



Nakkeslengen

Tidsskrift for Landsforeningen for Nakkeslengskadde • nr. 1 2007 13. årgang

SMERTER & MESTRING



Til Bjarne Håkon:
Ville du ha mestret
en kronisk
nakkeskade?

Smerteopplevelsen er personlig og vanskelig å formidle til andre:

Smarter kan ikke måles

Kroniske smerter medfører en fundamental forandring av tilværelsen:

Kroniske smerter og krav til mestring

Fra Sal 818 Oslo Tingrett:

De som mestrer straffes

Advokatfirmaet Nidaros DA

MNA



*Vi har lang og bred erfaring med behandling
av personsaker,
trykkesaker samt forsikringsaker*

Kontaktpersoner:

Advokat Bjørn M. Brauti
brauti@nidarosda.no

Advokat/MBA Hasse Benberg
benberg@nidarosda.no

Advokat Ivar Chr. Andersskog
Advokat Robert Helberg
Advokat Solveig Moen

Advokat Knut Melting
Adv. flm. Magnhild Børsting Røe
Adv. flm. Morten Muus Falck

Advokatfirmaet Nidaros DA
Kjøpmannsgt. 19
7013 Trondheim
Norway

Telefon: +47 73 87 99 99
Faks: +47 73 87 99 98
e-post: post@nidarosda.no
www.nidarosda.no

- Erstatning
- Trafikkskader
- Forsikring
- Arbeidsrett
- Trygd
- Fast eiendom
- Ekspropriasjon



Advokatene
**JØRGEN BUGGE &
JOHS. STRENGE NÆSS**
M.N.A. i kontorfellesskap

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

Adv. BUGGE

Adv.kontor Kristiansand v/Andøya Legesenter
Voie 1 - 4623 Kristiansand
Timeavtale: 90 97 21 90 (mobil)
jb@askeradvokatene.no

ADVOKATENE



*Tengs-Pedersen, Ueland,
Sæther & Birkeland*
M.N.A.

Advokat **SVEIN UELAND** Møterett Høyesterett

ERSTATNING
TRAFIKKSKADER
ARBEIDSRETT
ALMINNELIG PRAKSIS
EKSPROPRIASJON

Jernbaneveien 23, 4303 Sandnes
Tlf: 51 66 50 20. Fax: 51 66 76 12
e-post: svein-ueland@c2i.net

ERSTATNINGS- RETT

- PERSONSKADE
- TRAFIKKSKADE
- YRKESKADE
- PASIENTSKADE
- FORSIKRINGSRETT
- ARBEIDSRETT
- ARVE-/FAMILIERETT
- BOLIG OG EIENDOMSRETT
- BARNERETT/-VERN
- ALLMINNELIG PRAKSIS

Advokatene

**Eva Drageset &
Siren Preto ANS**

Medlemmer av Den Norske Advokatforening



Kroepeliengården, Standgaten 18, 5013 Bergen
Telefon: 55 90 85 80 Faks: 55 90 85 81 post@drageset-preto.no
Advokatfullmektig Erik Johan Mjelde



Nakkeslengen

nr. 1 2007

Tidsskrift for
LANDSFORENINGEN FOR
NAKKELENGSKADDE (LFN)
P.b. 9217 Grønland, 0134 Oslo

Besøksadresse:

Galleri Oslo
Schweigaardsgate 12
Telefon sentralbord: 24 10 24 00
Kontaktperson: Ellen Trondsen
Telefon: 24 10 24 43
lfm@nhf.no
www.lfn.no

Redaktør:

Per Cato Meyer
Elgv. 13 D
3127 Tønsberg
Mob: 90060946
lfnpc@yahoo.no

Design og layout:

Hvarings as

Trykk:

Allservice as, Stavanger

Annonser:

Kontakt Leder,
Turid Monsen

Medlemskap og kontigent:

Hovedmedlem: kr 270,-
Husstandsmedlem: kr 135,-
Student: kr 135,-
Juniormedlem: kr 50,-
Tilleggsmedlemskap: kr 30,-



Tilsluttet
Norges Handikapforbund

Lederen	4
LFNs likemannskurs	4
Advokatens spalte: Hva er egentlig brosymptomer?	5
Smerter kan ikke måles	6
Uførepensjonsmeldingen 2007	8
Kroniske smerter og krav til mestring	10
Smerter og nakke diagnoser	12
LFNs årsmøte 2007	14
Seminar: Helseløs og Rettsløs	15
Mestring, leve med skade og smerte	16
De som mestrer straffes	17
Samlivskurs LFN Østfold	18
Glede – bare må ha det!	20
Smerte – subjektiv og arvelig	22
Differensialdiagnostikk: Let etter kjente tegn	24
Hva vet behandlere om smerte?	24
Nakkeskader kan være usynlige	25
Nakkeskader og diagnostisering	26

Hovedstyret i LFN 2007 - 2008

Leder:

Turid Monsen
Etterstadsletta 65 A
0660 Oslo
22 68 20 52
905 05 585
turid.monsen@chello.no

Nestleder:

Johnny Stausholm
Navrabakken 10
4330 Ålgård
51 61 99 08
402 01 320
j.s@lyse.net

Kasserer:

Torhild Evertsen
Svarthammerveien 3
8015 Bodø
75 51 04 28
913 87 458
torill@torfri.no

Sekretær:

Per Cato Meyer
Elgv 13 D
3127 Tønsberg
33 74 49 49
900 60 946
lfnpc@yahoo.no

Styremedlem:

Janne Heiberg
Orreveien 19
0789 Oslo
22 49 34 00
930 47 020
Janne_heiberg@hotmail.com

Varamedlem:

Thorleif Næss
Helgesens gate 4
5003 Bergen
55 32 92 39
916 68 760
krodland@start.no

Varamedlem:

Liv Aaøyen
Tennes
9050 Storsteines
77 72 51 78
901 16 159
liv-aa@wavelan.no



Turid Monsen

lære seg å mestre, som blant annet smerter, søvnproblemer, sosial endring, støy, synsendringer.

Etter en skade kan det være nødvendig å sette mestring i system. En reagerer på forskjellige måter, men mestring er grunnleggende. Noe klarer en å takle på egenhånd, men ofte trenger en hjelp av andre som har den samme skaden eller av profesjonelle hjelpere. Skadde får ikke med seg all informasjonen når den kommer muntlig. Den må i tilfelle gjentas ofte. Det hadde vært lettere å forstå hvis informasjon ble presentert kortfattet og skriftelig. Når det

Nakkeslengen har i denne utgaven satt fokus på mestring av fremtiden etter en skade. Det er mange nye og ukjente problemstillinger en må

ikke finnes behandlingsmåter som gjør nakkeskadde friske, blir mestring en av de viktigste behandlingsmetodene.

Det drives forskning på smerter og smertemestring. Legene innrømmer at de kan alt for lite om smerter og smertebehandling. Alle behandlere må lære seg til å høre nøye etter hva pasientene sier og ta hensyn til det. Dette er også omtalt i Aarseth-rapporten (2006).

Noen av LFNs lokallag har avholdt samlivskurs. Kurset omhandler endringer i samlivet, når den ene parten blir skadet. Gjennom flere år har samlivskurs vært etterlyst og vi håper å kunne arrangere flere kurs fremover for våre medlemmer.

Årsmøte i LFN ble avholdt i april, hvor et nytt styre ble valgt, hovedsakelig bestående av nye styrerepresentanter. LFN fikk da også ny leder, som ble meg. Til de som ikke kjenner til meg, så har jeg i mange år vært leder for LFN Oslo

og var også styremedlem i det forrige hovedstyret.

Det er mange oppgaver å ta tak i for det nye hovedstyret. Det viktigste er å jobbe for å bedre situasjonen for nakkeskadde i Norge. Korrekt diagnostisering og opplæring av fastleger kan nevnes.

Jeg vet og tror at det blant våre medlemmer finnes flere som sitter inne med gode ideer til prosjekter som LFN kan jobbe med. Ta direkte kontakt med oss og kom med synspunkter, ideer, innspill og forslag til hva tillitsvalgte kan jobbe med både sentralt og lokalt.

Jeg vil benytte denne anledningen til å takke det tidligere styret, ledet av Jan Olsen, for alt det frivillige arbeidet de har nedlagt i LFN.

Mange sommerlige hilsener

Turid Monsen
Leder i LFN



LFNs likemannskurs i Oslo

LFN ser på likemannsarbeidet som en del av rehabiliteringsprosessen. Det offentlige står for den profesjonelle hjelpen, men likemannsarbeide har ikke det offentlige muligheter til å drive.

Av emner kan nevnes:

- Hva er en funksjonshemming: Fysisk/psykisk/sosialt funksjonshemmet. Noen er bevegelsehemmet
- Hva er likemannsarbeide: Organisert kontakt mellom to eller flere personer med likhet i diagnosen. Likemannsgrupper tilbyr ikke terapi.
- Hvordan drives likemannsarbeide i LFN: LFN har i alle år hatt et aktivt likemannsarbeide. Det er utarbeidet en likemannsperm med fokus på nakkeskadde. Når en skades i en familie, påvirker dette hele familien, derfor må en også sette familie og venner i fokus.

Alt som blir sagt til en likemann betraktes som fortrolig. En likemann har taushetsplikt.

LFN hadde på dette kurset satt som mål å få med nye likemenn. Likemannsarbeidet og kompetanseoppbygging blant medlemmene i LFN ble diskutert, samt videre likemannsarbeide i lokallagene. Deltagerne ble også oppfordret til å delta på NHFs likemannskurs i regionene.



Noen av deltagerne var Wenche Holm Balto, Idar Thomassen, Jan Olsen, Kim Larsen og Turid Monsen

LFN sentralt planlegger KURS høsten 2007:

- Likemannskurs rettet mot diagnosen, september/oktober
- Prosjektarbeide – fra idé til gjennomføring, oktober/ november

Medlemmer som ønsker å hjelpe andre og vil bidra til å gjøre en innsats, kan ta kontakt med leder av sitt lokallag/kontaktperson eller ring til:

Leder Turid Monsen.
Tlf. 22682052/90505585
E-post: turid.monsen@chello.no

Nærmere informasjon kommer på: www.LFN.no og www.LFN-Oslo.org

NHF arrangerer også Likemannskurs og andre kurs i regionene. Følg med på annonsering i Regionnytt tilhørende din region eller ta kontakt med NHF.

Hva er egentlig brosymptomer?



Mange nakkeslengskadde har problemer med å få gjennomslag for at den ulykken de har vært utsatt for er årsak til de varige plager de har. Spørsmålet om hva som er årsak til plagene er viktig fordi årsakssammenheng (at ulykken har utløst plagene) er et vilkår for å få erstatning for det tap plagene medfører.

En grunn til at årsaksspørsmålet er vanskelig er at plager som oppstår etter en nakkeslengskade ikke er spesifikke. Med det menes at symptomene på en nakkeslengskade finnes også hos folk som ikke har vært utsatt for en ulykke eller en belastning mot nakken. Jeg ser her bort fra tilfeller hvor det foreligger klare objektive funn på skaden.

Siden diagnosen som regel ikke kan stilles ut fra spesifikke eller objektive kriterier gjøres årsaksvurderingen ut fra en helhetsvurdering hvor det legges vekt på fire kriterier;

- Om ulykken har tilstrekkelig skadeevne?
- Om det foreligger akutte symptomer?
- Om det foreligger brosymptomer?
- Og om det foreligger andre mer sannsynlig forklaringer?

Ikke noe krav til dokumentasjon av brosymptomer

Kravet til brosymptomer volder problemer for mange. I dette kravet legger mange leger, godt støttet av forsikrings-selskapene, følgende: Det må foreligge dokumentasjon på at plagene har vært vedvarende til stede fra akuttfasen til i dag. Dette er ikke riktig.

For det første er det ikke riktig at plagene må kunne dokumenteres i form av skriftlige nedtegnelser. Det avgjørende er hva som fremstår som mest sannsynlig. I vurderingen av hva som er mest sannsynlig skal bygges på det som samlet foreligger av omstendigheter i en sak. Nedtegnelser i journaler er naturligvis en vesentlig kilde i vurderingen – men heller ikke noe mer.

Lange symptomfrie perioder utelukker ikke årsakssammenheng

Det er også en utbredt misforståelse at symptomene må ha vært vedvarende til stede for å kunne si at kravet til brosymptomer er oppfylt.

Når det gjelder vilkår for årsakssammenheng vises gjerne til hva dr Nordal sa til Høyesterett i dom, Rt 1998 s 1565. Det er viktig å lese dr Nordal grundig. Om brosymptomer sa han bl.a, jfr dommen på side 1577:

"Dersom pasienten blir frisk, for så flere uker eller måneder senere å få tilbake liknende besvær, øker usikkerheten" mht om det er ulykken eller andre forhold som er årsak. Dr Nordal sier ikke at kravet til brosymptomer ikke er oppfylt om plagene ikke har vært til stede i noen måneder. Det han sier er at da øker usikkerheten i vurderingen. Og det er jo ikke unaturlig."

Dr Nordal skriver om det samme i en artikkel i 2003 (NIMI):

"Forekomst av såkalte 'brosymptomer' mellom skadetidspunkt og en kronisk senfase med plager vil styrke antagelsen om at det er årsakssammenheng, mens fravær vil svekke antagelsen."

Grunnen til at det ikke kan oppstilles noe absolutt krav til brosymptomer fremgår av SMM-rapport nr 5/2000, hvor det på siste side fremgår:

"Det er heller ikke dokumentert nødvendighet av overgangs-brosymptomer mellom akuttfasen og et senere kronisk forløp, men det kan syntes logisk..."

Det foreligger altså ingen, verken norsk eller utenlandsk forskning, som tilsier at plagene må ha vært vedvarende til stede. Forsikringsselskapene og mange leger gjør feil i årsaksvurderinger fordi de oppstiller et feilaktig krav til brosymptomer. Det medfører at mange nakkeslengskadde mister den erstatning de har krav på. Slik kan vi ikke ha det. Det må kunne kreves at de miljøer som arbeider med nakkeslengskader i vårt land har kjennskap til innholdet i de diagnosekriterier de anvender.

Likemenn – Skadde hjelper skadde

Turid Monsen

Etterstadsletta 65 A
0660 Oslo
Tlf: 22682052
Mob: 90505585
turid.monsen@chello.no

Ann-Mari Skavik

Skyttarvn 16
8030 Bodø
Tlf: 75514362
Mob: 97178397
pter-mar@online.no

Björg Schjølberg

Fjærtingen 31
3050 Mjøndalen
Tlf: 32 27 33 22
Mob: 93 85 36 94
tsilion@broadpark.no

Smerteopplevelsen er personlig og vanskelig å formidle til andre

Smerter kan ikke måles

Mange mennesker har begrensninger i sin livsutfoldelse som følge av smerter. Smerteopplevelsen er personlig og vanskelig å formidle til andre. Her er litt informasjon som kanskje kan bidra til økt forståelse.

Smertedefinisjoner

- Verdens Helseorganisasjon (WHO):

Smerte er en ubehagelig sensorisk og følelsesmessig opplevelse knyttet til truende eller eksisterende vevsødeleggelse, eller en opplevelse av ødeleggelse.

- IASP (International Association for Studying of Pain):

Smerte er en ubehagelig sensorisk og/eller emosjonell opplevelse samtidig med vevsskade, eller trussel om slik skade, eller beskrevet i termer av slik skade. Smerte er alltid subjektiv og kan opptre uten at det foreligger vevsskade.



Spesialsykepleier

Karen Grimsrud

TRS kompetansesenter

Sunnaas sykehus,

Nesoddtangen.

www.sunnaas.no/trs

TRS er et nasjonalt kompetansesenter for de syv sjeldne diagnose-gruppene: AMC, dysmeli, Ehlers-Danlos syndrom (EDS), kortvoksthet, Marfans syndrom, osteogenesis imperfecta (OI) og ryggmargsbrokk (MMC). Alle er medfødt og fører til ulik grad av funksjonshemning.

KAREN GRIMSUD

Hva er smerte?

Smertesansen fungerer som en komplisert, sammensatt biologisk og psykologisk mekanisme, med mange kjemiske stoffer og elektriske impulser involvert. Kroppen produserer stoffer som øker og stoffer som demper smerte. Smertesansens funksjon er å beskytte mennesket mot skader, og å bidra til overlevelse. Smerte er en kraftig stressfaktor.

Det er ulike mekanismer i sving for øking og demping av smerteopplevelsen i sentralnervesystemet. Frigjøring av egenproduserte stressdempende og smertedempende stoffer (endorfiner eller endogene opioider) i nervesystemet kan måles. Forekomsten av disse henger nært sammen med stress-toleranse, angst, søvn, smerteopplevelse og depresjon. Mange av mekanismene antas å være påvirket av både arvelige forhold og miljøet man vokser opp i.

Smertetilstander kan deles inn i to hovedkategorier, akutt og langvarig smerte:

Akutt smerte - er et varselsignal om truende vevsskade. I prinsippet forsvinner smerten når vevsskaden er leget. Akutt smerte er nært forbundet med angst i biologisk forstand. Den kan ofte observeres av andre, fordi den skadede eller syke får endret hudfarge og atferd: Puste- og pulsrytmen blir raskere, huden klam, ansiktet og kroppsspråket viser tegn på smerte. Hele mennesket deltar i prosessen, også oppfattelsesevnen og tanken. Smerte-stillende medikamenter i adekvate doser har som regel effekt på akutt smerte.

Langvarig smerte - fortsetter til tross for behandlingsforsøk. Årsaker kan være pågående skade eller nedbrytende prosesser (f.eks. leddgikt), men også tilstander hvor man ikke finner objektive tegn til vevsødeleggelse. Uansett hva som er utgangspunktet for smerten, tjener den ikke lenger som en beskyttelsesmekanisme, men utgjør et problem i seg selv.

Forenklet kan en si at langvarig smerte hemmer kroppens evne til å frigjøre endorfiner, eller at stadig beredskap "bruker opp" endorfinene i sentralnervesystemet. Livskvaliteten blir etter hvert påvirket. Det kan oppstå søvnvansker, tristhet, tilbaketrekning fra omgivelsene og depresjon. Langvarig smerteopplevelse er altså kjemisk forbundet med depresjon. Det er ikke lenger aktuelt å bagatellisere smerter som "bare psykisk," slik man av og til gjorde før denne kunnskapen var tilgjengelig.

Langvarig smerte kan som regel ikke observeres av andre, derfor kan den som har smerter føle seg (og/eller være) mistrodd. Dette vil virke negativt på samspillet med omgivelsene. Bekymring for fremtiden vil kunne føre til forverring. – Jeg går glipp av det gode livet! Skal det fortsette sånn? Kan det bli enda vanskeligere å fungere sammen med mine nærmeste? Hva med jobben min? Feiler det meg egentlig noe farlig som de ikke har funnet ut av?

Smertetilstander kan også deles inn etter årsak:

Nociceptiv (vevs-)smerte - kommer av truende eller eksisterende vevsødeleggelse på grunn av sykdom eller skade. Eksempler kan være muskel-, ledd- og skjelettsykdommer.

Nevrogen (nerve-)smerte - kommer av skade eller sykdom i selve nervesystemet. Eksempler kan være helvetesild, trigeminalneuralgi, "isjias" på grunn av et ryggproblem.

Psykogen smerte - har ikke direkte fysiske forhold som hovedårsak, men kommer av psykiske problemer. I følge litteraturen er ren psykogen smerte sjelden.

Opplevelse

Moderne syn på smerter som fenomen vektlegger opplevelsen: det som oppleves som smerte er smerte – for den som sier det. Undersøkelser rundt bruk av mengden

smertestillende medikamenter etter skader, operasjoner og under sykdom, har vist at menneskers følelser er viktige for smerteopplevelsen. Forenklet kan en si at trygghet, ro og følelsen av kontroll fører til en dempet smerteopplevelse, selv om smerten er tilstede. Angst, fortvilelse og det å føle seg ute av kontroll øker smerten. Opplevelsen er også avhengig av tidligere erfaringer – man får raskere kontakt med smerten når nervesystemet har vært smerteaktivert tidligere. Etter hvert har ny kunnskap om sentralnervesystemet kunnet forklare noe av sammenhengen.

Det å ha smerter over tid stjeler krefter. Man blir ikke vant til smerter, i følge teorien, man blir sliten! Likevel hevder mange at de har vent seg til å leve med smerter. Dette gir håp om at de fleste kan lære seg strategier for mestring, selv om man kanskje ikke blir smertefri.

En vevsskade er som regel utløsende for langvarig smerte. Man mener at nerve-, hormon- og immunsystemet deltar i biokjemiske prosesser, som sammen med psykologiske faktorer bidrar til å opprettholde smerten. Derfor er det viktig med optimal smertebehandling i forbindelse med akutt smerte. Jo bedre smertelindring i akutfasen, dess bedre er sjansen for at smerten går over etter at vevsskaden er leget.

Mennesket vil i hovedsak forsøke å unngå alt som gjør vondt. De fleste som er friske, kan glede seg over en kropp med lite smerter. Men vi vet alle hva smerter er. Vi er antakelig skapt til å tåle en del vondt. Livet er ikke smertefritt.

Smerteuttrykket

Hvordan mennesker uttrykker smerte er kulturavhengig. Foreldres formidling av egne smerter vil påvirke barnets uttrykk. Det at en person klager mye – eller ikke klager, behøver ikke si noe om smerteintensiteten, eller hvor ille man opplever sin situasjon. Blir en ikke tatt på alvor når en formidler sin smerte, er det en fare for at en ubevisst forsterker smerteuttrykket. Det er vondt å ikke bli trodd.

Aktivitet eller ro?

Sterk smerte gir både dyr og mennesker behov for å være i ro og bruke all energi på å holde ut. Langvarig smerte kan fungere passiviserende. Det finnes ikke holdepunkter for at denne atferden hjelper i lengden. Inaktivitet fører til nedsatt styrke i muskler

og vev rundt ledd, og følgen kan bli inaktivitetssmerter.

Passe fysisk aktivitet og gjennombevegelse av kroppen kan brukes til smertelindring. Muskelaktivitet fører vanligvis til frigjøring av endorfiner, og mange som har langvarige smerter får bedre livskvalitet og et bedre forhold til kroppen sin av fysisk aktivitet, eventuelt trening.

Hvis en skal kunne være i aktivitet til tross for smerte, må en føle seg trygg på at det ikke er skadelig å bevege seg. Smerteårsaken bør være utredet med aktuelle undersøkelser og tilstanden vurdert av en som har kunnskap. Den som har smerter trenger informasjon og veiledning.

Smerteopplevelse og livskvalitet

Selv ved langvarige smertetilstander kan livskvaliteten være god. Mange finner tilfredsstillende måter å leve på, selv om smerter fortsatt er en del av hverdagen. Både personlighet og ytre rammer (familieliv, arbeid/trygd, behandling osv.) vil bety mye for mulighetene man har til å:

- balansere mengden aktivitet og hvile
- gjøre valg når det gjelder å sette grenser for omgivelsenes krav
- passe selvhevdelse
- arbeide aktivt med å øke sin selvinnsett
- prøve å tilegne seg best mulig følelse av kontroll over eget liv
- finne sine egne metoder for smertelindring

Til dette vil den enkelte som regel ha glede av støtte, både fra sine nærmeste, andre i samme situasjon og fra behandlingsapparatet.

Å bli tatt på alvor

Det å få livsutfoldelsen begrenset av langvarige smerter er en alvorlig helsebelastning. Blant folk flest og i helsetjenesten søkes det stadig kunnskap om smertemekanismer og nye muligheter for lindring og behandling. Mennesker med smerter har stort behov for å bli tatt på alvor. Å bli møtt med forståelse og aksept for at smerteopplevelsen er sann, vil kunne bli starten på en endring til det bedre. Smerteopplevelsen er personlig og smerter kan ikke måles!

SMERTE- MEDISINSK INSTITUTT A/S

Den multidisiplinære
smerteklinikken på
Majorstuen.

*Smerte-medisinsk
Institutt AS (SMI)*

Dr. Wenche Sabel

Dr.med. Tore Hind Fagerlund

Dr. Henrik Högström

Smertebehandling/

Spesialister i anestesioologi

m/nordisk utdanning i

algologi (smertemedisin)

Dr.med. Lars Tanum

Spesialist i psykiatri og

klinisk farmakologi

Dr. Inge Monstad

Spesialist i nevrologi

Professor dr. med. Kåre Berg

Spesialist i genetisk utredning/

genetisk veiledning

Inger Reinholt

Anestesiolykkeleier

Psykolog Tone Bjelland

Grønvd

Kari Birkhaug

Spesialist i klinisk psykologi

Gunnar Rosèn

Spesialist i klinisk psykologi

Smertebehandling ved bypnose

Ole-Dag Løvehaug

Akupunktur og Homeopat

Ketil Jørstad

Naturopat/kostveiledning

Elin Aunmo

Coach

Sara Maria Allen

Fysioterapeut

Ann Kristin Johansen

Psykomotorisk fysioterapeut

SMI-Smertemestringsskole

SMI-Lett nok

Vekt- og kostholdsprogram

for smertepasienter

Sveinung Heldal Haugn

Sekretær

Berit Lie

Administrativ leder

Alle pasienter må
ha henvisning fra lege.

Majorstuveien 38, 0367 Oslo

Tlf. 23 33 42 50

Fax 22 69 85 01

Uførepensjonsmeldingen 2007

Uførepensjonsutvalget sin innstilling ble i mai overlevert til arbeids- og inkluderingsminister Bjarne Håkon Hanssen. Endringen i uførepensjonen er en videreføring av melding om pensjonsreformen som ble overlevert i 2006.



Siden meldingen ble lagt frem har det vært svært liten omtale av meldingen i media. Brukerorganisasjonene kunne vært mer aktive med kommentarer og innspill. Nakkeslengen gjengir artikkel fra Skattebetalerforeningen med omtale av Uførepensjonsmeldingen og Obligatorisk Tjenestepensjon – OTP:

TEKST: KENNETH KVALVIK, SKATTEBETALEREN

Nye regler

Nylig la utvalget som har sett på framtidens uførepensjon fram sin innstilling, der de omdøper ordningen til uførestønad.

Denne stønaden skal settes til 66 prosent av inntekten de tre beste av de siste fem årene før uføretidspunktet, mot dagens ordning der pensjonen beregnes av all tidligere inntekt, samt en kalkyle over hvor mye du kan tenkes å tjene i framtiden. Maks beregningsgrunnlag er satt til seks ganger folketrygdens grunnbeløp, altså cirka 400.000 kroner etter reguleringer i mai.

Skattereglene endres også, slik at uførestønaden skattelegges likt med lønnsinntekt. Men økt stønad skal gjøre at uføre ikke kommer dårligere ut etter skatt. Det skal ikke lenger skilles mellom om du er gift eller enslig når uførestønaden beregnes. Ifølge pensjonsreformen skal folk kunne gå av med pensjon allerede ved 62 år. Det er derfor en utfordring å finne fram til en løsning som ikke gjør det ekstra attraktivt å uførepensjonere seg i stedet for å ta ut tidligpensjon.

Flertallet i utvalget foreslår at du ikke skal kunne tjene mer enn 0,2 G før uførepensjonen reduseres. Du skal heller ikke kunne kombinere uførestønad og AFP-utbetalinger, foreslår utvalget.

Taper på deltid

En av de virkelig store taperne som følge av forslaget av ny uførepensjon er de som jobber deltid.

– En ting er å ha råd til å jobbe deltid i noen år, men dersom det smeller i denne perioden risikerer du mange år med lav inntekt som følge av lav uførepensjon om du ikke er godt nok dekket gjennom andre ordninger, sier pensjonsrådgiver Alexandra Plahte i Steenberg & Plahte.

Hun peker også på at det innføres et tak på hvor stor uførestønad du kan få. Maks utbetaling blir på 66 prosent av 6 G (rundt 400.000 kroner i dag).

– Tjener du over dette, og ikke har noen uføreordning gjennom jobben, bør du gå gjennom og finne ut av hva du egentlig trenger av dekning, sier Plahte.

Nye regler til tross, disse skal ikke redusere statens utgifter til uførestønad og pensjonsutgifter til uføre på lang sikt. Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) er svært kritiske til det organisasjonen mener er en manglende satsing på unge uføre.

– Etter hva vi kan se går utvalget bare inn for å videreføre inntektene til denne svært levekårsutsatte gruppen. Det er altfor tamt, når vi vet at unge uføre i dag kun får utbetalt en uførepensjon på rundt 156.000 kroner, som de må greie seg med livet ut. At dette ikke holder til mat på bordet og varme i heimen i en etableringsfase med både hus og barn sier seg selv, sier FFO-leder Margaret Sandøy Ramberg.

Uføre foreldre

Det foreslås også endringer i det såkalte barnetillegget. I dag er dette behovsprøvd, og utgjør uavkortet 25.156 kroner per barn. Men utvalget foreslår å endre dette.

Flertallet går nemlig inn for å fjerne behovsprøvingen, og i stedet redusere barnetillegget. Det blir møtt med kraftig motstand i blant annet FFO.

– Dersom flertallet i uførepensjonsutvalget får viljen sin vil barnetillegget bli nesten 20.000 kroner lavere. Det er særdeles skuffende forslag, sier Sandøy Ramberg, og føyer til:

– Barnetillegget var tema i valgkampen i 2005, der de to regjeringsalternativene kappet om å være mest gavmilde. Vi setter derfor vår lit til at dette forslaget lukes ut når Regjeringen skal levere sin stortingsmelding om uførepensjon.

At endringen kan få store konsekvenser, er Alexandra Plahte enig i. – Det ikke-behovsprøvede barnetillegget blir i så fall på 27 kroner per dag per barn. Dersom du har flere barn i dag, og får utbetalt et relativt høyt barnetillegg, vil nok endringen oppleves som ganske dramatisk, sier hun.

Får ikke jobbe

Mottar du uførestønad, skal du heller ikke kunne tjene like mye som i dag før uførestønaden reduseres, mener flertallet i utvalget. I dag kan du tjene inntil 1 G, eller 66.812 kroner. Flertallet i utvalget vil redusere dette beløpet til 0,2 G.

Tjener du mer enn dette, skal det overskytende avkortes mot uførestønaden men ikke krone for krone. Utvalget er delt i synet på hvordan stønaden skal avkortes mot arbeidsinntekt.

I dag er det et krav om at du må være 50 prosent ufør for å motta stønad. Dette kravet reduseres til 33 prosent, ifølge utvalgets forslag.

Nødvendig reform

Pensjonsrådgiveren er imidlertid ikke i tvil om nødvendigheten av denne reformen.

– Det er et paradoks at undersøkelser viser at Norge er verdens beste land å bo i, samtidig som vi er helt i verdenstoppen når det gjelder uførhet. Det er derfor bra at det nå tenkes forebyggende og at det satses tungt på å få uføre tilbake til arbeidet, sier Plahte.

– Derfor er det viktig å fokusere på den enkeltes muligheter, og ikke begrensninger, føyer hun til. 330.000 nordmenn er i dag uføretrygdet.

Kilde: Skattebetaleren 3-2007 – www.skatt.no

OBLIGATORISK TJENESTEPENSJON (OTP)

– Glemmer uføredekningen

Vi får gang på gang banket inn hvor viktig det er å sikre pensjonen. Mange glemmer å sjekke om de har god nok dekning om det verste skulle skje og de blir uføre. Nesten alle nye bedrifter som inngår OTP-avtaler velger bort uføredelen.

En undersøkelse forsikringsselskapet Vital gjennomførte nylig viste at ni av ti bedrifter som har tegnet obligatorisk tjenstepensjon (OTP) for sine ansatte har droppet uføredekning i tilknytning til denne.

Likevel tror tre av fire at de har en slik dekning.

– Det er kjempeviktig å vite at du er tilstrekkelig sikret. Du kan alltid planlegge i god tid i forkant av pensjonsalderen, men du kan ikke forutse når det smeller, sier pensjonsrådgiver Alexandra Plahte i Steenberg & Plahte.

– Da hjelper det deg ikke at du har penger når du fyller 67, legger hun til.

Har du dekning?

Vi blir stadig pepret med budskapet om at pensjonen er så viktig. Men uførepensjonen er minst like viktig, mener altså Plahte.

– Folk tror at dersom de har en pensjonsordning gjennom jobben, så er alt greit. Men nesten alle nye bedrifter som inngår OTP-avtaler velger bort uføredelen, sier Plahte.

Men alt er ikke svart. Kanskje har du uføredekning uten å vite det?



Pensjonsrådgiver Alexandra Plahte

– Mange har faktisk en slik dekning gjennom en fripolise fra tidligere arbeidsgivere. Men det er det mange som ikke vet. Og du får ikke denne automatisk, men må aktivere den selv, sier Plahte, og peker på at forsikringsselskapene tidligere har innrømmet at de sitter på mange milliarder kroner fordi folk ikke tenker på hvilke rettigheter de egentlig har ved uførhet gjennom sine fripoliser.

Kilde: Skattebetaleren 3-2007 – www.skatt.no

Kroniske smerter og krav til mestring

Personer som blir rammet av kronisk sykdom og smertetilstander står overfor en rekke nye krav til mestring i hverdagen. Ikke bare fysiske, men også psykososiale utfordringer, som å bevare et positivt selvbilde, tilpasse seg endrede sosiale roller og takle mistenkeliggjøring.



Skrevet av **Siri Mossin**
Utdannet sykepleier og
samfunnsviter. Ansatt som
høgskolelektor ved
Høgskolen i Bergen fra 1992,
Avdeling for helse- og
sosialfag.

Det å få kroniske smerter etter en skade medfører en fundamental forandring av tilværelsen, og er en påkjenning som stiller store krav til mestring. Hundretusener av norske kvinner og menn plages daglig av kroniske smerter, og kroniske smerter kan hevdes å være vårt største helseproblem.

Kronisk smerte er smerte som vedvarer ved kronisk sykdom, eller ut over vanlig tilhelingstid for akutt sykdom eller skade. Ofte blir grensen mellom akutt og kronisk smerte satt til seks måneder.

Når det går lang nok tid, vil en del mennesker med kronisk smerte lide av kronisk smertesyndrom. Dette er et spesielt syndrom hvor følgene av smertetilstanden dominerer pasientens liv. Smertene kan gå fra å være symptom til å bli livsinnhold. Selv ved smertetilstander som har startet med kjent nociptasjon (truende eller eksisterende vevsødeleggelse) eller nevropati, vil ikke lenger årsaken til smertene helt ut forklare graden av invalidisering. Pasientene holder ikke ut stadige smerteplager, og uttaler «det er verre enn noensinne!» nesten hver dag. Det kroniske smertesyndrom medfører

store forandringer i pasientens funksjon fysisk, psykisk og sosialt.

Kroniske smerter etter en nakkeskade blir en betydelig utfordring.

Millers mestringsoppgaver

Ifølge den amerikanske sykepleieforskeren J.F. Miller står den kronisk syke overfor 13 spesielle mestringsoppgaver (coping tasks) i dagliglivet. Mestringsoppgavene er satt inn i en modell som er basert blant annet på Lazarus & Folkmans kjente mestringsteori. Modellen blir i denne artikkelen supplert med en ny mestringsoppgave som kalles *takling av mistenkeliggjøring*. Mennesker med kroniske smerter opplever mistenkeliggjøring som et betydelig problem. Undersøkelser viser at kanskje dette er den enkeltfaktoren som er det største hinder for tilpasning i tilværelsen som kronisk syk. Dette har vært særlig aktuelt for personer som har fått en diagnose som av Norsk helsevesen og trygdekantor er definert såkalte "diffuse lidelser" uten objektive medisinske funn, men det er likevel grunnlag for å hevde at det gjelder alle som lider av kronisk smertesyndrom. Selv personer som i utgangspunktet hadde en klar og tydelig fysiologisk sykdom/skade opplever at det blir stilt spørsmål ved intensiteten og varigheten av plagene/smertene. De kan bli mistenkt for å overdrive sine smerter for å oppnå en eller annen «gevinst», det være seg økonomisk erstatning, narkotiske medikamenter, fritak fra uønskede oppgaver, sykemelding med mer.

Millers mestringsoppgaver blir presentert i bearbeidet form, fritt oversatt av artikkelforfatteren. Hvert punkt er også tilført noen råd om hva behandlere kan gjøre.

Opprettholde normalitet (følelsen av å være normal)

Mange kronisk syke vil strebe etter å leve så normalt som mulig og prøve å være med på det man var med på før. Mye krefter blir brukt på å skjule og bagatellisere sykdom og skade, og svare på nysgjerrige spørsmål fra andre. Mange kronisk syke vil forsøke å overbevise seg selv om at de er like «kapable» som andre, og nekte for at sykdommen innvirker på dagliglivet. Dette er ingen form for benekting, det er mer et uttrykk for at man ikke vil tillate sykdommen å innvirke på sosiale forbindelser. Det å dekke over og prøve å «holde tritt» er svært energikrevende, og kan medføre utmattelse og forverring av symptomene.

Pasienten må bevisstgjøres på å balansere aktivitetene og få nok hvile for å gjenopprette energibalanse. Pasienten må kjenne sin begrensning, og prioritere aktiviteter som bidrar

til å bygge opp selvfølelsen.

Tilpasse livsstil

Den kronisk syke/skadede må endre på vaner og rutiner, for å kontrollere symptomene og leve så normalt som mulig. Vaner kan være i forhold til kosthold, mosjon, hvile, røyking og så videre. Pasienten må gis råd og veiledning, og det er viktig med tverrfaglig samarbeid slik at alle som er med i behandlingsteamet har lik holdning. Det er frustrerende for en skadet pasient å få ulike og til dels motstridende råd fra helsepersonell.

Tilegne seg kunnskap og evne til egenomsorg

De aktiviteter individet selv gjør for å opprettholde liv, helse og velvære er viktigere for et vellykket resultat enn helsepersonelllets innsats. En kronisk syk/skadet må oppnå

ferdigheter, kunnskap og motivasjon, ha evne til å bli var på signaler fra egen kropp, tolke forandringer nøyaktig og ta nødvendige skritt for å endre behandling eller søke hjelp fra helsepersonell.

Pasientens ressurser og egenomsorgskapasitet vektlegges og et reelt samarbeid med pasienten bør praktiseres. «Systemet» må være tilrettelagt for god kommunikasjon, slik at pasienten kan ta kontakt ved behov. I norsk helsevesen er det ofte slik at når pasientene er utskrevet fra en avdeling, er det ikke lenger mulighet for kontakt. Å søke råd hos en eventuell allmennlege er ikke alltid like lett. Først må pasienten ringe hele dagen for å komme igjennom på telefonen, og får kanskje time tre uker senere. Pasientene kvier seg derfor å ta kontakt. I så fall må det være noe veldig viktig. Oftest sitter de heller og lurer på ting og bekymrer seg, og har ingen å spørre. Eksempelvis, hvis de har bivirkninger av en medisin og ikke helt vet hvor viktig den er, kan det hende de bare slutter å ta den.

Bevare et positivt selvbylde

Når tidligere ferdigheter er svekket, krefter til å delta i aktiviteter som tilfredsstiller egoet er forsvunnet, er det vanskelig å opprettholde en positiv selvoppfatning. Personen må unngå at sykdommen/skaden utgjør hele identiteten. Sykdommen må i stedet integreres i det tidligere selvbylde. Det er viktig å identifisere handlinger som fremmer selvfølelsen, og man må vektlegge de sterke sider man fortsatt har. Andre kan hjelpe ved å peke på tidligere prestasjoner, og på intakte positive egenskaper. Behandlere må ikke betrakte de skadde kun som en «pasient», men som et kompetent menneske med mange viktige roller og funksjoner.

Tilpasse seg endrede sosiale forbindelser

Kroniske sykdommer kan medføre ensomhet og sosial isolasjon. En skadet trekker seg ofte tilbake på grunn av manglende krefter, dårlig selvbylde og mindreverdigfølelse i forhold til tidligere omgangskrets. Noen er simpelthen ikke i fysisk stand til å delta i sosiale aktiviteter. Bare de mest lojale venner og familiemedlemmer fortsetter å være støttespillere.

En skadet må ofte venne seg til sjeldnere samhandling med færre folk, og således få mindre bekreftelse på å være en verdifull person. Det blir viktig å prøve å bevare kontakten med de personene som gir mest tilfredsstillelse og stimulering.

Behandlere må peke på betydningen og viktigheten av å opprettholde sosial kontakt. En skadet kan rådes til å foreta prioriteringer: Velge det som gir positive ettervirkninger og således bidrar til mer energi og motivasjon og kutte ut det som virker frustrerende og tapper en for energi.

Bearbeide sorg over tap som følger av sykdom

En kronisk skadet vil oppleve tap av fysiske egenskaper (bevegelsesevne, energitap, utholdenhet, seksuell attraktivitet og funksjon), tap av status, inntekt, sosiale forbindelser, roller og verdighet. Den kumulative effekt kan bli at personen vil tvile på sin egen evne til å bevare livskvalitet.

Pasienten kan bevisstgjøres på å «redefinere» hva som gir livskvalitet. Pasienten må gjerne omformulere mål og verdier.

Akseptere rolleforandringer

Personens tidligere sosiale rolle, familierolle og yrkesrolle endres til en rolle som avhengig hjelpesøker og klient i helse- og trygdevesenet.

Det blir viktig å lære seg å være avhengig av hjelp og bevare en positiv avhengighet som betinger oppriktig aksept av sin egen avvikende tilstand. Utfordringen blir å løse konflikten mellom ønsket om å være totalt uavhengig, når man likevel er avhengig av hjelp på et tidspunkt i livet man forventer å klare seg selv. Det er også en stor utfordring i tillegg til skaden å kunne håndtere et komplisert helse- og trygdevesen. Det å skaffe informasjonen og få oversikt over behandlingsmuligheter og rettigheter til behandling, ytelser hos NAV og forsikringsselskap er ikke enkelt når man er skadet og har kroniske smerter.

For at den kronisk syke skal kunne akseptere syke- og trygderollen er det viktig at behandlerne møter dem med respekt. Det tærer sterkt på selvfølelsen å bli «kasteball» i et system med stor grad av maktarroganse. Behandlere bør ikke være passive og godta at pasientene blir dårlig behandlet. De har en viktig rolle som premissleverandør for politiske og administrative myndigheter.

Beherske fysisk ubehag

En skade kan medføre ubehag (tretthet, smerter, svimmelhet, kvalme). I tillegg kan også behandlingen være ubehagelig.

Etter hvert som symptomene vedvarer, må man bruke mye tid og krefter på å beskrive plagene, for liksom å legitimere problemene for andre. En sykepleier med god kunnskap og forståelse for situasjonen vil kunne lette både det fysiske og psykiske besværet.

Orke å gjennomføre foreskrevet behandling

Å ta medisiner, gå til behandling og delta i ulike terapier kan være svært energikrevende når plagene kanskje vil vare livet ut. Den syke trenger motivasjon for å opprettholde behandlingen, spesielt når den er ubehagelig. Alle behandlere som kommer i kontakt med en skadet har en vesentlig utfordring i rollen som motivator.



MOHOLT NATURTERAPI

- Soneterapi
- Massasje
- Tanketerapi

Annie Karlsen. Vegamot 4 b, 7048 Trondheim
Tlf. 419 28 188 E-post: anniekarlsen@gmail.com

Akseptere stigmatisering som følge av sykdom eller uførhet

Det kan være tungt å takle blikk, stirring eller ubetenksomme kommentarer, og «pinlige» situasjoner. Målet er at den syke utvikler en moden aksept av seg selv og har selvsikkerhet på tross av uførheten. Når behandlere oppfører seg naturlig og viser toleranse og aksept, kan det få en positiv innvirkning på pasienten.

Opprettholde opplevelsen av å ha kontroll

Personer med en langvarig sykdom har ofte vansker med å bevare kontroll over sin situasjon. Det er særdeles viktig at pasienten får informasjon og kunnskap om hva som skjer; fysiologiske endringer og fremskritt, effekt av terapi og så videre. Dette øker følelsen av kontroll. Behandlere må også gi pasienten medansvar og valgmuligheter når det gjelder behandling. Mange pasienter er blitt eksperter på sin egen sykdom, og det er viktig å diskutere med dem som likeverdige.

Bevare håp til tross for usikkerhet om helsetilstanden

Når plagene vedvarer, er håpet den kraften som hjelper individet til å unngå fortvilelse og desperasjon. Håpet bidrar til å opprettholde livet «mot alle odds». Med svingende sykdomsforløp, usikkerhet om funksjonsnivå fra dag til dag og vanskeligheter med å planlegge fremover, er det svært viktig at behandlere bidrar til å øke eller bekrefte pasientens verdier og mening med livet. Håpet er ikke nødvendigvis ensidig basert på å bli frisk, men på å gjøre det meste ut av øyeblikket.

Takle mistenkeliggjøring

Opplevelse av å bli betraktet som hysterisk, hypokonder, trygdemisbruker eller svindler er noe av det vanskeligste for personer med sykdom og skade. Ofte er lidelsen

«usynlig», både i forhold til at skaden ikke er synlig uten funn og at skaden ikke er synlig med funn. Mange pasienter får følelsen av å være selvmedlidende og pysete fordi de opplever smerter og funksjonshemminger, til tross for at legene mener at det ikke lenger er grunnlag for plagene. Dette gjelder også for personer som i utgangspunktet hadde en «objektiv» fysisk skade. Mye tid og krefter brukes på å dokumentere sine plager, og man får ikke noe «ståsted» eller utgangspunkt for å begynne å mestre dagliglivet. Helsepersonell og pårørende har en svært viktig oppgave i å vise at de tar pasientene på alvor og at de blir trodd. Pasientene trenger kontinuerlig bekræftelse på at lidelsen er reell.

En hjelp til mestring

Når man ser alle disse mestringsoppgavene samlet, kan utfordringene for pasienter med kroniske smertetilstander virke overveldende. Man kan lett bli maktesløs. Men mennesker er ressurssterke og tilpasningsdyktige. Individer har et unikt repertoar av atferd og handlinger som de kan bruke når de møter utfordringer. Ved å bli oppmerksom på de spesielle kravene som stilles til kronisk syke/skadde, kan det hjelpe personene i hverdagen. Bare det å kjenne til at det de selv sliter med er en vanlig følge av sykdom eller skade, noe de fleste andre pasienter også opplever, vil gjerne være en lettelse.

Alle behandlere, saksbehandlere og personell som jobber med rehabilitering og attføring har en viktig funksjon i å hjelpe og bistå pasientene til mestring.

Først når disse tar hensyn til mestringskravene og behandler pasientene med respekt og alminnelig vanlig folkeskikk, viser de at de virkelig tar pasienten på alvor.

SMERTER OG NAKKEDIAGNOSER

Det er viktig å få korrekte diagnoser. SHdir har igangsatt arbeide med å bedre kunnskap om nakkeskader hos fastlegene.

Akutt og kronisk sykdom

For å forstå hvordan det er å leve med sykdom, må man kjenne til forskjellen på akutt og kronisk sykdom. Ved akutt sykdom fører behandling til at pasienten blir frisk, fullt rehabilitert og funksjonsdyktig. En kronisk sykdom innebærer en langvarig, ofte livslang sykdom. Det er imidlertid ikke alltid ensbetydende med uhelbredelig. Det er også forskjell på å få en synlig og en usynlig kronisk sykdom.

Synlig og ikke synlig (skjult) kronisk sykdom

Med synlig sykdom mener vi at en person har synlige symptomer på sykdom. En synlig sykdom har for eksempel en rullestolbruker, en blind, en som har vondt for å gå osv. Personer som har diabetes, epilepsi og astma har skjulte sykdommer. Vi kan ikke uten videre se at personen har noen sykdom. Noen med synlige sykdommer føler seg fokusert, andre synes det er mer reelt at det vises - det er ikke mulig å ta feil. Noen av dem som har en skjult funksjonshemming kan føle at de ikke blir tatt på alvor. Andre synes det er bra at symptomene er skjult fordi de blir behandlet akkurat som vanlige, friske mennesker.

"Diffuse" eller korrekte diagnoser

Når det gjelder holdningene hos enkelte personer, grupper i helse- og trygdesystemet er det slik at nakkeskader (skader som følge av nakkesleng-bevegelse) blir plassert i en sekkepost kalt "diffuse lidelser".

Diagnoser finnes. ICD-10 boken er beskrevet i SMM-rapporten fra 2000 og Aarseth-utvalget sin rapport om Nakkeslengassosierte Nakkeskader, i 2006.

Aarseth-utvalget har igangsatt arbeide med å bedre utdanningen av fastlegenes mangelfulle nakkekompetanse. Monica Drottning Rønne har fått i oppdrag å lede arbeidet.

Sykdommens debut

Det å få en diagnose kan for noen føles som en lettelse. Det er godt å få en forklaring på symptomene og vite at det ikke bare er innbilning. Å bli trodd er viktig. For andre kan sykdommen oppleves som en stor sorg. Du skal skifte rolle fra frisk til syk.

Man mister identitet. Fra å være en far, ektefelle, kollega, oa. blir man "en skadet funksjonshemmet". Kanskje må man gi opp arbeid, skifte bolig, kanskje kan man ikke lenger fungere som samlivspartner. Man kan bli avhengig av hjelp fra andre. Det økonomiske grunnlaget kan svikte. Det tar uendelig lang tid til man får et forsikringsoppgjør, samtidig som man går ned i inntekt etter 1 år, når sykmeldingsperioden slutter og man begynner på medisinsk rehabilitering.

Verden snus på hodet. Å få vite at du har en varig skade hvor smertene mest sannsynlig vil vedvare, utløser alltid reaksjoner i varierende grad. Noen plages av angst og undring: Hvordan kunne dette skje meg? Noen får skyldfølelse: Hva galt har jeg gjort, kunne jeg gjort noe annerledes? I den første fasen føler de fleste usikkerhet og utrygghet: Vil jeg bli verre, bedre, kanskje bra? Alle reaksjoner er normale, fra den dypeste fortvilelse til sinne og lettelse. Følelsene skal bearbeides, og det kan være en langvarig prosess. Vi er alle forskjellige og takler det på forskjellige måter. Noen får det vanskelig mens andre takler det på en lettere måte.

Uansett må du innse at dette er starten på resten av livet, og det gjelder å gjøre det beste ut av det.

RESTEN AV LIVET

Får du en varig skade med kronisk smerte, innebærer det at man må ta visse hensyn, livet blir annerledes. Medisiner må sannsynligvis brukes regelmessig. Kanskje vil du bli avhengig av tekniske hjelpemidler, sosiale trygder og stønader og støtte fra det øvrige hjelpeapparatet. Du kan oppleve å måtte konsultere lege ofte, kanskje risikerer du hyppige sykehusinnleggelseser. Uansett må du innse at dette er starten på resten av livet, og det gjelder å gjøre det beste ut av det.

Likemann (skadde hjelper skadde)

Det finnes mange frivillige organisasjoner, slik som LFN og NHF som hjelper skadde og har et likemannsapparat klart til å bistå de som blir skadet. Det kan være fornuftig og til god hjelp å ta kontakt med en likemann på et tidlig stadium, etter at man har blitt skadet. NHF har også en egen råd og veiledningstjeneste. Spesialkompetansen på de forskjellige skadetyper og sykdommer sitter de enkelte landsforeninger inne med.



Treng du juridisk rådgjeving i trygdesaker?

Vi tilbyr juridisk bistand ved klage- og ankebehandling etter prinsippet "no cure, no pay". Det vil seie, dersom vi tek på oss ei sak, utan å oppnå endring i vedtaket, fråfell vi kravet om sakskostnadar. Dersom vi vinn fram med saka, bli sakskostnadane dekt av staten

Kontoret bistår også med generell juridisk hjelp etter vanlege timeavtaler/satsar.

Fleire opplysningar kan du få ved å kontakte oss på
tlf. 70022200
faks 70022201
mobil 92847803

LFNs årsmøte 2007

Årsmøtet 2007 ble lagt til Gardermoen Quality Hotell. Hovedstyret, lokallagsledere, kontaktpersoner og observatører var tilstede. Det var representanter fra alle landsdeler.

Under behandlingen av årsmøtesakene, gikk diskusjonen livlig og diskusjonen ble ikke mindre livlig under valget.

Årsmøtet gikk grundig gjennom "Handlingsplanen" for å prioritere hvilke saker det nye styret skal jobbe med fremover. Forsvarlig diagnostisering og behandling, at nakkeskadde tas på alvor ble spesielt nevnt. Det er også viktig å øke aktiviteten og skape engasjement hos medlemmene. De som brenner for noe og ønsker å få noe utført har muligheten til å bidra uten å være i posisjon. Man trenger personer til å jobbe med saker. Jobbe politisk, påvirke til beste for våre skadde medlemmer og deres familier. Styret er allerede i gang med flere av de prioriterte områdene.

Kamp om vervene

Det at valgkomiteen er eneveldig i fremlegging av forslag til styreverv er uomtvistelig.

De fleste av de fremmøtte savnet imidlertid en telefonrunde til tillitsvalgte og kontaktpersoner i forkant av innstillingen, for å kunne gi tilbakemelding på aktivitet og gjennomføring av arbeidet i LFN. De fleste av valgkomiteens forslag falt, noe som indikerte behovet for å kontakte grasrota. Ikke uventet kom det mange benkeforslag noe som gjorde valget spennende. Da mange nakkeskadde i foreningen ikke makter så mye i perioder, er det viktig at de som ønsker å bidra og viser initiativ tas vare på, slik at det tilrettelegges for foreningsaktivitet sentralt og lokalt.

Styret er bredt sammensatt og innehar gode kunnskaper om nakkeskader.

Etter at årsmøtesakene ble avsluttet spiste alle en god festmiddag med etterfølgende hyggelig sosialt samvær.

Konstruktive samtaler søndagen.

Dagen etterpå møttes det nye styret til diskusjoner og samtaler. Etter at styret var ferdig med sine samtaler deltok øvrige deltagere på årsmøtet i samtale og diskusjoner hvor også fagrådet var med. Det var enighet i salen om at man må ta tak i Aarseth-rapporten (2006) for å kartlegge om rapportens konklusjoner og oppfølging av konkluderte tiltak blir satt i gang, blant annet bedre opplæring av fastleger. Bedret nakkekunnskap hos fastlegene er meget viktig.

En av deltagerne fortalte kort om Firda fysikalsk medisinske Institutt på Sandane. Man avventer nå en beslutning om et forskningsprosjekt ved Firda senere i år.



Nytt styre, foran fra venstre: Janne Heiberg, Turid Monsen, Torhild Evertsen. Bak fra venstre Thorleif Næss, Per Cato Meyer, Liv Aaøyen, Johnny Stausholm



Møtedeltagere



Ny leder Turid Monsen, LFN Oslo tar over etter Jan Olsen

Det nye styret takker det gamle styret for god jobbing.

Helseløs og Rettsløs

Torsdag 23. november 2006 arrangerte LFN-Oslo seminar på Trafikanten ved Oslo S. Foredragsholder var LFN-medlem Thorleif Næss, som i 2006 utga boken "Helseløs og rettsløs" – Om å være nakkeskadd i Norge.



*Thorleif Næss
holdt et flott
foredrag med
å bevise svikten
i det norske
helsevesenet.*

*Møteleder
Turid Monsen*

Flere fra NAV og behandlerapparatet var invitert. Kun en møtte. Godt fremmøte av LFN medlemmer fra hele Oslofjord området.

Foredraget ble basert på en del av bokens innhold, nærmere bestemt den delen av boken som beskriver de vanskelige forholdene nakkeskadd møter i sin kontakt med helsevesenet. Han tok for seg den historiske utviklingen fra 1990 tallet og frem til i dag, basert på hva som finnes av skriftlig dokumentasjon fra tilgjengelige offentlige dokumenter, offisielle rapporter og brev mellom behandlerapparatet/helsevesen og den politiske ledelsen.

De fleste behandlere og leger har ikke nok kunnskap om nakkeskader. Rapporten Nakkeslengassosierte Nakkeskader, Aarseth-utvalget 2006 påpeker noe av dette.

Næss dokumenterte svikten i helsevesenet med stor dyktighet. Opplysninger og erfaringer som kom fra de fremmøtte, under-

støttet de opplysninger Næss kom med. Dessverre ble tiden for kort til å komme igjennom alt hva han hadde av informasjon. Foredraget varte i 3 timer.

Avslutningsvis fikk Thorleif Næss stor applaus for et innholdsrikt og godt dokumentert foredrag. Dokumentasjon som underlag for boka og foredraget, ble vist på skjerm og fremlagt til gjennomsyn under foredraget.

Mange behandlere, leger og forskere bekrefter etter hvert at de har lest boka. Boka kan være et godt grunnlag for videre diskusjon mellom LFN og behandlere i Helse-Norge.

Ingen tvil om at det fortsatt er mye å jobbe med – en stor oppgave for LFN.

Boka er omtalt på LFN Oslo sine sider. www.LFN-Oslo.org

JA, jeg vil gjerne bli medlem i Landsforeningen for Nakkeslengskadde

Medlemskapet inkluderer medlemsbladet "Nakkeslengen" i posten, samt aktuell informasjon fra Norges Handikapforbund.

Medlemmene våre får informasjon, hjelp og bistand om hvordan en går fram når skaden er skjedd. Blant annet til legekontakter, behandling, rehabilitering, hjelpe-midler og advokathjelp. Samt verdifull erfaring fra tidligere skadde i samme situasjon.

Medlemskapet koster kr 270,- pr år

Navn

Adresse

Post nr. Sted

Fødselsår

E-post

Sendes til: Landsforeningen for Nakkeslengskadde
Postboks 9217, Grønland
0134 Oslo

E-post: lfn@nhf.no

Vi gjør det alle sammen.
Vi gjør det hver eneste dag.
Vi gjør det år ut og år inn
uten særlig bevissthet
om hva vi gjør og hvorfor.

Mestring

Å leve med en skade med smerter i varierende grad hele tiden, setter sitt preg på samspillet med omgivelsene. I smerteperioder varierer humøret. Gode smerteperioder gir et håp om at det vil være slik fremover. Når hverdagen ikke mestres som forventet og ønsket kan man fort bli deprimeret. Omgivelser kan oppleve deg som sytete. Man savner empati og forståelse og kan føle seg sviktet av familie, venner og kolleger. Overskudd til å delta i aktiviteter forsvinner i perioder. Som skadet med smerter, kan man føle seg lite til nytte eller til plage. Slike opplevelser gir selvbildet en knekk. For mange kan den enkleste utveien være å trekke seg ut av det sosiale samspillet.

Sykdommer og skader med etterfølgende varig smertetilstand er ofte beheftet med myter og fordommer, ofte på grunn av manglende kunnskaper. For å forstå hvorfor det er slik, bør man tenke på hvordan egen oppfatning var om nakkeskade før man ble skadet. Man klarer sjelden å tenke seg eller forstå hvordan det er å være skadet, før man selv blir skadet. Deretter må vi sørge for å få vite så mye som mulig om skaden og mulige behandlingsmåter og spre kunnskapene til dem vi omgås. Mytene kan bare avsannes via informasjon og egen holdning.

Mestring. Ordet gir assosiasjoner om seier og overvinning, om å gjøre seg til mester over noe eller noen.

Ordet **Mestringsstrategi** antyder at det dreier seg om en kamp der det gjelder å handle klokt for å vinne.

Mestring er et allmennmenneskelig fenomen. Mestring er ikke kun reservert for mennesker med skade og sykdom med etterfølgende smerter.

Evnen til å mestre settes på en uvanlig stor prøve når man er skadet og har kroniske smerter. Oppgavene som skal løses, varierer avhengig av skadeomfang eller sykdomsproblematikk og veksler i forskjellige faser. Derfor er ikke mestring noe man gjør seg ferdig med en gang for alle.

Mestring er en kontinuerlig prosess som kan defineres som en dynamisk justering av følelser, atferd og forestillinger under stadig skiftende belastninger. Ulike mestringsstrategier brukes for å oppnå denne justeringen. De meste benyttede mestringsstrategiene etter skade eller sykdom med kroniske smertetilstand er nevnt nedenfor.

Mestringsstrategiene kan deles inn i to hovedgrupper:

Problemorienterte og følelsesorienterte strategier.

1 Problemorienterte strategier

består av handlinger rettet mot konkrete utfordringer ved kronisk sykdom som å løse et trafikkproblem, skaffe seg en behandlingskontakt eller utføre tilpasning av bilen eller boligen sin hvis man er funksjonshemmet.

2 Følelsesmessige strategier

består av psykologiske mekanismer som endrer våre følelser og erkjennelser. Mekanismene er oftest ubevisste. Blir du bevisst disse mekanismene, kan du hjelpe deg selv med å mestre de vanskelige følelsene som følger en kronisk sykdom og derved leve bedre med den.

– **Avledning** er en mestringsstrategi som trekker oppmerksomheten bort fra det vanskelige og over på noe mindre problemfylt. Ved å tenke på noe annet enn sykdommen får du en pause fra det vonde.

– **Bagatellisering** er en mestringsmekanisme som demper bekymringer knyttet til kronisk sykdom. Ved å tenke: Det er da ikke så farlig, det kunne vært verre, oppleves situasjonen mindre tyngende.

– **Sammenligning** med dem som har det verre enn deg, tjener samme hensikt. Ved å si til deg selv at det finnes mange som er verre stilt, blir din egen sykdom lettere å bære.

– **Unngåelse** av problematiske situasjoner innebærer at du lar være å utsette deg for visse belastninger som du vet er problemfylte.

– **Ønsketenkning** tillater deg å flykte fra virkeligheten en stund. På engelsk kalles ønsketenkning for magical thinking, magisk tenkning. Ønsketenkning om å bli frisk eller vinne en million kroner i Lotto gir et pusterom fra hverdagens og sykdommens belastninger.

– **Redefinisjon** er en mekanisme du bruker, bevisst eller ubevisst, til å redefinere ditt liv og meningen med dette på nytt. Utsagn som «jeg gleder meg mer over de gode dagene etter at jeg fikk en kronisk sykdom», viser at du har foretatt en redefinisjon.

– **Å søke sosial støtte er både en problemorientert og en følelsesmessig mestringsmekanisme.** Gjennom sosialt nettverk kan du få praktisk støtte og hjelp, og du opplever deg følelsesmessig ivaretatt.

– **Å skaffe seg informasjon om sykdom/skadetype har også en dobbel hensikt.** Kunnskap om egen sykdom har en praktisk nytteverdi, og den styrker opplevelsen av å mestre livet. Over tid får mange svært gode kunnskaper på sin sykdom eller skadetype.

– **Som alle andre medaljer har den aktive mestringen en bakside, nemlig sviktende mestring.** Denne tilstanden kjennetegnes ved inaktivitet og isolasjon, og den forsinker initiativ. Man ser seg selv som et passivt offer for sykdommen og omgivelsene. Ved aktiv mestring får du større kontroll over din egen tilværelse og kan justere handlingene, følelsene og forestillingene dine i en mer ønsket retning.

Mestringslæring kan fort bli den viktigste behandlingsform når det ikke finnes andre behandlingsmåter eller helsevesenet mangler tilbud for å avhjelpe eller gjøre deg frisk etter en skade eller lyte. Slik som oftest er tilfelle for nakkeskadde.

Bare du vet hvordan du har det.

Dette må formidles til behandler for at man sammen kan gjøre det beste for deg. I denne prosessen må den skadde være aktiv. Det er nødvendig å kjenne sin skadeproblematikk og de symptomene som følger med. Med god kunnskap, har du også mulighet til å vurdere og ta standpunkt. Hvis du har motforestillinger i forhold til informasjon og forslag til behandlinger, må du underrette behandleren din. Det er i det hele tatt viktig å ha et godt og åpent forhold til behandler.

Kilde: Utdrag fra SHdir sin mestringsbrosjyre med erfaringer fra nakkeskaddes hverdag.

FRA SAL 818 OSLO TINGRETT

De som mestrer straffes



Nakkeskadde som prøver å stå i jobb og viser vilje til å gjøre sitt beste til tross for smerter og plager straffes av NAV og Forsikringsselskapene.

Synspunkter fremkom om at de som mestrer "godt" en periode straffes. Disse kommer dårligere ut enn de som ikke mestrer eller klarer aktivitet.

Dette ble uttalt under en rettssak i Oslo Tingrett i Sal 818 våren 2007. Først under sakkyndiges forklaring, spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering Dr. Johan Stanghelle. Advokat Kjell Mandal fra Gjensidige Forsikring gjentok i sin sluttprosedyre at dette beklageligvis var tilfelle og uheldig.

Skadelidtes advokat, advokat Einar Lohne bekreftet overfor Nakkeslengen at dette også er tilfelle for andre skadde.

– Det er et stort problem at forsikringsselskaper og enkelte sakkyndige bruker mot den skadelidte at man forsøkte å fungere i arbeid så lenge som mulig etter skaden. Spesielt ille blir det når de samme selskaper og ikke minst de samme sakkyndige uten unntak råder skadelidte til å forsøke å fortsette å leve så normalt som mulig etter skaden.



Stanghelle & Lohne:
Beklageligvis,
slik er det!

Situasjonen mange kommer i da blir at man følger legens råd og arbeider til tross for plagene. I ettertid sier legen at man ikke har hatt plager siden man klarte å arbeide, sier advokat Einar Lohne.

– Lohne sier at Tingretten i den aktuelle saken ikke la vekt på sakkyndige på dette punkt og tilkjente full erstatning i samsvar med det krav som var fremmet.

Landsforeningen for Nakkeslengskadde synes det er uhørt at de som forsøker å leve et så normalt liv som mulig, etter en skade straffes. De skadde er ikke klar over konsekvensene. Man blir av NAV, av leger og øvrig rehabiliteringspersonell på sykehus og behandlingssteder oppfordret til å mestre livssituasjonen best mulig og forsøke å jobbe som vanlig. Det synes allment kjent blant advokater og

sakkyndige at de som mestrer for godt straffes. Som nyskadet tror man på fagkompetansen som gir råd og veiledning. Mange med varig skade kan ikke tro det de opplever når de erfarer konsekvensen av å ha fulgt de råd og den veiledning de har fått fra det offentlige hjelpeapparatet. Ingen instanser snakker om hva konsekvensene kan bli.

Hvordan ta vare på parforholdet når en er skadet?

LFN Østfold har arrangert samlivskurs for par der den ene sliter med nakkeskade. Fokuset var å ta vare på hverandre i parforholdet i en hverdag der den ene sliter med store smerter og nedsatt funksjon

Hvordan det er å leve sammen når en er skadet. Foredragsholdere var psykolog Suzanne Walters og familieterapeut Stein Arild Knudsen fra Familievernkontoret i Sarpsborg. Bakgrunnen for at man valgte å satse på forebyggende samlivskurs på et medlemsmøte var tilbakemeldinger fra LFN medlemmer at det er vondt og vanskelig når en av partene er skadd i forhold til hvordan og hva man kan gjøre. LFN Østfold ønsket å forebygge samlivsbrudd hos par hvor den ene får en nakkeskade og øke forståelsen av hva som kan følge med en slik skade. Mange følte seg hjelpeløse og hadde et ønske om å komme sammen med andre å snakke, samt høre hvordan andre taklet situasjonen. Samliv og det å være to i et forhold hvor den ene er skadd kan være veldig vanskelig. Mange sliter med å kunne snakke sammen, det å få forståelse for hva det er, hvordan det er å ha smerte i større eller mindre grad hele tiden.

- Det å bli skadet, ha smerter hele dagen, klare lite i huset eller fritiden, blir for mange uholdbart. Mange nakkeskadde får kognitive skader i tillegg. Det som er kjennetegnende for oss er at vi har et såkalt "usynlig" handikap. Det å komme sammen og utveksle erfaringer med par hvor en er skadet tror forenin-



Jane Anita Jensen, familieterapeut Stein Arild Knudsen, Rita Jørgensen og psykolog Susanne Walters.

gen vil gjøre godt. Samtale med andre om enkle ting i hverdagen, den hjelpeløsheten en føler, og det å ikke strekke til. Rett og slett å sette ord på ting er svært viktig. Vi ser friske ut, men er skadet, sier leder av LFN Østfold Jane Anita Jensen.

På medlemsmøtet var det en veldig åpen dialog og medlemmene synes det gjorde godt å kunne snakke om hvilke tanker de hadde rundt temaet. Det være seg som pårørende eller skadd. De fremmøtte følte seg trygge på Suzanne og Stein Arild i den settingen de la opp til.

God tilbakemelding fra medlemmene, en vellykket gjennomføring, samt ønske om et samlivskurs hvor man gikk mer i dybden på hvert tema, gjorde at LFN Østfold bestemte seg for å arrangere et samlivskurs over en helg. Ikke minst det å være sammen med andre voksne i samme situasjon som seg selv, ha det gøy sammen og le en hel helg, ble ansett som viktig. På helgekurset litt senere lærte man hvordan man kunne snakke sammen, lytte, ikke minst det å snakke med andre i samme situasjon. Sorgprosessen når en blir skadet ble også belyst.

SAMLIVSKURS LFN ØSTFOLD

Rita & Casper

"Det er viktig at de man omgås daglig, som den man lever sammen med og familie for øvrig, har tilstrekkelig innsikt i og god forståelse for hvordan det er å være skadet"

I 2004 ble Rita Jørgensen skadet i en bilulykke. Hun er midlertidig ufør. Sammen med ektemannen Casper bor ekteparet på Hvaler. Rita og Casper deltok på samlivskurset.

Rita sier at det er vanskelig i forhold til at det er mange ting hun ikke klarer å gjøre. Mesteparten av hjemlige aktiviteter faller på Casper. Aktiviteter for øvrig begrenser seg, da man ikke alltid orker så mye som følge av skaden og må hvile mye. Det går greit så lenge man har folk rundt seg, som vet hva det handler om. Det er



Susanne Walters fra Bufetat sammen med Casper og Rita Jørgensen.

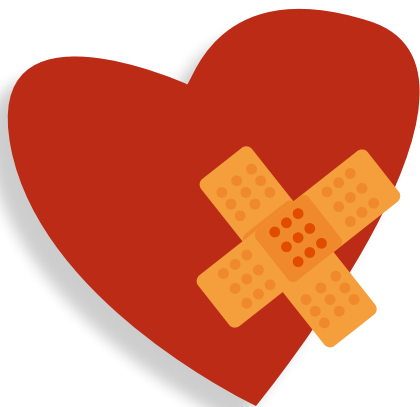
verre hvis du skal ut å møte nye folk, da det ikke vises på oss at vi er syke. Et skjult handikap.

Casper mener det er en stor utfordring å leve sammen med en skadet. Det er viktig å holde sammen og prøve å forstå hvordan den man lever med, har det. Skilsmisseprosessen er stor blant folk som blir skadet. Det er viktig med forebyggende terapikurs for å kunne stå bedre rustet til å takle hverdagen.

- Når en i et parforhold plutselig blir

skadet, tror jeg det kan være avgjørende å kunne benytte et familievernkontor til å forebygge, til å snakke, lære teknikker på hvordan man skal lære seg å lytte og bli flinkere på å si ifra hva du mener, sier Jane Anita Jensen, leder av LFN Østfold

- Det å kunne være et par, å kunne være litt alene, gjøre ting sammen som par, pynte seg for hverandre, ha det gøyalt som andre på tross av smerter og plager, tror jeg er viktig i hverdagen, sier Jensen.



Tema på samlivskurset:

Kjærlighet, forventninger og roller

– Trygghet, struktur og kommunikasjon

Glede moro og vennskap – Forpliktelse.

Nedenfor følger et lite utdrag.

Forventninger til et parforhold

Når man lever i et parforhold, ønsker man et godt og tilfredsstillende forhold som varer. Man ønsker en god venn, kjæreste, elsker, en å få barn med, en å bry seg om, en å være god mot og en å dele gleder og sorger med. Begge har forventninger i det daglige i forhold til hvem som skal gjør hva, det være seg husarbeide, økonomi, hente og bringe barn, matlaging og oppvask, hvem som tar seg av de gamle, gjør innkjøp, med mer. Forventningens kilder er den enkeltes familiebakgrunn, tidligere forhold, mennesker man omgås og kulturen man lever i. Forventninger kan endres og man må være bevisst på hva man selv forventer og fortelle det. Likeledes må man være bevisst på hva partneren forventer og man må si hva man synes om det. Det er viktig å være rimelig og imøtekommende. Hva man har med seg i bagasjen inn i et forhold har betydning for forholdet. En balanse mellom partenes forventninger er viktig. Hva gjør man sammen og hva gjør man hver for seg.

Møte med en ny virkelighet

Når en i parforholdet blir skadet, vil livet endres. Å leve i familie med funksjonshemmede medlemmer får konsekvenser for hele familien.

Mye blir snudd på hodet

Forventningene til parforholdet må tilpasses realitetene. Man må forholde seg til skaden. Når noe skjer må man bygge opp et nytt sett med forventninger som samsvarer med hendelsen. Dette er en prosess som kan ta lang tid. Når noe skjer med en selv eller et familiemedlem, må en ofte tilegne seg mye ny kunnskap.

Informasjon

Informasjon man får fra andre i en fase hvor alt er nytt og vanskelig, er problematisk å oppfatte. Dersom en er i sjokk eller ute av balanse, vil en oppfatte mye mindre av den informasjonen en får. En har kanskje behov for lang tid og flere gjentakelser. Det er en nyttig regel som sier "Informasjon

er ikke gitt før den er mottatt". Likevel er det ikke uvanlig at helsepersonell og andre du mottar informasjon fra, ikke sjekker ut hva du egentlig har fått med deg. Mange forstår ikke at de må gjenta informasjonen flere ganger over en lengre tidsperiode for at du skal være i stand til å oppfatte innholdet. Å bearbeide ny informasjon og tilpasse seg nye situasjoner, tar lang tid og krever mye ressurser. Selv om en oppfatter fornuftsmessig hva som har skjedd, vil følelsene ha behov for bearbeides en lenger periode. Det er den skaddes oppgave å formidle og informere andre hvordan livssituasjonen har endret seg til familien, venner og hjelpeapparat. **Hvem** som har behov for **hvilken** informasjon på **hvilket** tidspunkt, kan være svært vanskelig å vurdere. Det kan også være en stor følelsesmessig belastning å være budbringer på denne måten.

Sjokk – livskrise

Når det som hender deg utløser et sjokk og kanskje kan betegnes som en livskrise, er det høyst normalt å reagere forskjellig. Det finnes ingen oppskrift på hva som er riktig reaksjon i en gitt situasjon. Vi er forskjellige, og det må vi få lov til å være! Vi har alle hele livet stått overfor større eller mindre utfordringer og lært oss forskjellige mestringsstrategier. Det er ikke alltid så viktig hvordan vi reagerer, det som betyr noe er at vi relativt fort finner måter å reagere på som er hensiktsmessig for en selv og de som står en nær.

Å lære å mestre

Mestring er noe som må læres, og det er en lærdom vi tilegner oss hele livet. Ofte har en behov for hjelp for å finne fram til hensiktsmessige mestringsstrategier. Denne hjelpen kan være vanskelig å skaffe seg. Det sies at en person som får hensiktsmessig hjelp, vil utvikle en langt bedre mestringsevne enn en person som må klare seg alene. Den skadde og øvrig familie må lære å mestre. De ulike medlemmene i familien kan ha forskjellige mestringsstrategier. I parforholdet blir mestring også et samspill. Man klarer ikke alltid å mestre alene. Mange må omstille seg til et lavere ambisjonsnivå.

Hva gjør dette med familien?

Den skadde kan få en psykisk belastning over tid som følge av skaden og vedvarende smerter og problemer. En vet egentlig lite om hva som skjer med det enkelte menneske som har en problematisk situasjon over mange år etter skade. Skadde vil møte store utfordringer. Det vil også parforholdet og den øvrige familie.

I Extra-sendingen på NRK1 23. januar fikk vi møte Casper og Rita Jørgensen fra Hvaler. De har hatt stor glede og nytte av å være med på kurset. Samlivskursene er gjennomført ved hjelp av ekstra-midler fra Helse og Rehab, i tillegg til innsamlede midler. Link til sendingen: <http://www.helseogrehab.no/filmer/samlivskurs.wmv>

Glede – bare må

Arnt Sæther fra Hønefoss reiser rundt som en GLADIATOR. Selv sier Arnt at han bruker tiden til å prakke glede på folk. Selve visjonen er å være glad og å dele glede og metoder for å hente frem glede hos andre. Gjennom egne erfaringer, fortellinger, vitser, rollespill, sang og metodetips satte han ord på en del av den velkjente norske folkesjela. Og når han bruker humor inn i dagligdagse eksempler er det vanskelig for noen og en hver ikke å kjenne seg igjen.

Glede som del av egen attføringsprosess.

Arnt forteller en historie om egne negative erfaringer som i verste fall kunne endt med selvmord nesten før livet hadde begynt. Som ung hadde imaget vært å være motstander av alt alltid og hele tiden.

– Det eneste jeg kunne være for, det var i tilfelle ting andre var i mot, smiler han. Kort fortalt måtte han i all hovedsak skape endringen selv, og sakte men målbevisst ble innstillingen til de utallige situasjonene dagen og uka bestod i satt i et gledesperspektiv. På en måte ble det hans egen attføringsprosess – det å finne glede nok til å bli psykisk frisk.

Alle har gleden i seg.

Man må være bevisst på å bruke den overfor seg selv og andre. Man trenger ikke alltid å være glade for alt mulig. – Ingen må gå rundt å tro at jeg mener at vi alltid skal være glade for alt mulig, men vi har gleden i oss og vi kan bli mye mer bevisst på å bruke den. Overfor oss selv og andre, hevder han.

Hva skal til for at jeg skal oppleve gode følelser, selv om NAV eller systemet er på trynet og helsa protesterer? Vi må erkjenne at livet i blant er vanskelig – livet er ikke for



– Folk har sagt til meg: Det er vel ikke mulig å reise rundt og tjene penger på en jobb som gledesspreder? Men for meg handler det mest om at jeg ikke kan jobbe uten glede, røper han.

amatører og nybegynnere – det er sikkert. Arnt stiller i det hele tatt masse spørsmål, etterfulgt av påstander. Ikke så mye for å få svar, men mer til refleksjon og ettertanke.

Hva er egentlig glede?

Noe som vokser? Sprudler? Noe lyst i fargen? Ja. Følelser som oppleves som gode, eller indre bevegelser som føles gode. Vi velger hvordan vi kan ta det, selv om vi ikke velger hvordan vi har det. Opplevelser kan arves, læres og avlæres. Jeg mener avlæring fra en negativ spiral kan gjøres med enkle midler. Ikke at det er lettvindt, for det krever trening og iherdig innsats. Selvinstruksjon er en måte, finne de gode spørsmålene.

Å finne de små gledene i nuet.

– Vi kan godt si at det er et jævla møkkavær, men det får vi ikke gjort noe med. Derimot vår egen opplevelse av at vi bor i et land der været skifter kan vi gjøre noe med.

Til ettertanke

- Hva er glede?
- Er glede viktig?
- Hvorfor er glede viktig?
- Hvem er ansvarlig for min glede?
- Hvordan skaper du glede i ditt eget liv?
- Hva skal til for at jeg er glad, selv om systemet er byråkratisk?

Gledesfulle spørsmål

- Hva fungerer?
- Bra? Fint? Godt?
- Flott? Vakkert?
- Ok? Greit? Kult?
- Hva kan jeg takke for?
- Hva er Ideelt?
- Hva har jeg lyst til?
- Hva føler jeg?
- Hvor BRA kan det gå?
- Hva fungerer?
- Hva vil jeg?
- Og hvordan kan jeg få det til?

Kunsten å leve lykkelig

- Hvordan er kvaliteten av min oppmerksomhet **nå**?
- Hvordan ser verden min ut **nå**?
- Hva er gode ord?
- Hva er gode tema?



ha det!

Se videoklipp fra foredraget:
www.gladiator.as



Kan det hende at du egentlig ikke vet hva glede er, og at du "bommer" på gleden i hverdagen? Kan det hende at du er mer glad enn du egentlig er klar over?

Gledesfulle spørsmål gir gledesfulle svar.

– Gode ladede spørsmål. Gode ord med positiv vinkling. Tenk om vi kunne tenke de fleste av de mange og tredve tusen tankene vi har pr døgn positivt? Da ville vi klare å snu på ting, innprenter GLADiatoren fra Hønefoss.

– Men... Den tid den sorg. Nei. Jeg mener: Den tid den glede!

Kilde: Fra Attføringsbedriften Fønix,

Tekst og foto Pål Nordby.



Gledesspreder Arnt Sæther holdt et alvorlig foredrag om glede på en annerledes jule-avslutning ved attføringsbedriften Fønix Kompetansenett as. Foredraget er ment å inspirere til økt glede i hverdagen.

En energisk innlevende fremføring med høyt tempo fikk fremmøtte deltagere på attføring, arbeidssøkere og ansatte i NAV arbeid og Fønix til å trekke godt på smilebåndene. Med så mye energi og innlevelse og udelte positiv respons fra tilhørere, var det godt med en velsmakende julelunch i pausen for å komme til hektene, før en ny runde med inspirasjon og glede startet.

GISKODELLET

GISKES GLEDESHUS®

- Først samlet staten alkohalsalget i Vinmonopolet.
- Deretter tok staten hånd om tobakken med solide avgifter.
- Så overtar Giskes gledeshus driften av spillautomatene (Giskomatene) fra frivillige organisasjoner.
- Det neste blir vel å samle de prostituerte i egne hus for å gi staten mer kontroll over inntektene?

Giskodellet HF kan ta vare på alle syndige mennesker. Staten kan rehabilitere alle under ett tak: Alkoholikere, spillavhengige, røykere og andre aktive.

Samhold gir felles styrke



Foto: SMK/ Dahl



Smerte - subjektiv og arvelig

Smerte er kroppens varslingsystem – et viktig umiddelbart signal for å hindre vevsskade og sørge for at en skadet kroppsdelt holdes i ro til skaden er leget. – Den kortvarige smerten er en venn – Den langvarige smerten oppleves imidlertid som en fiende. Den langvarige smerten har heller ingen fysiologisk funksjon, forklarer smerteforsker Audun Stubhaug, overlege ved Anestesiavdelingen på Rikshospitalet.

– I vårt moderne samfunn påfører vi folk skader ved inngrep som for eksempel operasjoner. Det er ingen behov for smerter i disse kontrollerte situasjonene. Likevel ser vi at smerten som burde være kortvarig i enkelte tilfeller blir kronisk. Kronisk smerte har ikke en nyttefunksjon, men har tvert imot ofte negative konsekvenser som inaktivitet, funksjonssvikt, isolasjon og depresjon. I situasjoner der noen mennesker opplever smerten som overkommelig og kortvarig, vil andre oppleve smerten etter den samme skaden som sterk og langvarig, forklarer Audun Stubhaug.

Subjektiv oppfatning

Den mest brukte smertedefinisjonen i dag er den International Association for the Study of Pain (IASP) satte frem i 1994: *"Smerte er en ubehagelig sensorisk og emosjonell opplevelse assosiert med aktuell eller potensiell vevsskade, eller beskrevet som slik skade"*

– Denne definisjonen setter fokus på at smerte alltid er en subjektiv ubehagelig opplevelse og at denne opplevelsen er sammensatt av flere komponenter (sensoriske og emosjonelle). Man skal med andre ord være svært forsiktig med å definere smerte som kun psykisk. Opplevelsen av smerte er subjektiv - og pasientens opplevelse av smerte er det viktige som bør danne grunnlaget for individuell tilpasning av smertebehandling.

Stubhaug mener at helsepersonell må være varsomme når det gjelder å tolke pasienters smerteopplevelse, og at man har hatt en tilbøyelighet til ikke helt å stole på pasienter som tilsynelatende ikke har grunn til å kjenne sterke smerter, men som likevel mener at de har store plager.

– Om to mennesker har gått gjennom den samme operasjonen, fødsel eller andre ubehag, kan opplevelsene av smertene være helt ulike. Man skal derfor være svært forsiktig med "operasjonsfortellinger" eller "fødselshistorier" - man kan aldri si noe om hvordan det samme inngrepet vil være for "naboen". Hver enkelt må få behandling etter behov og det må tas hensyn til individuelle forskjeller og den respons den enkelte viser på skader, sykdommer og operasjoner.

McCaffery (1998) presenterer i boken "smerter i et sykepleierperspektiv" at: *"Smerte er det som personene sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte"*.

– Denne definisjonen sier ikke noe om de ulike dimensjonene eller fysiologiske mekanismene bak smerte, men setter i likhet med IASPs definisjon fokus på at smerte er en subjektiv opplevelse, mener Audun Stubhaug.

– Å ha en høy smerteterskel er ikke alltid positivt fordi det kan medføre at man kommer for sent til viktig behandling dersom man får en alvorlig sykdom, forklarer Stubhaug, og slår derved hull på myten om at det er "tøft" å tåle mye smerte.



Overlege Audun Stubhaug ved Anestesiavdelingen på Rikshospitalet er smerteforsker og prøver å finne ut hvorfor det er så store individuelle variasjoner på hvordan vi opplever og lever med smerter. Han slår fast at man bør velge sine foreldre med omhu - smertefølsomhet er sterkt arvelig.

For det første er det genene som avgjør, for det andre kan det være livstruende å være skikkelig "tøff".

Han forteller videre at det finnes flere faktorer som kan påvirke smertefølsomheten vår. En av dem er blodtrykket. Høyt blodtrykk gir mindre smerter og lavere risiko for en del andre smertefaktorer. – Man kan faktisk manipulere smertefølsomheten ved å regulere blodtrykket, forklarer smerteeksperten.

Vedvarende overfølsomhet

Rett etter en skade er kroppen i beredskap og vi tåler lite før vi kjenner at det gjør vondt. Stubhaug viser til solbrenthet som et godt eksempel på at det oppstår en overfølsomhet for berøring og smerte. Denne overfølsomheten har en positiv effekt fordi vi er mer forsiktige mens kroppen er mest sårbar. For en del mennesker er imidlertid denne fasen svært kritisk fordi overfølsomheten kan vedvare og gi kroniske plager.

– Det er tegn som tyder på at god smertelindring i akuttfasen kan redusere risikoen for at man utvikler kroniske plager, og dette er bakgrunnen for at man sørger for at postoperative pasienter og skadde i akuttfasen holdes så smertefrie som mulig ved hjelp av smertestillende medikamenter. Vi har også

klare indikasjoner på at de som fortsatt har smerter etter at man normalt skulle være smertefri, har høy risiko for å utvikle kroniske plager. Disse pasientene bør vurderes skikkelig og settes under behandling. Vi tror nemlig at det er lettere å få bukt med smertene om man setter inn et behandlingsregime tidlig i prosessen fremfor å vente et år, sier Stubhaug. Han presiserer at disse teoriene ikke er bevist, men at de er gjeldende hypoteser blant smertespesialister.

– Vi mangler dokumentasjon på akkurat dette feltet, og det bør gjøres grundige studier for å kunne lage alternative retningslinjer for hvordan høyrisikopasientene skal behandles for å redusere antallet kroniske smertepasienter, mener Audun Stubhaug.

Kulturelle og genetiske forskjeller

De genetiske forskjellene viser seg altså å ha stor betydning for hvordan vi opplever smerte. Men også kulturforskjeller påvirker hvordan vi oppfatter og lever med smerte. Mens det i noen kulturer er fullt ut akseptert å uttrykke smerteopplevelsen i form av hyl, skrik og gråt, er det i andre kulturer viktig å "bevare fasaden - å "bite i seg smerten".

– Å forstå smerten, hvorfor den er der og hvordan den virker, viser seg å være viktig for hvordan vi lever med langvarige plager. Det er også vesentlig at vi opplever smerten som meningsfylt, for eksempel ved en fødsel. Det er lettere å akseptere smerter som bringer med seg noe positivt og som har en hensikt enn meningsløse, uforklarlige smerter. For å leve bedre med smerte er det viktig å forstå den og unngå frykt for det som ligger under - årsaken. Derfor er det viktig at helseper-

sonell gir god informasjon og forklarer mekanismene, da kan pasienten forholde seg bedre til det å ha vondt.

Stubhaug forklarer at mange kroniske smertepasienter har mange negative erfaringer med seg fra oppveksten og trenger hjelp for å komme ut av en ond sirkel.

– Vi har alle forventninger til hvordan vi vil oppleve en situasjon eller et fysisk traume. Har man en lav smerteterskel, lav smertetoleranse og er svært følsom for smerte vil man ha opplevd mye vondt i livet, og man vil forsøke å unngå situasjoner og aktiviteter man tidligere har opplevd som smertefulle. For en del har fysiske aktiviteter påført dem smerte, og de vil derfor unngå å bruke kroppen. Ved å kjenne på smerten i kontrollerte former kan man lære seg mestringsteknikker og igjen tære på å gjøre ting.

– Vi må også innse at livet ikke er smertefritt. For noen er det å leve forbundet med mer smerte enn for andre. Uansett må vi lære oss å mestre smerten og å tilpasse egen aktivitet i forhold til smertenivået. Vi vet også at flere impulser på en gang blokkerer hverandre. Hvis man for eksempel driver fysisk aktivitet vil smerten dempes fordi smerteimpulsene vil blokkeres i ryggmargen og ikke finne veien opp til hjernen. Dette, sammen med at trening frigjør smertedempende stoffer, gjør at fysisk aktivitet er ett av tiltakene som brukes i behandlingen av smertepasienter.

Overlege Audun Stubhaug ved Anestesiavdelingen på Rikshospitalet er smerteforsker og prøver å finne ut hvorfor det er så store individuelle variasjoner på hvordan vi opplever og lever med smerter. Han slår fast at man bør velge sine foreldre med omhu - smertefølsomhet er sterkt arvelig.

Ny forskningsstudie om smerte: Behov for mer kunnskap om smerte

Audun Stubhaug skal i gang med en stor studie med 9000 mennesker i Tromsø. Målet er å få bedre kunnskap om hvorfor vi mennesker opplever smerte forskjellig, og hvorfor noen ser ut til å være mer disponert enn andre for å utvikle kroniske smertetilstander selv etter relativt små skader eller enkle inngrep.

– Audun Stubhaug har forsket på fenomenet smerte, blant annet ved å studere en- og toeggede tvillinger. Tvillingstudiet viser at eneggede tvillinger er mye mer ensartede i smertefølsomheten enn de toeggede, noe som viser at smerteopplevelse, smertefølsomhet og smertetoleranse har en sterk genetisk faktor. Faktisk skyldes inntil 60 % av variasjonene gener – og smerte er dermed minst like arvelig som intelligens. Dette gjelder høyst sannsynlig også tilbøyeligheten til å utvikle kronisk smerte. I studiet så vi også at smerteangivelse er et uttrykk for reell smerte helt uavhengig av omfanget av påviselige årsaker, som vevs- eller nerveskader, til smerten. Det ser også ut til at noen har et bedre system for å bekjempe smerte enn andre, for eksempel ved at de har bedre mekanismer for å frigjøre smertedempende stoffer. Vi ønsker å få vite mer om hvorfor det er så store variasjoner mellom individer.

Studien som skal gjennomføres i Tromsø skal se på hva variasjon i smertefølsomhet betyr for den enkelte. Gruppen på 9000 deltakere skal ha stor variasjon i kjønn og alder, og dataene man får fra undersøkelsen skal sammenholdes med informasjon om andre sykdommer.

Testen som skal gjennomføres er at deltakerne skal holde hånden i isvann og gi en beskrivelse av smerteopplevelsen. Denne testen er ikke farlig og resultatene er enkle å måle.

– Vi gjør også tester som viser følsomheten for varme, trykk og andre fysiske belastninger, men isvanntesten er kanskje den som egner seg best fordi smerten er betydelig uten risiko for skade, sier Stubhaug - og viser hvordan testen gjennomføres. Mens testpersonen holder hånden i isvannet måles blodtrykk og enkelte andre fysiologiske reaksjoner.

– I Tromsø-forsøket er 90 sekunder maks-tid, men da vi gjorde testen på Harald og Thomas fra Senkveld (TV 2) satt de med hånden i det iskalde vannet i 3 minutter. Det gjorde vondt, smiler Stubhaug.



Å holde hånden i isvann er en av flere tester som gjøres for å teste smerteterskel, smertefølsomhet og smertetoleranse. Vannet holder 0,5 grader.

Kilde: Ingvild Amble Eriksen, Fysioterapi i Privat Praksis 3-2007
Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF)
www.fysioterapi.org

Differensialdiagnostikk: Let etter kjente tegn

Det er ingen vits i å lete hvis man ikke vet hva man ser etter. Vi må ha den nøyaktige diagnosen tilgjengelig for å bestemme for det første om man skal gi behandling eller ikke, for det andre hva slags behandling og råd man skal gi og for det tredje for å avdekke alvorlig patologi utover bevegelsesapparatet som krever at pasienten sendes videre.



– Vær bevisst på hva du leter etter, og gjør en strukturert diagnostisering basert på anamnese, klinisk undersøkelse og tester - i tillegg til billeddiagnostikk, sa Stig Fossum i sitt foredrag om differensialdiagnostikk.

Stig Fossum tok tilhørerne gjennom en presentasjon av differensialdiagnostikk for nakke, skulder og arm, og medga at det er krevende å stille en korrekt diagnose.

– Vi må ha med en skulderundersøkelse for å diagnostisere nakken. Det atypiske er like viktig som det typiske, og forutsetningene og verktøyene for å stille rett diagnose er som følger:

- Systematiske søk
- Kunnskap om symptomer ved ulike strukturer
- Kliniske bilder
- Referert smerte/symptomer

Videre forklarte Stig Fossum gangen i den diagnostiske prosedyren, med anamnese og funksjonell klinisk undersøkelse.

– Mye av det pasienten sier kan fortelle noe om diagnosen, og det er viktig å få avdekket hvor smerten sitter i forhold til nakke og arm, om skaden er traumatisk, tidsperspektivet, døgnvariasjon, aktivitetsvariasjoner og andre symptomer, sykdommer og eventuelt medikamentbruk. Når pasienten får vite hva smertene kommer av faller han eller hun ofte til ro.

– Den funksjonelle, kliniske undersøkelsen bør inneholde test av alle relevante strukturer, påpekte Fossum, som mente at det kan være lite hensiktsmessig med omfattende

palpasjon og at dette ofte påfører pasienten mer smerte enn nødvendig.

– Den kliniske undersøkelsen skal avdekke om smerten skyldes skade i kontraktilt eller ikke-kontraktilt vev (Kontraktilt=som kan trekke seg sammen), og om en skade i ikke-kontraktilt vev har fullartikulært eller partelitt artikulært mønster (Artikulær=som hører til eller har med ett eller flere ledd å gjøre/Full=Hel, Part=delvis). Undersøkelsen skal også avsløre om symptomene skriver seg fra nervesystemet, noe som krever at vi har full oversikt over hvilke strukturer som rammes av de ulike nervene som går ut fra nakken.

– I tillegg til anamnesen (sykehistorie) og den kliniske undersøkelsen pekte Stig Fossum på tekniske undersøkelser som CT, MRI og ultralyd. Han hevdet at disse er nyttige, men at god teknikk må gjøres og så holdes opp mot de tekniske undersøkelsene. Alle testene skal gjøres uansett for å oppdage alle smertebildene i tillegg til eventuelle falske, positive testresultater.

– Informer pasienten før undersøkelsen. Det er pasientens plager – akkurat den smerten som forvolder problemene – som skal reproduseres for å få det hele bildet, sa Fossum, før han gikk systematisk gjennom patologien i nakken og forklarte de ulike tilstandenes karakteristika i forhold til smerter eller ikke smerter og andre og symptomer.

HVA VET BEHANDLERE OM SMERTE?

Liten kunnskap om smertefysiologi og -mekanismer hos behandlere og undervurdering av pasienters evne til å oppfatte slik kunnskap, hindrer ny forståelse av kroniske smerter.

Det hevder den australske forskeren Lorimer Mosely i artikkelen *Unraveling the Barriers to Reconceptualization of the Problem in Chronic Pain: The actual and Perceived Ability of Patients and Health Professionals to Understand the Neurophysiology*. (The Journal of Pain Vol 4, No 4 May 2003).

Mosely har undersøkt hva behandlere og pasienter vet eller er i stand til å tilegne seg av viten om smerte. En gruppe pasienter og en gruppe behandlere fra ulike profe-

sjoner fikk tre timers opplæring om temaet, mens en annen gruppe pasienter og behandlere ikke fikk det. Resultatene viste at behandlere med opplæring klarte å svare på flest spørsmål om smerte, dernest kom pasienter med opplæring, behandlere uten opplæring og til slutt pasienter uten opplæring.

Mosely peker på at behandlere uten opplæring kan mindre om smerte sammenhenger enn pasienter som har fått noe opplæring. Å lære opp noen som vet mer om et tema enn deg selv, kan være rimelig vanskelig. Det er heller ingen grunn til å undervurdere pasientene å tilegne seg denne typen kunnskap: Opplæring nytter.

SMERTE

- Pasienter er i stand til å forstå smertens nevrofysiologi, men helsepersonell tror ikke pasienten kan det.
- Helsepersonell vet ikke nok om temaet til å undervise pasienten.
- Etter tre timers kurs besvarer pasient en oppgavene bedre enn helsepersonell uten kurs.
- En smertespesialist besvarer 95% riktig, helsepersonell 53% (begge uten tre timers kurs).
- Generelt er ikke smerteundervisning en del av behandlingen og dette er et problem.

Kilde: www.manuellterapi.no
Medlemsbladet: Muskel&Skjelett nr. 1 – 2007.

Nakkeskader kan være usynlige

Stol ikke på "normale" røntgenbilder. Mange skader som rupturer – brist av bløtdelsorganer i kroppen, etc. kan ikke sees på bilder. Derfor er det viktig at dere stoler på pasienten og holder tett kontakt med legen, sa professor i anatomi, Per Holck, i sitt foredrag på PFF-kongressen.

Per Holck innledet en svært interessant rekke av foredrag om nakkeproblematikk.

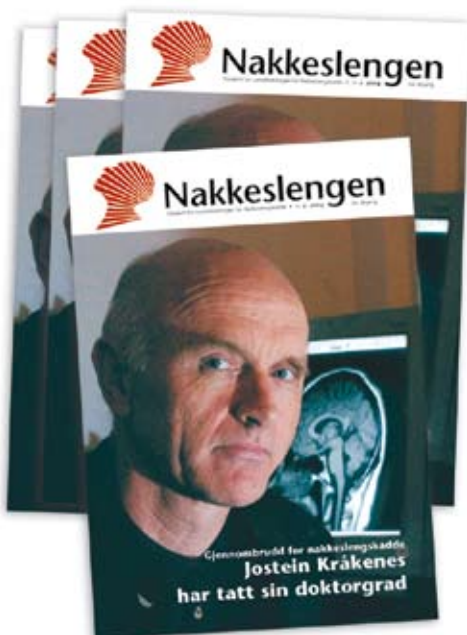
- Det er altfor enkelt å skylde på psykiske tilstander hos nakkepasienter, påpekte han.
- Smerter i nakken kan forårsakes av skader i nakkerosetten og i de små musklene i nakken som har flere smertereseptorer enn noen annen struktur i kroppen. Det collagene vevet (bindevev) i ligamentene tåler strekk til en viss grad - men de tåler svært dårlig rykk.
- Strekk utover 4 – 5 % eller rykk gir irreversible ruptur-skader, mente professoren, som også påpekte at det kan medføre store psykiatriske lidelser og sosiale, personlige og/eller psykiske traumer dersom pasienten ikke får adekvat behandling.
- Derfor er det viktig å tro på pasienten. Vi vet mer om nakkens anatomi enn vi gjorde før, men fortsatt er det skader vi ikke kan se på bilder og som er vanskelige å definere. Nakkens anatomi er komplisert, og nakkens



- Lytt til og stol på pasienten - ikke alle nakkeskader er synlige på bilder, sa professor i anatomi, Per Holck, da han tok deltakerne med på en grundig gjennomgang av nakkens anatomi.

beskaffenhet gjør den i utgangspunktet ganske ustabil. Det er svært mange strukturer som kan skades for eksempel i en nakkesleng, og plagene kan være svært langvarige. Billeddiagnostikk kan gi oss svaret på mye, men dessverre er det mange skader som ikke vises på bilder.

*Kilde: Ingvild Amble Eriksen, Fysioterapi
i Privat Praksis 3-2007
Privatpraktiserende Fysioterapeuters Forbund (PFF)
www.fysioterapi.org*



Abonnement på Nakkeslengen

**Nakkeslengen koster kr. 100,- pr år
og kan bestilles uavhengig av medlemskap**

Navn

Adresse

Post nr. Sted

Telefon:

Sendes til: Landsforeningen for Nakkeslengskadde
Postboks 9217, Grønland
0134 Oslo

E-post: lf@nhf.no

Nakkeskader og diagnostisering

Nakkeskadde pasienter er blant de mest forsømte pasientgruppene, – både på verdensbasis, i Norden og i særdeleshet i Norge. Spesialistene erkjenner også her i landet at de vet for lite¹, men det gjøres allikevel ingenting for å løse problemet. Men det finnes enkelte lyspunkter, blant annet det arbeidet som gjøres av den svenske spesialisten dr. Bengt H. Johansson.



Alice Reite er utdannet sivilarkitekt og styremedlem i LFN Oslo.

I mars måned inviterte det svenske Nakskadeforbundet til et seminar med dr. Johansson som foredragsholder. Nakkeskadde Alice Reite var til stede og skriver her om denne opplevelsen.

Dr. Johansson innledet sitt foredrag med å gjøre oppmerksom på vanskeligheten ved å bli forstått når man brukte diffuse begreper. I dagligtale brukes ofte ordet nakkesleng, nakkeslengsyndrom eller whiplash om nakkeskader. Begrepet nakke- sleng er en beskrivelse av en bevegelse og WAD (Whiplash Associated Disorder) viser bare til symptomer. Som eksempel på dette misforhold, brukte dr. Johansson en mann som faller ned en trapp og bryter et ben. Ingen vettug lege vil i sine journaler skrive at mannen har utviklet et falle-ned-trappen-syndrom, men vil skrive at han har brukket et ben!

Her ligger hele nakkeskadeproblematikken i et nøtteskall. Nakkeskade er et resultat av en piskesmellbevegelse. Ved en påkjørsel bakfra presses kroppen frem mens hodet blir hengende etter, for deretter å bli kastet frem, for deretter å bli dradd tilbake. Ved en påkjørsel forfra blir hodet først kastet frem og deretter dradd tilbake. I begge situasjoner snakkes det om en piskesmellbevegelse. Et slikt traume kan resultere i mange forskjellige vanskelig identifiserbare skader, f.eks. ryggvirvelfrakturer, skader på ligamenter, skiver, fasettleddskapsler eller det kan gi blødninger, lesjoner på det sentrale eller perifere nervesystemet. Før man vet hvilke skader det dreier seg om og hvor skadene ligger, kan man ikke behandle.

Skadene kan oppstå på mange måter. Den tradisjonelle skaden oppstår ved en påkjørsel bakfra, et fall i dusjen eller på isen, et overfall eller lign. Ved påkjørsel bakfra vet man nå at skaderisiko øker ved kriterier som

1. hastighet (fleste skader ved hastighet mellom 13 og 30 km/h i henhold til en undersøkelse fra forsikringsselskapet Folksam)
2. plassering i bilen
3. hodet dreid i forhold til kjøreretning
4. kjønn, – kvinner mye mer utsatte enn menn (70% /30%)
5. bilens konstruksjon – dvs stivhet/deformasjon, henger feste, setekonstruksjon, bilbelte (f.eks. gir stiv bilkonstruksjon liten skade på bil, men kan gi stor skade på person)

1) Sosial- og helsedirektoratets rapport (kallet Aarseth-rapporten) fra våren 2006 tar ikke med seg de alvorligste skadene (def. Som WAD 4). I tillegg skriver man at helsepersonell trenger mer kunnskap om nakkeslengassosierte skader, særlig primærlegene som regnes for ansvarlige behandlere for WAD 1-2 og delvis WAD 3.

Kroppens og bilens akselerasjon/deselerasjon følger ikke hverandre. Hodet veier ca. 6 kg og er det eneste bevegelige delen av kroppen, når kroppen sitter fastspent med sikkerhetsbelte. Hodets akselerasjon er ca. 3 ganger så stor som bilens og utsettes dermed for 3 ganger så store krefter. Har bilen et hengerfeste som forsterker stivheten i bilen og hodet i tillegg er dreid, har personen stor risiko for å bli alvorlig skadd.

Kroppens og nakkens anatomi

Første delen av forelesningen dreide seg om kroppens anatomi, med et særlig fokus på den øvre delen av ryggstølen, dvs området fra C0-C7 med tilhørende ledd, fasetter, muskler, nerver mm, det som vi kaller nakken. Av stor viktighet her er det kraniocervikale leddkomplekset (CCJ-komplekset) bestående av hodeskallebasis, atlas, axis og de øvre leddsegmentene av C3 og av ligamentene som forbinder dens og axis med bakhodebenet.

Skadekomplekset

Allerede i slutten av 1980-tallet fokuserte en forskergruppe² på skader i det kraniocervikale leddkomplekset. De viste til at alareligamentene stabiliserte hele leddkomplekset og at skader på disse ligamentene førte til betydelig hypermobilitet. Ved en påkjørsel bakfra er det ofte alareligamentene som skades.

Andre forskere³ beskrev i 1992 to forskjellige grupper av syndromer etter nakkeslengskade, avhengig av om skadene lå i øvre eller nedre delen av nakken. Skadetyper i øvre delen av nakken kan ofte være skader på ligamenter eller leddkapsler. Symptomer fra disse skadene blir karakterisert ved hodepine, balanseproblemer, dårlig konsentrasjon, tinnitus, sensitivitet for lyd og lys, lesevansker og en uttalt trøtthet mm. I nedre delen dreier det seg om skader på f.eks. skiver, fasettledd, ligamenter eller muskelblødninger. Symptomene er smerte i nakken eller i overgangen nakke/skulder/arm (cervicobrachial smerte) og ofte med utstråling til arm og fingre. Kombinasjon av begge syndromer er ofte tilfellet.

Svenske (og sikkert også norske) fagmiljøer har ikke allment anerkjent denne inndelingen i et øvre og nedre kompleksyndrom, og pasienter som sendes til radiologisk undersøkelse henvises ikke til undersøkelse av den øvre delen av nakken (CCJ). Ved vanlige radiologiske undersøkelser er skader på CCJ-komplekset og instabilitet ikke synlige.

Senere på 1990-tallet har en tysk radiolog⁴ funnet en metode til å vurdere mulige skader i den øvre delen av nakken f.eks. ligamenter, dens og hulrommet rundt dens, dvs i CCJ-komplekset ved hjelp av funksjonell MRI (fMRI). I 1997 publiserte han en artikkel som viste sterk sammenheng mellom skade i CCJ-komplekset og symptomer som hodepine, konsentrasjonsforstyrrelser, vertigo, svimmelhet, synsproblemer, tinnitus og balanseproblemer.

2) Dvorak og medarbeidere

3) Randanov m.fl.

4) dr. Volle og medarbeidere

5) Metoden er nylig publisert i en tysk lærebok for nevrokirurgi

Ved en fMRI-undersøkelse fastholdes hodet i ca. 40 forskjellige posisjoner slik at de patologiske bevegelsesmønstrene og skadene på ligamentene og leddkapslene kan bli synlige ved MRI. Skadene kan ikke påvises uten at nakken systematisk antar de mange forskjellige posisjonene⁵.

Forelesningen viste også til arbeider av andre viktige spesialister, f.eks. arbeidet med å påvise sammenheng mellom nakke, kjeve og øynene eller mellom hørsel, syn og balanse og de problemene som oppstår ved skade i øvre delen av nakken der det sentrale nervesystemet har sitt senter. Herfra sendes det kontinuerlig nervesignaler til og fra ører, øyne, følelser, nakke og andre steder i kroppen. Skader i dette område gir derfor forstyrrelser som tinnitus, lys- og lydoverfølsomhet, vertigo, svimmelhet, hukommelsessvikt mm.

Håp for fremtiden?

Innledningsvis kalte jeg foredraget en *opplevelse*. Og det var det virkelig. Det er dessverre så alt for sjeldent at man som nakkeskadd kan forlate et rom med følelsen av å ha blitt forstått. Det gjelder uansett om man har vært hos spesialist, hos behandler eller har hørt på et foredrag. Men denne gangen følte jeg det helt klart: Dr. Johansson snakket om meg, om mine skader og om skadene til mange andre nakkeskadd som jeg kjenner. **Kanskje det virkelig er håp om å bli forstått og riktig diagnostisert – og håp om å kunne få hjelp en gang i fremtiden!**

Referatet er tidligere publisert i Muskel&Skjelett 2-2007



Viola Tricolor

NATURTERAPI



Midttunveien 7, 5224 Nesttun
Praksis i Oslo og Bergen

TELEFON 970 70 952

Utvalgt samarbeidspartner for LFN



Advokat
PER BJØRGE
Advokat
OLE H. BENDIKSEN

ERSTATNINGSRETT

◆ TRAFIKKSKADE	◆ FAST EIENDOM
◆ PERSONSKADE	◆ BYGNINGSRETT
◆ NAKKESLENGSKADE	◆ ALMINNELIG
◆ YRKESKADE	PRAKSIS
◆ PASIENTSKADE	

Advokatfirmaet
BJØRGE OG SKAARAAS AS

Postboks 444, 1703, Sarpsborg.
Tlf: 69 16 23 23. Faks: 69 16 23 20. Mob: 907 54 920
per@bjoerge-skaaraas.no – ole@bjoerge-skaaraas.no

Advokatfirmaet
Andersen
M.N.A.

SKADET – SYK – UFØR

Personskade- erstatning	Trygderett
Ulykkesskader	Sykepenger
Yrkesskader	Rehab./attføring
Pasientskader	Uførepensjon
Forsikringsrett	Yrkesskader

Familie-, arv-, skifte- og arbeidsrett

Tlf. 22 41 95 55 • Mob. 908 87 190
www.aajuss.no • Skipperg. 33, 0154 Oslo
E-post: anders.andersen@aajuss.no

Returadresse:

Landsforeningen for nakkeslengskadde
Postboks 9217, Grønland
0134 Oslo

KONTAKTPERSONER LFN**LFN Akershus**

Leder: Jorunn Bekkesletten
Myragutua, 2022 Gjerdrum
Tlf: 63 99 05 73

LFN Buskerud

Kontaktperson:
Björg Schjølberg
Fjerdningen 31,
3050 Mjøndalen
Tlf: 32 27 33 22
Mob: 93 85 36 94
tsilion@broadpark.no

LFN Oslo

Leder: Turid Monsen
Etterstadsletta 65 A,
0660 Oslo
Tlf: 22 68 20 52
Mob: 905 05 585
turid.monsen@chello.no
www.LFN-Oslo.org

LFN Hordaland

Leder: Line Vedeler
Våkleivbrotet 20, 5155 Bønes
Tlf: 55 12 01 98
Mob: 928 84 388
line@hanseatene.no

LFN Telemark

Kontaktperson: Tommy Ross
Øvre gate 119, 3714 Skien
Tlf: 35 12 00 19
Mob: 404 53 607
GR-OL2@online.no

LFN Aust Agder

Leder: Kjell Larsen
Bergeveien 7, 4886 Grimstad
Tlf: 37 04 29 12
Mob: 90 72 45 20
kje-lar2@online.no

LFN Rogaland

Leder: Johnny Stausholm
Navrabakken 10, 4330 Ålgård
Tlf: 51 61 99 08
Mob: 402 01 320
j.s@lyse.net

LFN Vestfold

Kontaktperson:
Rune Hogsnes
Oldenborreveien 38, 3172 Vear
Tlf: 33 33 35 52
Mob: 91 63 35 52
r-hog@online.no

LFN Østfold

Leder: Jane Jensen
Tråklestinget 29,
1537 Moss
Tlf: 69 25 95 75
j-anita@online.no

LFN Oppland Hedmark

Kontaktperson:
Björg Schjølberg
Fjerdningen 31,
3050 Mjøndalen
Tlf: 32 27 33 22
Mob: 93 85 36 94
tsilion@broadpark.no

LFN Sogn og Fjordane

Kontaktperson:
Jan Birger Eldevik
Ørengata 1 A, 6993 Høyanger
Tlf: 57 71 29 42
Mob: 97 72 95 02

LFN Møre og Romsdal

Kontaktperson:
Tove Anita Gribbestad
Kometveien 4 A
6419 Molde
Tlf: 71 21 08 99

LFN Trøndelag

Leder: Kjell Lian
Heimtrøa 19, 7054 Ranheim
Tlf: 73 96 84 02
kjelian@online.no

LFN Nord Norge

Leder: Torhild Evertsen
Svarthammaren 3
8015 Bodø
Tlf: 75 51 04 28
Mob: 91 38 74 58
torill@torfri.no



ADVOKATFIRMA John Tuflått MNA

Postboks 374, 1301 Sandvika

jt@consiliumlaw.no
Telefon: 67 80 51 63 / 67 80 51 50
Mobil: 93 43 12 57
Faks: 67 80 51 51

Særlig kompetanse innenfor områdene:
Trafikkskade, yrkesskade, personskade, trygd,
forsikring og prosedyre

**Ta kontakt for en gratis
vurdering av din sak!**

Mer enn 15 års erfaring med personskade

Vi er spesialisert innen:

- yrkesskader
- trafikkskader
- pasientskader

Når du velger oss, velger du et firma
som bryr seg om klienten!

Kontakt oss for gratis vurdering

Advokatfirma Unneland & Co
Klingenberggata 7B
Postboks 1549 Vika
0117 Oslo

Tlf.: 23 23 94 94
Fax.: 85 03 59 49
E-post: info@adv-unneland.no
www.adv-unneland.no



Advokatfirma
Unneland & Co