hvilken operationens type, der er tale om. De områder der er mest velbeskrevne er operation for lungekræft (25-50 %), operation for brystkræft (25-60 %), operation for lyskebrok (10 - 20 %), fjernelse af livmoder (20-30 %), og udskiftning af led (10-20%).



Kroniske postoperative smerter er blevet et område, som tiltrækker sig mere og mere interesse klinisk såvel som forskningsmæssigt, da smerterne kan være vanskelige at behandle og medfører store omkostninger for såvel patienten som for samfundet. Man mente tilbage i 80'erne at kroniske postoperative smerter kunne undgås, hvis man behandlede patienterne på en speciel måde med smertemedicin før såvel som under operationen, men de fleste kontrollerede studier har ikke kunnet bevise dette.

I såvel dyreeksperimentelle som humane studier forsøger man at forstå, hvad der sker, når man under en operation beskadiger nerver således, at man eventuelt kan udvikle nye muligheder for at forebygge smerterne.

I de områder der omfattes af nerveskaden, kan man ud over smerterne også til tider fremkalde smerte ved hjælp af en ikke-smertefuld påvirkning (f.eks. berøring) og opleve stærkere smerter til en given smertepåvirkning (f.eks. nålestik).

”Intensiteten og varigheden af smerter før operation”

Disse føleforstyrrelser kan være generende for patienter da beklædning eller proteser kan provokere yderligere smerte.

Når der nu ikke er så mange muligheder for medicinsk at forebygge kroniske postoperative smerter, er det vigtigt et kende til risikofaktorer.

Følgende risikofaktorer er dokumenteret for forskellige typer operation:

1. Intensiteten og varigheden af smerter før operation
2. Intensiteten og varigheden af smerter lige efter operation
3. Unge kvinder
4. Stress
5. Katastrofetænkning
6. Stråle- og kemoterapi
7. Antallet af smertefulde tilstande (f.eks. fibromyalgi og slidgigt i knæet)
8. Tidligere kirurgiske indgreb og gentagne operationer for samme tilstand.

TEMA

Generelt har det været svært at påvise, at de kirurgiske metoder spiller en stor rolle, lige som patientens genetiske profil spiller en minimal rolle.

De seneste års forskning har fokuseret meget på at finde metoder, der kan forudsige mere præcist, hvilke patienter der er de mest udsatte for at udvikle kroniske postoperative smerter.

På Aalborg Universitet har smerteforskerne de sidste år udviklet en lang række test-metoder, der har vist sig at give en god pejling af, hvilke patienter der er i den højeste risikogruppe.

Jo højere smerteintensitet man oplever til eksempelvis kraftig varme eller tryk inden operationen, desto højere risiko, har man for at få stærke smerter lige efter operationen samt udvikle kroniske postoperative smerter.

Samtidig kan man måle, hvor godt hjernen er i stand til at hæmme smerten og jo dårligere desto større en chancen for at udvikle kroniske postoperative

TEMA

smerter. Slutteligt kan man måle hvorledes nervesystemet reagerer på gentagne kortvarige smerte påvirkninger (f.eks. kraftig varme eller tryk) og jo kraftigere reaktion desto større chancer for at udvikle kroniske smerter.

Der findes ikke specielle retningslinjer for behandlingen af kroniske smerter efter kirurgi, men da smerterne ofte minder om de smerter, som man har i forbindelse med andre typer nervesmerter anvendes ofte de samme medikamenter (eksempelvis anti-depressive eller anti-epileptiske midler). Derudover anvendes fysisk aktivitet og psykosocial støtte.

Desværre har det være en generel misforståelse, at re-operationer kan være gavnlige. I langt de fleste tilfælde er der store chancer for, at smerterne kan blive stærkere. Det er for nyligt gjort op, at hvis man re-opererer de 10-20% af patienterne, som har fortsatte smerter efter udskiftning af et knæ vil 85% fortsat have smerter og nu af en højere intensitet. Hvis de patienter tilbydes nok en operation, går

det endnu værre.

Man forventer at samme billede gør sig gældende for eksempelvis gentagne nakke- eller rygoperationer. Smerter efter operation er en meget almindelig klinisk tilstand som der de senere år er kommet mere opmærksomhed omkring.



Hvad er "pain catastrophizing"?

af Jesper Fredslund Pedersen
Psykolog

Ordet "catastrophizing", kan løseligt oversættes til katastrofetanker, og er et udtryk for en speciel form af negative automatiske tanker, der kommer når man møder noget ubehageligt. Hvad enten det ubehagelige er en forestående operation, en eksamen, eller smerter er som sådan ikke vigtig, det er tankemønsteret bag der er væsentligt.

I Operations eksempel kunne man forestille sig, at man op til begynder at tænke, "Lægen var lidt kort for hovedet, bare han/hun ikke er stresset og laver fejl", mens tanken i smerteeksemplet kunne være, "Jeg kan ikke leve med de smerter, hvad gør jeg hvis de ikke går væk?".

Indholdet af tankerne er forskelligt, men det negative grundelement går igen. Man tager udgangspunkt i det værste tænkelige der kunne ske, og da det jo aldrig er rart at være

TEMA

uforberedt, kan man begynde at forholde sig til den tanke som en form for virkelighed.

Tanken forsøger at forberede os, og gøre os klar til den eventuelle negative begivenhed, og kan derfor komme til at fremstå konstruktiv. For nogle kan tankerne nemt udholdes eller skubbes til side, mens de for andre er invaliderende og årsag til megen negativitet.

Hvordan påvirker katastrofetanker smerterne?

Det bliver mere og mere anerkendt, at vores psykiske velbefindende har en indflydelse på, hvordan vi oplever smerterne og tackler smerterne. Dette gælder også for katastrofetanker om smerter.

Der er mere der tyder på og støtter op omkring, at katastrofetanker omkring smerter, kan være medvirkende årsag til, at der opstår kroniske smerter efter operation. Det er ikke kun tankerne i sig selv, men også de følelser de kan medbringe, håbløshed, frygt, sorg mm. der er med til at påvirke

smerteoplevelsen.

Hvis man skal give en meget simpel forklaring på dette, kan man sige at jo mindre overskud/energi der er, desto værre vil smerter typisk opleves. Det samme kan man sige om katastrofetanker, mindre overskud kan gøre tankerne sværere at håndtere. Uheldigvis giver både smerter og negative følelser typisk mindsket overskud, og det kan derfor virke som en uoverskuelig proces at bryde denne cyklus.

Men hvad kan man så gøre?

Der er flere forskellige metoder til at håndtere katastrofetanker på, men de kræver også forskellige mængder af overskud at præstere. Fælles for alle metoder er accepten og erkendelsen af, at katastrofetankernes indhold ikke er konstruktiv, men derimod er et udtryk for uvished.

På trods af at det kan virke konstruktivt at forberede sig på det værste skulle ske, vil denne forberedelse for mange også blive ledsaget af negative følelser. Disse

TEMA

følelser kan intensivere det ubehag, der ligger i uvisheden om fremtiden, og dermed også bidrage til at katastrofetankerne tager til. Acceptere at tankerne blot er tanker.

I denne øvelse handler det ikke om at erstatte tankerne med noget andet, men blot at konstatere at de er der og ikke gå ind i dem. Kan man sige til sig selv, at tankernes indhold ikke er en sandhed eller konstruktiv, er det nemmere at sige "Der kom frygten op i mig igen, pyt den bor her også, men den skal ikke tage mere energi". Det kan her være hjælpsomt at lave afspænding eller mindfulness øvelser for at træne den evne. Det er vigtigt, at man her ikke blot "udholder" tanker og følelser, og at sindet ikke kører med på tankerne.

"Fælles for alle metoder er accepten og erkendelsen af, at katastrofetankernes indhold ikke er konstruktiv."

TEMA

Hvis man har svært ved selv at give slip på tankerne, men har lyst til at arbejde med at lade tankerne flyde, findes der fine videoer på youtube og andre sider, hvor man gratis kan blive guidet i enten mindfulness eller afspænding.

Aktiv tankeændring:

Kan man ikke udøve ovenstående, og bliver man i stedet frustreret over, at det ikke kan lykkes, kan det hjælpe at erstatte en tanke med noget andet. Det er en klassisk kognitiv terapi øvelse, hvor man i stedet for at fokusere på katastrofetanken, sætter en positiv tanke i stedet og søger at følge den.

Et eksempel kunne være at man i stedet for at tænke "Nu kommer jeg til at have flere smerter, hvad hvis de ikke går væk?" kan man aktivt flytte

fokus til noget mere positivt som "Når operationen er overstået, kan jeg snart komme hjem, det bliver dejligt".

Hvis denne øvelse er svær at lave rent tankemæssigt, er der vedlagt et skema, hvor man kan notere de negative tanker, og forsøge at gå struktureret i gang med at vende tankerne.

Den første rubrik er udfyldt med nedenstående eksempel:

Det er ikke sikkert at den alternative tanke kan tage alle de negative følelser væk, men den kan muligvis gøre dem mindre, og tilføje andre forhåbentligt positive følelser.

Denne øvelse kan også være svær i starten, men kan være med til at styrke ens evne til at tage afstand til de negative tankemønstre.

Negativ Tanke	Følelser (styrke: 1-10)	Alternativ tanke	Følelser (styrke: 1-10)
Jeg får mere ondt	Frygt 7 Sorg 5 Magtesløshed 7 Ked af det 6	Jeg kommer snart hjem, det bliver dejligt	Glæde 4 Magtesløshed 3 ked af det 2

TEMA

Flyt fokus igennem aktivitet:

Hvis det ikke kan lade sig gøre at flytte tanker og fokus, fra katastrofetankerne igennem de forrige øvelser, kan man prøve at lave en form for aktivitet. Dette kan til tider være svært med smerter, specielt hvis katastrofetankerne også siger smerterne bliver værre ved aktivitet. Aktivitet kan dog være flere forskellige ting.

At snakke med andre er også en aktivitet, og når man har katastrofetanker, kan det være rart at vende dem med andre (du kan f.eks. ringe gratis til en af SmerteLinjens psykologiske rådgivere på 60 13 01 01 hver mandag fra 16-18 og hver onsdag fra 19-21). Der er her mulighed for, at man kan blive mødt og udfordret på katastrofetankerne, og i nogle tilfælde få flyttet fokus til et helt andet emne. Man kan også bede andre om hjælp til den strukturerede øvelse ovenover, blot det at få andres syn på tanken kan være gavnligt.

Spil "tetris" eller tag fat i strikketøj. Ligegyldigt hvad der lige passer til dig som person, kan de små aktiviteter

som mobilspil, strikketøj, ol. være med til at flytte fokus, da man fokuserer på noget andet.

Søg hjælp:

Hvis man har problemer med at kontrollere katastrofetanker, og ikke kan flytte fokus foruden det er igennem anden aktivitet, kan det være behandlingskrævende. De fleste kan have svært ved at "styre" tankerne til tider, men hvis det er størstedelen af tiden, og tankerne kun bidrager negativt er det nødvendigt at få vendt med andre.

I pressede situationer vil de fleste have katastrofetanker, men disse skal helst ikke fylde for meget i hverdagen.

Hvis de fylder skal man i så fald være meget god til at sige, "der kom tanken, pyt den betyder ikke noget", ellers vil min teori være at det har en negativ indflydelse på humøret, og dermed måske også smerterne.

Sannes smagsoplevelse Munkepesto

af Sanne Lydø, cand.pharm, ernæringsterapeut



Ingredienser

vælg helst økologisk

2 potter basilikum
50 gr. hasselnødder
1 lille fed hvidløg
2 spsk. citronsaft
4 spsk. koldpresset olivenolie
50 gr. gedefriskost
Salt
Peber

Fremgangsmåde

Alle ingredienserne blendes sammen til en blød homogen masse (vha fx foodprocessor eller minihakker). Smages til med salt og peber.

Server pestoen til f.eks. kartofler, som dip, smør den på brødet eller på fisken der skal tilberedes i ovnen.

Bonusinfo -

madens funktionalitet i et større perspektiv

I klostertidens Danmark blev krydderurter anvendt af munke og kloge koner som basis for lægeplanter til sygdomsbehandling, forebyggelse og lindring af forskellige helbredsproblemer. De fungerede som datidens apotek.

Den dag i dag anvendes stadig mange af de samme krydderurter som ingrediens i fx teer, salver eller i en alkoholopløsning samt som smagsgivere i maden.

Økologiske krydderurter giver i dag også et sundt bidrag til kosten med deres høje indhold af forskellige antioxidanter, vitaminer og mineraler.

Basilikum som er anvendt i denne opskrift anses som lidt af et mirakelmiddel. Måske den derfor har fundet vej til Europa fra sine oprindelsessteder i Asien og det østlige Afrika. Planten er en kraftig antioxidant, den styrker immunforsvaret og besidder betændelseshæmmende og

bakteriedræbende egenskaber.

Basilikum stimulerer blodgennemstrømningen i hjernen samtidig med at den beroliger centralnervesystemet. Den virker muskelafslappende og beroligende på maven.

Basilikum er gennem tiden blevet brugt mod bl.a. nervøsitet, søvnløshed, svimmelhed, kvalme, migræne, orm samt til at øge både potens, frugtbarhed og kvinders mælkeproduktion under amning. Så ja, denne urt må siges at kunne lidt af hvert.



Sørens Historie

Af Søren Møller Christensen,

Indtil mit 20. år havde jeg aldrig oplevet smerter på andre måder end den "almindelige".

Jeg har altid været meget aktiv og har set skadestuen indfra alt for mange gange, så det at noget gør ondt, har jeg altid været bekendt med.

Det ændrede sig dog drastisk i mine start-tyvere, da der "ud af det blå" dukkede en irritation op mellem mine skulderblade.

Jeg begyndte derefter en meget lang og frustrerende periode i mit liv, som kom til at strække sig ca. 10 år.

Irritationen i min ryg skiftede over til deciderede smerter og ubehag, og på trods af gode perioder undervejs blev tingene gradvist bare værre og værre.

Da jeg fyldte 28 blev jeg sat permanent på dolol smertestillende for at kunne passe mit arbejde i en SFO. 2-3 år op til blev mit sygefravær på arbejde større og større, og sammen med pillerne fulgte en paragraf 56 for kronisk sygdom

antager i kender til sådan en.

Bundlinjen for mig var, at jeg ikke kunne få nogen forklaring på mine smerter. Jeg var blevet scannet flere gange og havde været over alt inden for det almindelige sundhedsvæsen en ortopædkirurgisk afd. , en arbejdsmedicinsk klinik, smertecenter, rygcenter osv.

Jeg fik at vide, at jeg lå i en kategori sammen med 20% andre, der må acceptere, at man ikke kan finde en direkte årsag til smerterne.

Lægen fortalte mig, "at der ikke var mere han kunne gøre - udover dolol, selvfølgelig".

Det skal siges, at jeg i perioden mellem de 22 og 32 år var på besøg hos lægen over 140 gange, så måske han var blevet en smule træt af mig, hvem ved. Undervejs i forløbet, men specielt efter den melding, begyndte jeg at opsøge alternative behandlinger.

"Bundlinjen for mig var, at jeg ikke kunne få nogen forklaring på mine smerter."

Shamanisme, laserbehandling, healing og "en klog mand" var bare nogle af de ting, jeg fik prøvet af, men lige lidt hjalp det.

Det gennemgående tema i de behandlingsformer, som jeg har prøvet af var, at jeg flere gange oplevede ca. 14 dages lindring. hvorefter tingene ville fortage sig til det vante. Den effekt oplevede jeg flere gange inden for det alternative, men jeg har aldrig haft budget til behandlinger af 600 kr. pr. gang, flere gange om måneden.

Alting ændrede sig dog en dag hos min fysioterapeut. Jeg har været ved mange af slagsen, men en bestemt blev ved med at virke interesseret, selvom han hele tiden var ærlig om, at der nok ikke var den store kur at hente hos ham.

Han spurgte dog flere gange til forholdet mellem mit mentale velvære og mine rygsmerter, og der var faktisk ofte en sammenhæng. I kraft af hans virke som fysioterapeut kunne han dog ikke komme det nærmere, og en dag sidste forår sagde han direkte: "Du er velkommen til at kigge forbi,



men jeg kan helt basalt set ikke hjælpe dig." Sjovt man skulle høre det igen, men denne gang kunne jeg mærke, at det virkelig kom fra et dybt medfølelsefuldt sted.

I samme ombæring sagde han dog, at han som et lidt vildt skud i tågen ville give mig et visitkort med, hvis jeg ønskede det.

Kortet var til en dame i nærheden af , hvor jeg bor, som kunne noget ved navn Hypno terapi. Han fortalte, at de havde siddet i noget netværk sammen, og adspurgt om hun kunne hjælpe folk med smerter, havde hun kontant svaret: Ja.

Jeg tog imod visitkortet, og som så mange gange før fik jeg booket en tid hurtigst muligt. Jeg stoppede efter nogle år med kroniske smerter med at håbe på at blive kureret. Efter nok oplevelser med forhåbninger, der blev skudt i sænk, kunne

jeg ikke mentalt holde til det mere. Dolol pillerne hjalp også den trang med at blive væk, det er nemmere, at acceptere virkeligheden, når man er lidt småskæv hele tiden. Så selvom jeg havde fået en tid, betragtede jeg det som en hver anden form for alternativ behandling, jeg havde prøvet. Noget der skulle prøves af, for hvad kunne det skade?

Hos damen oplevede jeg at blive betragtet udfra en holistisk standpunkt. Hun var ikke så interesseret i min ryg, sagde hun, for den var jo tjekket efter med både scanninger osv. Hun var overbevist om, at forklaringen skulle findes andetsteds. Lidt ligesom min fysioterapeut var inde på, så mente hun forklaringen skulle findes oppe på "øverste etage".

Som underliggende historie i alt det her, skal en anden linje fortælles. Jeg mistede som 14 årig min far grundet bl.a. flere års druk. Som 20 årig mistede jeg min et år yngre bror, der druknede i en sø få 100 meter fra vores hjem.

Årene umiddelbart derefter

blev præget af en kammerats mors død, en anden kammerats fars død, en fra slængt døde i Afghanistan og min på daværende tidspunkt bedste ved døde ved en bizar kite surfing ulykke hvor han blev fanget af vinden, slæbt ind over land for efterfølgende at ramme gavlen på et hus.

Stort set intet af ovenstående fik bearbejdet ordentligt. Specielt ikke hændelsen med min lillebror.

Efter få samtaler med damen begyndte hun at kunne spore et mønster - nemlig ubearbejdet sorg. Kombineret med, at jeg behandlede mig selv rigtig skidt i en periode fra teenageårene til midttyverne bl.a. grundet konstante og meget heftige byture, havde jeg få skabt en meget uheldig mental cocktail.

Det korte af det lange er, at



jeg efter 3 behandlinger af 2 timer hos damen nu kan gå stort set smertefri rundt (som i 90%). Den resterende del skal findes i, at jeg som sagt kun har været afsted 3 gange, og jeg tager løbende kontakt til damen for at snakke tingene i gennem.

Jeg har intet behov for smertestillende piller og kan gøre alle de ting, jeg kunne før jeg begyndte at opleve smerterne. Det har ikke været nemt at skulle snakke nogle meget smertefulde ting igennem, men det har så absolut været det hele værd. Jeg skylder damen mit liv, og vil gøre hvad som helst for, at andre mennesker kan få et eller andet med fra min historie. Det er ikke sikkert, at det specifikt er hypno terapi for alle, men det er så afgjort et værktøj så mange som muligt bør høre mere om.



SmerteLinjen



SmerteLinjen

Telefon: 6013 0101

www.SmerteLinjen.dk

Frivillige sygeplejersker, socialrådgivere, patienter og psykologistuderende med afsluttet bachelor-grad sidder klar ved telefonerne til at hjælpe.

Mandag:

10-12 Smertepatient

16-18 Psykologisk Rådgivning

Tirsdag:

16-18 Sygeplejerske

Onsdag:

16-18 Sygeplejerske

19-21 Psykologisk Rådgivning

Torsdag:

16-18 Socialrådgiver

19-21 Smertepatient



Indmeldelse

Indmeldelse kan ske enten online på faks.dk, eller ved at sende et brev med følgende oplysninger:

- Navn
- Adresse
- Telefonnummer
- Region
- Fødselsdag
- Medlemstype
- evt. e-mail

til Per og Elin Kristiansen
Toftevej 2, 4400 Kalundborg



Medlemstyper:

Som **fuldgyldigt medlem** har du stemmeret ved generalforsamlingen og kan få gavn af foreningens tilbud. Du får tilsendt 4 blade om året enten med posten eller på mail.

Støttemedlemmer får også bladet men har ingen stemmeret.

Modtag bladet digitalt:

Vi sender gerne bladet på e-mail af økonomiske hensyn. For at få bladet digitalt kan du sende en mail til:
bevar.haabet@gmail.com

Brevkasse i "SmerteLiv"

Hvem kender ikke til at tumle med et spørgsmål. Så spørger man familie, venner og sit netværk: diverse svar "stritter" i alle retninger.

Nu bliver det muligt at få endnu et svar på nogle af sine spørgsmål.

Vi har fået 2 kompetente personer til at hjælpe os med at besvare spørgsmål fra jer:

Ole Bo Hansen:

Specialeansvarlig overlæge på Tværfagligt Smertecenter/ Palliativt team på Holbæk Sygehus.

Ole Bo Hansen er uddannet speciallæge i anæstesiologi, og har desuden Nordisk Diplomuddannelse i kompleks smertebehandling.

Helle Hald:

SIRIUSadvokat specialist i erstatnings- og forsikringsret, skatteret, og arbejds- og ansættelsesret.



For at få et spørgsmål med i brevkassen gør du sådan:

Send dit spørgsmål på mail til:

kalundborg@faks.dk

Husk at oplyse dit medlemsnummer.

Så vil det bliver sendt videre til den rette til at besvare det.

Skulle der være mange kan det være at spørgsmål må ligge og vente.

Du kan være anonym, hvis du ønsker det. Bare skriv under hvilket navn du vil i brevkassen.

Det er vigtigt at du indsender dit spørgsmål senest den 1. Maj 2018, hvis du ønsker svar i bladet i juni.

Brevkasse i "SmerteLiv"

Spørgsmål til Smertelæge

v/ Ole Bo Hansen

Hej Ole

Et spørgsmål om genoptagelse af medicinsk behandling.

I forbindelse med en operation for spinalstenose for ca. 2 år siden, blev jeg rådet til af lægen på den smerteklinik, jeg samtidig var tilknyttet for at justere medicin ind, at forsøge at trappe helt ud af den smertestillende behandling med gabapentin.

Dette for at finde ud af, hvor jeg var endt rent smertemæssigt efter operationen.

Det gav meget god mening dengang. Det gik også helt fint med at komme ud af



behandlingen. Det er også gået rimeligt fornuftigt i den første tid, men nu er smerterne så vendt kraftigt tilbage.

Så nu er spørgsmålet om det vil være klogt at begynde på gabapentin igen. Selvfølgelig ved at køre langsomt ind.

Eller vil det være klogere at komme over en smerteklinik for at blive vurderet om det er den medicin der skal til nu?

Med Venlig Hilsen Per

Svar:

Fra smertelæge Ole Bo Hansen

Hej Per

Dejligt at operationen forløb godt og at du var i stand til at trappe ud af medicinen.

Desværre viser det sig at sådanne operationer ofte kun har kortvarig effekt, dels kan stenosen (forsnævring af rodkanalen) komme igen på samme niveau, dels kan man få stenoser på andre niveauer.

Det er sjældent at såkaldte degenerative forandringer kun angriber et sted, men viser sig som en generel lidelse. Det er desværre en bivirkning ved at blive ældre.

Mht behandling vil jeg råde dig til at tage en snak med din praktiserende læge. Det er vigtigt at få klarlagt om smerterne er neurogene (brænder, svider, stikker, prikker, jager) eller nociceptive (trykker, borer).

Er smerterne neurogene kan genoptagelse af gabapentin være en ide, hvis de er nociceptive, vil gabapentin ikke have effekt.

Hvis du skal starte op i gabapentin igen bør du trappe langsomt op som første gang.

Jeg ser ingen umiddelbar grund til henvisning til Smertecenter, hvis du har lindring af ovennævnte forsøg.

Med venlig hilsen

Ole Bo Hansen
Smertelæge

Spørgsmål til Siriusadvokater

Kan du fortælle lidt om reglerne for seniorførtidspension?

Svar

Formålet med reglerne om seniorførtidspension er at sikre, at personer, der på grund af lang tid på arbejdsmarkedet er nedslidte, sikres en bedre og mere effektiv adgang til at komme på førtidspension.

Reglerne om førtidspension og seniorførtidspension findes i pensionsloven (LBK nr. 1208 af 17/11/2017), hvori betingelserne for at opnå seniorførtidspension også fremgår.

For at kunne opnå seniorførtidspension skal man:

- 1) Højest være 5 år fra folkepensionsalderen
- 2) Have en langvarig og aktuel tilknytning til arbejdsmarkedet (ca. 20-25 år)
- 3) Have en arbejdssevne, der

er nedsat i sådan en grad, at det ikke længere er muligt at forsørge sig selv

4) Opfyldte de normale betingelser for ret til social pension, skal være opfyldt (statsborgerskab- og bopælskrav)

Når der ansøges om seniorførtidspension, indgives ansøgningen til kommunen, der derefter tager stilling til, om den pågældende borger opfylder betingelserne om bopælskrav, statsborgerskab og en langvarig og aktuel tilknytning til arbejdsmarkedet.

Såfremt de generelle betingelser ikke er opfyldte, vil kommunen give afslag på seniorførtidspension.

Afgørelsen kan påklages til Ankestyrelsen.

Såfremt kommunen finder, at de generelle betingelser er opfyldte, udarbejder kommunen i samarbejde med borgeren, en såkaldt forberedende del af rehabiliteringsplanen.

Dette betyder, at der indhentes de nødvendige sundhedsfaglige oplysninger, og disse sendes sammen med den forberedende plan til kommunens rehabiliteringsteam, der tager stilling til, hvorvidt mulighederne for at komme i støttet beskæftigelse, fx fleksjob, er udtømt.

Rehabiliteringsteamet udarbejder en indstilling til kommunen, hvorefter kommunen træffer afgørelse om seniorførtidspension.

I sager, der skal behandles efter reglerne om seniorførtidspension, skal der alene tages stilling til, om arbejdsevnen er væsentligt og varigt nedsat i forhold til de erhverv, den pågældende vil kunne varetage, uden at der iværksættes tiltag, der har til formål at udvikle arbejdsevnen.

Det skal således ikke vurderes, om ansøgeren ville være i stand til at udvikle sin arbejdsevne eller kunne blive i stand til at anvende sin restarbejdsevne efter fx deltagelse i virksomhedspraktik, revalidering eller deltagelse i ressourceforløb.

Rehabiliteringsteamet, må med andre ord slet ikke iværksætte beskæftigelsesrettede tilbud med henblik på at udvikle borgerens arbejdsevne, men udelukkende tage stilling til, hvorvidt borgerens muligheder for at komme i støttende beskæftigelse er udtømte.

Spørgsmål

Kan du fortælle om, hvorvidt der er regler, der regulerer, om man må have formue stående som førtidspensionist?

Svar

Som udgangspunkt har formue ikke betydning for, om man kan få tilkendt førtidspension eller ej.

Afkastet af formuen kan dog, efter omstændighederne, have betydning for hvorvidt man er berettiget til at få førtidspensionsydelse udbetalt, når man er tilkendt førtidspension eller seniorførtidspension, ligesom en sideløbende indtjening også kan få betydning for ydelsen.

Når man er tilkendt førtidspension, er der en række typer af indkomst, der kan have indflydelse på, hvor meget

man får udbetalt i månedlig ydelse.

Hvordan den månedlige pensionsydelse reguleres, er nærmere bestemt i lov om social pension § 21 a, jf. § 32 a. Det fremgår blandt andet heraf, at følgende ydelser skal modregnes i udbetalingen af den månedlige pensionsydelse:

- Personlig indkomst såsom løn, anden pensionsindtægt og andre løbende ydelser
- Positiv kapitalindkomst såsom renteindtægter
- Aktieindkomst bortset fra aktieudbytte under 5.000 kr.

Efter reglerne, der er gældende fra 2003, opgøres førtidspensionsydelsen ud fra borgerens og dennes ægtefælles indkomst. For en enlig, bliver pensionsydelsen ikke sat ned, såfremt indtjeningen/afkast er under 75.800 kr. (2018-taksten) om året. For gifte/samlevende er taksten 120.100 kr. (2018-taksten).

Såfremt formuen ikke giver



et afkast, der er større end grænsen for, hvor meget man må tjene ud over pensionen, vil formuen ikke have betydning for, hvor meget man kan få udbetalt førtidspensionsydelse. Hvis formuen giver et afkast der er større en grænsen, vil afkastet der overstiger grænsen, have betydning for den månedlige førtidspensionsydelse.

Det samme gælder indtjening. En førtidspensionist må altså tjene 75.800 kr. henholdsvis 120.100 kr. uden at dette for betydning for den udbetalte ydelse.

Formuen kan derimod have betydning for de ydelser der betales i perioden op til førtidspensionen, såsom fx kontanthjælp, ressourceforløbsydelse eller lignende.

Redskabsskuret

af Janni Jørgensen

Samvær – ja selvfølgelig

Samvær er en social aktivitet som mange oplever bliver mindre, når smerterne tager over.

Vi kan ikke mere holde til så meget, som vi kunne engang og det kan være svært at forstå, både for os selv men også for vores familie, venner, arbejdskollegaer...

Vi bliver frustrerede over ikke at kunne deltage i alle aktiviteter, såsom fødselsdage, weekendhygge med vennerne, vores børns aktiviteter, både i skolen og i fritiden, egne fritidsaktiviteter og meget mere.

Vi bliver kede af at vi ikke lige kan bage en kage til kollegaerne, da det er vores tur eller at yngste barnet ikke kan inviterer børnehaven hjem til

”Jeg kan ikke gå ret langt, uden at få smerter i ryggen.”

fødselsdag.

Men jeg vil mene at vi alligevel kan rigtig mange ting, hvis de bliver planlagt ordentligt.

Først må vi prøve at forstå vores egne begrænsninger før vi kan fortælle familien og vennerne om dem. Jeg både høre og oplever selv at det er meget svært at forstå, hvad jeg kan den ene dag kan jeg ikke nødvendigvis igen den næste dag.

Mine begrænsninger er:
Jeg kan ikke løfte ret meget.
Jeg kan ikke sidde på en stol/sofa ret længe af gangen, uden at få ondt i ryggen og hale benet.
Jeg kan ikke gå ret langt, uden at få smerter i ryggen.

Mine begrænsninger betyder at:
Jeg har ofte min kørestol med når jeg skal nogen steder hen, så ved jeg at jeg kan sidde ordentligt i længere tid. Hvis jeg kun skal af sted i kortere tid, kan jeg nogle gange nøjes med min pude med luft og lændepuden.
Jeg har en kran i bilen der løfter min kørestol ud og ind i bilen, så jeg ikke skal bære på

”Jeg er indehaver af et ledsagerkort.”

den.
Jeg kan komme med familien eller venner mange steder hen, fordi de kan køre mig.

Mange steder, så som Tivoli, teater, museer kan jeg ofte få en medhjælper gratis med ind, da jeg har brug for hjælp, til at køre kørestolen.

Jeg er indehaver af et ledsagerkort.

Jeg har handicapkort til min bil, så jeg ofte kan parkerer tæt på de seværdigheder jeg gerne vil se.

Det er som oftest gratis at parkerer, når man har et handicapkort.

Jeg vil komme med et par eksempler fra mit eget liv, så jeg håber at det giver mening.

I dag er det mandag og det er FAKS dag. Jubii jeg glæder mig til at komme til Valby for at se de andre, der også kommer. FAKS er min ”nye

arbejdsplads” forstået på den måde at jeg ikke har arbejdskollegaer mere, da jeg er førtidspensionist.

FAKS er selvfølgelig ikke en arbejdsplads, men jeg kan sidestille de andre i afdelingen, men mine gamle kollegaer.

Vi har et fællesskab, vi har madpakker med, vi vender livets op og nedture, vi kender til hinandens familier ud fra billeder og vi tager på kortere ture sammen.

Jeg vælger at tage i FAKS hver mandag, selvom det koster meget på ressourcehylden.

Jeg har brug for at se andre mennesker og det er rart at når min mand kommer hjem fra arbejde så kan jeg fortælle om min dag.
Jeg tager også i FAKS på en



dårlig dag, fordi jeg ved jeg ikke behøver at være der hele tiden, men kan være der den tid jeg synes er ok, lige i dag. Der er en sofa som jeg kan hvile på, de dage ryggen er helt slem.

Jeg falder om på sengen når jeg kommer hjem og hviler/sover en times tid, for at klare resten af dagen, men jeg synes det er det hele være.

I starten da jeg kom i FAKS brugte jeg flere kræfter end jeg gør i dag. Jeg er nu blevet fortrolig med de andre der kommer der, jeg kender forholdene i lokalet vi er i, bilen kender selv vejen, så når man lige får overvundet de første forhindringer, er tingene ofte nemmere.

Uanset hvilke ”ting” vi kaster os ud i, koster det kræfter. Jeg mener at det ofte er kræfterne værd at finde ud af hvordan vi kan få et aktivt liv med smerter.

Hvis vi snakker om kagen vi



ikke mere kan bage, fordi det tager for lang tid at stå og røre kagen sammen, kan vi vælge at købe et færdigt kagemix, så det kun er væske der skal tilsættes.

Nu har vi frigjort ressourcer til at hvile imedens kagen bager og vi kan så selv deltage i ”kagearrangementet”.

En mulighed kan også være at købe sig til en kage, der er færdigbagt. Dem der skal spise kagen ved jo ikke hvor mange kræfter det koster os at bage og at vi selv får mere overskud til at være til stede.

Find en løsning der er bedst for dig og deltag så i arrangementet i den tid du kan holde til.
Jeg har lige været på venindebesøg.
Transporttid 2 timer i alt.

Her huskede jeg at tage min "luftpude" med i bilen, så jeg havde den bedste mulige siddestilling hele vejen. Min veninde er også smerteramt så jeg købte smørrebrød med, så hun ikke skulle stå med frokosten.

Indkøb af maden, samt den tid det tager at anrette det, kræver nemlig mange kræfter, som vi nu kunne bruge på at snakke sammen i stedet for.

Vi havde en super hyggelig dag og om eftermiddagen spiste vi kager fra bageren.

Da jeg kom hjem var det hviletid, hvor jeg kunne tænke på den dejlige dag vi havde sammen, fordi vi havde taget vores forholdsregler.

Sådanne dage kan jeg leve længe på selvom de koster

"Der blev grinet og hygget igennem og det har alle brug for indimellem, selvom vi er smerteramt."

ressourcer, fordi jeg får så meget godt med hjem.

Der blev grinet og hygget igennem og det har alle brug for indimellem, selvom vi er smerteramt.

Så kast dig ud i det, tag dine forholdsregler alvorligt og nyd så livet.



FAKS

**Foreningen af
Kroniske Smertepatienter**
...Også for Pårørende!



NYHED

FAKS tilbyder nu erhvervsmedlemskaber til firmaer. Gør en forskel for de 850.000 danskere, der lider af kroniske smerter ved at støtte op om foreningen.

Vi er en ikke politisk forening, der kæmper for bedre vilkår for de smerteramte.

Vi tilbyder GULD, SØLV og BRONZE medlemskaber.

På vores hjemmeside www.faks.dk kan du under menuen "Kontakt", se mere om de forskellige medlemskaber.

Som erhvervsmedlem tilbyder vi at du kan få dit logo lagt på vores hjemmeside, så alle kan se at du er medlem.

Du får også tilsendt vores medlemsblad – når det udkommer.

Med venlig hilsen
FAKS
Urtehaven 76
2500 Valby





Opioid behandling af kroniske non-maligne smerter.

Af Lars Bye Møller
Bestyrelsesmedlem i FAKS og
smertepatient gennem 20 år.

Smerter er desværre en udbredt og underbehandlet lidelse, og alene i Danmark anslås det, at cirka 850.000 lever med kroniske/vedvarende eller hyppigt tilbagevendende smerter¹.

Dertil kommer et sundhedssystem med manglende viden og organisering samt sen opsporing, udredning og behandling af kroniske smerter.

Dette betyder at en relativ stor andel patienter udvikler kroniske smerter af en sådan karakter, at det i høj grad

forringer deres funktionsevne og livskvalitet.

Når først smerterne har antaget en sådan grad, er de svære at behandle, og det kræver ofte en længerevarende indsats og omlægning af livsførelse før bedring kan spores.

Som smertepatient bliver man helt naturligt desperat og søger efter noget, der kan lindre ens smerter. For nogle er opioider (morfinlignende stoffer) det eneste der virker tilstrækkelig smertedæmpende, og Danmark er et af de lande i verden med det højeste forbrug.

Desværre er denne type medicin forbundet med en række bivirkninger, og den smertestillende virkning kan aftage over tid med udvikling af tolerans. Ikke mindst er der noget der tyder på, at medicinen måske endda kan forværre smerterne.

”Danmark er et af de lande i verden med det højeste forbrug.”



Deltagelse i nationale kliniske retningslinjer.

”Opioid behandling af kroniske non-maligne smerter” er navnet på den nationale kliniske retningslinje - NKR, som FAKS er blevet udpeget til at deltage i af Sundhedsstyrelsen.

Jeg er glad for, at vi er blevet indbudt set i lyset af, hvor meget denne type medicin fylder i behandlingen af kroniske smertepatienter.

Når vi sådan bliver taget med på råd af sundhedsmyndighederne, ser jeg dette som et udtryk for, at man anerkender vores faglige arbejde, og de erfaringer og perspektiver fra smertepatienter, vi bringer med til bordet.

Desuden er det ikke første gang, at vi har deltaget i udarbejdelsen af en national klinisk retningslinje.

I 2014 - 2015 var vi/ jeg for første gang med i referencegruppen ved udarbejdelsen af NKR for ”generaliserede smerter i bevægeapparatet” 2.

Denne gang føler jeg mig derfor bedre rustet til at deltage i arbejdet, fordi jeg har en større forståelse for en NKR s præmisser, værktøjer og målsætning.

Kort beskrevet handler en NKR om, at man laver et sæt evidensbaserede beskrivelser/ retningslinier for, hvordan en bestemt lidelse eller sygdomsområde anbefales at blive behandlet hos de praktiserende læger, speciallæger og på hospitalerne.

På den måde forsøger man, at sikre sig en ensartet høj kvalitet i behandlingen og undgå utidssvarende, ineffektiv eller ligefrem skadelig behandling.

Sundhedsstyrelsen har siden 2012 udviklet ca. 50 nationale kliniske retningslinjer på en lang række sygdomsområder, og vil du læse mere om, hvad en NKR går ud på, kan du gøre det her³ (se kildehenvisning).

For at vende tilbage til det konkrete emne for denne NKR, synes jeg som udgangspunkt, at det er en god ide at se nærmere på behandlingen af kroniske non-maligne smerter med opioider. Jeg har dog også visse bekymringer for de konsekvenser retningslinjen kan få i praksis som jeg vil skitsere i denne artikel.

En medicingruppe forbundet med problemer og stigma.

Det forestående arbejde med den danske NKR vil tage afsæt i tallene og konklusionerne fra en canadisk retningslinie fra 2017⁴.

Denne lægger, så vidt jeg kan læse mig til, op til en mere restriktiv udskrivning af opioider. Dette sker både på baggrund af utilsigtede bivirkninger samt utilstrækkeligt evidens for

gavnlig virkning ift. andre typer af smertemedicin.

Det er også vigtigt at forstå, at den vækst og de stigende antal problemer med opioider og opioid-associeret dødsfald der har været i især USA, har sat negativ fokus på området og formodentligt medvirke til at skabe en mere restriktiv holdning hos sundhedspersonale og -myndigheder herhjemme.

I Danmark har vi også haft sagen om opioidpræparatet Tramadol i 2017 som fyldte meget i mediernes⁵.

Præparatet gik fra gennem mange år at være klassificeret som en svagt til et stærkt smertestillende middel med skærpet indberetningspligt.

På grund af personsager i medierne blev lægemiddelmyndighederne opmærksomme på, at afhængighedspotentialet for dette præparat sandsynligvis er ligeså stort som ved andre opioider.

Sidst men ikke mindst må man ikke glemme, at der er

en tilbøjelighed til at opioider bliver associeret med misbrug og narkomani pga. stoffernes misbrugspotentiale.

Stigning i forbruget af opioider ?

Danmark er blandt de lande i verden som anvender flest opioider, og der har i en årrække været en vækst alt afhængig af, hvordan man vælger at udregne det⁶.

Usikkerheden i udregningen skyldes blandt andet den statistiske måleenhed DDD for forbruget. Måleenheden er nemlig baseret på administrationsvejen af medicinen og ikke den smertestillende effekt.

Derfor kan det give et skævt billede af forbruget på tværs af lande, som ikke nødvendigvis har den samme fordeling i anvendelsen af forskellige opioidpræparater.⁶

Under alle omstændigheder befinder Danmark sig højt på listen over lande som bruger opioider, og årsagen hertil kan skyldes flere ting.

Øget markedsføring fra

medicinalindustrien er oplagt, men også ændring i de faglige anbefalinger nogle år tilbage imod anvendelse af NSAID præparater (gigtmedicin).

NSAID anbefales således ikke længere til behandling af kroniske smerter pga risikoen for alvorlige bivirkninger på mave/tarmkanal og hjerte.

Dette har sandsynligvis har ændret lægernes udskrivningsmønster og medvirket til en omlægning fra NSAID til den på daværende tidspunkt klassificerede svage opioid Tramadol.

Ikke mindst er det svært at se bort fra, at mange danskere har et reelt problem med deres smerter, og der ikke bliver taget tilstrækkeligt hånd om problemet, fordi politikere og sundhedsvæsen ikke har fokus på og prioriterer området.

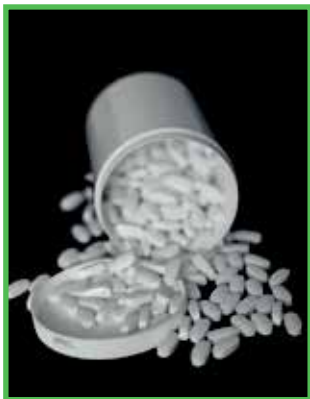
Dette medfører desværre, at flere end nødvendigt udvikler komplekse smertetilstande, og dermed øges behovet for medicin og opioider

Hvad er den korrekte mængde.

Ser man bort fra, at medicin sjældent er den mest ønskværdige løsning pga forskellige typer af bivirkninger på krop og økonomi, er vores høje forbrug af opioider i Danmark ikke åbentlyst negativt.

Det kan jo være, at andre lande faktisk er for restriktive og dermed lader deres smertepatienter i stikken ved ikke at tilbyde dem behandling med denne type medicin.

Dette kan skyldes forskellige fordomsfulde, religiøse og økonomiske årsager der ikke er udtryk for rationel farmakoterapi.



Den "korrekte" mængde må vel i virkeligheden komme an på, om medicinen den virker efter hensigten ved at gøre patienterne symptomfri eller forbedre deres smerteniveau, funktionsevne og livskvalitet.

Endvidere skal den virke bedre og med færre bivirkninger end andre alternativer. Dette er der dog noget der tyder på, at opioider måske ikke gør, og derfor muligvis ikke er den bedste løsning ved behandling af kroniske smerter⁷.

Kan behandling med opioider forværre smerter og hvorfor.

Der er klinisk erfaring og forskning der peger på, at nogle patienter kan udvikle flere smerter ved behandling med opioider ved især længere tids brug⁸.

Man anvender begrebet opioidinduceret hyperalgesi, som dækker over den paradoksale mekanisme, at opioider kan virke modsat og ligefrem medvirke til øget smertefølsomhed.

Tilsyneladende er det dog ikke

alle patienter i behandling med opioider der udvikler denne tilstand.

Fundene og evidensen er heller ikke entydig, og man forstår endnu ikke de neurofysiologiske mekanismer bag til fulde⁹.

Før man derfor afskriver opioider til behandling af alle kroniske smertepatienter, synes jeg, at man bør undersøge området nærmere.

For mig at se kan årsagen også skyldes forkert anvendelse af opioider. Således oplever jeg, at mange smertepatienter i opioid behandling håndteres uhensigtsmæssigt og ikke efter bogen.

Når jeg f.eks. møder smertespecialister på de tværfaglige smerteklinikker, anbefaler de, at patienten fra tid til anden skal lave en såkaldt opioidrotation eller udtrapning.

Dette er for at undgå udviklingen af tolerans og abstinenssymptomer, der både kan komme til udtryk som manglende

smertestillende virkning og øget smertefølsomhed.

Teorien bag er, at man forsøger at nulstille kroppens opioidreceptorer. På den måde vedbliver opioiderne med at have samme smertestillende effekt, og man undgår at udvikle abstinenssymptomer og skulle stige i dosis.

Det er min oplevelse, at denne anbefaling desværre sjældent bliver fulgt i praksis, hvilket betyder, at en stor del af patienterne får lov til passe sig selv.

Dette betyder, at nogle patienter forbliver på samme dosis i adskillige år, mens andre stiger ukontrolleret.

Dette kan føre til udvikling af tolerans, muligvis opioid induceret hyperalgesi og en række andre bivirkninger, og dermed en forværring af smertetilstanden.

For mig at se består et optimalt behandlingsforløb med opioider derimod af, at man i opstartsfasen finder frem til den mindst mulige dosis, der kan gøre patienten

tilstrækkelig smertefri og samtidig sætter en max-dosis.

Når så patienten på et tidspunkt når sin max-dosis, er det tid til at lave en rotation eller udtrapning. På den måde holder man bedst muligt forbruget og bivirkningerne nede, patienten undgår at skulle ud i en udtrapning alt for ofte, og man sikrer den bedst mulige smertestillende effekt.

Årsagen til at dette ikke sker, skyldes sandsynligvis flere forhold. Landets smerteklinikker har desværre kun kapacitet til at behandle de tungeste patienter, og behandlingsforløbene her er tidsbegrænsede.

Endvidere er det ofte svært at få en henvisning, da regionerne forsøger at begrænse udgifterne til de tværfaglig smerteforløb.

Derfor er smertepatienter i længerevarende opioidbehandling overladt til deres praktiserende læge. Da mange praktiserede læger af naturlige årsager har begrænset viden og erfaring

med opioider pga manglende uddannelse på området¹⁰ er de ofte berøringsangste.

Samtidig tror jeg, at de praktiserende lægers holdning til opioider i højere grad præget af en sort hvid holdning på baggrund af sundhedsmyndighedernes anbefalinger og registrering, end hvis de havde mere viden og erfaring at trække på.

Årsagen til at patienterne ikke håndteres optimal skyldes sandsynligvis også, at praktiserende læger i dag er pålagt så mange patienter og opgaver, at de har meget travlt og dermed ikke er opmærksomme på problemet.

Sidst men ikke mindst mangler der formelle indsatsprogrammer til at sikre en fast samtale og evaluering af patienternes opioidbehandling og smertesituation.

Restriktioner alene risikerer at skade mere end at gavne.

Afslutningsvis er det vigtigt for mig at tilkendegive, at jeg synes det er en god ide at forsøge at nedbringe

anvendelsen af opioider i Danmark.

Men hvis man tror på, at man ved restriktioner alene kan bedre forholdene for danske smerte patienter har man hoppet et par mellemregninger over.

Når jeg derfor er bekymret for, at NKRen skal medføre mere restriktive anbefalinger til udskrivning af opioider, skyldes det anbefalingerne i kombination med de eksisterende mangler på smerteområdet.

Det er i forvejen svært nok at være smertepatient og skulle navigere i et sundhedssystem med et overvejende biomedicinsk videnskabssyn med fordomme og mistænkeliggørelse overfor, om ens smerter er rigtige¹¹.

Hvis ikke lægerne og sundhedspersonalet får den faglige ballast hov viden om kroniske smerter samt muligheden for at henvise til de nødvendige tilbud, kan retningslinjerne komme til at gøre mere skade end gavn. Skal vi nedbringe

opioidforbruget, er der derfor behov for en samlet indsats på smerteområdet, og at sundhedsmyndighederne, de forskellige faglige selskaber og faggrupper snakke sammen og koordinere indsatsen.

Kildehenvisninger.

1. Socio-economic-Consequences-of-Pain-Intensive-Diseases-in-Denmark. 2012

2. "National klinisk retningslinje for udredning og behandling/rehabilitering af patienter med generaliseret smerter i bevægeapparatet

3. "Om Nationale kliniske retningslinjer (NKR)"

4. "the 2017 canadian guideline for opioids for chronic non-cancer pain"

5. "Du kan blive afhængig af tramadol på to til tre uger" 2017 artikel politiken.

6. "Kortlægning af opioidforbruget i Danmark" 2016

7. "Long-term opioid therapy in Denmark: A disappointing journey"

8. "A comprehensive review of opiate induced hyperalgesia" 2011 "Den kliniske betydning af hyperalgesi er uafklaret" 2011 Ugeskrift for læger, marts udgave

9. "Smertesensitivitet hos patienter med kroniske lænderygsmerter i opioid behandling: Vurderet ved kvantitative sensorisk test med cuff algometri. 2016 Masterprojekt Aalborg universitet

10. "Current pain education within undergraduate medical studies across Europe: Advancing the Provision of Pain Education and Learning (APPEAL) study" 2015.

11. "Hvorfor skulle jeg gøre det med Vilje" 2012 speciale Aalborg universitet.



Find os på Facebook:

Den Officielle side:

FAKS - Foreningen Af Kroniske

Smertepatienter

Gruppe for alle medlemmer:

FAKS Foreningen Af Kronisk
Smertepatienter.



Hovedkontor

Urtehaven 76, kld.
2500 Valby
tlf. 51 92 63 41

Formand

Pia Frederiksen
tlf. 26 39 24 07
e-mail:
pia.soendergaard@gmail.com

Ansvarlige for lokalafdelinger

Birthe Omdahl
tlf. 39 65 54 48
mobil: 27 42 05 73
e-mail: birtheomdahl@booh.dk

Janni Jørgensen
Tlf. 28 91 20 75
e-mail: janni@post.tele.dk



Region Hovedstaden

Valby

Urtehaven 76, kld.
2500 Valby
Åbningstid:
mandage kl. 12:00 – 15:00

Kontaktperson:

Birthe Omdahl
tlf.: 27 42 05 73
E-mail: birtheomdahl@booh.dk

Helsingør:

Kontaktperson:
Birgit Anni Pedersen,
tlf.: 50 53 36 96
E-mail: birgitanni@gmail.com

Mødested:

Frivilligcenteret i Helsingør
Møllestien 6
3200 Helsingør

Mødetid:

Første onsdag i hver måned
kl. 14.00 – 16.00

FAKS Ungdom

Kontaktpersoner:
Lars Bye Møller
Tlf: 61 27 40 47
E-mail: larsbyemoeller@gmail.com

Sanne Lydø
Tlf: 22 85 19 79
E-mail: lydoe@postlet.dk

Vi mødes hver den 5. i måneden.

Hverdage kl. 18 og weekend kl. 13.
Kontakt Lars eller Sanne for
mødested.

Region Sjælland

Køge

Kontaktpersoner:
Marlene Steengaard Hansen
Tlf.: 40 61 86 66
e-mail: marlenesteengaard@Yahoo.
dk
Marlene Gjøstrand
tlf.: 26 56 52 82
e-mail: mcmg-66@Hotmail.com

Mødested:

Kulturhuset
Langelandsvej 66
Indgangen ved festsalen
4600 Køge
Mødetid Torsdag i ulige uger
kl. 11.00 – 13.00

Kalundborg

Mødested: Kontakt os for mødested.
Åbningstid: tirsdage i lige uger
kl. 18:30 – 20:30

Kontaktpersoner:

Per & Elin Kristiansen
Tlf.: 24 41 28 29
E-mail: Kalundborg@faks.dk

Slagelse:

Kontaktperson:
Gitte Andersen Ørris
Tlf. 50 47 31 45
E-mail: gitteorris@live.dk
Mødested:
Frivilligcenter Slagelse
Skovsøgade 10, bygning S
4200 Slagelse

Mødetid:

1. og 3. tirsdag i måneden
kl 15 til 17

Stege

Kontaktperson:

Marlon Cramers

tlf: 20 92 18 28

E-mail: faksstege@gmail.com

Til selvtræning, hver mandag fra kl
14.30 til 15.30

undtagen i skoleferier/helligdage

Mødested:

Sundhedscenteret i Stege på 2. Sal.

Vordingborg Træningsgruppe

Kontaktperson

Pia Lorentzen

Tlf 4236 1821

Mødetid:

Mandage kl 14.30.

Undtagen i skoleferier/helligdage

Mødetid Torsdag 14.30-15.30

Mødested Træning og rehabilitering
Sankelmarksvej 10 A

4760 Vordingborg

For at deltage skal man have bopæl
i Vordingborg Kommune

Region Nordjylland

Vendsyssel

P.T. ingen afdeling.

Interesseret ring til:

Kontaktperson:

Marion Jensen

E-mail: joergen-j@mail.tele.dk

tlf: 98 98 23 99

Region Midtjylland

Horsens

Kontaktpersoner:

Wanja Zurek

Tlf: 28 83 07 97

E-mail: wanjazurek@hotmail.com

Margit Jensen

Tlf. 51 21 87 15

E-mail: margit87@hotmail.com

Niels Olesen

Tlf. 42 24 17 28

E-mail: nielsreimar@gmail.com

Mødested:

Sund By Butikken

Åboulevarden 52

8700 Horsens

Mødetid:

Tirsdag i ulige uger

kl. 10.00 – 11.30

Torsdag i lige uger

kl. 10.00 – 11.30

Region Syddanmark

Odense:

Solveig Havlit

Tlf.: 23 84 17 06

E-mail: solveigogkurt@gmail.com

Mødested:

Frivillig centeret borgernes hus

Østre Stationsvej 15

5000 Odense c.

Mødetid:

Første tirsdag i måneden

kl. 14.00 – 16.00

SmerteLinjen



smertelinjen.dk



Faks er medlem af:



www.sip-platform.eu/



www.pae-eu.eu/

SmerteDanmark

www.smertedanmark.dk/

Opnå større livskvalitet gennem...



hjælp til selvhjælp!