



NAKKENYTT

Tidsskrift for Landsforeningen for Nakkeskadde nr 1 2012, årgang 18





Innholdsfortegnelse:

Leder	3
LFN Nord-Norge er delt	3
Redaktøren	4
Nevroplan 2015	5
Nakkeslengplager	6
Frisk og kronisk syk	8
DMX Digital Røntgen	11
Arbeidsavklaringspenger	13
Dekning av reiseutgifter	15
Vondt i Nakken	16
De suverene	18
Informasjon fra LFN Telemark	19
Møte i helse og omsorgsdepartementet	21
Lægeforeningens retningslinjer	22
Åpent møte i Stavanger	23
Informasjon fra LFN Østfold	24
Endringer på særfradraget	25
Lokallagsoversikt	26
Lydbok og Lydbøker	27

**Abonnement på Nakkenytt. 4 nummer,
200 kr for ikke medlemmer, medlemmer
gratis.**

Ditt navn _____

Adresse _____

Post nr. _____ **Sted** _____

Telefon nr. _____



Leder: Jon Birger Eldevik
Fossøyrgata 20, 6993 Høyanger
Tlf/mob: 57 71 29 42/97 72 95 02
e-post: lfjonbirger@gmail.com



Styremedlem: Marit Mork-Knudsen
Tippehaugen 22, 5252 Søreidgrend
Tlf/mob: 53 50 33 36/93 40 31 87
e-post: lfmarit@live.no



Nestleder:
Stein Gustav Dybvik
Refsnes, 9475 Borkenes
Tlf/mob: 77 01 78 75/90 20 67 09
e-post: steingustav.dybvik@live.no



Varamedlem:
Grete Ankill Dverset
Greisdalsveien 93, 8028 Bodø
Tlf/mob: 75 51 89 15/95 88 15 97
e-post: grete.ankill@dverset.com



Kasserer:
Casper Jørgensen
Hagastuveien 61, 1734 Hafslundsøy
Mobil: 46 13 30 01
e-post: casper.r.jorgensen@gmail.com



Varamedlem:
Turid Monsen
Etterstadsletta 65A, 0660 Oslo
Tlf/mob: 22 68 20 52/90 50 55 85
e-post: turid.monsen@getmail.no



Sekretær:
Åse Olsen
Nannestadvegen 339, 2032 Maura
Tlf/mob: 63 99 88 48/97 11 20 21
e-post: aas-ols@online.no

Lederen har ordet:



Det nærmar seg vår og årsmøtetid. Sitjande styre har fått arbeidet saman i to år og har gjort seg mange erfaringar med dei ulike arbeidsoppgåvene

årsmøtet har bedt styret prioritera. Den store utfordringa er å sikre god kontinuitet i det arbeidet som er satt i gang.

Når det gjeld medlemsbladet «Nakkenytt» så er arbeidsbyrden veldig stor på nokre få personar. Det er vanskeleg å få inn ferdigskrivne artiklar og reportasjar til redaksjonen, sjølv om det skjer mykje ute i lokallag og samfunnet elles. Redaksjonen gjer ein fantastisk jobb, men skal vi klare å få sendt ut bladet regelmessig må fleire være villige til å delta i dette arbeidet.

Evaluering det siste året syner at det er nødvendig å tenke nytt. Styret med 5 faste og 2 vara er for lite dersom ein ikkje lukkast å finne medlemmar som kunne tenke seg å arbeide med ulike prosjekt. I tillegg er det heilt naudsynt å diskutere rolla til LFN hovudstyret i forhold til lokallaga, samtidig som ein må sjå mulighetene i eit tettare samarbeid med andre lag og organisasjonar.

Den aller viktigaste erfaring eg fekk i haust, var å sjå kor viktig det er med opne temamøter på lokallagsnivå. I eit forsøk på å få etablert lokallag i Rogaland arrangerte vi to møter. Frammøte var godt og tilbakemeldingane var eintydige om at dette var noko ein hadde sakna. Med god annonsering, viktige tema, rikeleg rom for diskusjon og uformell prat i etterkant av møtet, kan dette vere ein viktig måte å gjere LFN langt betre kjent, enn det som er tilfelle i dag.

Styret har lagt ned mykje arbeid med det helsepolitiske arbeid. Mange brev er blitt sendt ulike forvaltningsnivå i statleg helseforvaltning og til politiske myndigheter. Diverre har ikkje

responsen vore overveldande, men denne mangelfulle tilbakemeldinga er særst viktig som dokumentasjonsgrunnlag i det vidare arbeidet. Vi trur og håper dette arbeidet skal gi resultat, men det vil krevje at vi held saken varm overfor myndighetene.

Jon Birger Eldevik

LFN NORD-NORGE ER DELT I TO LAG OG SKIFTER NAVN



Den 20. november 2011 ble det dannet en arbeidsgruppe i Troms med Stein G. Dybvik som kontaktperson. Den nye arbeidsgruppen har fått navnet LFN Troms.

Dermed ble LFN Nord-Norge delt i to lag. Et for Troms og Finnmark og et for Nordland fylke.

På årsmøte i Bodø 13. februar i år ble det vedtatt å endre navnet på LFN Nord-Norge til LFN Nordland. Torhild Evertsen ble valgt som leder. Hun har tidligere vært leder i lokalforeningen og var med på å starte foreningen i 2002.

Hjemmesiden til LFN Nord-Norge vil bli erstattet med ny side: www.lfnnordland.no

Her vil vi holde medlemmene oppdatert med hva som skjer og ønsker innspill fra deg som medlem om aktiviteter.

Vi har møte på Spiseriet på City nord hver første onsdag i måneden for medlemmer i Bodø, i tillegg er det opprettet møteplass i Mo i Rana. Følg med på hjemmesiden for informasjon.

Tekst og foto: Grete Ankill Dverset

Redaktøren har ordet:



Bilde av redaktøren: Åse Olsen

Da har vi kommet oss godt inn i 2012, og alle lokallag er ferdig med årsmøtene sine. Ønsker alle nye og gamle styremedlemmer lykke til.

Må bare trekke frem «Ingen Grense» med den ståpå viljen og det engasjementet som disse 11 personene viser. Alle kom frem til Snøhetta og alle var fornøyde. Men tenk for noen krefter de har brukt på denne turen. Dette må bare nevnes.

Våren står foran oss, og vi kan bare glede oss til en forhåpentligvis varm sommer.

Det er et enormt engasjement på facebook gruppen vår. Her er det diskusjoner og mange gode innspill. Noen av innspillene kommer til å bli nevnt også her i bladet.

Bare det enkle tipset om å sy seg en varme- pose av vaskekluter og håndklær. Godt tips, noen har også funnet en side på internett hvor en kan låne gratis lydbøker. Kjempe interessant for alle i LFN.

Det har også kommet opp dette med hvordan LFN er organisert. Dette er en innviklet organisasjonsform.

Det er Norges Handikapforbund som er det styrende organ. NHF har et sentralstyre, med en forbundsleder og en generalsekretær, disse har kontor på Galleriet i Oslo. Under seg har de 9 regionskontor og 11 landsforeninger. Lokallagene er direkte knyttet til regionskontoret i den regionen de tilhører. Det er

Lokallagene i Landsforeningene som velger hovedstyrene. I de fylker hvor vi ikke har lokallag, kan regionskontorene oppnevne delegater til årsmøtet. Det er best at vi har en kontaktperson eller lokallag i alle fylker. Alle lokallag prøver å samarbeide med hovedstyret. Lokallagets hovedsatsningsfelt er faktisk å ivareta medlemmenes interesser. Lokallagene har egne likemenn, som kan kontaktes etter behov. Det blir også arrangert møter og kurs for medlemmer og likemenn.

Nå arbeides det med å få startet et lokallag i Rogaland, håper at kommer i orden med det første. I Troms fikk de startet et lokallag på tampen av 2011, vi ønsker de lykke til videre med arbeidet.

Årsmøtet i hovedstyret skal gå av stabelen den 21-22 april.

Håper dere finner bladet interessant. Og ønsker dere en fin vår.

Tekst: Åse Olsen Redaktør





10 millioner til Nevroplan 2015

Kommuner og frivillige organisasjoner mottar i år nærmere 10 millioner kroner i tilskudd for å sikre økt kunnskap og informasjon om nevrologiske skader og sykdommer og for å utvikle nye arbeidsformer og metoder. – Dette er et uttrykk for at Regjeringen er opptatt av å bedre situasjonen for denne brukergruppen, sier helse- og omsorgsminister Anne- Grete Strøm- Erichsen.

Som en del av Omsorgsplan 2015 vil regjeringen legge fram en egen plan for personer med nevrologiske lidelser – Nevroplan 2015.

Personer med nevrologiske skader og sykdommer har ofte behov for et langvarig og svært omfattende tjenestetilbud i et samspill mellom den kommunale helse- og sosialtjenesten og i spesialisthelsetjenesten.

– Denne brukergruppen har hatt den sterkeste veksten i den kommunale omsorgstjenesten de siste årene, men har i motsetning til de andre større brukergruppene ikke vært fokusert og omfattet av handlingsplaner eller reformer. Vi vil derfor synliggjøre og løfte fram denne brukergruppen, sier helse- og

omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen.

Midlene i 2011 skal benyttes til tiltak for økt kunnskap og kompetanse blant pårørende og fagfolk, samt informasjonsarbeid.

På mange måter utfordrer brukere med nevrologiske skader og sykdommer til nytenkning om utformingen av de kommunale omsorgstjenestene. Det handler om egenmestring gjennom rehabilitering, tilrettelegging for fysisk aktivitet, deltakelse i arbeid og samfunnet for øvrig - og det handler om kompetanse med større vekt på faglig bredde og aktiv omsorg.

- Jeg er derfor glad for at flere kommuner nå utvikler nye arbeidsformer og metoder blant annet for aktivitet, trening, mestring etter funksjonssvikt og tverrfaglig samarbeid, sier Strøm-Erichsen.

Lyst til å lese mer om Nevroplan 2015, kan du bruke denne linken her:

http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2011/nevroplan-2015.html



Nakkeslengplager fra et øre-nevrologisk synspunkt

Forstyrrende signaler fra skadede bånd og muskler i nakken får likevektsystemet til å overaktivere nakkerosetten. Dette kan forårsake smerter og svimmelhet. Hypotesen er presentert i Journal of Whiplash & Related Disorders av øre-nese-hals spesialist Carsten Tjell, fysioterapeut Wenche Iglebekk og sjefslege Artur Tenenbaum (1).

Av Kjartan Vårbakken

Ifølge epidemiologiske studier er det cirka 10 prosent av de som blir utsatt for et nakkeslengtraume som ikke blir bra. Tilstanden er også vanskelig å behandle. Forfatterne hensikt er å beskrive en hypotese som kan forklare tilstanden og danne grunnlag for behandling.

Hypotesen

Selv om beskrivelsene av smerter og svimmelhet er gyldige for både ikke-traumatiske muskel- og skjelettlidelser og for lidelser forbundet med nakkesleng (WAD), så er ikke tilstandene like, mener forfatterne. Hypotesen er at de 10 prosent som lider etter nakkeslengtraume har en betydelig overaktivitet av de viktigste dype musklene i cranio-cervikalovergangen. Dette skyldes over-strekning av alarligamenter og muskelfester. De som blir bra etter seks måneder har ikke erfart det samme.

Forfatterne begrunner hypotesens funksjonelle betydning blant annet med at tettheten av muskelspoler i obliquus capitis er 12 til 15 ganger større enn i hånden. Kontrollsystemet for likevekt hos pasienter med WAD

kan, ifølge forfatterne, ikke hvile fordi det er under konstant kryssild fra misledende posisjonsorienterende signaler fra skadede bånd og muskelfester.

Hjernen oppfatter dermed nakken som instabil. Derfor korrigerer den "instabilitetsproblemet" ved å sende signaler som gir kontinuerlige, men intensitetsvekslende, kompensatoriske spenninger i nakkemusklene. Konstant økt muskelspenning forårsaker frigjøring av blant annet arachidonsyre som gir smerte. I tillegg gir det ytterligere signalaktivitet fra proprioseptorene i nakkerosetten. Slik er prosessen selvgående. I følge forfatterne er en ond sirkel i likevektsystemet dermed også en ond smertesirkel.

Undersøkelse

Hovedforfatter har tidligere vist at Smooth Pursuit Neck Torsion Test kan skille pasienter med nakkeslengrelaterte plager fra de med ikke-traumatiske nakkelidelser (2). Pasienten følger da med øynene et objekt i bevegelse med 'kroppen i forhold til hodet' i tre ulike posisjoner. To reflekser testes da sammen:

- Refleksen som gjør at vi kan forfølge et bytte med jevne øyebevegelser (for eksempel se etter en fugl på himmelen)
- Vestibularisrefleksen

Sammen gjør refleksene det mulig for oss å fokusere på et bevegelig bytte, mens vi beveger egen kropp ved kanskje å løpe for ikke å miste fuglen av syne. Refleksenes integrerte funksjon undersøkes altså ved forfølge-jevnt-med øynene-i-nøytral-og-vridde-posisjoner-testen.

Testen har vist god evne til å skille personer med nakkesleng-relaterte plager fra de med nakkeplager av ikke-traumatisk årsak (2).

Testen utføres ved at pasienten står og ser fremover mot et bevegelig mål, med trunkus statisk plassert i tre ulike posisjoner:

- 1) fremoverrettet naturlig posisjon
- 2) 45 grader rotert til høyre, og
- 3) 45 grader rotert til venstre.

Utkomme for personene med WAD er betraktelig større 'tap av evne til å følge målets bevegelser med øynene i trunkus-roterte posisjoner sammenlignet med i nøytral posisjon'. Dette i forhold til personer med ikke-traumatiserte nakkeplager (2).

Behandling

De fleste med nakkeslengrelaterte plager trenger, ifølge forfatterne, "minste aktive dose" sensomotorisk trening, minste aktive dose balansetrening og nøye kontrollert avspenningstrening. Øvelsene (sensomotoriske og balanse) bør i starten utføres i lukket behandlingskjede med liten motstand. De bør avsluttes så snart pasienten viser ukoordinerte bevegelser, skjelver eller angir symptom-forverring. Forfatterne mener progresjonen i treningen skal være svært rolig.

Referanser

1. Tjell C, Halling WI, Tenenbaum A. Why do not all recover after a whiplash injury?: A hypothesis from an otoneurologic viewpoint. Journal of Whiplash & Related Disorders 2006; 5(2): 7-23. Abstract tilgjengelig på: <http://www.ingentaconnect.com/content/haworth/jwrd/2007/00000005/00000002/art00002>
2. Tjell C, Tenenbaum A, Sandström S. Smooth pursuit neck torsion test – a specific test for whiplash associated disorders? Journal of Whiplash & Related Disorders 2002; 1(2): 9-24. Abstract tilgjengelig på:

<http://www.haworthpress.com/store/ArticleAbstract.asp?ID=17824>

Merknad: Artikler kan bestilles via e-post til ditt kommunale bibliotek og tjenesten er ofte gratis.



Mer enn 15 års erfaring med: Erstatning for personskader:

- Trafikkskader
- Yrkesskader
- Passientskader
- Hode, Nakke, Ryggskader
- Psykiskeskader
- Forsikringskrav
- Rettsaker mot forsikringsselskaper m.fl.
- Krav mot NAV

**§ ASKER-
ADVOKATENE**

Postboks 84 - 1371 Asker
Telefon 66 90 70 80 - Faks 66 90 70 81

Adv. BUGGE

Timeavtale 90 97 21 90 (mobil)
jb@askeradvokatene.no - www.askeradvokatene.no



Siv Tonje Luneng

Frisk og kronisk syk, mestring av skaden

Ingress

Dette var hovedtema på medlemsweekenden til LFN Telemark lørdag 22. oktober. Flere enn 30 medlemmer og pårørende til nakkeskadde hadde funnet veien til hotellet som lå vakkert til på høyden i Stabbestad og med utsikt til Kragerø og vakker Telemarkskjærgård.

Tekst: Siv Tonje Luneng og Torleif Støylen

Bilder: Torleif Støylen

Siv Tonje Luneng

Psykologspesialist Siv Tonje Luneng holdt et spennende, engasjerende og godt foredrag i høyt tempo. Likevel var det en lydhør forsamling som fulgte med de tre timene foredraget varte. Mange spørsmål til foredragsholderen bekreftet at temaet denne gangen oppfattes som en "innertier".

Hun har sin utdannelse fra Tyskland og fattet tidlig interesse for helsepsykologi. Hun har spesialisert seg på temaene psykologisk smerteterapi, kognitiv terapi og oppmerksomhetstrening (mindfulness) og ser på sammenhengen mellom kropp og sinn. Hun fokuserer på at de fleste pasienter, tross skader og funksjonsnedsettelse, kan få bedret livskvalitet.

Utvikling og behandling av kronisk smertelidelse – hva skjer?

Når kroppen blir utsatt for en skade sender nervetråder på skadestedet signaler via nervesystemet opp til hjernen. Hjernen kan da oppfatte det som smerte. Da det er viktig for kroppen å reagere på akutt smerte, tilpasser den seg for å kunne oppfatte smertesignalene enda bedre. Det betyr at det på skadestedet blir flere og flere nervetråder som reagerer lettere og lettere og i hjernen blir satt av mer og mer plass til å oppfatte smerte. Etter 3-12 måneders hyppig og sterk smerte vil noen pasienter ha utviklet en egen smertelidelse i tillegg til, eller i stedet for den opprinnelige skaden. Det er da en egen sykdom, en smertesykdom, der oppfattet smerte ikke er et tegn på den opprinnelige skaden, men på lokale endringer i nervesystemet. Man risikerer til og med at smerten vedvarer selv om skaden skulle bli reparert.

Håpet for smertepasienter ligger i at smerter per definisjon alltid har et subjektivt komponent (se egen boks). Det betyr at det er viktig både hvordan man har det og hvordan man tar. Det er mye man kan gjøre selv. Det kan ofte være nyttig å utforske hva som gjør en godt og hvordan man håndterer langvarige plager.

Mange beskyttelses- og risikofaktorer spiller en rolle i om den første fasen med akutt smerte går over til å bli en kronisk smertelidelse. Mange av de samme faktorene er det dessuten viktig å være bevisste på i behandlingen kroniske smertelidelser. En viktig beskyttelsesfaktor er å bli sett og møtt, for eksempel hos legen, av familien og av arbeidskolleger. Gjennom likemannstjenesten kan man også oppleve viktig støtte, bekrefter hun. Videre så kan det å leve i en familie som står hverandre nær og har få konflikter bidra i positiv retning.

Å ha meningsfulle aktiviteter og en god balanse mellom aktivitet og hvile i hverdagen er også styrkende. I tillegg så er det viktig hvordan personen tenker om seg selv, verden og skaden. Personer som er litt engstelige og pessimistiske av natur vil naturligvis lettere tenke katastrofe-tanker etter påført skade. De er ofte mer sensible for kroppslige symptomer, blir lettere stresset, reagerer gjerne kraftigere følelsesmessig ved belastninger og bruker mindre hensiktsmessige mestringsstrategier.

Optimister vil i større grad oppleve at de har mulighet til å gjøre noe selv, fortsette å prøve selv i motgang, opprettholde sosiale relasjoner og generelt ha et lavere stressnivå, noe som gir høyere smerteterskel. For stå-på-mennesker som er vant til å være "flinke" og ikke være til bry, kan det være ekstra utfordrende å måtte ta hensyn til egne behov og gi egenomsorg. Mange presser seg til smerten stopper de. Både en slik overbelastende mestringsstil og en forsiktig/passiv mestringsstil, kan forverre smerteopplevelsen på sikt. Luneng poengterer at selv om psykiske faktorer spiller en rolle i kronifiseringen og behandlingen av smerter blir det ofte feil å si at de er årsaken til smertene. Hun oppmuntrer de nakkeskadde til å se på sine egne biopsykososiale faktorer for å kanskje oppdage noe som kan endres og dermed gjøre det lettere å leve med plagene.

Normale reaksjoner

Etter en skade er det helt vanlig at man reagerer med både tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og endret atferd. Deltakerne fikk utveksle erfaringer om hvordan det hadde vært for dem.

Sorg

Det er ikke uvanlig å føle sorg i kjølvannet av en funksjonsnedsettende skade. Luneng skiller mellom ytre påvirkning som tap av jobb, hobby, nettverk, tydelig svekket helse og økonomi og indre påvirkning som tap av selvfølelse, identitet og fremtidshåp samt tap av kilder til be-kreftelse og glede.

Åpenhet

Mange opplever åpenhet i tilstanden som viktig. En av deltakerne hadde fått råd fra sin lege: *Ikke leve for sykdom / skade, ikke leve mot den, men leve med den!*. Det er fordeler og ulemper ved åpenhet. Å finne balansen mellom god og dårlig informasjon, for lite og for mye informasjon, redsel for å "slite ut" partneren, er avgjørende i denne fasen. Mange opplever å bli oppfattet som sytete i sine omgivelser etter en nakkeskade. Da kommer ofte spørsmålet en stiller seg selv: Hvem er jeg nå?

Seigmenn

Luneng presenterte en egentreningsmodell der hun benytter seigmenn som eksempel. Hodet symboliserer arbeid, høyrearmen slekt og venner, venstrearmen familien, høyre fot hobby og fritid, venstre fot helse og sport. Man kan tegne sin egen seigmenn og lage kroppsdelenene større eller mindre alt etter hva som er viktig i livet ens. Ved å forstørre / forminske kroppsdelen og sammenligne med tiden før skadetidspunkt, vil en kunne finne ut hvordan situasjonen er blitt nå og hvordan vi ønsker den skal bli. Gjennom denne enkle modellen kan en stille seg spørsmålene:

- Hvordan var livet mitt / vårt tidligere?
- Hvordan er det nå?
- Hvordan vil vi at det skal bli?

Et skritt på veien for mange er å akseptere at en ikke kan mestre hele tiden. Ta seg en "time out" innimellom.



Jon Birger Eldevik med frue følger spent med.



Pårørende

Pårørende er ofte en viktig beskyttelsesfaktor når det gjelder å leve med plager. Nærhet mellom familiemedlemmer, problemløsende mestring og åpen kommunikasjon om plager er viktig. Men pårørende kan også i noen tilfeller være en belastning for pasienten dersom de:

- o har fiendtlige, kritiske og lite støttende holdninger
- o er preget av perfeksjonisme og rigiditet
- o har egne psykiske vansker eller familien har mange tilleggsbelastninger

Pårørende står ovenfor mange potensielle utfordringer:

- o bekymring for hva fremtiden vil bringe
- o dårlig samvittighet
- o å være den det ikke gjelder
- o manglende evne til å tilfredsstille egne og andres behov og ønsker
- o å være kjæreste og hjelper

Å ha langvarige plager kan for både pasienter og pårørende noen ganger oppleves som å måtte leve med «en gjest som aldri går»; den er ikke invitert og trenger seg på overalt.

Metakognitiv terapi og oppmerksomt nærvær

Det finnes mange ting man kan gjøre for å holde seg så frisk som mulig. Luneng trakk frem metakognitiv terapi og oppmerksomt nærvær.

For å beskrive metakognitiv terapi gir hun først et eksempel på kognitiv terapi. En ser her på hvordan tanker, følelser, kroppslige reaksjoner og atferd i en gitt situasjon henger sammen:

A: Situasjon: Kari spurte Mette om hun ville bli med på kafè, og hun svarte nei.

B: Karis automatiske tanker:

Hun liker meg ikke, jeg får aldri venner, det er ingen som vil være sammen med meg mer.

C: Reaksjon:

Følelser: Trist, oppgitt, fortvilet.

Kroppen: Anspent, hetebølger, vondt i magen.

Adferd: Uvennlig avskjed, spør ikke igjen, fåmeldt.

I kognitiv terapi vil man da blant annet utforske alternative tanker og følgene av de:

Alternativt:

B: Karis alternative tanker: Hun er nok opptatt, vi kan sikkert sees en annen dag, det var dumt.

C: Reaksjon:

Følelser: Litt trist, like blid.

Kropp: Avslappet.

Adferd: Vanlig prat, vennlig avskjed, spør igjen en annen gang.

I metakognitiv terapi gjør man seg tanker og tankene. Man utvikler da en holdning om at man ikke trenger å tro på tankene og følelsene sine. En mulig reaksjon på ovennevnte eksempel er da:

B. Karis metatanke: "Der kom jammen den tanken igjen. Ja, ja, men den trenger jeg ikke bry meg noe om!"

Metakognitiv terapi går hånd i hånd med oppmerksomt nærvær siden begge bygger på en aksepterende holdning. I oppmerksomt nærvær er det i tillegg fokus på å kunne være tilstede i nået. Stress oppstår ofte når man tenker i tid, på det som har vært eller på fremtiden. I øyeblikket her og nå finnes det ikke stress. Det finnes mange måter å være bevisst tilstede i øyeblikket på. Mange har evnen til å bli oppslukt når de holder på med noe de liker, noen er bevisst på å kjenne vannet fra dusjen sildre nedover kroppen, noen evner å bevisst oppleve naturen med alle sansene

(feks skogens farger og lukter om høsten) – det er oppmerksomt nærvær i hverdagen. En annen måte å være i nået på, er å legge merke til pusten, eller «pusteankeret» som det kalles, som beveger seg når man puster. Man legger da merke til luften som strømmer inn og ut av neseborene, eller kjenner magen. Hvis man gjør det for eksempel når man begynner å bli irritert pga en treg kø, kan det være nok til at man rekker å tenke noen klare tanker og vurdere om det er verdt å bli stresset av. Det kan da hjelpe deg til å redusere akutt stress.

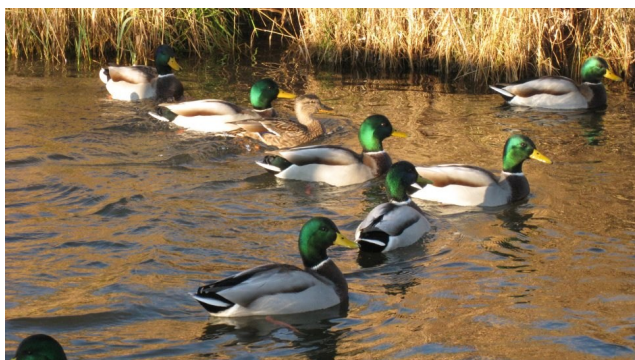
Dersom man ønsker økt livskvalitet, bedret stressmestringevne eller å bruke oppmerksomt nærvær for å redusere smerter, er det nødvendig med mer trening. Det vil da være nyttig for eksempel å følge programmet i en oppmerksomhetstrening. Både trene på kroppskanning (med nøytral og åpen oppmerksomhet legge merke til ulike kroppsdelene) og oppmerksomhetsmeditasjon (holde kontakten med pusteankeret og la tanker, følelser, kroppslige fornemmelser og lyder som dukker opp både komme og gå, også her med nøytral oppmerksomhet).

Det kan blant annet gjøres ved hjelp av cd eller på et kurs.

**Endre det du kan endre,
aksepter det du ikke kan endre og
lær å skille mellom dem.**

Noen litteraturtips:

«Frisk og kronisk syk – et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom» av psykolog Elin Fjerstad og «Oppnå mer med mindre stress – en håndbok i oppmerksomhetstrening (OT)» av dr.med. Andries J. Kroese.)



Digital Motion X-ray – DMX – digital røntgen under bevegelse



DMX bilde av en luksert nakke.

På den aktuelle videoen så gjør pasienten en full ekstensjon og så en full fleksjon. Man kan da tydelig se hvordan C1 lukserer frem i forhold C2. Pasienten hadde hatt flere negative radiologiske undersøkelser med blant annet MR og røntgen uten at noen kunne påvise skade. Videoer tilgjengelig på www.youtube.com Søk på Digital Motion X-ray (DMX)

En stor mengde pasienter med skader i blant annet rygg og nakke undersøkes hvert år på norske røntgeninstitutter og sykehus. Mange av disse får aldri en diagnose da MR, CT eller røntgenbildene ikke klarer å påvise noen skade. Nå kan man imidlertid gjennomføre røntgen under bevegelse.

AV KJETIL VARHAUG – FYSIOTEREPEAUT

Dette er gjerne pasienter som har vært utsatt for fall- eller bilulykker med betydelig energimengde. Etter flere år i systemet med utredning på utredning som ikke klarer å påvise noen skade og dertil manglende diagnose, mangler de da fortsatt et fullgodt tilbud om behandling. Det er kanskje derfor en del helsepersonell har sluttet å anerkjenne whiplash som en mulig mekanisk skade? Det er en del uenighet blant radiologer i Norge om det i det hele tatt er mulig å bruke MR for å påvise whiplash-skader.

I USA er mye av helsevesenet styrt av forsikringsbransjen. Forsikringsselskapene ønsker å kunne dokumentere skadene

for i det hele tatt å være villig til å betale erstatning etter f.eks. en påkjørsel bakfra. Eller mer korrekt fremstilt, advokatene som representerer pasientene ønsker denne formen for «bevis» for å kunne føre sak i rettssystemet mot de samme forsikrings-selskapene. Dette har drevet frem en ny undersøkelsesmetode for bedre å kunne diagnostisere denne pasientgruppen.

Metoden heter DMX (Digital Motion X-ray) og benytter et gjennomlysningsapparat (røntgen) som kan ta opptil 30 digitale røntgen-bilder pr. sekund. Bildene tas med høy oppløsning og relativt lav stråledose sett i betraktning av antall bilder som tas i løpet av undersøkelsen. Bildene vises frem på en monitor og man kan pause og spille av i saktefilm. Dette gir undersøkeren muligheten til å se hvordan leddene i rygg og nakke beveger seg. Problemet med både svake ligamenter og/eller ligamentrupturer er at de ofte ikke er synlige på vanlige radiologiske undersøkelser som MR, røntgen eller CT. Alt ser normalt ut når pasienten ligger stille i trommelen. Metodene gir ikke noen mulighet til å undersøke når pasienten beveger seg. Ultralyd er også lite egnet for å undersøke skader i nakke og rygg da strukturene både ligger for dypt og gjerne bak bein. Her kommer ikke lydbølgene frem.

Løsningen er da å ta mange røntgenbilder i serie mens pasienten beveger seg. Pasienten kan undersøkes både under normale bevegelser som fleksjon og ekstensjon, men også under stress og belastning. Om man skal ha noen mulighet til å finne disse instabilitetene, må pasienten kunne bevege seg under undersøkelsen.

Teknikken er en videreføring av video-fluoroscopy som benyttes til å vurdere blant annet svelgfunksjon. Internasjonalt er det rapportert om en økende bruk av denne teknologien, og da spesielt av kiropraktorer i USA som ønsker å vurdere pasientenes rygg-søyle i daglig klinisk praksis. Denne praksisen er sterkt kritisert, da man mener at slike undersøkelser påfører pasientene unødig mengde stråling. Den amerikanske kiropraktorforeningen (American Chiropractic

Association) uttrykte i 1991 bekymring for den økende bruken av teknikken i forbindelse med screening av vanlige pasienter samt til undersøkelse før og etter behandling. Det som imidlertid seiler opp som et spennende område, er å kunne tilby denne undersøkelsesmetoden til pasienter som man ikke har klart å diagnostisere på annen måte, og hvor man kanskje mistenker en konkret ligamentskade. En vanlig problem-stilling er at disse pasientene ikke blir tilbudt evt. kirurgiske inngrep da kirurgen rett og slett ikke vet hva man skal operere.

Internasjonale nettsider som omtaler teknikken presiserer at DMX ikke bør erstatte de undersøkelsene som benyttes i dag. (MR, Ultralyd, CT og røntgen). Men metoden kan kanskje bidra med verdifull informasjon hvis skaden ikke kan påvises på annen måte. Redaksjonen har den siste tiden forsøkt å hente inn informasjon om tilgjengeligheten for denne formen for diagnostikk i Norge. Etter kontakt med flere radiologiske avdelinger i Norge ser det ut som at det pr. dags dato finnes tilgjengelig diagnostisk utstyr på noen sykehus, men ikke kompetanse til å tolke dette med tanke på skader i rygg og nakke. Utstyret brukes som sagt i dag først og fremst til å vurdere svelgfunksjon. En mulig forklaring på manglende interesse for bruken i Norge tilskrives finansieringsordningen av radiologiske undersøkelser, som gir dårligere utbetaling for røntgen sett opp mot MR.

I tillegg er dette et nokså lite felt innenfor radiologien, og det er ikke sikkert det er nok pasientgrunnlag i Norge for å forsvare en spesialisering på dette feltet. Om det er noen lesere av denne artikkelen som sitter på ytterligere informasjon om dette emnet, så tas det imot med takk. Ta kontakt med undertegnede på kjetil@apexklinikken.no

Ta kontakt med undertegnede på kjetil@apexklinikken.no

Mer informasjon: www.dmxworks.com

ARTIKKELEN ER HENTET FRA FYSIOTERAPI I PRIVAT PRAKSIS NR 7 - 2010

ARBEIDSAVKLARINGSPENGER OG ARBEIDSLINJA



Adv. Lars Olsvik

Arbeidsavklaringspenger (AAP) skal sikre deg inntekt i perioder du på grunn av sykdom eller skade har behov for bistand fra NAV for å komme i arbeid. De fleste som søker AAP har hatt sykepenger i ett år forut for at de søker om AAP.

Du som søker AAP har

kanskje ikke opplevd noen bedring i helsesituasjonen i løpet av perioden med sykepenger, men opplever likevel at NAV, når det søkes om AAP, vurderer om du kan ta annet arbeid enn det du er sykmeldt fra.

Det er et sentralt vilkår for AAP at du har fått arbeidsevnen din nedsatt med minst halvparten på grunn av sykdom eller skade. Det er ikke avgjørende hvor mye helsen din i seg selv er svekket, men i hvilken grad det påvirker mulighetene dine til å være i inntektsgivende arbeid. I folketrygdloven § 11-5, første ledd er dette uttrykt slik:

«Det er et vilkår for rett til ytelser etter dette kapitlet at medlemmet på grunn av sykdom, skade eller lyte har fått arbeidsevnen nedsatt i en slik grad at vedkommende hindres i å beholde eller skaffe seg inntektsgivende arbeid. «

NAV vil foreta en arbeidsevnevurdering for å se om du har nedsatt arbeidsevne og om du har behov for hjelp til å komme tilbake i arbeid. Allerede i dialogmøtene 7 og 26 uker etter sykmeldingen skal NAV vurdere hva du skal

kunne gjøre av tiltak, men arbeidsevnevurderingen blir foretatt på samme tid som behandlingen av søknaden om AAP.

I rundskrivet til NAV står det at denne vurderingen skal foretas i forhold til ethvert arbeid som du er i stand til å utføre, både heltids- og deltidsarbeid. Det tas i vurderingen ikke hensyn til at arbeidet har lavere status enn det du har hatt eller at lønnen er lavere, forutsatt at arbeidet lønnes i henhold til tariff eller sedvane. Det betyr at det ikke lenger er ditt nåværende arbeidsforhold du vurderes i forhold til, men alle mulige arbeid. I folketrygdloven § 11-5, andre ledd står det om vurderingen:

«Når det vurderes om arbeidsevnen er nedsatt i en slik grad at vedkommende hindres i å beholde eller skaffe seg inntektsgivende arbeid, skal det blant annet legges vekt på helse, alder, evner, utdanning, yrkesbakgrunn, interesser, ønsker, muligheter for å gå tilbake til nåværende arbeidsgiver, arbeidsmuligheter på hjemstedet og arbeidsmuligheter på andre steder der det er rimelig at vedkommende tar arbeid. «

Spørsmålet er om arbeidsevnevurderingen i dag tar hensyn til alle momentene som er angitt i loven eller om det er rundskrivets angivelse av alle mulige arbeid uten hensyn til status eller lønn som er avgjørende. Det er også på sin plass å spørre seg om det er rimelig at man ikke lenger skal ha muligheten til å opprettholde et arbeidsforhold til en arbeidsgiver man har hatt i lang tid fordi NAV krever at man må søke annet arbeid. De fleste arbeidsgivere jeg møter gjennom mitt arbeid er villige til å innvilge ulønnet

permisjon ved langvarig sykdom ut over ett år nettopp fordi de ser muligheten for at arbeidstakeren vil komme tilbake etter noe tid og verdien av å beholde kompetanse i bedriften.

For å vurdere arbeidsevnen ber NAV deg først om en «Egenvurdering», en vurdering du gjør selv på et skjema. NAV skal også ha en samtale med deg for å klarlegge de forholdene som påvirker arbeidsevnen din.

I tillegg vil selvsagt legeerklæringer fra fastlege eller spesialist ha betydning. Fastlegen blir i legeerklæringene som skal avgis til NAV i sykepengeperioden bedt om å vurdere om du kan utføre noe arbeid og også angi når du kan forventes å friskmeldes. Dersom fastlegen skriver at du f.eks. kan ta lettere arbeid enn det du er sykmeldt fra vil NAV kunne avslå AAP med henvisning til at du kan søke annet lettere arbeid.

Vurderingene NAV får fra fastleger eller spesialister vil ofte bli vurdert av NAV sine egne rådgivende leger. Dette er leger som ikke bare må forholde seg til det medisinske, men også har klare føringer fra NAV om at målet er å få flere i arbeid og aktivitet, og færre på passive ytelser. Det skjer ikke rent sjelden at rådgivende leger overprøver det fastlegen eller spesialisten måtte mene om arbeidsevnen og behovet for fortsatt sykmelding eller arbeidsrettede tiltak. De rådgivende legene kaller ikke inn til konsultasjoner, men vurderer sakene ut fra det skriftlige materialet.

Dette reiser spørsmålet ved om det er fastlegen som har retten til å sykmelde deg eller spesialisten du er henvist til på grunn av den kompetansen legen har om din sykdom eller skade som skal avgjøre om du er i stand til å

arbeide og evt. hva du kan arbeide med, eller om det er den rådgivende legen i NAV som skal avgjøre dette.

Ut fra Trygderettens praksis kan det se ut som om vurderingen av mulighetene for å ta ethvert arbeid praktiseres strengt overfor de som søker AAP.

Sett hen til hvordan NAV i dag praktiserer regelverket kan det stilles spørsmål om det var denne praksisen lovgiver mente å etablere med reglene om AAP.

Lars Olsvik

Advokat

Advokatfirma Unneland



Dekning av reiseutgifter



Foto: Dag Jenssen

Reiser du uten rekvisisjon kan du ha rett på å få dekket dine reiseutgifter i etterkant. Hovedregelen er at du får dekket rimeligste reisemåte med rutegående transport til nærmeste offentlige godkjente behandlingssted.

For å få dekket reiseutgifter med rutegående transport, forutsettes det at avstanden til behandlingsstedet er mer enn 3 km, og at reisen koster mer enn lokal minstetakst.

Du velger selv hvordan du ønsker å reise, men velger du å *ikke* benytte deg av rutegående transport, vil du kun få dekket beløp tilsvarende billigste rutegående transport.

Du må betale en egenandel for reisen som trekkes fra beløpet du har lagt ut. Har du frikort eller annen fritaksgrunn, betaler du ingen egenandel for reisen.

Privat bil

Det er mulig å benytte privat bil som transportmiddel ved pasientreise, enten av helsemessige årsaker eller fordi det ikke går rutegående transport. Bruk av privat bil dekkes etter gjeldende satser. Dersom bruk av privat bil er et dyrere alternativ enn å ta rutegående transport må du legge ved en bekreftelse fra behandler på at dette er nødvendig. Mangler slik bekreftelse, vil du kun få dekket beløp tilsvarende billigste transportmiddel til behandling.

Ledsager

Du har rett på å ha med deg ledsager dersom det er nødvendig for at du skal kunne gjennomføre reisen. Nødvendig ledsager får dekket sine reiseutgifter. Behovet for ledsager må dokumenteres av behandler.

Minste beløp

Beløp som er mindre enn kr 100 kroner blir i utgangspunktet ikke refundert. Dersom du innen seks måneder gjennomfører flere pasientreiser og summen av disse utgjør minst kr 100 kroner, kan du likevel ha rett på å få utbetalt disse beløpene under ett.

Du får ikke refundert dine utgifter dersom du har takket nei til et tilbud om reise fra ditt lokale pasientreisekontor.

Vedlegg til kravet

For å få refundert reiseutgiftene dine må du fylle ut og sende inn et reiseregningsskjema innen 6 måneder etter behandling.

Husk å legge ved følgende dokumentasjon:

Bekreftelse på at du har vært til behandling (oppmøtebekreftelse, stemplet timekort eller kvittering for betalt egenandel).

Alle kvitteringer du får på reisen

Annen relevant dokumentasjon ved spesielle behov

Er du fritatt fra å betale egenandel, for eksempel ved yrkesskade, må du legge ved dokumentasjon på dette.

Merk at manglende oppmøtebekreftelse vil føre til avslag på søknad. Bruk sjekklisten på reiseregningsskjemaet, vær nøyaktig med utfyllingen, og husk å påføre kontonummeret og fødselsnummeret ditt!

Kost og overnatting

Kost og overnatting dekkes etter fastsatte satser. Du kan ha rett til kostgodtgjørelse hvis du er borte fra hjemmet mer enn 12 timer. Reisen avsluttes ved eventuell innleggelse. Overnattingsgodtgjørelse kan gis ved nødvendig overnatting i hotell, pasienthotell, pensjonat og liknende.

Satser for 2012:

Bruk av privat bil: kr 2,20,- per km

Tillegg for passasjer: kr 0,35,- per km

Kostgodtgjørelse: kr 190,- kr per døgn

Overnattingsgodtgjørelse: kr 340,- per døgn

Egenandel: kr 130,- kr

Lokal minstetakst (enhetstakst) fastsettes av det enkelte rutegående transportselskap. Kontakt ditt lokale pasientreisekontor på 05515 for informasjon om hva som er gjeldende i ditt området.

Regelverk

Sykefraktforskriften §5 (Dekning av reiseutgifter)

Sykefraktforskriften §16 (Utbetaling)

Sykefraktforskriften §6 (Dekning av kost- og overnattingsutgifter)

Opprettet: 12.12.2010

Sist oppdatert: 06.01.2012

Hva er det dere googler når dere skal finne ut noe om å være nakkeskadd

Vi i LFN Akershus har tenkt å oppdatere søkemotoren vår og trenger noen gode tips til ord og uttrykk vi kan bruke for å være mer synlig på nettet. Tenker da særlig på nyskadd som ikke vet om LFN.

Kom med tips disse kan sendes til vidhols@online.no eller aas-ols@online.no

På forhånd tusen takk.



Anna Tostrup Worsley skriver og holder foredrag om livet som Profesjonell Pasient, og driver aktiv lobbyvirksomhet for å få bedre behandling av nakkeskadde. Hun blogger på www.diagnostisert.no "en Profesjonell Pasient tar pulsen på Helse-Norge" med støtte fra Fritt Ord, skriver debattinnlegg om helse- og trygdepolitikk for aftenposten.no og holder foredrag blant annet om forskjellsbehandling av nakkeskadde.

"Vondt i nakken?"

Ja det fikk jeg også da jeg satt for mye ved datamaskinen!"

Mannen som sier det er lege. Jeg sitter inne på et trangt legekontor og har såvidt satt meg ned, det er første gang jeg møter ham. Etter å ha flyttet til en ny by ble jeg anbefalt dette fastlegekontoret fordi de visstnok var flinke og effektive. Etter å ha hatt en bedre periode med mindre smerter, har nakken min tydeligvis slått seg helt vrang igjen. Smerten har hengt seg opp i toppenden av smerteskalaen og etter noen måneder med våkenetter og null kraft er jeg ikke så sta som jeg engang var. Min faste overbevisning om å bruke så lite smertestillende som mulig, smelter som iskem i sola.

Men det virker ikke helt som han forstår hva det handler om.

Han sitter bredbeint og forteller om da han skulle skrive sin avhandling, og satt foran PC-en flere timer hver dag i to måneder, for da hadde han også fått nakkesmerter "akkurat som en "kjærring!" sier han og humrer. Og jeg stusser litt over hvordan jeg skal svare på dette utspillet, mens jeg lurar på om han har kjøpt legebevillingen sin på e-bay.

I min karriere som "profesjonell pasient" har jeg møtt mange typer leger. De dyktige, profesjonelle, de empatiske, engasjerte, de frustrerte og de overarbeidete, også denne typen, den litt mer arrogante avarten av medisinere.

De 15 minuttene som er avsatt til legetimen, prater han mest om seg selv, hvordan han trener og hvor mye han trener. For dette har hjulpet med nakkesmerten nemlig. Jeg trener allerede tilrettelagt styrke og kondisjons-trening 3 ganger i uka, og er fysisk ganske aktiv, så jeg tror ikke det er løsningen akkurat nå.

Jeg behøver rekvisisjoner til fysioterapeut og smerteklinikk, og en ny plan for smerte-medisinering. Kanskje en funksjonsrøntgen, som kan gi underlag for noen form for stabiliserende behandling?

Mens legen trekker pusten mellom to setninger rekker jeg å fortelle at jeg ble truffet av en bil som fotgjenger for noen år siden, fikk hodet smelt i frontruta og fløy ti meter gjennom lufta. Etter det har jeg hatt problemer med nakken.

Med problemer mener jeg vedvarende og fullstendig invalidiserende smerter, dovninger i armene, migreneanfall, svimmelhet og synsforstyrrelser. Er dette også noe legen fikk da han satt for lenge foran PC-en?

Det er merkelig hvor vanskelig det er å få hjelp som nakkeskadet i Norge. Tro meg, det er ikke sånn i resten av helsevesenet! Da jeg fikk leddgikt som 19-åring var jeg helt overveldet av behandlingstilbudet og tilpasningshjelpen jeg fikk, et helt support-team som sto klare til å hjelpe meg med alt mulig, fra ergoterapeut og sosionom, til fysioterapeut, psykolog og høyt spesialiserte leger. Pille-glassene og sprøyte-stikkene flommet, enten jeg ville ha dem eller ikke. Da jeg fikk knust deler av ryggen i en bussulykke to år senere var det dyre operasjoner og masse hjelp tilgjengelig, iallefall noen år etter ulykken. Men som nakkeskadet? Nei, da får jeg høre at jeg må stresse mindre og trene mer. Ikke være så perfeksjonistisk. De sterke smertene har visst ingenting med det at jeg fikk en bil på ett tonn stål i hodet i 30 kilometer i timen, det handler om at jeg stresser for mye.

Eller angst, er det visst. Angst og depresjon er *årsak* til - ikke *virkning* av nakkeslengskade.

For nakkeskade finnes visst ikke i Norge.

Er det ikke på tide at vi pasienter tar opp kampen og forteller disse legene hvor skapet står?

Nevrologer og psykiatere er ikke sakkyndige på alvorlige nakkeskader

I sin nye bok "De suverene" tar Per Egil Hegge et oppgjør med det han kaller ekspert-tyranniet i norsk rettsvesen, og det han beskriver som ukritisk bruk av mer eller mindre samlebandsproduserte sakkyndighetsrapporter. Dette er et oppgjør som LFN vil slutte opp om. Som pasientgruppe er vi systematisk blitt utsatt for sakkyndige uten kompetanse på våre skader, og for dommere med blind tro på at sakkyndige har faglig dekning for sine påstander om at skadene er lette eller ikke reelle. For vår del dreier dette seg om spesialister i nevrologi og psykiatri/psykologi. Som kjent skal våre skader beskrives med en skadegrad fra I til IV. De to letteste gradene dreier seg om skader i muskel - skjelettsystemet som forstuing av leddbånd. Slike skader vil lege seg selv etter noen uker - i nakken som i kroppen for øvrig. Slike lette skader kan betegnes som nakkeslengskader.

Skadegrad III dreier seg om trykk/skade på nervesystemet. På dette begrensede området har nevrologer kompetanse.

Når det gjelder alvorligste skadene av grad IV, så dreier det seg også om muskel - skjelettskader hvor det kan oppstå instabilitet

som følge av bruddskader eller avrevne leddbånd. Slike skader skal betegnes som nakkeskader med konkrete diagnoser. Selv om instabilitet i nakken er operasjonsindikasjon for en rekke sykdommer, så blir ikke de alvorligste leddbåndskadene diagnostisert. Forklaringen er enkel. Når nevrologene ikke finner nevrologiske utfall, så er de av den oppfatning at skadene ikke kan være somatiske. De må altså ha sin forklaring i pasientens psyke. For å få dette bekreftet blir pasientene sendt videre til psykiater eller psykolog. På bakgrunn av "spesialistuttalelser" fra nevrologer og psykiatere, er rettspraksis blitt etablert gjennom 16 dommer og 13 kjennelser fra Høyesterett/Kjæremålsutvalget i tidsrommet fra 1992 til 2010. Disse dommene/kjennelsene viser at Høyesterett er helt uten begreper om inndelingen i skadegrader, og åpenbart ukjent med diagnosene for de alvorligste skadene.

I sammendragene fra Høyesterett blir samtlige saker omtalt som nakkeslengskader, altså skader med forstuinger hvor det påregnelige er at skadene leger seg selv. Det er derfor grunn til å hevde at norske "nakkespesialister", mange godt betalt av forsikringsbransjen, har ført rettsvesenet bak lyset med argumenter som ikke holder faglige mål. At Høyesterett har latt seg forlede, er en justispolitisk skandale, men først og fremst er det en tragedie for de mange nakkeskadde som har tapt sine saker i norsk rettsvesen på grunn av kunnskapsløse sakkyndige.



Litt informasjon fra LFN Telemark

Kjære medlem.

I Nakkenytt nr. 2 – 2011 orienterte vi om at arbeidsgruppa til LFN Telemark jobbet med planlegging av ekstraordinært årsmøte og en medlemsweekend i forbindelse med dette. Her kommer et lite referat fra helgen.

Helgen 21.-23. oktober 2011 samlet 32 deltakere seg til medlemsweekend på Stabbestad i Kragerø. Fredag ettermiddag/kveld var det registrering og litt informasjon om helgen. Stemningen var god, og vi hadde alle forventninger om at helgen skulle bli fin. Fredagens tre-retters middag smakte godt, og praten gikk for fullt rundt bordene. Dette lovet bra.

Lørdag startet med en lang frokost, før gjesten vår, Psykologspesialist Siv Tonje Luneng fikk vår oppmerksomhet. Mange var spent på hennes seanse lørdag formiddag, der arbeidstittelen var: "Frisk og kronisk syk – mestring av skaden". Denne arbeidstittelen kjente mange seg igjen i. Luneng viste at hun hadde innsikt i vår hverdag, og hva kroniske smerter og (kognitive)plager gjør med oss over tid. Hun fortalte om kroppens reaksjonsmønster på vedvarende smerteeksponering. Om hvordan nervetrådene på skadestedet sender impulser til hjernen, og at langvarig smerteeksponering kan gi økt sensitisering. En optimistisk tankegang vil ofte bidra positivt, og kunne gi høyere smerteterskel. Både stress, og det å ignorere smertene ved å presse seg til å gjøre det man gjorde før man ble skadet, vil kunne forverre smerteopplevelsen. Nakkeskadde bør tenke gjennom om man kan endre faktorer som vil gjøre det lettere å leve med plagene. Mange føler sorg etter en funksjonsnedsettelse. Dårlig helse, tap av arbeid og sosialt nettverk, dårlig økonomi med mer, gjør tilværelsen

vanskelig å mestre. Det er viktig å akseptere at man ikke er som før, og at man må legge lista deretter. Mange nakkeskadde rammes av en mengde symptomer, og da er det godt å ha pårørende rundt seg som forstår. Åpenhet og kommunikasjon både fra den skadde og pårørende er veldig viktig. Begge parter vil ofte oppleve situasjonen som svært krevende.

Luneng fortalte også om Metakognitiv terapi og oppmerksomt nærvær. Metakognitiv terapi vil kunne hjelpe oss til å tenke riktig, ved at man utvikler teknikker til å kontrollere egne tanker, og å gi økt bevissthet rundt egne vurderinger. I metakognitiv terapi gjør man seg tanker om tankene, og negative – destruktive tanker skal man la "fly sin vei". Både metakognitiv terapi og oppmerksomt nærvær bygger på en aksepterende holdning. I oppmerksomt nærvær er det kontakt med seg selv som er viktig. Se seg selv som man er, her og nå. Ikke tenk på fortid eller fremtid, da dette kan frembringe stress.

Luneng oppfordret oss til å kjenne på "pusteankeret" vårt. Kjenne luften gå ut og inn av nese og munn, og på hvordan magen beveger seg. Ved å fokusere på dette i en stresset situasjon, vil stressnivået kunne reduseres. Vi vil da kunne rekke å tenke klarere, og vurdere bedre. Oppmerksomt nærvær i hverdagen kan for eksempel være å kjenne vannet som sildrer nedover kroppen når man dusjer, eller bruke sansene når man er ute i naturen. Luneng mener at metakognitiv terapi og oppmerksomt nærvær vil kunne gi redusert smerteopplevelse og bedre livskvalitet.

Hun avsluttet med ordene: Endre det du kan endre, aksepter det du ikke kan endre, og lær å skille mellom dem.



Vi synes Luneng var dyktig i sin rolle som foredragsholder, og vi håper og tror at mange hadde nytte av hennes innlegg. Tiden hennes gikk dessverre litt for fort.

Etter lunch hørte vi fra Leder av LFN sentralt, Jon Birger Eldvik. Han fortalte om hva som skjer på sentralt hold i organisasjonen vår. En viktig oppgave det arbeides med er å øve press på storting og regjering, slik at nakkeskadde kan få en lettere hverdag. Dette gjennom tidlig og riktig diagnostisering, og derved også korrekt behandling og oppfølging.

Etter ekstraordinært årsmøte med valg av nytt styre, var resten av ettermiddagen satt av til fritid. Noen benyttet ettermiddagen til spabehandling, noen var i bassenget, noen trente, mens andre bare lå rett ut.

Helgens gastronomiske høydepunkt var for mange lørdagens middagsbuffé. Mye av både varmt og kaldt å velge i, og mange lot seg friste av det rikholdige utvalget av havets delikatesser. Etter en lang og god middag, samlet de fleste seg i foajeen/baren. Praten gikk livlig, og mange hygget seg til langt på natt.

Søndag startet med en god frokost. Kvart over ti var Jon Birger Eldevik på "podiet". Han ga oss en oppsummering fra landskonferansen i Bergen 3. – 4. sept., der tema var: "Leddbånd og instabilitet – diagnostisering og behandling av instabile nakkeskader". Eldevik fortalte at mange innen helsevesenet ikke tar nakkeskadde alvorlig, men at det er en gruppe som virkelig har forståelse for problematikken. Resultatene av forskningen som gjøres i Norge på nakke og hodeskader, kjenner vi skadde oss ikke igjen i. Flere av "forskerne" har hatt eller har link til forsikringsbransjen, og det kan bare

spekuleres i hva som er insentivet til "forskningen". Landskonferansen viste at det er en stor gruppe nakkeskadde som ønsker fokus på hvordan skadegruppen behandles i norsk helsevesen.

Siste punkt på agendaen var; "Veien videre", der vi fikk innspill fra medlemmene om hvordan LFN Telemark bør drives videre. Mange deltok, og nyttige forslag kom inn. Viktigheten av likemenn kom fram. Likeledes at en nyskadet bør få informasjon så tidlig som mulig. Materiell er viktig, i tillegg til en synliggjøring av LFN. Videre ble det foreslått ulike fora å møtes i, som pizza-treff, selvhjelpsgrupper/samtalegrupper, samlivskurs, møter for pårørende, med mer. Medlemmene ble oppfordret til å ta kontakt med styret, om noen kunne bidra med aktiviteter.

Lunch og hjemreise.

Helgen ga tid til avslapping og sosialt samvær, og det var godt å treffe "likesinnede". Vi fikk mange tilbakemeldinger etter helgen, der deltakere takket for en trivelig helg med god atmosfære. Det er veldig hyggelig, - og rosen vil vi dele med dere deltaker som sammen med oss gjorde helgen til en flott opplevelse.

Styret planlegger nye medlemsaktiviteter som vi håper dere vil delta på.

Vi ønsker dere alle en fin vår!

Hilsen

Styret i LFN Telemark

Hjemme igjen etter et spennende møte i helse- og omsorgsdepartementet i dag!



22.02.12 sendte LFN brev til helse- og omsorgsdepartementet v/helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm Erichsen, der vi sa at vi ønsket et møte med helseministeren og/eller departementet for å forklare sammenhengen mellom kjeveleddskader og nakkeskader, samt belyse de alvorlige helseproblem vår diagnosegruppe står over for.

I forrige uke fikk vi et brev fra departementet der LFN ble invitert til et møte i dag, 27.03. Fra LFN møtte Stein Dybvik og Marit Mork Knudsen (Jon Birger Eldevik var dessverre forhindret i å reise p.g.a. tåken). I tillegg var Thorleif Næss og dr. Magnus Robberstad med. Vi ble gledelig overrasket da det møtte i alt 7 personer fra departementet og direktoratet.

Det virket som en veldig lydhør forsamling, som noterte så «blekket sprutet» da vår kunnskapsrike Thorleif Næss fortalte litt om historikken og hva vi i LFN fremdeles sliter med, spesielt i forhold til de alvorlige nakkeskadene. Ha la stor vekt på at pasientene må få en riktig diagnose. Han tok utgangspunkt i SMM-rapporten med WAD graderingene fra I til IV, og leddbåndene som i alle andre ledd i kroppen skal graderes fra 1 til 3. Disse graderingene må sees i sammenheng. Da vil leddbåndskader av grad 1 og 2 (forstuinger) i nakken, høre inn under nakkeslengskader av WAD grad I og II. Leddbåndskader av grad 3 dreier seg om helt eller delvis avrevne leddbånd. Slike skader hører inn under WAD grad IV og kan medføre instabilitet.

Slike skader skal betegnes som nakkeskader og skal beskrives med konkrete instabilitetsdiagnoser fra ICD.10.

Dr. Magnus Robberstad fulgte opp og sa at selv om han var nevrolog selv, så mente han at det burde være en mer sammensatt spesialistgruppe med bl.a. ortopeder, som skulle vurdere de alvorlige nakkeskadde. De som kan noe om gradering/vurdering av leddbåndskader er ortopeder, sa han.

Stein innledet møte med et godt og poengtert innlegg, og han avsluttet møtet med å takke for at vi fikk komme. Han påpekte at vi må få slutt på bindingen mellom forsikringsselskapene og spesialisthelsetjenesten. Diagnostisering av nakkeskadde må i fremtiden utføres av et tverrfaglig team, og ansvarsmessig legges inn under helseforetakene.

Nå får vi vente i spenning på tilbakemelding fra departementet/direktoratet! De takket for veldig klar og god informasjon!

Vi vil komme tilbake med oppfølging når vi får referat og nye innspill fra dep./dir.

Bergen, 27.03.12

Mvh

-Marit Mork-Knudsen-



Utdrag fra:

Den norske lægeforenings retningslinjer for vurdering av nakkeskader - 2006

Nakkeskader

Terminologi, utredning, behandling og medisinsk invaliditet.

Innledning:

Massemedia har i de siste år ved gjentatte anledninger fokusert på enkelte relativt store sprik i vurdering av medisinsk invaliditet ved nakkeskader.

Den norske lægeforening har engasjert seg i disse problemene, og har hatt møter både med relevante spesialforeninger og har deltatt på møter i flere fora hvor disse problemer har vært drøftet.

Inntrykkene fra disse møtene er at det synes å være et stort behov for å få utarbeidet felles retningslinjer for hvordan ulike skader og symptomer skal kunne vurderes, både i forhold til behandling og erstatningsutmåling. Legeforeningen har nedenfor forsøkt å lage et kortfattet sammendrag av dette problemfeltet, hvor også andre lands grunnlag for erstatningsutmåling ved nakke- og hodeskader er vurdert.

Terminologi

Ofte blir nakkeskader feilaktig omtalt synonymt med whiplash-skade. Whiplash-skade (på norsk gjerne kalt piskesnert- eller nakkeslengskade) er i medisinsk sammenheng en uheldig og upresis betegnelse. Man har fått inntrykk av at dette er et syndrom med et helt spesifikt og ensartet sykdomsbilde som oppstår ved ethvert traume mot nakke og hode. Whiplash er imidlertid ingen diagnose, men beskrivelse av en skademekanisme.

De fleste nakkedistorsjoner ved trafikkulykker

skyldes påkjørsel av bil bakfra, som medfører hurtige aksellerasjons og decellerasjonskrefter. Mindre hyppig er front-til-front kollisjon med akutt fleksjon etterfulgt av ekstensjon. Akutt sidefleksjon og rotasjon kan imidlertid også forårsake skade i nakken. Ved disse skadene opptrer det oftest akutte symptomer med uttalte nakkesmerter initialt, men dette kan også komme etter en viss latenstid, dog sjelden mer enn ett til to døgn etter skaden. Som oftest dreier det seg om en bløtdelsskade, eventuelt ligamentskade. (Nakkedistorsjon = neck sprain).

Diagnostikk

Alle som blir påført et nakketraume og som får lokale smerter i nakke, bakhode eller utstråling ut i armene, bør oppsøke lege. Det er ved denne undersøkelse viktig å få fastslått omfanget av skaden, og spesielt eventuelle nevrologiske utfall. Det bør tas røntgen av cervicalcolumna for å påvise eventuell skjelett-skade inklusive subluksasjoner. Skulle røntgenoversiktsbilder ikke vise noen skader bør eventuelt undersøkelsen suppleres med funksjonsbilder.

Behandling

Behandling av nakkeskader er et omfattende tema som faller noe utenfor rammen av dette dokument og vil bli omtalt spesielt i et eget vedlegg som kommer senere.

Tekst: Thorleif Næss

Kilde: NOU 2011:16 og SMM rapport 2000



ÅPENT MØTE OM NAKKESKADER I STAVANGER 30. NOVEMBER 2011.

Møtet ble holdt på Quality Airport Hotel Stavanger på Sola med 26 personer tilstede.

Tema for kvelden var:

1. LFN setter fokus på NAKKESKADER, LEDDBÅND OG INSTABILITET.

Foredragsholder: **Thorleif Næss**

2. NAKKESKADET – HVA HAR JEG KRAV PÅ?

Foredragsholder: **Lars Olsvik , advokatfirma Unneland & Co.**

Vår leder i LFN, **Jon Birger Eldevik**, innledet med å fortelle litt om seg selv og sin opplevelse som nakkeskadd, og om LFN sitt ønske om å danne et lokallag i Rogaland.

Thorleif Næss fortsatte med sitt innlegg på ca. 1 time. Han hadde som vanlig et glimrende og engasjerende foredrag.

Et lite resyme av foredraget:

«I 2000 begynte han selvstudium i norsk medisin for å finne kunnskap om nakkeskader. LFN har forandret navnet fra Landsforeningen For Nakkeslengskadde til Landsforeningen For Nakkeskadde. Han anbefalte alle å gå inn på hjemmesiden til LFN, «lfn.no». Der finner en mange nyttige artikler og opplysninger.

Det nye styret i LFN satser fullt på å oppdatere seg på det som skjer om nakkeskader med det helsepolitiske arbeidet som blir gjort. Han viste også hvordan vi kunne finne boken hans på nettet, og la spesielt vekt på det som står om nakkens anatomi og nakkeskader.

Han sa også at folk blir tatt vare på og behandlet i akutte situasjoner, dvs. de som blir brakt inn på sykehus/legevakt med alvorlige skader. De som ikke blir lagt inn på sykehus,

får beskjed om å ta det med ro, så går det over. Derfor går det mange tusen pasienter rundt med alvorlige nakkeskader uten at de blir diagnostisert. Leddbåndskader er ofte alvorlige skader mellom hodet og C1-C2.

Vi har ikke lenger noen diagnostisk metode til å avdekke alvorlige nakkeskader. De kan avdekkes med fMRI – funksjonell MRI, funksjonsrøntgen eller funksjons CT, men disse metodene blir ikke brukt i Norge i dag. Vi har ingen spesialister på denne typen skader som vi har vært utsatt for. De tror det er nerve-skader og vi blir sendt til nevrolog. Og nevrologene finner ikke noe, så dermed får vi ingen behandling. Det hører egentlig inn under muskel- og skjelettskader.

Han fortalte at det tok han 13 år fra han ble undersøkt på Haukeland Universitetssykehus til han kom til Tyskland og ble operert.

Det er leddbåndene som holder leddene på plass.

Cervical Spine Anatomy: Viste hvordan en frisk nakke skal være buet. Hvis den rettes ut, eller at det er en knekk i nakken, er det tegn på skade. 50% av bevegelsene i nakken foregår mellom de to første leddene (Atlas/Axis). Leddbåndene tåler godt drag, men ved raske bevegelser/rykk, ryker de.

Den første læreboken som omhandlet nakkeskader er boken fra til Formann & Craft fra 1988 «Whiplash injuries – «The Cervical Acceleration/Deceleration Syndroms»

Vi må få på plass diagnostisering av nakkeskader. Instabilitet er operasjonsindikasjon. I Norge er det pr. i dag bare en person som setter diagnosen instabilitet, Dr. Trond Stokke i Oslo.»

Neste foredragsholder var advokat **Lars Olsvik** fra **advokatfirma Unneland og CO.**

Han hadde også et veldig godt foredrag: «Nakkeskadet – Hva har jeg krav på?»

-Hvordan sikre sine rettigheter?

-Bevissikring – betydning av journaler og skademeldinger.

-Problemer med å få dekket sitt økonomiske tap.

-Andre årsaker enn skaden – tidligere sykehistorikk er forsikringsselskapenes viktigste forsvarslinje.

-Valg av spesialist.

Osv.

Han kom med mange nyttige opplysninger og tips, og viste til hvor viktig det er å få kontakt med en advokat som har lang erfaring på denne typen skader, når en har vært utsatt for en ulykke som fører til en alvorlig nakkeskade.

Det var en engasjert gjeng, både medlemmer og ikke-medlemmer. Flere meldte seg inn som medlem allerede på møtet. Undertegnede måtte dessverre reise hjem før møtet var slutt, men Jon Birger og Thorleif ble sittende igjen og diskutere med de som var til stede til langt utover kvelden.

Vi klarte ikke der og da å etablere et interimstyret, men fikk inntrykk av at det var flere som kunne tenke seg å være med og bidra til at vi kan få det til med det første. Pr. i dag har vi Lindis Nesheim som kontaktperson i Stavanger, men ta gjerne kontakt hvis det er noen som kan tenke seg å være med og starte opp et lokallag i Rogaland. Vi trenger absolutt et lokallag i Rogaland også. Ta kontakt med **Lindis Nesheim** og **Marit Mork Knudsen**.

Marit Mork Knudsen

-styremedlem-

LFN Østfold bader med sine medlemmer

LFN Østfold har startet opp med badegrupper som har som mål å gjøre hverdagen bedre for medlemmene. Trening i vann spesielt varmt vann er med på å gi stor smertelindring samt at det å være i en gruppe med likesinnede gir alle et stort utbytte. Det har ikke vært så mange som har benyttet seg av dette tilbudet de to månedene det har vært i gang. De som har benyttet tilbudet sier de har hatt stor effekt av dette. Vi har vært på Son Spa som har flere boblebad, samt en utrolig varm kulp som holder 40 grader. Godt for kroppen. Badstu er flittig benyttet, godt å tøye kroppen i varmen. Quality hotell Sarpsborg er også benyttet, Deilige basseng samt en egen rolig avdeling hvor det er mindre støy. Planene er at LFN Østfold skal fortsette med dette tilbudet til vinteren.. Vi håper flere benytter seg av dette fantastiske tilbudet.

Styret LFN Østfold





Særfradraget endres gradvis og avikles helt innen inntektsåret 2015.

Ordningen med særfradrag for store sykdomsutgifter betyr at skattytere som i inntektsåret har usedvanlig store utgifter på grunn av sykdom eller annen varig svakhet, kan få fradrag for sykdomsutgiftene i alminnelig inntekt. Forutsetningen er at utgiftene har utgjort minst 9 180 kroner, og at skattyteren kan dokumentere eller på annen måte sannsynlig gjøre utgiftene.

Både brukerorganisasjonene og skatte- og helsemyndighetene har vært enige om at særfradragsordningen har fungert dårlig. Reglene i særfradragsordningen er videre uklare og lite gjennomsiktede, både for skattyter og skattemyndigheter. Konsekvensen er at forskjellsbehandling forekommer, selv om skatteetaten bruker store ressurser på ordningen.

På bakgrunn av særfradragsordningens svakheter har en arbeidsgruppe gjennomgått ordningen i sin helhet, med sikte på å få til et mer hensiktsmessig og rettferdig system. Arbeidsgruppen leverte sin rapport 20. april 2010. Rapporten har vært på en bred høring. Endringer i stortingsprosisjon nr. 1 LS (2011–2012) vedrørende Skatter, avgifter og toll for 2012 ble det foreslått at man utfaser særfradraget og overfører midler til budsjettets utgiftsside.

Ordningen med særfradrag skal utfases over 3 år, slik at den er avviklet i 2015.

Det foreslås å fjerne fradragsretten for den enkelte utgiftstyper fra inntekståret 2012, begrense fradragsretten til eksisterende brukere gradvis nedtrappe fradragets størrelse

Kun de som har mottatt særfradrag tidligere har muligheten til å søke

Kun de som tidligere har søkt om særfradrag vil få muligheten til dette ettersom departementet ikke ønsker at nye brukere kommer inn i ordningen. Derfor blir det foreslått at kun skattytere som har fått særfradrag for inntektsårene 2010 og 2011, skal kunne få særfradrag fram til full avvikling fra og med inntektsåret 2015. Forutsetningen er at de oppfyller vilkårene for fradrag. En slik løsning ivaretar hensynet til personer som har hatt fradraget i flere år, og som har tilpasset seg dette

Hvilke ordninger blir fjernet

Ordninger som blir fjernet fra særfradragsordningen er for utgifter til tannbehandling, boligtilpasning og transport. Dette vil gjelde fra og med inntektsåret 2012.

Avvikling

Fradragets størrelse vil gradvis trappes ned gjennom utfasingsperioden, men først fra inntektsåret 2013. Dette vil gjøre overgangen mykere for dem som har tilpasset seg fradraget over tid, og for de med høye fradrag. Nedtrappingen gjennomføres ved at en får fradrag for 67 pst. av fradragsberettiget beløp i 2013 og 33 pst. i 2014 fram til full avvikling av ordningen fra og med inntektsåret 2015.

Frigjorte midler skal brukes til

Midlene som blir frigjort vil brukes til å styrke enkelte eksisterende ordninger på utgiftssiden med tilsvarende formål.

Midlene i 2012 er vedtatt brukt til

- 137 mill. kr. skal bruket til tannbehandling
- Husbankens tilskuddsordning får 23 mill. kr
- Bilstønads-ordning får 13,5 mill. kr
- og Diabetesforbundet for kr. 2,5 mill. til tilpassing

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/fin/dok/regpubl/prop/2011-2012/prop-1-ls-20112012/8/6/3.html?id=658600>



Lokallag og kontaktpersoner

Sentralt:

Landsforeningen for nakkeskadde (LFN)
Postboks 9217
Grønland 0134 Oslo
Tlf: 24 10 24 00
Fax: 24 10 24 99

LFN Østfold:

Leder: [Jane Anita Jensen](#)
Tråklestinget 29, 1537 Moss
Tlf./Mob.: 69 25 95 75 / 995 94 760
e-post: j-anita@online.no

LFN Akershus

Leder: [Åse Olsen](#)
Nannestadveien 339, 2032 Maura
Tlf./Mob.: 63 99 88 48 / 971 12 021
e-post: aas-ols@online.no

LFN Buskerud

Kontakt: [NHF Oslo Fjord Vest](#)
Tollbugata 115, 3041 Drammen
tlf 32 88 29 29
e-post: nhf.oslofjordvest@nhf.no

LFN Hordaland

Leder: [Margit Solheim](#)
Tlf./Mob.: 91 17 73 91
e-post: margit25@online.no

LFN Telemark

Kontakt person: [Hanne Kristin Tuvnes](#)
Venusveien 33, 3942 Porsgrunn
TLf: 94 17 60 30
e-post: lfn.t.hkt@gmail.com

LFN Oslo

Leder: [Turid Monsen](#)
Etterstadsletta 65A, 0660 Oslo
Tlf./Mob.: 22 68 20 52/ 90 50 55 85
e-post: turid.monsen@getmail.no

LFN Vestfold

Kontakt: [Rune Hogsnes](#)
Oldenborreveien 38, 3172 Vear
Tlf./Mob.: 33 33 35 52 / 91 63 35 52
e-post: r-hog@online.no

LFN Aust-Agder

Kontakt: [NHF Region Agder](#)
Bispegata 36c, 4632 Kristiansand
Tlf./Mob.: 38 10 61 00
e-post: nhf.agder@nhf.no

LFN Rogaland

Kontakt: [Lindis Nesheim](#)
Tlf./Mob.: 90627935
e-post: lindisn@lyse.net

LFN Trøndelag

Kontakt: [NHF Region Trøndelag](#)
Kvenildmyra 4, 7072 Heimdal
Tlf./Mob.: 72 90 07 20
e-post: nhf.troendelag@nhf.no

Oppland

Kontakt: [NHF Region Innlandet](#)
Ringveien 26, 2815 Gjøvik
Tlf./Mob.: 61 10 83 10
e-post: nhf.innlandet@nhf.no

Hedmark

Kontakt: [Åse Olsen](#)
Nannestadveien 339, 2032 Maura
Tlf./Mob.: 63 99 88 48/971 12 021
e-post: aas-ols@online.no

Møre og Romsdal

Kontakt: [NHF Region Nord Vest](#)
Fabrikkveien 13
6415 Molde
Telefon: 71 25 11 37

LFN Sogn og Fjordane

Kontakt: Leder i LFN hovedstyre:
[Jon Birger Eldevik](#)
Fossøyrsgata 20, 6993 Høyanger
Tlf./mob.: 57 71 29 42/97 72 95 02
e-post: lfnjonbirger@gmail.com

LFN Nord-Norge

Leder: [Torhild Evertsen](#)
Svarthammerveien 3, 8015 Bodø
Tlf./Mob.: 91 38 74 58
e-post: torill@torfri.no

LFN Troms

Leder: [Stein Gustav Dybvik](#)
Refsnes, 9475 Borkenes
Tlf/mob: 77 01 78 75/90 20 67 09
e-post: steingustav.dybvik@live.no

LFN er tilsluttet Norges Handikapforbund, (NHF). Som medlem av LFN er du også medlem av NHF. Vi arbeider for å opprette lokallag i alle landets fylker. I fylker utenom egne lokallag eller kontaktpersoner, vil NHF fylkeslag ivareta våre medlemmers interesser

Lydbok og lydbøker

Lydbøker er en fellesbetegnelse på ulike typer bøker eller tekster som er spilt inn og mangfoldiggjort på et lydmedium. CD er fortsatt det dominerende lydbokformatet i Norge, men stadig flere har blitt vant til kjøpe lydbøker på nedlastbare MP3-filer.

Størrelsen på lydbøker?

En bokside tar ca 2-3 minutter å lese høyt. Derfor vil en roman på 300 sider ta opptil 15 timer å lese. En CD-plate rommer ca 74 minutter, og da vil en bok av den størrelsen kreve 12 CD-er.

Hvem leser?

Lydbøker er vanligvis rene opplesninger av en skuespiller eller forfatter, men de kan også inneholde flere innleserstemmer, musikk og lydkulisser. Hørspill er en populær lydbok-kategori som er blitt tilgjengelig på markedet etter at samarbeidet med NRK ble etablert i 1997.

Hvem bruker lydbøker?

Markedsundersøkelser har vist at det er den befolkningsgruppen som leser flest bøker som også hører flest lydbøker. Det er mange som gjerne skulle lest mer, men som ikke har tid. Stadig flere av disse oppdager lydbøkene som har den store fordel at de kan nytes sammen med andre gjøremål, f.eks. bilkjøring.

Lydbøker et viktig alternativ eller supplement til bøker. Skoleelever med lesevansker eller annen læringsproblematikk, synshemmede, bevegelseshemmede, afatiker, rekonvalesenter, psykisk utviklingshemmede, førskolebarn, eldre og ikke minst fremmedspråklige.

Har du en mp3 spiller, kan du overføre lydbøker fra cd til mp3 spiller med programvaren til mp3 spilleren eller for eksempel iTunes eller ett annet universelt rippe program. Husk at det er ikke lovlig å distribuere kopierte cd'er.

Lydbøker kan du låne på biblioteket, kjøpe i bokhandel eller på nettet.



Norsk blindeforbund - NLB – et digitalt bibliotek

NLB er et gratis lydbokbibliotek for alle med dysleksi, synshemming eller andre dokumenterte vansker med å lese trykt tekst. NLB er Norges største produsent av lydbøker og produserer både skjønn- og faglitteratur. Her er det altså mulig for oss å låne lydbøker gratis. Du må fylle ut ett søknadsskjema som underskrives av lege eller behandler. Når du blir godkjent har du flere muligheter til lån ved å motta cd/mp3 filer og streaming til pc.

Det spesielle med lydbøker fra blindeforbundet er at de også kommer i Daisy format.

DAISY er et lydbokformat som er basert på de åpne standardene XHTML og SMIL, og lydfiler (som mp3). Denne standarden for digitale lydbøker er en multimedie-representasjon av en bok der tekst og en opplesning av bokens innhold kan spilles av synkront. Lydbokformatet tillater brukeren å navigere og orientere seg i bøkene på tilnærmet samme måte som vanlige bøker.

Brukeren slipper å lete seg frem ved å spole seg

frem i en kassett eller CD.

Forkortelsen DAISY står for "Digital Accessible Information SYstem" ("digitalt tilpasset informasjonssystem").

DAISY-formatet skal hjelpe mennesker som (av forskjellige grunner) ikke kan, eller har vanskeligheter med å bruke tradisjonell skrevet tekst. I likhet med vanlige lydbøker, lar DAISY brukeren høre en person som leser opp boken. I tillegg tilbyr formatet en del funksjonalitet som vanlige lydbøker ikke har.

Brukeren kan navigere gjennom kapitler og avsnitt på samme måte som man kan slå opp i innholdsfortegnelsen i en bok. DAISY-spillere kan også ha søkefunksjoner og mulighet til markere steder i boken ved hjelp av digitale bokmerker. DAISY-bøker brukes av blinde, svaksynte, dyslektikere, og mange andre brukere som av forskjellige grunner har behov for- eller ønsker å tilegne seg informasjon i bøker på andre måter. Daisy lydbøker kan avspilles på egne Daisy spillere eller på en pc basert Daisy spiller.

Innmelding i Landsforeningen for Nakkeskadde (LFN)		Returadresse:	
Tilsluttet Norges Handikapforbund		LFN	
Kategori: ☐ Nakkeskadde ☐ På ørende ☐ Interessemlem		Adressen betaler for sending i Norge 	
Medlemstype (velg én) ☐ Hovedmedlem - kr 300,- ☐ Husstandmedlem - kr 150,- (forutsetter minimum et hovedmedlem i husstanden) Medl.nr. _____ ☐ Student - kr 150,- (kopi av studentbevis må legges ved) ☐ Juniormedlem (0-16 år) - kr 50,- ☐ Jeg ønsker ikke medlemskap i NHFU (gjelder de under 30 år) ☐ Jeg ønsker medlemskapet i et annet lokallag enn der en bor: _____		Navn: _____ Adresse: _____ Postnummer: _____ Poststed: _____ E-post: _____ Telefon/mobil: _____ Fødselsdato og år: _____	
		☐ Ja takk, send meg informasjon fra NHF og samarbeidspartnere via SMS ☐ Ja, jeg ønsker også informasjon via e/post	
		Sted/dato: _____ Underskrift: _____	
Når jeg melder meg inn i Landsforeningen for Nakkeskadde (LFN) samtykker jeg i å motta informasjon fra organisasjonen. Innmeldingen innebærer samtidig at alle opplysninger blir behandlet sensitivt og etter Datatilsynets retningslinjer. Medlemskapet følger kalenderåret fra 1.1 til 31.12 samme år.			
		 LFN Landsforeningen For Nakkeskadde	
		LFN Svarsending 0047 0090 Oslo	