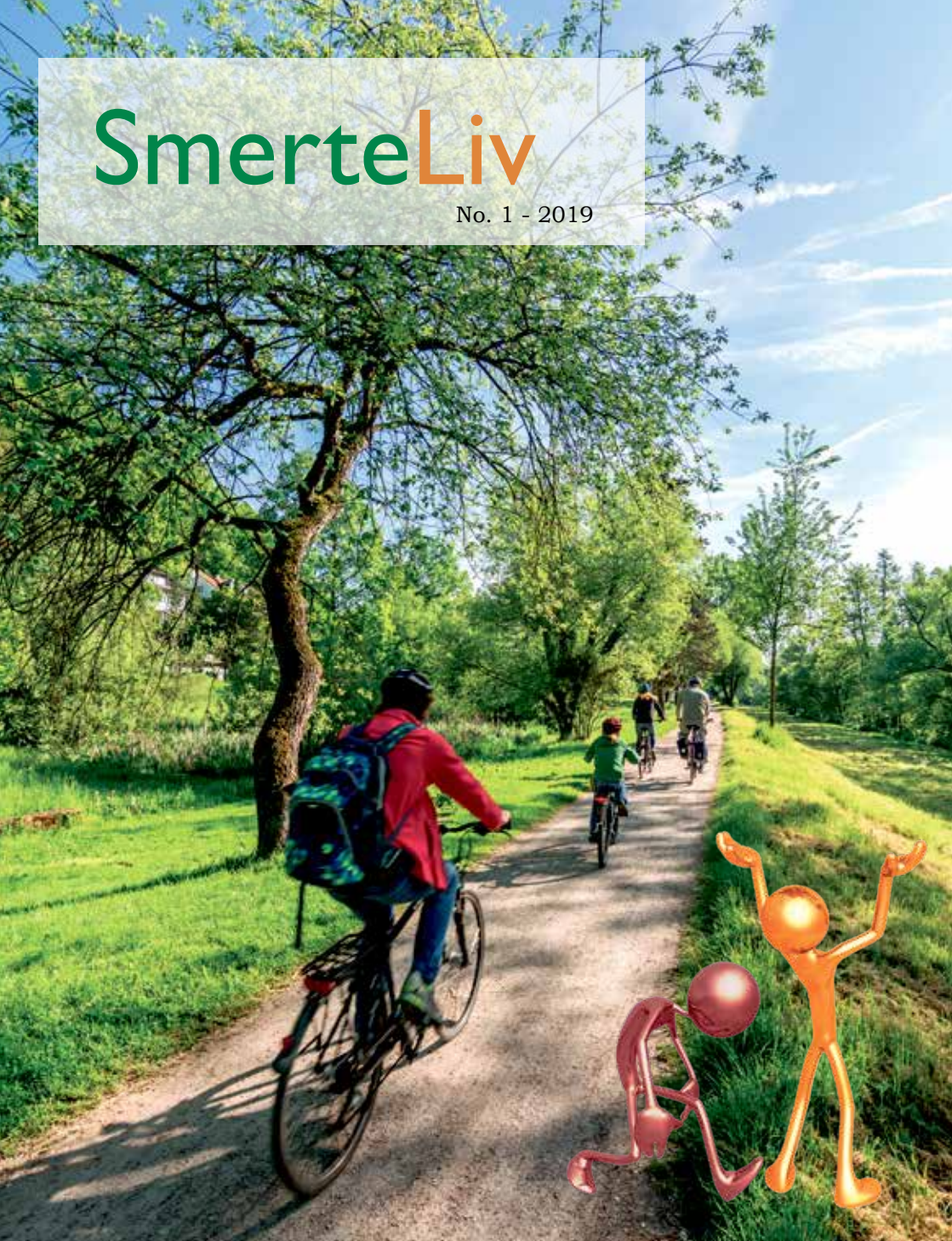


SmerteLiv

No. 1 - 2019



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:
3. Juni 2019 Kl 14.00

Deadline til smertelivs brevkasse er:
1. Maj 2019



Noter fra Redaktionen:

Næste blad udkommer
SIDST i juni 2019

Indlæg modtages gerne løbende!

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

Erhvervsmedlemskab

GULD, SØLV OG BRONZE

på www.faks.dk under kontakt kan
du se mere om medlemskaberne.

Indhold

Tema Kroniske smerter og afhængigheds- skabende medicin.

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

Gamle opskrifter



Cookies



Chillisuppe

Vi er så heldige at ha 2
opskrifter denne gang.

Leder s. 3

af Formand Pia Frederiksen

TEMA
Kroniske smerter og
afhængighedsskabende
medicin s. 4-28

Opskrifter s.29

Udvidet frit sygehus-
udvalg s.31

Redskabsskuret s. 33

Lokalafdelinger s. 35

Brevkasse s. 39

Artikel s. 47

Kontaktoplysninger s. 51



Leder Marts 2019

af Formand for FAKS
Pia Frederiksen

Arbejdet i sundhedsstyrelsen med den nye smertehandlingsplan er startet, Janni og jeg fortsætter vores tur rundt til afdelingerne og de tværfaglige klinikker, og så har jeg været til 10 års jubilæum i Kalundborg afdeling.

Arbejdet i Sundhedsstyrelsen (SST) er startet. Vi har deltaget i den første workshop der havde til hovedformål at få sat fokus på udfordringerne i den danske smertebehandling.

FAKS deltog i debatten, og lavede også et lille oplæg om vores synspunkter. Vi kan se en meget stor enighed med de forskellige faggrupper om, hvilke udfordringer der er på

smerteområdet.

I maj skal vi til den næste workshop, der skal vi se på mulige løsninger, det bliver spændende at se hvor langt enigheden rækker der.

Udfordringen som jeg ser den er stadig at vores politikere ikke rigtig er klar til at lave de investeringer der skal til for at rette op på smertebehandlingen. Men vi må se hvor smertehandlingsplanen bringer os hen.

Janni og jeg har fortsat vores tur rundt i Danmark. Vi besøger som tidligere skrevet de forskellige tværfaglige klinikker og vores lokale afdelinger. Vi har besøgt de sidste udflugtsmål i Jylland, og er begyndt på turen rundt på Sjælland. Det er super rart at få talt med klinikkerne.

Vi fortæller både om FAKS og SmerteLinjen, men vi får

”Udfordringen er stadig at vores politikere ikke rigtig er klar til at lave de investeringer der skal til for at rette op på smertebehandlingen.”

bestemt også en snak om hvordan det går på klinikken, og om der er noget vi kan hjælpe med eller samarbejde om. Det har været nogle rigtig gode besøg.

Også besøgende i lokalafdelingerne har været vigtige for os. Vi får svaret på spørgsmål, og får sat fokus på hvad vi kan hjælpe hinanden med.

Flere afdelinger har ikke været klar over at de kan søge midler i bestyrelsen til hjælp til lokale arrangementer. Det har vi fået en snak om, og vi kan allerede nu se at flere afdelinger har søgt penge til spændende arrangementer.

Besøget i Kalundborg kunne passes sammen med et besøg til afdelingens 10 års jubilæum. Sikke en dejlig dag, med mange både kendte og nye ansigter. Tak for modtagelsen og det gode samarbejde og tillykke med jubilæet.

Vores pjese om forstoppelse i forbindelse med indtagelse af den stærke smertestillende medicin har i en periode været udgået.

Inden vi blot laver et genoptryk, har vi fået hjælp af fagekspert i mave-tarmlidelser, Gerd Johnsen, til at redigere teksten, så den lever op til den absolut nyeste viden. Det er et sponsorat fra Kyowa Kirin der har muliggjort genoptrykningen af pjecen. Tusinde tak til både Gerd for at dele ud af hendes kæmpe viden på området og til Kyowa Kirin for at det var muligt.

SmerteDanmark og FAKS har netop indgået endnu et samarbejde om en kampagne til SmerteLinjen. SmerteDanmark har fået et sponsorat fra Trygfonden, som muliggør en ny kampagne på de sociale medier. Det er firmaet Caretoons fra Aarhus der hjælper os med kampagnen. Det er dygtige folk, som har stor empati og forståelse for os patienter. Vi glæder os rigtig

”SmerteDanmark og FAKS har netop indgået endnu et samarbejde om en kampagne til SmerteLinjen.”

FAKS Facebookgruppe

Så kommer den endelig, den I har efterspurgt så meget. FAKS har nemlig oprettet en Facebookgruppe kun for medlemmer og støttemedlemmer. Denne gruppe er til for at udveksle erfaringer, viden og nyheder mellem Jer medlemmer og foreningen. Vi håber også, den kan bidrage til at flere af Jer lærer hinanden bedre at kende, og danner netværk.

Praktisk info:

Gruppen lukker op den 27. marts 2019.

Du skal selv ansøge, om at blive medlem af gruppen, som du kan finde under navnet FAKS- Foreningen af kroniske smertepatienter. Det kræver kun, at du har betalt kontingent og oplyser dit medlemsnummer for at blive godkendt. Desuden kræver det, at du har en privat profil på Facebook.

meget til dette samarbejde.

Det går i øvrigt stadig godt og fremad på Smertelinjen. Antallet af kald er steget med hele 34% fra 2017 til 2018. Stor ros til vores utroligt dygtige frivillige rådgivere.

Husk at du altid er velkommen til at ringe og få et godt råd, eller blot en snak.

Til sidst vil jeg blot sige at jeg glæder mig til, forhåbentligt, at se rigtig mange af jer til årets generalforsamling. Ved denne tid glæder jeg mig altid til at få sat det nye hold i bestyrelsen, få lært alle godt at kende, og så komme i arbejdstøjet igen.

Vi ses.
De bedste hilsener
Pia



Kroniske smerter og afhængigheds-skabende medicin

Af Lars Bye Møller

I denne udgave af SmerteLiv, som du sidder med, har vi valgt at behandle temaet ”afhængighedsskabende medicin”.

Du kan måske nikke genkendende til dette tema, som vi også tidligere har dækket blandt andet med en artikel om aftrapning af opioider i forrige medlemsblad.

Alligevel synes vi, at emnet fortsat er værd at uddybe og blive klogere på. Dette skyldes først og fremmest, at der er mange af os som lever med kroniske smerter, der kommer i kontakt med denne type medicin.

Desuden ønsker vi at øge kendskabet til, at medicinen

TEMA

er forbundet med en række egenskaber, der ofte gør, at balancen mellem gavnlige og skadelige virkninger hurtigt forskydes negativt.

Medicinen kan derfor ende med at forværre de symptomer, man i første omgang søgte hjælp til at få behandlet. Sidst men ikke mindst ønsker vi at undgå, at patienter der tager medicinen bliver stigmatiseret og behandlet dårligt.

Det er vigtigt at sikre fornuftige aftrapningsforløb og alternative non-farmakologisk behandlingstilbud. Desuden bør der fortsat være adgang til denne type medicin for nogle smertepatienter.

Dette drejer sig om patienter, der i en kortere eller længere periode faktisk har behov for og god gavn af medicinen i relativt lave doser til at opnå eventuel smertereduktion eller bedre søvn.



TEMA

På den måde kan medicinen medvirke til at give ressourcer og motivation til at afprøve non-farmakologiske behandlinger og tilegne sig mestringsstrategier, så man kan leve et mere aktivt liv med større livskvalitet.

Smertestillende medicin - opioider

I temaet vil du først og fremmest støde på artikler omhandlerende morfinlignende medicin - de såkaldte opioider. Dette er smertestillende medicin som har en stærkt centralvirkende effekt på vores oplevelse af smerter, og derfor er vigtig for akut smertebehandling samt døende patienter.

Sove- og angstdæmpende medicin.

Temaet afhængighedsskabende medicin berører også de såkaldte benzodiazpiner og benzodiazepinlignende medicin. Denne gruppe indeholder medicin, hvis formål er at virke søvnfremkaldende, angstdæmpende og beroligende.

En del af os mennesker der lever med kroniske smerter, kommer i kontakt med denne type medicin, fordi vi

desværre ender i en så presset livssituation, hvor søvnløshed, stress, uro og angst overtager vores liv.

Desværre er denne medicin, ligesom morfinpræparaterne forbundet med tilvænning, afhængighed og abstinensudvikling som hurtigt kan forværre snarere end at afhjælpe ens problemer.

Vi har forsøgt at lave et tema til dig med nuanceret indhold, hvor vi har samlet en række artikler fra både sundhedsfaglige personer, og mennesker der selv lever med smerter.

Jeg vil ønske dig god læselyst.



TEMA

I forbindelse med dette blads tema, synes vi det var naturligt, at stille nedenstående spørgsmål til lægemiddelstyrelsen, men de blev sendt videre til Styrelsen for Patientsikkerhed.

Vores brev til lægemiddelstyrelsen

Årsagen til at vi henvender os til lægemiddelstyrelsen, skyldes blandt andet, at vi har en oplevelse af at et øget tilsyn hos de praktiserende læger, kan føre til en u hensigtsmæssig heksejagt på smertepatienter, der anvender opioider.

For det første mener vi ikke, at stramninger og tilsyn alene kan nedbringe opioidforbruget på en fornuftig måde.

For det andet mener vi, at det er problematisk at smertepatienter, der har gavn af medicinen, kommer i klemme.

Her taler vi om smertepatienter der med relativt lave doser i en kortere eller længere periode anvender medicinen til at opretholde et vist funktions- og aktivitetsniveau samt livskvalitet.

Dette er endvidere i mange tilfælde nødvendigt for at kunne indgå effektivt i non-farmakologisk behandling såsom fysisk aktivitet og smertemestringsteknikker.

Lad os slå fast, at vi mener, det er fornuftigt at nedbringe anvendelsen af opioider. Dette skyldes, at meget tyder på, at medicinen sandsynligvis på sigt skader en stor del smertepatienter mere end den gavner; under alle omstændigheder på den u hensigtsmæssige måde medicinen håndteres på i dag.

På den anden side medvirker stramninger og tilsyn alene til at skabe stigma og opioid-forskrækkethed blandt mange lægerne og patienter.

Vi oplever, dette kan føre til mistænkeliggørelse af og konflikter med patienterne. Vi mener, at denne mekanisme skal ses i lyset af flere ting: manglende grunduddannelse, viden og forståelse for kroniske smerter samt manglende behandlingsplaner og værktøjer i almen praksis.

TEMA

Dette øger tilbøjeligheden til en mere sort-hvid holdning, samt at nuancer og individuelle hensyn går tabt.

Vi kan godt sætte os ind i, at det er vigtigt som lægemiddelmyndighed at udvise ansvarlighed og reagere på et u hensigtsmæssigt stort forbrug af medicin.

På den anden side er der behov for i langt højere grad at samarbejde på tværs af myndigheder og forskellig aktører, hvis man skal lave forandringer.

Der er behov for et større uddannelsesmæssigt og organisatorisk løft på smerteområdet med flere non-farmakologiske behandlingsalternativer herunder flere fornuftige tilbud om aftrapning, der er holdbare og ikke medvirker til flere smerter og funktionstab.

Afslutningsvis vil vi gerne have afklaret, hvorvidt vores oplevelse af øget tilsyn med udskrivning af opioider er korrekt?

Derudover vil vi naturligvis gerne høre,

om lægemiddelstyrelsen er opmærksomme på de beskrevne problemstillinger og om man forsøger at løse dem ?

Til FAKS

Vi har fra Lægemiddelstyrelsen modtaget jeres henvendelse af 6. januar 2019. Tak fordi I spørger os.

Vi kan meget bestemt afvise, at der skulle være tale om nogen heksejagt, hverken på behandlingssteder eller på patienter.

Vi har rigtignok haft et målepunkt med i vores tilsyn hos de praktiserende læger i 2017 og 2018.

Målepunktet retter sig ikke hverken mod indikationen eller mod den mængde, der udskrives.

Det har vi som udgangspunkt ingen mening om i forbindelse med vores organisationstilsyn.

Målepunktet retter sig alene mod, om Vejledningen bliver fulgt med fokus på, om vi af journalen kan se følgende:

- at der er lagt en plan

for behandlingen med, herunder en tidshorizont for revurdering af behandlingen, som hovedregel indenfor seks måneder

- at behandling med opioider er med langtidsvirkende opioider. Det skal det som hovedregel være og eventuel behandling med korttidsvirkende opioider skal være begrundet.

Det skal fremgå, hvem der har behandlingsansvaret, såfremt lægen ikke selv har behandlingsansvaret:

- at der er taget stilling til et eventuelt forbud mod kørsel og betjening af maskiner under behandlingen

- at ordination og fornyelse af recepter på afhængighedsskabende lægemidler, medmindre særlige omstændigheder taler imod, er sket ved personlig konsultation.

Hvis I har yderligere spørgsmål, er I meget velkomne til at kontakte mig.

*af Elisabet Hansen
Overlæge - Styrelsen for
Patientsikkerhed*





Afhængighedsskabende medicin i behandling af kroniske smerter

Af Nina Bache
Afdelingssygeplejerske Tværfagligt
Smertecenter, Køge
Master i Rehabilitering og ledelse.

I forbindelse med behandling af kroniske smerter, støder man på forskellige typer af afhængighedsskabende medicin.

Dette gælder først og fremmest smertestillende medicin i form af morfinlignende stoffer, de såkaldte opioider.

Desuden er der mange smertepatienter, der udover smerter slås med dårlig søvn og angst. Derfor kan de komme i berøring med medicingruppen benzodiazepiner.

Fælles for disse typer af medicin er, at de alle er forbundet med afhængighed og en række bivirkninger, der

forværres ved øgning af dosis og varighed.

Opioider

Der skrives meget om risikoen for at blive afhængig af opioider.

Kan man ikke bare være ligeglad med, om man bliver afhængig, hvis bare opioiderne virker?

Jo, har vi været mange der har svaret engang. Vi ville stadig gøre det, hvis vi ikke vidste bedre.

Men nu ved vi, at der kan være rigtig mange gode grunde til at begrænse langtidsbehandling med opioider. Nogle af de vigtigste er:

At listen med bivirkninger ved langtidsbehandling er lang, og udredningen af dem meget kompleks, b.la. fordi at opioiderne kan påvirke de samme funktioner i negativ retning, som smerterne gør (se senere).

At der er risiko for udvikling af fysisk såvel som psykisk afhængighed, og at disse stiger, jo længere tid man er i opioidbehandling.

Benzodiazepiner

Langtidsbehandling med beroligende midler og sovemedicin af benzodiazepin gruppen, kan have lige så mange negative konsekvenser for funktionsevnen og være lige så vanedannende som opioider.

Også her er der ofte paradoks effekt efter nogen tids behandling.

Man oplever måske forværring af den uro og angst som man er i behandling for, og tror derfor at det er nødvendigt at sætte dosis af det beroligende middel op. I virkeligheden vil det ofte være medicinens paradokse effekt der giver forværringen.

Der er derfor også her risiko for at havne i en ond cirkel, hvor dosis gradvist øges, mens angsten og uroen gør det samme.

Skal man forebygge det, gælder samme forslag som ved opioidbehandling, nemlig at behandlingen skal være så kortvarig som muligt, og selvfølgelig følges op.

Har man fået benzodiazepiner i længere tid, kan nedtrapning

være en god idé.

Her kan nedenstående nedtrapningsmetode til opioidnedtrapning sagtens også anvendes til nedtrapning af benzodiazepiner, vel vidende at omdrejningspunktet for samtalerne skal omhandle mestring af angst og uro, frem for mestring af smerter.

Det anbefales ikke at trappe ned i både opioider og benzodiazepiner på samme tid.

Det vil være alt for hårdt, og også alt for svært at skelne hvad for noget af det, der evt. giver abstinenser og gener undervejs.





Bedre organisering af smertebehandling

Af Nina Bache

Afdelingssygeplejerske Tværfagligt Smertecenter, Køge
Master i Rehabilitering og ledelse.

Bedre organisering af smertebehandling kan reducere brugen af stærk smertestillende medicin.

Hvordan forholder vi os bedst til den viden, vi har nu om, at stærk smertestillende medicin af morfingruppen, også kaldet opioider, hos nogle smerteramte kun virker i starten, måske kun i uger eller måneder, og derefter har aftagende, eller ligefrem paradoks effekt?

Vi véd, at mange starter med at få opioider pga. smerter i forbindelse med en operation og eventuelt indlæggelse.

Vi ved også, at nogle af dem, der bliver opereret, udvikler

kroniske smerter. Vi ved også, at den medicinske behandling af kroniske smerter kun udgør en lille del af de tiltag, som gør en forskel for den kroniske smertepatient.

Det er de non-medikamentelle tiltag, der giver de bedste resultater og er vigtigst, når man skal lære at leve så godt som muligt med smerter.

Fælles ansvar

Vi har et fælles ansvar for, at der er smerteramte, der udvikler afhængighed af opioider.

Jeg vil vove den påstand, at det ikke er den enkelte læges, det enkelte smertecenters, eller den enkelte patients problem og ansvar.

Vi har et fælles strukturelt problem, som handler om den måde, vi har organiseret smertebehandlingen på i Danmark.

Med et fælles problem følger der et fælles ansvar for at løse det.

Hvor ved jeg det fra?

Sandheden er, at jeg ikke kan vide det med sikkerhed. Men erfaring efter snart 17 års arbejde i et tværfagligt

smertecenter, og en nylig færdiggjort masteruddannelse i rehabilitering og ledelse, med fordybning i organisering af smertebehandling med sigte på at reducere langtidsbehandling med opioider, har overbevist mig om, at mine antagelser ikke er helt hen i vejret.

Opfølgingsplan:

Når man starter i opioidbehandling skal der derfor altid være en opfølgingsplan, som ofte vil indeholde plan for nedtrapning.

Nogle praktiserende læger finder det, forståeligt nok, svært at skulle overtage smertebehandlingen efter komplicerede operationsforløb.

Jeg håber, at man i fremtiden opretter sub-akutte smertebehandlingsenheder på flere hospitaler, hvor man tager vare på dem, der har problemer med smertebehandlingen.

Det skal gælde både under indlæggelse og efter udskrivelse, og skal foregå i et tæt samarbejde mellem hospitalet, den praktiserende

læge og selvfølgelig også den smerteramte og dennes pårørende.

Ny sundhedsreform:

Regeringen har lige barslet med en ny sundhedsreform, hvor de foreslår at der skal oprettes 21 nye sundhedsfællesskaber, der skal optimere samarbejdet mellem sygehuse, kommuner og de praktiserende læger.

Tænk hvis man vælger at ansætte smertespecialister i alle sundhedscentrene, der kan hjælpe de smerteramte allerede fra det tidspunkt, hvor smerterne ikke aftager som forventet.

I dag har man jo ofte en ansat, der tager sig af sukkersyge og lunge problemer.

Så hvorfor ikke også ansætte en til at tage sig af smerter, som så mange jo desværre har.

Man har jo lov til at håbe.



Artikel til FAKS om afhængighed

Af Jette Højsted, speciallæge i anæstesiologi, Nordisk Diplomuuddannelse i Avanceret Smertehandling, tidligere leder af Tværfagligt Smertecenter, Rigshospitalet.

”Jeg har prøvet rigtig mange forskellige behandlinger og meget medicin mod mine smerter, men ingenting hjælper. Så nu forslår min læge morfinpræparater. Bliver jeg så afhængig?”

Denne bekymring er tilstede hos mange patienter og deres pårørende, når morfinpræparater kommer på tale.

Det korte svar er: ”Ja, du bliver afhængig af morfinpræparater. Det gør (næsten) alle, der behandles med morfinpræparater i mere

end nogle få dage”.

Men det, som man nok især er bange for, er:

”Bliver jeg narkoman?”.

Og her er det korte svar: ”Nej, det gør du sandsynligvis ikke”.

Allerførst må vi slå fast, at narkomaner er personer, der køber deres stoffer illegalt på det sorte marked. Og det gør man jo ikke som kronisk smertepatient, når man får recepter på morfinpræparatet udleveret af egen læge og køber medicinen på apoteket. Så længe man gør det, er man i hvert fald ikke narkoman.

Men når vi taler om afhængighed, er det vigtigt at vide, at der er noget, der hedder fysisk afhængighed og noget, der hedder psykisk afhængighed. Der er meget stor forskel på disse to former for afhængighed.

Fysisk afhængighed

Den fysiske afhængighed viser sig ved, at du får abstinenser, hvis du pludselig stopper med behandlingen, hvis du glemmer eller springer doser over, eller

hvis der går for lang tid mellem to doseringer.

Abstinenser viser sig først og fremmest ved, at du får flere smerter og får det, som om du har influenza. Du kan også blive angst og rastløshed, svede og fryse og få kulderystelser. Der kan komme kvalme og appetitløshed. Maven kan begynde at skabe sig, og du må rende på toilettet med diarré. Smerter i led, muskler og knogler bidrager til, at du får mere ondt. Du kan også få lægkramper og ondt i maven (koliksmarter). Humøret bliver dårligt, og du kan blive meget irriteret, vred og opfarende og skælde ud på familien for den mindste smule.

Hvis du helt stopper med behandlingen, begynder symptomerne efter nogle timer eller halve døgn, topper efter 2-3 dage og aftager så igen i løbet af 7-14 dage.

Næsten alle, som behandles med morfinpræparater, bliver fysisk afhængige, men det er meget varierende fra person til person, hvor stærke abstinenserne er.

Nogle kan holde brat op med en relativ høj dosis uden at mærke det mindste, mens andre får voldsomme abstinenser af blot en lillebitte reduktion af dosis. Du må prøve sig frem, hvis du skal gå ned i dosis, og starte med at tage meget små skridt nedad. Måske har du oplevet abstinenser mellem to doser, eller hvis du har glemt en dosis – det kan give dig et fingerpeg om, hvordan din krop reagerer på en nedtrapning.

Hvis du er i stabil behandling og ikke skal trappe ned, er det vigtigt, at du ikke får abstinenser, før du skal have den næste dosis. Hvis du gør det, skal du tale med din læge.

Man kan dæmpe abstinenser ved kun at reducere dosis meget lidt ad gangen, med medicin som clonidin, og med en bestemt form for øre-akupunktur kaldet NADA.

Psykisk afhængighed

Psykisk afhængighed er noget helt andet, og det er kun få patienter, som er i behandling med morfinpræparater, som risikerer at blive psykisk afhængige.

TEMA

Psykisk afhængighed er en neurobiologisk sygdom i hjernen, som skyldes, at morfinpræparater (og andre afhængighedsskabende lægemidler som sovemedicin og beroligende medicin og samt afhængighedsskabende stoffer som sukker, nikotin, alkohol, cannabis, kokain etc.) virker på hjernens belønningssystem.

Belønningssystemet er det system, som skal sikre vores og artens overlevelse ved at belønne os, når vi stiller vores sult og tørst, og når vi dyrker sex.

Der kan være arvelige og sociale forhold, som øger risiko for at udvikle psykisk afhængighed, ligesom den måde, vi reagerer på stress og belastende faktorer kan have betydning.

Indlærte vaner – det man plejer at gøre, når man er i bestemte situationer – har også betydning for psykiske afhængighed.

Et kernesymptom for psykisk afhængighed er, at du kan få en fuldstændig uimodståelig trang til at skulle tage

medicinen igen.

Måske kender du det fra trangten efter sukker, smøger eller alkohol, når du er stresset eller oplever noget ubehageligt.

Så kan nogle opleve en form for trøst eller få det bedre, når de spiser, ryger eller drikker.

Hvis et morfinpræparat virker hurtigt, fx hvis du får det som injektion eller stikpiller, kan du opleve det, som narkomanerne kalder ”suset”, nemlig at du får det enormt dejligt.

Hvis du i forbindelse med en smertestillende indsprøjtning efter en operation eller større skade, har oplevet at få ”suset”, er du i særlig risikogruppe for at blive psykisk afhængig.

Andre risikofaktorer er aktuel eller tidligere afhængighed af tobak, alkohol og/eller illegale stoffer hos dig eller i din familie, ung alder, høj smertescore, høje doser og samtidig forbrug af beroligende medicin (de såkaldte benzodiazepiner).

TEMA

Hvis du har nogle af disse risikofaktorer, skal du tale med din læge, men selvom du skulle være i øget risiko for at udvikle psykisk afhængighed, betyder det ikke nødvendigvis, at du ikke må behandles med morfinpræparater.

Det betyder at, lægen skal passe særligt godt på dig, og både du og lægen skal være særlig opmærksom på dit medicinforbrug.

Hvis det begynder at skride, kan det være, at du er nødt til at trappe ud af behandlingen, for ikke at du udover dit smerteproblem også skal kæmpe med et afhængighedsproblem.

Behandling af psykisk afhængighed er først og fremmest at blive klar over, at problemet er der, og få erkendt det og talt med lægen og familien om det.

Næste trin er stabilisering af behandlingen med morfinpræparater, dvs. stabil indtagelse på klokkeslæt på samme tidspunkt og i samme dosis jævnt fordelt over døgnet helt uden brug af

hurtigtvirkende pn præparater!

Samtidig er der behov for psykologisk støtte til at overkomme den nogle gange uimodståelige trang, du kan få til at tage mere medicin, og til at ændre dine indlærte vaner, fx at dykke ned i medicinglasset, når noget går dig på.

På et senere tidspunkt vil det være hensigtsmæssigt at trappe helt ud af behandlingen.

Det er vigtigt at huske på, at du ikke kan gøre for, at du er blevet psykisk afhængig, det er ikke din skyld, og det giver ingen mening at blive vred på dig eller skælde dig ud.

Du har brug for erkendelse, hjælp, støtte og forståelse til komme igennem det og ud på den anden side. Måske vil du synes, at din læge er forfærdelig ond, når han/hun ikke vil give dig mere medicin, men det er netop lægens rolle i det her – at sikre, at medicinen ikke tager (yderligere) magt over dig.



Forbruget af morfinlignende stoffer (opioider) i Danmark

- hvad kan tal og statistikker sige om smertebehandlingen?
af Forsker Lene Jarlbæk

Morfinlignende lægemidler kaldes opioider. I lægemiddelstatistikkerne har de opioider, som bruges til smertelindring, en overordnet fællesbetegnelse som hedder N02A (ATC-koden).

Brugere af opioider

Et opslag i statistikken (<http://medstat.dk/>) viste, at i 2017 havde 427.765 indløst mindst én recept på N02A-opioider, hvilket svarer til 7,5% af alle danskere og 11% af alle voksne danskere. Cirka 35% brugte kun opioider meget kortvarigt. Cirka 35% brugte opioider i mere end 6 måneder (1), det vil sige, at de blev betegnet som langtidsbrugere.

TEMA

De resterende cirka 30% rummede brugere, som enten havde en kræftdiagnose eller et forbrug, som hverken var helt kort eller længere end 6 måneder.

Hvad viser statistikker og tal for langvarigt opioidforbrug?

I 2017 havde Danmark cirka 3.914.000 indbyggere ældre end 18 år, heraf havde cirka 3,8% (ca. 150.000) et langtidsforbrug af opioider. Den andel faldt yderligere til cirka 2,3% (ca. 90.600), hvis man kun medregner de langtidsbrugere, som fortsatte behandlingen ud over 1 år.

I 2017 var der registreret ca. 60.000, som havde brugt opioider i en periode længere end 5 år (2), hvilket svarer til 1,5% af den voksne befolkning.

En opgørelse fra Sundhedsstyrelsen i 2016 viste, at knap 40 % af langtidsbrugere ophører med at bruge opioider indenfor et år, og cirka halvdelen af langtidsbrugere ophører med at bruge opioider indenfor 19 måneder (1).

TEMA

Hvor mange med kroniske smerter bruger opioider?

Kroniske smerter (smertevarighed ≥ 6 måneder) forekommer hos 20-25% af den danske, voksne befolkning (3,4).

Hvis det forudsættes, at et langvarigt opioidforbrug er forårsaget af kroniske smerter, så kan det estimeres, at ca. 15% af voksne med kroniske smerter er i langvarig opioidbehandling (varighed over 6 måneder), og ca. 9% af voksne med kroniske smerter er i en opioidbehandling, som har varet længere end 1 år.

Hvad kan statistikker og tal sige om anvendelsen af opioider i smertebehandlingen?

Lægemiddelstatistikkerne kan vise ændringer i antal af brugere og forbrugets størrelse hen over tid.

De årlige, offentliggjorte statistikker viser indløsningen af recepter på baggrund af lægernes ordinationer. Statistikkerne kan ikke sige noget om kvaliteten af smertebehandlingen i Danmark – hverken om den

har været god eller dårlig.

Hvis slutresultatet derimod vurderes i sammenhæng med viden om smerter, deres forekomst, varighed og følsomhed overfor opioider, så er det muligt at opstille nogle realistiske forventninger til forbruget af opioider i Danmark.

For eksempel så viser denne artikel et estimat, som siger, at cirka én ud af 10 personer med kroniske smerter får behandling med opioider i mere end 1 år.

Hvis én ud af 10 personer med kroniske smerter har opioidfølsomme komponenter i deres smertetilstand, så viser statistikkerne det, som vi vil forvente på baggrund af en rationel ordination af opioider. I så tilfælde kan statistikkerne tolkes som, at lægerne har styr på at ordinere opioider til de rette patienter.

Hvis flere end 10% med kroniske smerter har opioidfølsomme smerter, så kan statistikkerne pege på en mulig underbehandling med opioider og omvendt, hvis færre

end 10% med kroniske smerter har opioidfølsomme smerter, så tyder statistikkerne på, at der sker en overbehandling med opioider.

Lægemiddelstatistikker kan ikke fortælle, om forbruget af opioider er tilpas, for højt eller for lavt. Det giver kun mening at vurdere opioidforbrugets omfang, hvis forbruget relaterer sig til viden om forekomsten af smerter, smerternes følsomhed for opioider og balancen mellem opioidernes effekt og bivirkninger.

REFERENCELISTE

1. Sundhedsstyrelsen. *Mapping of the opioid use in Denmark - focusing on patients with chronic non-malignant pain [Kortlægning af opioidforbruget i Danmark - med fokus på patienter med kroniske non-maligne smerter].* 2016.

2. Sundhedsdatastyrelsen. *Færre langtidsbrugere af opioider i 2017.* Sundhedsdatastyrelsen; 2018.

3. Eriksen J, Jensen MK, Sjogren P, Ekholm O, Rasmussen NK. *Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. Pain.* 2003;106(3):221-8.

4. Kurita GP, Sjogren P, Juel K, Hojsted J, Ekholm O. *The burden of chronic pain: a cross-sectional survey focussing on diseases, immigration, and opioid use. Pain.* 2012;153(12):2332-8.



Min Udtrappingshistorie

af Gitte Andersen

Fakta

Min medicinliste var efterhånden godt fyldt efter mange år i sundhedssystemet grundet psoriasisgigt, hypermobilitet, diskusprolaps, skoliose, spinalstenose, hoftedysplasi, fibromyalogi og manglende diskusskiver.

Min smertestillende døgn dosis inden jeg trappede ud, var på 3000mg gabapentin, 600mg todolac, 10mg oxynorm, 40mg oxycontin, 3200mg fortamol, 450mg palexia depot, 3990mg panodil og som pn havde jeg morfin, som jeg måtte tage 30mg af om dagen.

Trods alle disse piller var jeg overhovedet ikke smertedækket, og smerteklinikken havde givet op.

Følelserne

Jeg har altid været den, der bare kunne det hele, og nu kunne jeg bare slet ingenting. Det var meget svært at forholde sig til. Jeg følte mig skamfuld over, at jeg var blevet så syg og ikke engang kunne klare det daglige huslige arbejde.

Jeg var fuld af dårlig samvittighed, fordi min mand var nødt til at klare det meste, selvom han havde arbejdsdage på omkring 13 timer. Jeg følte mig ensom med alle mine følelser og begyndte at isolere mig. blev mere og mere deprimeret og selvmordstanker kom tættere på.

Der var ikke nogen grund til at leve, jeg var jo bare til besvær, hverken min mand eller børnene havde jo glæde af mig, syntes jeg.

Cannabis

I denne periode, som strækker sig over et års tid, hvor mit helbred/funktionsniveau går stærkt ned af bakke, diskuterede vi meget medicinsk cannabis derhjemme.

Min mand syntes at jeg skulle prøve, men jeg var noget skeptisk, da jeg kunne huske, hvor dårlig jeg blev den ene gang, jeg prøvede at ryge hash.

Jeg kom i kontakt med en privat smertesyegeplejeske Tinna, der viste en masse om medicinsk cannabis, og jeg blev fortalt om forskellen mellem cbd og thc, men alligevel tøvede jeg med at springe ud i det.

Tanker om selvmord og udtrapping

Mandag den 8. februar 2016 sad jeg på min stol i køkkenet og havde egentlig taget beslutningen om selvmord, hvad der så fik mig til at ringe til Tinna og sige, at nu var jeg parat til at starte på cbd, ved jeg ikke, men jeg er glad for at jeg gjorde det.

For at cbd'en skulle virke bedst mulig ville jeg trække ud af alt det andet medicin så hurtigt som mulig, så jeg ringer til min egen læge og fortæller ham, hvad jeg har besluttet, og han bakker mig op.

Han tilbyder mig abstinensmedicin, hvilket jeg

afslå i første omgang, da jeg lige vil se, hvordan det går, men et par dage efter siger jeg ja tak, for det er meget hårdt at tage en kold tyrker.

Jeg brækkede mig i stride strømme og mærkelige ting kravlede på væggene. Jeg snerrede og bed af alt og alle. Der var bare ikke nogen, der skulle komme i nærheden af mig. Efterhånden klingede det lidt af, da abstinensmedicinen begyndte at virke.

Og jeg starter stille og roligt op på cbd, hvilket jeg gudskelov har haft god virkning af. Set i bakspejlet skulle jeg nok havde trappet ud i samarbejde med smerteklinikken. Men jeg følte ikke, jeg havde tid til en længerevarende udtrapning.

Eftertanker

Når man får så meget smertestillende medicin, som jeg gjorde, er det rigtig svært at kende forskel på smerterne - hvad er de reelle smerter - hvad kommer pga. medicinen.

I det hele taget er det svært at mærke sig selv, og jeg følte, jeg gik rundt i en osteklokke hele tiden. Men dengang vidste

jeg ikke, at medicinen kunne have disse bivirkninger, jeg troede bare, jeg blev dårligere og dårligere, og det kan godt tage modet fra en, når man nærmest ikke kan kende sig selv.

I dag tager jeg ikke smertestillende medicin, men bruger cbd efter behov og det fungerer rimeligt. Jeg føler, at jeg endelig er blevet mig selv igen.

Jeg er ikke smertefri, men med de mestringsteknikker jeg efterhånden har fået, synes jeg, at jeg har mere livskvalitet end da jeg tog al den medicin.



Er medicinen på vej ud eller ind

Flere medlemmer af FAKS bestyrelse deltog i Sundhedsstyrelse stormøde.

Det var et spændende og relevant emne omkring medicinens rolle om især behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme.

Problemet med feks med en tilstand som kroniske smerter, er at medicinen i sig selv ofte skaber flere problemer end den løser eller blot ikke er tilstrækkelig i sig selv.

Desuden bruger samfundet flere og flere penge på dyr medicin.

Der var en stor enighed om, at det vil være bedre, hvis der fandtes flere ikke medicinske tilbud til at supplere medicinen og sandsynligvis reducere de store mængder, vi bruger.

Kærlig hilsen Gitte, Birthe, Janni og Lars.



LDN – Low Dose

Naltrexon

af formand Pia Frederiksen

Vi oplever i FAKS jævnlige øget interesse for forskellige emner.

Noget udvikler sig over tid, andet kommer pludseligt.

Nogle emner ”blusser” op igen med jævne mellemrum. Et af de emner der er rigtig ”hot” lige nu er behandling med LDN.

Der er meget forskellig opfattelse af hvad det kan bruges til, og hvordan det skal tages. Jeg har talt med en af smerteklinikkerne og fået nogle gode råd.

Naltrexon har muligvis en smertestillende og betændelsesdæmpende effekt, når det gives i lav dosis (Low Dose Naltrexon = LDN).

Nuværende viden er baseret på små studier ved fibromyalgi, kronisk tarmbetændelse (Crohns sygdom) og dissemineret sklerose. Studierne opfylder dog ikke krav til fyldestgørende videnskabelig dokumentation, hvorfor virkningen af Naltrexon til smertebehandling ikke er

endelig klarlagt endnu. På smerteklinikken har de anvendt LDN gennem en længere periode og har indtil nu haft positive erfaringer.

Flere patienter oplyser om forbedret livskvalitet og mindre smerte. De har endnu ikke oplevet større bivirkninger.

Dog må vi endnu engang sande at vi ikke kan forudse hvilke patienter der kan have gavn af behandlingen. Som med al anden smertelindrende medicin kan det der hjælper fru Jensen, have absolut ingen effekt hos fru Hansen.

Klinikkenes erfaring er at ca. halvdelen kan mærke en smertelindring i større eller mindre grad.

I store doser anvendes Naltrexon som modgift til morfin og lignende stoffer (opioider) samt ved behandling af alkoholmisbrug.

”Flere patienter oplyser om forbedret livskvalitet og mindre smerte.”

Virkningsmekanismer.

Laboratorieforsøg har vist, at Naltrexon i små doser hæmmer betændelsesreaktion i centralnervesystemets immunforsvar (mikroglia-celler).

Dette kan dæmpe smertereaktion, der forårsages af betændelsen.

Anden mulig virkningsmekanisme er, at Naltrexon øger kroppens produktion af egne smertestillende stoffer (endorfiner) og gør nerverne mere følsomme for disse.

Bivirkningerne optræder i begyndelsen af behandlingen, og hyppigst forekommende er hovedpine, livlige drømme, uro, mareridt og hjertebanken.

Der er ikke rapporteret bivirkninger ved langtidsbrug af lav dosis af Naltrexon, men dette betyder ikke, at der ikke kan være nogen.

Får du bivirkninger af Naltrexon, skal du oplyse det til den behandlende læge.

Vigtigt!

Naltrexon må ikke anvendes sammen med morfin eller morfinlignende medicin (opioider), fordi denne kombination kan medføre livsfarlig påvirkning af vejrtrækningen.

Hvis du har taget morfin eller lignende medicin, når du er i behandling med Naltrexon, skal du kontakte egen læge eller vagtlæge med det samme.

Du bør have et kort på dig, der oplyser at du er i behandling, hvilken dosis, og kontaktoplysninger på den læge der har udskrevet Naltrexonen. Det kan være livsvigtigt i en akut-situation at redderne kan få de oplysninger.

Naltrexon kan anvendes sammen med Paracetamol (Panodil og lignende), gigtpræparater (Ibuprofen og lignende), depressionsmedicin og epilepsimedicin.

Må ikke anvendes ved:

- Samtidig brug af morfinpræparater eller hvis man har abstinenssymptomer
- Akut leverbetændelse

- Stærkt nedsat lever- eller nyrefunktion.
- Graviditet og amning

Dosering af LDN er næsten et kapitel for sig selv. Vi hører om mennesker der får en recept på 50 mg. tabletter som de opløser i vand, og så tager den ønskede dosis ved hjælp af et lille målebæger. Således kommer ”blandingen” til at henstå i uger i køleskabet. Det synes meget uhygiejnisk og uhensigtsmæssigt. Det vil ikke være muligt at få den helt korrekte dosering, da det er ganske små doser der er tale om.

LDN skal trappes langsomt ind. Doseringsforslag kan være:

Imod smerter:

- Naltrexon 0,375 mg (1/2 tablet) i 14 dage
- Naltrexon 0,75 mg (1 tablet) i 14 dage
- Naltrexon 1,125 mg (1½ tablet) i 14 dage)
- Naltrexon 1,5 (2 tabletter)

Obs! Lavest mulige dosis anvendes, når blot der er virkning.

Tabletter Naltrexon 0,75 mg er receptpligtig medicin og findes ikke som færdig tablet, men bestilles af dit apotek. For tiden fremstilles Naltrexon 0,75 mg på Glostrup og Skanderborg apoteker.

Vi ved godt i FAKS at økonomien kan være altafgørende for ens valg. Og i det lange løb synes løsningen med 50 mg tabletter der opløses i vand som den billigste, alligevel vil vi anbefale at få fremstillet tabletter i en dosis der passer til dit behov.

FAKS har talt med Lægemiddelstyrelsen, og de kender ikke noget til den metode med at opløse tabletterne i vand, men de kan oplyse, at den ikke er i overensstemmelse med det, som produktet er godkendt til. ”Det er vigtigt for patientens egen sikkerhed, at medicin tages på den måde, som er aftalt med lægen. Vi kan derfor

”Det er vigtigt for patientens egen sikkerhed, at medicin tages på den måde, som er aftalt med lægen.”

kun opfordre til, at man taler med sin læge, hvis man ikke føler sig velbehandlet og følger lægens anvisninger i forhold til, hvordan medicinen skal tages.” udtaler de.

Endvidere kan lægemiddelstyrelsen oplyse at der er generelt klausuleret tilskud til markedsførte lægemidler med indhold af naltrexon 50 mg til følgende klausul: ”Supplement til samtalebehandling hos alkoholafhængige”.

Den behandlende læge kan søge enkelttilskud til naltrexon 50 mg samt til magistrelt fremstillet naltrexon 4,5 mg til andre patienter. De vurderer enkelttilskudsansøgninger individuelt, herunder om den enkelte patient har særlige behandlingsbehov.

Lægemiddelstyrelsen har brug for følgende oplysninger for at kunne vurdere ansøgningen:

- 1) Patientens diagnose,
- 2) hvilke lægemidler, der tidligere er forsøgt i behandlingen og med hvilket resultat samt
- 3) om der er effekt af behandlingen.

Det vil derudover altid være en fordel, hvis lægen vedlægger dokumentation fx i form af publicerede videnskabelige artikler for det magistrelle lægemiddels effekt på den indikation/diagnose, som der søges om enkelttilskud til.

Vi kender ikke noget til den metode, som du beskriver, men kan oplyse, at den ikke i overensstemmelse med det, som produktet er godkendt til. Det er vigtigt for patientens egen sikkerhed, at medicin tages på den måde, som er aftalt lægen.

Vi kan derfor kun opfordre til, at man taler med sin læge, hvis man ikke føler sig velbehandlet og følger lægens anvisninger i forhold til, hvordan medicinen skal tages.

Er du i tvivl om behandlingen med LDN, kan du kontakte en af smertesygplejerskerne på

SmerteLinjen:
www.smertelinjen.dk

Nemme lidt ”sunde” cookies

af Pia Frederiksen



Ingredienser:

150 gr smør
3 dl. Havregryn
120 gr. Sukker
1 sammenpisket æg
1 tsk. Bagepulver
120 gr. Mel

Fremgangsmåde

Disse nemme cookies kan hurtigt røres sammen i en gryde. Sættes på en bageplade med god afstand med et par skeer. Trykkes lidt flade inden de sættes i ovnen.

Fyld kan være hakket chokolade, rosiner, nødder, tranebær eller hvad du nu lige har lyst til. Min ynglings variant er med hakket hvid chokolade og tørrede tranebær, min datter vil have dem med hakket mørk chokolade. Smelt smørret i en gryde, og rør havregryn og sukker ned i. Pisk ægget og rør det i. Sigt mel og bagepulver ned i gryden og rør rundt. Tilsæt til slut det ønskede fyld.

Bages ved 200 grader i ca. 8-10 minutter. Bagetiden kan variere alt efter størrelsen på kagerne, og ovnen.

Chillisuppe

af Pia Lorenzen



Grundopskriften på denne suppe er ikke stærk. Det tager ca 20 min og er meget let at tilberede.

Ingredienser

1 stk. stort løg
1 rød peber
3 fed hvidløg
6 tsk. rød karrypasta
1 spsk. kokossukker, honning eller brun farin
7 dl. vand
1 stk. grøntsagsbouillion-terning
1 dåse kokosmælk (400 ml. light eller alm)
3 dl. kogte ris
300-400 g. rejer
Evt. frisk koriander eller persille til at toppe suppen med

Fremgangsmåde

1. Kog ris efter pakkens anvisning.
2. Skær løg, rød peber og hvidløg i små stykker.
3. I en gryde varmes enten lidt olie eller smør op. Herefter tilsættes løg, rød peber og hvidløg. Lad det hele svitse i 4-5 min.
4. Tilsæt rød karrypasta og kokossukker. Rør det hele godt rundt.
5. Tilsæt vand, grøntsagsbouillionterning og kokosmælk.
6. Lad det hele opkoge i 10-15 min.
7. Tilsæt til sidst kogte ris og rejer. Server med det samme, evt. med friskhakket koriander eller persille

Udvidet frit sygehusvalg

af Pia Frederiksen

I FAKS får vi jævnligt henvendelser fra medlemmer der ikke synes at behandlingsgarantien er blevet overholdt. Det bliver jeg rigtig rigtig ked af. Vi har som patienter ikke frygtelig mange rettigheder, men netop behandlingsgarantien er en af dem, og den er rigtig fint beskrevet.

Sundheds- og ældreministeriet har lavet en vejledning der hedder nr. 9988 af 22. september 2016, "Vejledning om frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg, ret til hurtigt udredning og information til henviste patienter".

Vores patientgruppe har desværre ikke udredningsgaranti, men vi har behandlingsgaranti.

Retten til det udvidede sygehusvalg indtræder, hvis bopælskommunen af kapacitetsmæssige årsager ikke kan tilbyde patienten reel behandling inden for 30 dage. (Inklusive weekender og helligdage).

Hvilken behandling patienten tilbydes, vil ifølge vejledningen, altid bero på en konkret og individuel lægefaglig vurdering og stillingtagen i det konkrete tilfælde.

Den faglige vurdering, skal foretages af en læge, eller anden sundhedsfaglig person med relevante kompetencer.

Vi har haft flere sager, hvor den offentlige klinik har tilbudt fælles stormøder, informationsmøder. Det er som sådan en god ide, at man kan komme med en af sine pårørende, og få lidt at vide om hvad klinikken tilbyder, og hvilke forløb de har.

Dog kan man ikke betragte behandlingsgarantien som opfyldt, fordi man indkalder til et stormøde inden 4 uger, med mindre at den første individuelle samtale med lægen, også har fundet sted inden 4 uger fra klinikken har modtaget henvisningen.

Endvidere står der, "For at der er tale om et reelt behandlingstilbud skal der samtidig være tale om et behandlingstilbud, der tager

udgangspunkt i en konkret vurdering af patientens tilstand, og som følger anerkendt klinisk praksis samt faglige standarder og retningslinjer på området såfremt sådanne foreligger".

Igen, det skal være et reelt behandlingstilbud der er tilpasset dig, og det skal følge de standarder er på området. For at give dig et reelt behandlingstilbud, skal du have en individuel samtale.

Vi ser desværre også sager, hvor der tilbydes en lægesamtale inden for de 4 uger, men skal du så have hjælp af de øvrige faggrupper, så som psykolog eller socialrådgiver, så kan du komme til at vente flere måneder. Dette går heller ikke.

I vejledningen står der: "Såfremt behandlingstilbuddet består af flere dele, skal intervallet mellem de enkelte dele af behandlingsforløbet ligeledes følge gængs faglig standard".

Der er lange ventetider på mange af de tværfaglige klinikker. Ofte vil det

være naturligt at benytte de private tilbud via behandlingsgarantien.

Alle de klinikker vi har besøgt endnu, har både læge, sygeplejerske, psykolog, fysioterapeut samt socialrådgiver.

Men er du i tvivl om forholdene, så kan det være en god ide at kontakte klinikken på forhånd, eller se hvad der står på deres hjemmeside.

Er du usikker på om dine rettigheder bliver overholdt, er det en god ide at kontakte regionens patientvejleder.

Har du oplevet at dine rettigheder ikke er blevet overholdt, så hører vi gerne om det.

Skriv et par ord til mail:

faks@faks.dk

Redskabsskuret



af Pia Frederiksen

Madlavning er for mig en stor udfordring efterhånden. Det er længe at stå op, især hvis der er meget der skal hakkes, snittes m.m.

Jeg har fyldt mit køkken med, for mig, brugbare hjælpemidler. Der findes rigtig mange hjælpemidler, men for mig har det været vigtigt at være skarp på præcis hvad det er jeg har brug for hjælp til, og om der så rent faktisk findes et hjælpemiddel, som ikke kræve så mange ressourcer at rengøre, at det i sidste ende slet ikke er en hjælp.

Jeg kan rigtig godt lide at bage mit eget brød. Jeg har brugt uendeligt af tid på at finde den helt rigtige røremaskine, som var anvendelig til også de tunge brødtyper, som grovbrød og rugbrød.

Maskinen står fremme i køkkenet, for hvis jeg skal hente den frem fra et skab, ville jeg ikke selv kunne gå i gang med at bage når jeg havde lyst.

Røremaskinen er også helt fantastisk til at røre frikadellefars på. Løgene hakker jeg i minihakkeren der hører til min stavblender. Ofte laver jeg af et kilo hakket kød. Så venter jeg med løgene, rører alle de andre ingredienser sammen, så koger jeg kødboller til boller i Carry af halvdelen.

Så kommer der løg i farsen, og så bliver resten stegt til frikadeller. Vi er kun 2 i husstanden, så resterne bliver frosset ned til en af de dage hvor det er lidt svært for mig at få lavet mad.

Jeg kan ikke lave det hele på en gang. Men jeg kan lave farsen om morgenen. Så får jeg kogt kødbollerne ved frokosttid. Frikadellerne laves først til aften.

Carrysovs og ris laves først næste dag, hvor jeg så kan tage bollerne direkte i køleskabet.

I min fryser ligger der også altid dybfrosne grøntsager, de er rensset snittet og klargjort for mig. Der ligger også altid en gratin, lidt forårsruller eller andet der er helt eller halvt færdigt. Det er ofte min aktuelle "form" om morgenen der bestemmer hvad vi skal have til aften.

Vi laver madplan, forstået på den måde at vi finder 7-10 ting vi gerne vil have at spise. Noget er meget nemt, andet tager lidt tid, men vi har ikke på forhånd bestemt hvilke dage vi skal have hvad. Men der er købt ind til det hele på en gang, så jeg kan få hjælp til de tunge indkøb. Når først det hele er i huset giver det en stor frihed for mig i at vælge.

Jeg ser også meget på hvad dagene ellers bringer. Har jeg træning, eller et møde i FAKS, så skal jeg måske ikke stå med det helt store, men har jeg en dag hjemme, så kan jeg måske lave en lidt større portion og fryse ned.

Vi kan også rigtig godt lide at have gæster. Mine gæster er ikke bange for at have en kage, eller en skål salat med, i stedet

for en værtindegave. De giver også gerne en hånd med at skrælle kartofler eller andet.

Er det lidt større gæstebud kan jeg finde på at dække bord aftenen før, og eventuelt klargøre noget af det vi skal have at spise, det gør at der på dagen måske kan være plads til et lille hvil inden der kommer nogen.

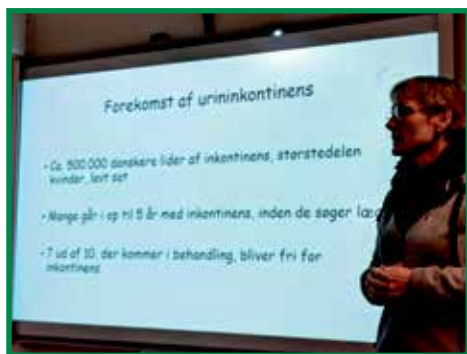
Under middagen er det ikke et særsyn at jeg rejser mig og går lidt rundt, bærer gerne lidt ud, eller sætter kaffe over, og bliver det for meget, drejer jeg min gode lænestol, så jeg stadig kan være en del af snakken, selvom jeg lige skal hvile lidt.

Jeg tror det gælder om at være åben om hvilke udfordringer jeg har, og så bede om hjælp til det jeg finder sværest.

Nyt Fra Lokalafdelingerne

Hvad man også kan opleve i FAKS!

Faksholdet i Vordingborg Edith Indsendt af Kirsten Garn Jørgensen
Den sidste dag i januar havde vores hold besøg af Fysio- og Uro terapeut Heidi Kleis.



Hun holdt et yderst interessant og lærerigt foredrag om bækkenbunden og om hvor vigtigt det er at træne og

vedligeholde muskler og funktioner på netop dette særlige område af vores krop. Vi fik mange gode råd og tips, hvilket foregik både under alvor og morskab.

Gas og vand kendte vi jo alle- men begrebet skideskammel var nyt for undertegnet- jeg mente at kende den som en tandbørstnings-skammel til børnebørnene!

Vi havde også besøg af medlemmer fra Slagelse og Stege, og der blev udvekslet minder fra Middelfart under kaffen, der som altid foregik under munter stemning, hvor Ann-Mari servere sit ostebord, med frugt og grønt, og Kirsten skænkede sin uforlignelige

ingefærshot, som vi skålede i.

Alt i alt en lærerig og dejlig eftermiddag.



Kalundborg afd. 10 års jubilæum

af Janni Jørgensen

Den 22 januar holdt FAKS Kalundborg 10 års jubilæum.

I denne forbindelse holdt de åbent hus og der kom 6 nye personer.

Derudover var der dem der plejer at komme i afdelingen samt 3 fra bestyrelsen.

Der blev disket op med kaffe, te, sodavand samt kage og slik.

Vi fik også en smagsprøve på det motion de laver hver anden gang de mødes, så dejligt at der også er bevægelse i den afdeling.



Da åbent hus var færdigt gik de nye hjem og vi andre fik flot smørrebrød, samt ost til aftensmad.

En stor tak skal lyde til Elin og Per for arrangementet og fordi de altid ligger hus til afdelingen.

Lige et par ord fra Per og Elin

Tusind tak til Pia F., Janni og Gitte for at I kom og var med os. Det var rigtig hyggeligt at I deltog. Og tusind tak for chokolade og andet guf til at hygge med når vi mødes.

Vi vil også gerne her sige tak til vores trofaste medlemmer her i lokalforeningen for støtten gennem årene, nogle har været med fra starten af jo. Også en stor tak til vores afspændingspædagog Birgitte der kom og var med på vores 10 års dag.

Vi er så glade for hver af jer, og synes vi har mange hyggelige timer.

Vi håber at vi fortsat får mange hyggelige stunder og at vi får nogle nye medlemmer så vi får nogle nye input i vores



lokalforening.

Vi håber at nogle af de der mødte op, har fået lyst at være sammen med os.

Vi har i år besluttet at vi stadig mødes tirsdage i lige uger, men således at:
hver 4. tirsdag er det 16 til 18 og
hver 4. tirsdag er det 18.30 til 20.30.

Se i kalenderen på faks.dk.

Venligst Per og Elin

Nyt fra Stege

af Marlon Cramers

Dette efterår har Stege lokalafdeling været "ud af huset" hver sidste mandag i måneden. De øvrige mandage er der selvtræning i fællesskab, på sundhedscenter Stege, kl 14.30 - 15.30.

Sidst i september var træningsgruppen på fødselsdagsbesøg hjemme hos undertegnede, på hendes nye bopæl, til hyggelig samvær, tapas og fælles mindfulness øvelse.

Sidst i oktober var vi en tur i Fuglsang kunstmuseum, hvor vi fik en hyggelig og dejlig kulturel fællesoplevelse. Der var særudstilling med Johannes Wilhjelm (1868 - 1938), som er født på Lolland. Hans billeder tog os med på hans rejser til Italien, Frankrig, Nordjylland og Norge og gav os et godt indblik i hans liv og væsen. Masser af stof til eftertanke og samtale.

Sidst i november var vi en tur i det nye vandhus i Vordingborg, som med et års forsinkelse åbnede i

efterårsferien. Her har vi fået et varmvandsbassin (kaldet terapibassin) på 135 cm dybde i hele bassinet. Endelig et varmvandsbassin i vores kommune. Alle plusser og minusser i det nye vandhus blev nøje gennemgået.

Medio december holder vi juleafslutning på sammenskudsbasis, hjemme hos træningsgruppens ældste deltager.

Til turen i Fuglsang museum har vi fået tilskud af FAKS til entrébilletterne. Som kontaktperson kan man søge 150 kr pr person til en aktivitet hos Pia L.

Tak til FAKS.





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 er det muligt at få svar på nogle af spørgsmålene, ved at sende spørgsmålet til: kalundborg@faks.dk

Husk at oplyse dit medlemsnummer.

3 kompetente personer vil besvare spørgsmålene inden for deres vidensområde. Redaktionen videresender spørgsmålet til den rette person.

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 Diplomuuddannelse i kompleks smertebehandling.

Helle Hald:

Advokat hos SIRIUS advokater specialist i erstatnings- og forsikringsret, skatteret, og arbejds- og ansættelsesret.

Bente Toth Mouritzen:

Uddannet socialrådgiver og har i mange år arbejdet indenfor sundhedsvæsenet. Hun har blandt andet været ansat på Vejle Sygehus, Hammel Neurocenter, i Region Midt og i Hjernesagen.

Skulle der være mange kan det være at spørgsmål må ligge og vente. Du kan være anonym, hvis du ønsker det. Bare skriv navn du vil ha under i brevkassen.

Det er vigtigt at du indsender dit spørgsmål senest den 1. maj 2019, hvis du ønsker svar i bladet i juni 2019.



Kære Ole Bo Hansen

Kære N.N.

Min sagsbehandler siger at jeg skal gå til fysioterapeut.

Tak for dit spørgsmål, som er særdeles relevant og som giver anledning til bekymringer hos mange kroniske smertepatienter.

Mine smerter har godt af at jeg træner, siger hun.

Jeg synes bare jeg får mange flere smerter, når jeg prøver at følge det omfattende program.

For os alle er det vigtigt at holde sig i form og vedligeholde sin muskelfunktion og holde ledbevægelser smidige. Og eventuelt at øge formen.

Det har jeg forsøgt at forklare min sagsbehandler, men det forstår hun ikke.

Desværre ligger der i kommunens ”krav” en forventning om at man ved motion og øvelser kan få smertepatienten til at få færre smerter og øget mulighed for tilbagevenden til arbejdsmarkedet.

Kan du sige noget generelt om fysisk træning af kroniske smertepatienter. Noget jeg eventuelt kan tage med og vise sagsbehandleren.

Med venlig hilsen
N.N.

Det er dog vigtigt at gøre sig klart at øvelser og motion til kroniske smertepatienter næppe medfører mirakler. Man kan i bedste fald få en mindre forbedring i aktivitetsniveauet og livskvaliteten, men jeg har aldrig set forbedring i arbejdssevnen.

Advokathjælp

Onsdage ml 10-12 kan du ringe til SIRIUS advokater på tlf 88888585

Du skal spørge efter en af de to nævnte Helle Hald eller Marcus Wils Lorenzen.

Advokaterne er specialister i erstatnings- og forsikringsret, skatteret og arbejds- og ansættelsesret

Jeg har tidligere skrevet om fænomenet ”aktivitetsregulering”. Der er meget der tyder på at dette



ikke er blevet berørt hos dine tidligere fysioterapeuter eller i motionscentret.

Disse steder er de meget vant til at der kommer raske mennesker med en akut muskel- eller ledlidelse. Disse personer skal behandles på én måde.

Det er straks noget andet når det drejer sig om kroniske smertepatienter.

Man kan regulere aktiviteten på flere måder.

Man kan regulere antal gange det gøres, varigheden af aktiviteten, belastningen eller hastigheden.

Ved henvisning til motionscenter eller fysioterapeut skal man sikre at disse behandlere har forstand på og er erfarede med behandling af kroniske smerter, ellers kommer man ud i den erfaring som du har.

Hvis du bliver sat til at lave en øvelse som 5 serier af 10 bevægelser, vil det 100 % sikkert give dig flere smerter og medføre at dette kan/vil du ikke fortsætte med.

I aktivitetsreguleringens

tankegang, kan du måske lave 2 serier af 3 bevægelser. Så gør du det jævnligt i løbet af en uge. Derefter ser du om du kan lave 3 serier af 3 bevægelser og således træner dig LANGSOMT op.

Hvis smerterne atter forværres, går du tilbage serier/øvelser og starter forfra.

Der er ingen lette løsninger på et kompliceret problem.

Med venlig hilsen Ole Bo Hansen



Kære Helle

Vi ser i FAKS nogle utrolig lange forløb i det sociale system. Er der slet ikke nogen regler for hvor langt et sådant forløb må være, eller hvor mange gange man må starte forfra på en arbejdsprøvning eller et ressourceforløb. Vi ser mange borgere der bliver både fysisk og psykisk nedbrudte af de meget lange forløb.

Med venlig hilsen FAKS



Kære FAKS

Tak for jeres spørgsmål, der ikke helt nemt lader sig besvare uden en del nuancer. Derfor bliver mit svar også noget langt.

Det korte svar er nej; der findes ikke i den kommunale lovgivning et overordnet maksimum for det antal år, man kan gennemgå et afklaringsforløb. Den øvre grænse er folkepensionsalderen, hvorefter et afklaringsforløb naturligvis ophører.

Der findes dog regler i retssikkerhedsloven, der beskriver, at kommunen skal behandle spørgsmål om hjælp så hurtigt som muligt med henblik på at afgøre, hvilken hjælp, der er ret til. Bestemmelsen i retssikkerhedsloven § 3 indeholder dog ingen nærmere afgrænsning. En sådan afgrænsning er dog flere gange fastsat af domstolene, hvilket vi vender tilbage til.

Udgangspunktet er, at et afklaringsforløb slutter, når formålet med indsatsen er



opnået.

Hvis man ikke længere kan arbejde som følge af f.eks. skade eller sygdom, vil man som oftest del-tage i et kommunalt afklaringsforløb. De fleste, der sygemeldes, modtager i periode på op til 22 uger sygedagpenge. Hvis det ikke er lykket at få borgeren i arbejde herefter, vil man som regel blive visiteret til et såkaldt jobafklaringsforløb med en varighed på op til 2 år. Kommunens fokus vil som regel være, at få borgeren tilbage i arbejde – og helst på det ordinære arbejdsmarked, hvor borgeren kan blive selvforsørgende.

Hvis en borger ikke kan opnå tilknytning til arbejdsmarkedet og blive selvforsørgende, kan det være relevant at se på muligheden for fleksjob, hvis der fortsat er en vis arbejdsevne. Hvis arbejdsevnen er næsten ikke-eksisterende kan der blive tale om førtidspension.

Ved afklaring til f.eks. fleksjob skal borgerens arbejdsevne være varigt og væsentligt nedsat. Det betyder, at

helbredstilstanden skal være stationær og uden mulighed for bedring gennem behandling. Arbejdsevnen, dvs. antallet af arbejdstimer, skal være væsentligt nedsat med ca. halvdelen af en fuldtidsstilling; i praksis op til 22 timer ugentligt.

Hvis helbredstilstanden ikke er stationær, kan kommunen ikke tilkende borgeren fleksjob, og det er én af grundene til, at de kommunale forløb strækker sig over meget lang tid. Der kan således være situationer, hvor borgeren gennemgår et behandlingsforløb, der strækker sig over lang tid.

Også afklaring af arbejdsevnen, dvs. antallet af arbejdstimer, kan medføre et langt forløb. En arbejdsprøvning skal være retvisende for i forhold til antallet af timer, borgeren kan arbejde. Det stiller krav til, at der er valgt en arbejdsprøvning inden for et arbejdsområde, der tager hensyn til borgerens skånehensyn, og som strækker sig over en lang nok periode til, at kommunen kan vurdere, om arbejdsevnen kan udvikles. Derfor kan der ofte være tale om arbejdsprøvnings



inden for flere forskellige arbejdsområder, der hver især strækker sig over 3-6 måneder.

I forhold til fleksjob og førtidspension er det også værd at bemærke, at der ikke må være mulighed for andre foranstaltninger efter den sociale lovgivning, og muligheden for f.eks. revalidering skal derfor også være afprøvet – eller overvejet.

I situationer, hvor borgeren har komplekse problemer ud over ledighed, og hvor andre indsatser efter den sociale lovgivning ikke har bragt borgeren i arbejde, kan kommunen tilkende et ressourceforløb. Et ressourceforløb har en minimumsvarighed på 1 år og en maksimal længde på 5 år, og forløbet kan bestå af f.eks. udredning, træning, mentorstøtte, arbejdsprøvning m.v. Det er Rehabiliteringsteamet, der indstiller til ressourceforløb, og Rehabiliteringsteamet vil udarbejde en rehabiliteringsplan indeholdende bestemte indsatser, der skal følges.

Et ressourceforløb vil alt andet lige forlænge det kommunale

afklaringsforløb.

En borger kan godt tilkendes flere på hinanden følgende ressourceforløb, hvis rehabiliteringsplanen ikke blev fulgt, eller hvis formålet med forløbet ikke blev nået.

Borgere, der er over 40 år og allerede har deltaget i mindst ét ressourceforløb kan dog ikke tvinges til at deltage i flere forløb, hvis borgeren ikke ønsker det. Kommunen må da forsøge at afklare borgerens arbejdsevne gennem andre indsatser i sociallovgivningen, men der er ikke tale om, at borgere over 40 år har krav på fleksjob eller førtidspension efter ét ressourceforløb.

I forhold til ressourceforløb er det værd at bemærke, at Folketinget vedtog en lovændring af beskæftigelsesindsatsloven, der trådte i kraft den 1. juni 2018. Lovforslaget, der reelt er en præcisering af gældende ret, kommer i kølvandet på en række meningsløse tilkendelser af ressourceforløb.

I lovforslaget præciseres det, at ressourceforløb kun skal tilkendes personer, hvor der



er en realisti-sk mulighed for at udvikle arbejdsevnen. Hvis der er tale om sager, der er veloplyst såvel læge-fagligt som socialfagligt, så skal borgeren ikke tilkendes en endeløs række af ressourceforløb.

Sådanne sager vil være kendetegnet ved at indeholde både dokumentation om borgerens hel-bredforhold og borgerens ressourcer, personlige og faglige kompetencer, samt oplysninger om resultatet af indsatser, som borgeren har modtaget for at udvikle arbejdsevnen.

Vores forhåbning er, at der med lovændringen tilkendes færre unødvendige ressourceforløb, og at afklaringsforløbene således forkortes.

Hvis en borger, der ender ud i et fleksjob, forinden har gennemgået et forløb med sygedagpenge (22 uger) efterfulgt af et jobafklaringsforløb (1-2 år) og et ressourceforløb (1-5 år), er der ikke noget til at sige til, at tiden gennem det kommunale system føles lang! Og i visse tilfælde er tiden også for lang.

Som nævnt indledningsvist har domstolene ved flere lejligheder taget stilling til, om en kommune har været for langsom om at tilkende fleksjob eller førtidspension. Det kan være tilfældet, hvor kommunen uden rimelig grund undlader at foretage arbejdsprøvning, eller undlader at træffe afgø-relse om fleksjob selvom betingelserne er opfyldt. I de tilfælde kan borgeren tilkendes erstatning. Der er dog som oftest tale om svære sager.

For spørgsmål omkring kommunale afklaringsforløb, erstatning, skader eller andet skal du være velkommen til at kontakte advokat Helle Hald på hh@siriusadvokater.dk eller advokatfuldmægtig Marcus Wils Lorenzen mwl@siriusadvokater.dk.

*Med venlig hilsen
Helle Hald, advokat, og Marcus Wils Lorenzen, advokatfuldmægtig.*



Kære Bente

Jeg er lidt i tvivl om det med aktindsigt.

Jeg har læst på FAKS's hjemmeside om aktindsigt.

Jeg er i arbejdsprøvning, og har bedt min kommune om aktindsigt.

Jeg kan nu se at der er skrevet noget i min sag for ca. 2 måneder siden som ikke er korrekt.

Jeg kan ikke få kommunen til at rette det.

Hvad gør jeg?

Med venlig hilsen

M. J.

Kære M. J.

Reglerne om aktindsigt er klare, og som jeg læser spørgsmålet, er det heller ikke det, der er problemet her. Problemet er, at du ikke er enig i jobcentres notat.

Det er ikke tilladt at rette i allerede skrevne notater, men du har ret til at få tilføjet i journalen, at du ikke er enig i det skrevne, ligesom du har ret til, at din mening/opfattelse bliver tilføjet. Du bør samtidig bede om at få det nye notat tilsendt, så du kan se, at det er tilføjet. Jeg vil anbefale, at du fremover beder om at få tilsendt notater, hver gang du har haft samtale/møde med jobcentret, så der ikke fremover opstår misforståelser.

Med venlig hilsen
Bente Toth Mouritzen

Smertehjernen.

af Berit Malou Oddersborg

Jeg hedder Berit er 47 år og har været smertepatient, siden jeg styrtede på min hest som 14 årig.

Jeg har det, jeg kalder smertehjerne.

Fordi min hjerne bliver bombarderet 24/7 365 og er blevet i så mange år, så er det gået ud over det kognitive/tænkningen.

Jeg har svært ved at:

- koncentrere mig.
- Kan ikke huske.
- Kan ikke finde ord og bruger de forkerte.
- Ikke sortere indtryk.
- Ikke læse en bog, se en hel film.
- Ligger ting mærkelige steder.
- Glemmer hvad jeg er ved at lave og starter på noget nyt.
- Svært ved at holde focus.
- Tankemylder om natten/svært ved at skelne drøm og virkelighed om natten, underbevidstheden arb.
- Ikke være i storeforsamlinger.
- Ikke finde rundt i byen, mere.
- Kan ikke multitaske, ikke engang, køre bil og høre radio.

- Bliver vildt forskrækket over småting.

Alt dette er detsværre helt normalt, for os med kroniske smerter, fordi hjernen aldrig får ro, bliver den stresset, nærmest PTSD agtig.

Vi får ikke nok dyb søvn, fordi hjernen også modtager smerte signaler om natten, så vi når ikke ned i dyb søvn længe nok, til at hjernen kan nå at restituere. Derfor bliver vi halv "dement" aka' smertehjerne.

Nu er jeg en af dem der forsøger at klare dem på minimum medicin, min hjerne er sløret nok i forvejen. Så jeg forsøger den non-farmakologiske vej.

Hvad virker for mig:

- Musik, udløser dopamin som er smertestillende.
- Dans, udskiller kortisol, som er stress hormon og det har vi meget af pga. smertehjernen.
- Sødt, udløser serotonin og dopamin som er smertestillende, men får man for meget, sætter det sig som syre i leddene.

- Naturen virker beroligende, gå tur iskoven og ved stranden, ikke i byen.
- Tag power nab/hjerne pauser, flere gange om dagen.
- Lytte til binual beats beroligende lydbølger (søg på youtube)
- Varmt bad, muskelafslappende, smertestillende, beroligende.
- Langsomme dybe vejrtrækninger, når man har ondt, holder eller trækker man vejret overfladisk, så derfor virker dybe vejrtrækningen beroligende på hjernen, samtidig med at de massere de indre organer, som mange gange er spændt op.
- Hjerne pauser, hold mobil, ipad, tv, musik fri, lyt til stilheden.
- Gå mindfuldt, se farver, mærke underlaget, dufte, ikke tænke, grand skove sænker blodtrykket, mere end bøgeskove.
- Stranden med bare tæer, er ren zoneterapi.
- Is/varme, eller små bank, nus hvor det gør ondt, det trikker hjernen til at mærke berøring, istedet for smerten, ligesom vi gør på børn der har slået sig, vi puster og nusser fordi det virker.

- Tens/strøm.
- Massage.
- Varme tæppe, infrarød lampe eller infrarød sauna.
- Sund basedannende kost, da smerter er syre for kroppen.
- Træning med måde, for at styrke de svage steder.
- Tænke positive, er jeg negativ så gør det hele mere ondt og er op af bakke.

Håber i kan bruge noget af det og måske har fået en forståelse for hvorfor det virker.

Kontingent – PBS

Vi har igennem de senere år undersøgt mulighederne for at vores kontingent kan komme over på pbs.

Vores forening er kort sagt ikke stor nok til det. Det vil koste mere pr medlem end vores kontingent er på.

Du har dog muligheden for selv at lave det til en fast overførsel. Da vores kontingent og generalforsamling falder næsten samtidig hvert år. Kan du lave en fastoverførsel hver d 1. marts Eller du kan bede din bank om at gøre det, hvis du ikke selv har adgang til netbank.

FAKS har
konto 1420 8979-636-130



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

Der er også erhvervsmedlemskab

Guld, Sølv og Bronze
se nærmere under kontakt på
www.faks.dk

Vi har brug for din hjælp.

I FAKS kæmper vi dagligt for smertepatienternes rettigheder og mulighed for behandling. Det kan vi ikke gøre uden dig.

For at kunne være et godt talerør der bliver hørt, skal vi være mange stemmer. Vi har brug for medlemmer.

Hjælp os med at finde støttemedlemmer. Vi kender alle nogen i omgangskredsen som ved hvad vi kæmper med og gerne vil støtte og hjælpe os. Det kan de blandt andet gøre ved at tegne et støttemedlemskab i FAKS.

Det koster 110,- kroner om året. For under 10 kroner om måneden kan du være med til at give smertepatienter en bedre livskvalitet og en større stemme.

Støttemedlemmer får tilsendt vores blad "SmerteLiv" så de selv kan følge med i hvad de støtter.

Tusinde tak fordi du har valgt at støtte FAKS med dit medlemskab.

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



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@gmail.com

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@gmail.com

Helsingø:

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

Mødested:
Frivilligcenteret i Helsingø
Møllestien 6
3200 Helsingø

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

Kalundborg

Kontakt os for mødested da vi ofte
er ude af huset til arrangementer,
hveranden gang afspænding
Toftevej 2, 4400 Kalundborg.
Åbningstid: tirsdage I lige uger
Hver 4. uge kl. 18:30 – 20:30
Hver 4. uge kl 16 til 18
Se kalender på faks.dk

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 18 til 20

Stege

Kontaktperson:
Marlon Cramers
tlf: 20 92 18 28
E-mail: faksstege@gmail.com

Til selvtræning, hver torsdag fra kl
14.30 til 15.30
undtagen i skoleferier/helligdage
Mødested:
Sundhedscenteret i Stege på 2. Sal.

Vordingborg Træningsgruppe

Kontaktperson
Ann-Mari Jensen
info@sydflyt.dk
Tlf. 55376800

Kirsten Garn Jørgensen
kirsten.garn@gmail.com
Tlf. 28361800

Brænderigården
Algade 104
4760 Vordingborg

For at deltage skal du have bopæl
i Vordingborg kommune
Mødetid torsdage kl. 14.30 – 15.30

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:
Seniorhuset, Toldbodgade 5.

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!