

Glimt DIN SMERTE

UTGAVE 01-2024

MEDLEMSBLAD FOR FORENINGEN FOR KRONISKE SMERTEPASIENTER

Velkommen til
smertemestring

SIDE 4

Det er ikke farlig
å ha vondt

SIDE 10

Digital hjelp til
smertebehandling

SIDE 20

*God jul og
godt nytt år!*





Foreningen for kroniske smertepasienter

LEDERS HJØRNE

Ønsker alle våre lesere en riktig god jul og et godt nytt år.

Et stort takk til deg som er medlem i FKS enten du er et nytt medlem eller en gammel travet. Det er takket være dere som gjør det mulig at foreningen vokser og at vi får mere innflytelse og kan gjøre oss mer markerte. I tillegg vil jeg takke de som har bruk oss søkerorganisasjon til DAM. Til sammen gjøre dere det mulig for oss å gi dere de tilbudene dere får enten det lokalt eller i regi sentralt.

2025 er Landsmøte år. Jeg vil oppfordre alle medlemmer til å stille opp og delta aktivt på lokalavdelingene sine årsmøter. Og la seg velge til delegater. På denne måten er du med og former foreningen. Det er kun på denne måten vi kan bygge en forening som arbeider i den retningen du ønsker. Vi er hele tid på jakt etter personer som har litt overskudd og som synes at det å gjøre en arbeidsinnsats i foreningen høre interessant ut.

Vi har den senere tiden hatt mange søknader om forskningsmidler til DAM, noen har gått igjennom, som dere kan lese om i bladet. Dette er et viktig bidrag på flere måter. Alle prosjektene krever brukerrepresentanter som igjen er vår stemme inn i prosjektene. Som sikkert noen av dere har fått med dere, har vi opparbeidet oss et samarbeid med vår søster forening i Danmark (FAKS, Foreningen av Kroniske Smertepasienter). Dette er noe det nordiske forsker- og legemiljøet har fått med seg. Som igjen har ført til at det er ønskelig å lage en felles plattform av pasientorganisasjoner i de nordiske landene, for å bli en sterkere stemme i miljøet. Arbeidet er i gang, men det tar tid og er en tung prosess. Så i løpet av våren/sommer 2025 håper jeg vi kan komme med flere opplysninger.

Smertesamlingen vi arrangerer i oktober vokser for hvert år, som vanlig var de aller fleste meget fornøyde i år også. Vi ønsker at så mange som mulig melder seg på og er med å lage et sosialt nettverk innad i foreningen. Du er hjertelig velkommen i oktober 25.

Ønsker dere alle en riktig god jul og et godt nytt år.



*Med vennlig hilsen styreleder
Rune-Armand Strömberg*

Postboks 1050 Gimsøy, 3704 Skien
Merk «Sentralstyret»

Foreningen vår er tilsluttet Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon FFO. FFO er Norges største paraplyorganisasjon for organisasjoner av funksjonshemmede og kronisk syke.

FFO arbeider aktivt for samfunnsmessig likestilling og deltakelse for funksjonshemmede og for å gjøre hverdagen vår bedre. De arbeider både politisk mot regjering, Storting, departement og utvalg.

Både vi som lever med kroniske smerter og våre pårørende ønsker at vi kan få leve et liv i selvbestemmelse og få den hjelp som trengs for å leve et godt liv. Vi trenger hjelpemidler for å kompensere for våre funksjonsnedsettelse og hjelp til smertemestring.

Vi trenger et sosialt liv.

Foreningen for kroniske smertepasienter tilbyr mange ulike aktiviteter der vi i møter likesinnede og knytter vennskap og gode bånd. Slik hjelper vi hverandre til en bedre hverdag.

INNHold

Velkommen til smertemestring.....	4
I ni år var Marion avhengig av opioidene hun fikk av legen	6
«Det er ikke farlig å ha vondt»	10
Sosioøkonomiske vansker øker sjansen for å utvikle langvarig opioidbruk uavhengig av smertelidelser.....	14
En liten helsing frå avdeling Sogndal og omegn	16
Skjeteorien.....	18
Digital hjelp til smertebehandling.....	20
Vi gratulerer.....	22
God kommunikasjon – bedre helse.....	26
Weekendsamling.....	28
Regional og Nasjonal Smertesamling 2024.....	30
SASP Congress.....	31
MUSS konferansen 2024.....	31



Finn oss på:
facebook®

<http://www.facebook.com/kroniskesmerter>

INNLEVERINGSFRISTER GLIMT NR. 01-2025:

Artikler og lokalavdelingstøff sendes fortløpende til
redaksjonen@kroniskesmerter.no innen 1. mars 2025.

Styreoversikt mottas fortløpende.

Glimt DIN SMERTE

Medlemsbladet Glimt utgis av
Foreningen for Kroniske Smertepasienter.

FORSIDEBILDET:

Colorbox

KONTAKT REDAKSJONEN:

Jorunn Arnesen
Telefon: 922 31 756
Mail: redaksjonen@kroniskesmerter.no

SEKRETARIATET:

Foreningen for kroniske smertepasienter
Postboks 1050 Gimsøy, 3704 Skien
Merk «Sentralstyret»
Telefon: (+47) 467 70 668
post@kroniskesmerter.no

WEB-NETTIDE:

www.kroniskesmerter.no

GRAFISK PRODUKSJON:

Viken Media AS, Sarpsborg

TRYKK:

LS Offset AS, Sarpsborg
Opplag: 1600

ANNONSEALG:

redaksjonen@kroniskesmerter.no

ANNONSEPRISER:

Helside	kr. 4.000,-
Halvside	kr. 2.000,-
Kvartside	kr. 1.000,-
Støtteannonse, stor	kr. 800,-
Støtteannonse, liten	kr. 400,-

MEDLEMSKONTINGENT PR. ÅR:

Hovedmedlemskap kr. 350,-
Husstand/familie/støttemedlemskap
kr. 200,-
Firma/sponsormedlem kr. 1.000,-

Signerte artikler står for artikkel-
forfatterens regning.

Redaksjonen er ikke ansvarlig for
artikkelens innhold.

Vi tar forbehold om evt. trykkfeil.

Velkommen til smertemestring

I samarbeid med Foreningen for Kroniske smertepasienter og med midler fra Stiftelsen Dam, deler Therese og Mathilde fra smertepoliklinikken Drammen sykehus, kunnskap og konkrete lydfiler og bevegelsesøvelser for aktiv Smertemestring.

AV MATHILDE MYKLEBUST, SPESIAL FYSIOTERAPEUT, SMERTEPOLIKLINIKKEN DRAMMEN SYKEHUS

Velkommen til å følge prosjektet videre på facebook «Smertemestring», og på youtube «smertestressmestring». Her finner du lydfiler og videoer for pust, avspenning og bevegelse. Just do it!

Pilot prosjektet startet for flere år siden, da vi erfarte at mange av de vi møtte hadde erfart å ikke bli møtt eller trodd i helsevesenet. Smerten du kjenner er helt reell for deg, men det finnes veier for å leve med smerten, samt teknikker for å erfare smertelindring. Prosjektet har et stort fokus på helhetlig behandling og å gi deg forståelse for hvordan ivareta den fysiske, mentale og emosjonelle kroppen.

De erfarer at selv om 30 % av den norske befolkningen lever med langvarige smerter, er det stor mangel på kunnskap blant helsepersonell om smertemekanismer og hvilke faktorer som gir smertelindring. I klinikken erfarte vi, at mange manglet forståelse for sin smertesituasjon og at den største bøygen for mange var at de manglet konkrete råd og vei-

ledning på det vi hadde instruert i her på klinikken. Det startet med at vi tok opp lydfiler under konsultasjoner og på kursene vi holdt, slik at pasienten selv kunne lytte til dette hjemme. Vi så da at det var betydelig flere og mye lettere for mange å prioritere tid til egenomsorg ved hjelp av pust, avspenning, bevegelse på riktig nivå. Etter hvert opprettet vi en side på youtube, slik at dette ble mer tilgjengelig for flere. Vi vil nå dele og gjøre denne kunnskapen tilgjengelig for alle langvarige smertepasienter i Norge.

Vi erfarer at kunnskap er medisin. Kunnskap gir både eierskap og skaper trygghet. Men viktigst av alt er at det må handling og praktisering inn som en viktig grunnmur i hverdagen.

Therese og Mathilde er godt i gang med et bokprosjekt «Smertemestring». Therese er en dyktig illustratør og Mathilde skribent. I boken vil de dele kunnskap om smertemekanismer. Viktigheten av det autonome nervesystemet ved langvarige



Mathilde og Therese
Foto: xxxxx



smerter. Herunder den tredelte hjernen, symptomer på sympatikus aktivering, viktigheten av vagusnerven og konkrete redskap for pust, avspenning og visualisering. Pusten og diaphragmafunksjonen reagerer på alt i oss og rundt oss. Den er essensiell for å erfare smertelindring og de vil gi råd om bevegelse, pauser og hvile.

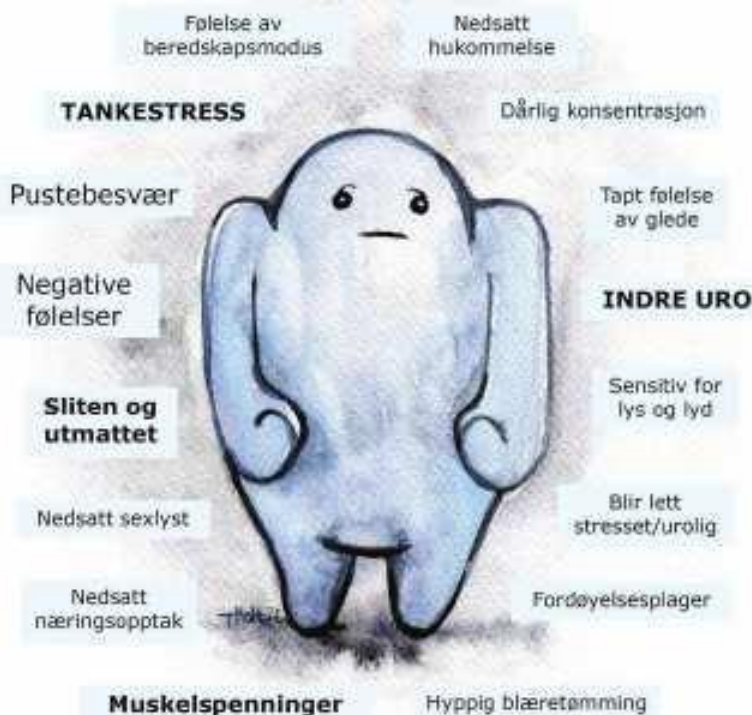
Therese og Mathilde deler videoer som nå ligger på youtube og på «smertemestring» på facebook. Her kan du kan komme i gang med daglig praktisering. De legger stor vekt på at du skal tillate å legge fra deg hodet og det mentale og heller erfare øvelsene fra kroppen.

Mathilde er i gang med å etablere en hjemmeside med domene www.Smertemestring.no og etter hvert kommer det kanskje både en podkast og digitale smertemestringskurs for både pasienter, pårørende og helsepersonell.



HOLDE PUSTEN vs PUSTE DYPT

Alle øvelser og teknikker de deler på Smertemestring har vært utprøvd over flere år i gruppebehandling for pasienter i VestreViken. 22. august 2024 planlegges det å etablere en egen lokal pasientforening for Langvarige smertepasienter i Buskerud. Ønsker du delta her, ta kontakt med sentralstyret i FKS. ■





– I ni år var Marion avhengig av opioidene hun fikk av legen

Er vi i ferd med å få en opioid-epidemi i Norge?

AV SIW ELLEN JAKOBSEN, JOURNALIST (FORSKNING NO)

Bruken av sterke opioider har skutt i været de siste to tiårene. Flere dør nå av en overdose med reseptbelagte medisiner enn av heroin.

Opioid-ofrene er en annen gruppe enn dem som dør av heroinforgiftning. De er oftere kvinner over 50 år som er bedre økonomisk stilt. Mange har langvarige smerter.

Er det for lav terskel for å skrive ut disse medisinene her i landet?

Det prøver forskere nå å få svar på.

Tillit til legene

– Jeg hadde veldig tillit til legene som sa at disse medisinene ville hjelpe meg. Og det gjorde de virkelig, forteller Marion Jakobsen.

Hun hadde skader i nervetrådene i nakken etter en operasjon for nakkeprolaps.

– Jeg hadde konstante smerter som gikk ned i nervene i begge armene. Til slutt mistet jeg helt følelsen, spesielt i høyrearmen. Etter hvert gikk smertene også nedover

beina. De føltes som gelé, og jeg mistet helt kontrollen over dem.

Smertene var altoppslukende, forteller Jakobsen.

De forsvant da hun fikk opioider i 2010. Men hun mistet seg selv disse årene, mener hun.

– Jeg klarte ikke helt å få med meg det som skjedde. Jeg misforsto mye. Og jeg sov mye av døgnet.

Først i 2019 klarte hun å kutte ut disse legemidlene, etter en hard kamp.



I nesten ti år følte Marion Jakobsen at hun mistet seg selv. – Jeg klarte ikke helt å få med meg det som skjedde. Jeg misforsto mye. Og jeg sov mye av døgnet, forteller hun. I dag er hun nestleder i Foreningen for kroniske smertepasienter og advoker mot konsekvensen av opioider mot kroniske smerter (Foto: Privat)

En seksdobling

Det kan være grunn til å bekymre seg. I Norge har det fra 2004 til 2021 blitt lavere terskel for å skrive ut disse legemidlene til pasienter med langvarige smerter.

Bruken av svakere opioider, som kodein og tramadol har vært stabil i samme tidsperiode.

Men det har skjedd en seksdobling i bruken av oksykodon.

Stort forskningsprosjekt

Økningen er størst blant dem som allerede bruker veldig mye og sterke opioider, forteller Ingvild Odsbu og Svetlana Skurtveit. De forsker begge på vanedannende legemidler ved Folkehelseinstituttet.

Skurtveit leder nå et stort forskningsprosjekt kalt POINT (*Preventing an opioid epidemic In Norway: Focusing on treatment of chronic pain*).

Sammen med en rekke forskningsinstitusjoner og brukerorganisasjoner skal de finne ut hvordan bruken av disse legemidlene utvikler seg i Norge.

Opioider på statens regning

En av årsakene til økningen kan være at det fra 2008 ble mulig for pasienter med langvarige smerter å få opioider på blå resept. Altså på statens regning.

Det er den blå resepten som bekymrer forskerne mest. Disse pasientene får nemlig mye høyere doser enn dem som henter ut medisinen på hvit resept. Og de får dem ofte veldig lenge.

Av dem som fikk opioider på blå

resept i 2009, fortsatte nesten halvparten med behandlingen ni år etter.

Risiko for avhengighet

Det er ikke dokumentert at opioider virker smertestillende når de brukes over lang tid. Tvert imot er det risiko for å bli avhengig og økt risiko for overdoser.

Rundt 60.000 personer i Norge har det forskerne kaller vedvarende bruk av opioider.

Av disse er det 24 prosent som er i blåreseptordningen for langvarige smerter. 63 prosent har vedvarende opioidbruk på hvit resept.

Dette er også en gruppe som forskerne bekymrer seg for.

Fastlegene fikk skrive ut resepter

I 2016 fikk fastlegene mulighet til å skrive ut opioider til pasienter med langvarige smerter. Tidligere var det bare smerteklinikker som kunne gjøre det. Noe av forklaringen på den økte bruken kan også ligge her, ifølge forskerne.

Men økningen i oksykodon i Norge har vært jevn siden 2004. Det handler derfor om noe mer enn at fastlegene fikk skrive ut på blå resept, mener Skurtveit og Odsbu.

I en tidsklemme

Det er utfordrende for fastleger å finne god lindring som ikke er medikamenter. Det sa Marte Kvittum Tangen, leder i Norsk forening for allmennmedisin, til Aftenposten nylig.

Det krever mer av pasientene. Det er tidkrevende og ofte vanskeligere ▶

Er det starten på en epidemi?

«En av de verste folkehelseskandalene» noensinne. Slik beskrev tidskriftet The Lancet opioidepidemien i USA og Canada på lederplass i 2022.

Disse landene har hatt en veldig liberal praksis i foreskriving av opioider mot smerter. Det har ført til rundt 600.000 overdosedødsfall de siste 20 årene.

Nå er flere bekymret for at vi kan være på vei mot en lignende epidemi i Norge.

å gjennomføre, begrunner hun det med. Marion Jakobsen vil ikke kritisere fastlegene.

– De ønsker bare å hjelpe pasientene som virkelig trenger det. Men de er i konstant tidsklemme. Det skli­r nok litt ut av den grunn.

Jakobsen fikk skrevet ut opioider fra spesialisthelsetjenesten etter en nakkeprolaps. Den daværende fastlegen hennes fortsatte å skrive ut det sykehuset hadde gitt henne av smertelindring.

Begynner i sykehusene

En amerikansk studie viser at pasienter ofte får resept på opioider etter kirurgi eller mot et akutt smerteproblem. De får resepten av spesialisthelsetjenesten.

Men det er fastlegene i primærhelsetjenesten som må håndtere de langsiktige konsekvensene.

Dette kan være en utfordring også i Norge, mener forskerne.

Det fantes alternativer

Marion Jakobsen sa til slutt selv fra om at nok var nok.

Etter over ni år som avhengig, bestemte hun seg for at hun ikke kunne fortsette å leve sånn lenger. Hun ville slutte med medisiner, men opplevde at legene ikke hadde noen alternativer til henne.

Da søkte hun selv etter kunnskap om annen smertelindring. Hun bestemte seg for å bli kvitt medisinene.

Marion Jakobsen fant ut at det er noe som heter ryggmargsstimulering. Hun gikk til legen og ba ham undersøke om det kunne være noe for henne. Han syntes det var interessant og sendte inn en søknad til sykehuset.

Sterk abstinens

Hun fikk først avslag, men ga seg ikke. Da hun til slutt kom til sykehuset, anbefalte de henne å prøve noe som kalles TENS. Det er et

håndholdt apparat med små elektroder som festes på huden for å lindre smerter.

– Dette apparatet fungerte veldig bra i to år, forteller hun.

Det var i denne perioden Jakobsen for alvor bestemte seg for å bli kvitt medisinene.

– Jeg trappet ned i løpet av to måneder. Men da jeg hadde tatt av det siste morfinplasteret, gikk jeg nesten på veggen.

Da ba fastlegen henne om å komme til en samtale. Han ba henne om å forsøke å holde ut i to dager til. Hvis det ikke var bedre da, skulle de sammen finne et alternativ. Etter de to dagene var abstinensen over.

– Hvis ikke fastlegen min hadde bedt meg om å ta den praten, hadde jeg kanskje satt på et plaster til og utsatt det hele. Men legen min var en fantastisk støtte, sier Jakobsen.

Har fått et nytt liv

Etter to år lindret ikke TENS-apparatet smerten hennes lenger.

Nå har hun fått operert inn et såkalt SCS-implantat.

Dette er en elektronisk ryggmargsstimulering der en elektrode plasseres inn i kroppen. Ved hjelp av svak strøm kan den lindre langvarige smerter. Det er særlig pasienter med nervesmerter i rygg og nakke som har nytte av et slikt apparat, skriver Oslo universitetssykehus på sine nettsider.

– Jeg har fått et nytt liv. Jeg har kommet tilbake, sier Jakobsen.

Lite kunnskap om alternativer

Det finnes mange alternativer til legemidler for de fleste som lider av langvarige smerter, mener Jakobsen.

Hun er glad for at hun har en fastlege som er lydhør og positiv til å prøve ut alternative behandlingsmetoder. Som nestleder i Foreningen for kroniske smertepasienter vet hun at det ikke alltid er sånn.

Mange fastleger har ikke så mye kunnskap om alternativer.

– Jeg har forståelse for at noen derfor skriver ut disse legemidlene. De vet ikke hva de skal gjøre og blir fortvilet over å se at pasientene deres har så mye smerter.

Må ikke underbehandle smerter

Opioider har en veldig viktig rolle i behandlingen av smerter. De er helt nødvendige etter store operasjoner og ved kreftsykdom i livets sluttfase.

Det er derfor veldig viktig at vi ikke kommer i en situasjon hvor vi underbehandler smerter, mener Petter Christian Borchgrevink.

Han er overlege og professor ved St. Olavs Hospital på NTNU.

– Det blir veldig negativt om fastlegene bare sier nei til å gi pasienten opioider som kan hjelpe dem mot de akutte smertene, mener han.

Pasienter med langvarige smerter skal vanligvis ikke ha opioider, påpeker Borchgrevink.

Han har vært med på å lage et behandlingsopplegg, kalt NOMED, for fastleger. Det skal hjelpe dem bort fra reseptblokk.

Forsterker og forlenger smerte

I opplegget er det et spørreskjema som skal hjelpe fastlegene til å ta tak i faktorer som gjør at langvarige smerter ikke går over og at smertene blir sterkere, sier Borchgrevink.

– Det kan for eksempel være søvnplager, ensomhet, dårlig fysisk form, depresjon, engstelighet, bekymringer for arbeid og NAV, helseangst og grubling.

Langvarige smerter kan gå ut over forholdet til dem som står pasientene aller nærmest. Mange smertepasienter sliter med et dårlig forhold til sine nærmeste. Mange har også hatt vonde opplevelser i barndom og ungdom, forteller Borchgrevink.

– Mange av disse har vært traumatisert. Særlig gjelder det kvinner.



Er det en opioidkrise i Norge? Det ønsker Svetlana Skurtveit og Ingvild Oasbu å finne ut av. De er begge forskere ved Folkehelseinstituttet. (Foto: Siv Ellen Jakobsen)

Det er ikke en opioidkrise i Norge i dag, mener Petter Christian Borchgrevink. – Norske myndigheter er flinke til å ta kontroll. Og de går ikke i revers, sånn som helsemyndighetene gjør i USA og i Canada. Der tar mange leger ikke lenger å skrive ut disse legemidlene. (Foto: Karl Jørgen Marthinsen/NTNU)

Noen trenger å bli henvist videre til psykolog. For andre kan det være veldig bra bare å snakke med fastlegen, mener han.

– Dette er faktisk noe fastleger kan hjelpe pasienten med smerter med, istedenfor å skrive ut opioider, sier Borchgrevink.

Ingen krise i Norge

Det er ikke en opioidkrise i Norge i dag, mener Borchgrevink.

– Norske myndigheter er flinke til å ta kontroll. Og de går ikke i revers, sånn som helsemyndighetene gjør i USA og i Canada. Der tar mange leger ikke lenger å skrive ut disse legemidlene.

Vi trenger mer forskning før vi innfører en mer restriktiv politikk på dette området i Norge, mener Borchgrevink.

– Og det må ikke gå ut over de pasientene som trenger opioider. ■



NOMED for fastleger

Alle de 17 faktorene nevnt i NOMED som forlenger og forsterker smerter, kan du lese om på smertenettverk.no og nhi.no.

Spørreskjemaet som leger, psykologer og fysioterapeuter har samarbeidet om, er lagt inn i Norsk elektronisk legehåndbok. Det er et verktøy som de fleste fastleger har tilgang til. En spørreundersøkelse blant 70 fastleger som har blitt kurset i å bruke opplegget, viser at de ønsker å ta det i bruk.

Petter Christian Borchgrevink håper at de kan få til et forskningsprosjekt på effekten, selv om det er komplisert å sette opp en god studie på dette.



«Det er ikke farlig å ha vondt»

Jeg tror helsetjenesten er på feil kurs med så utstrakt bruk av enkle kognitive intervensjoner i kronisk smerterehabilitering.

TEKST SIV HILDE BERG, PASIENT OG PSYKOLOG MED DOKTORGRAD INNEN PASIENTSIKKERHET

TEKSTEN STO PÅ TRYKK FØRSTE GANG I TIDSSKRIFTET
«NORSK PSYKOLOGFORENING», VOL 58, NUMMER 12, 2021, SIDE 1057-1059

Jeg har vært på vandring som pasient i helsetjenesten i ti år etter at en hjerne- og ryggmargsbetennelse satte meg helt ut av spill. Kroppen har siden da gitt meg daglig bank i et svingende forløp. Mine dager har derfor store kontraster, fra dager hvor jeg har så sterke smerter at jeg ikke engang kan sitte i en rullestol, til dager hvor jeg går på fjelltur eller presenterer forskning på internasjonale konferanser. Midt mellom disse kontrastene er livet mitt – i konstant rehabilitering, fordi jeg alltid vil ta friheten tilbake. Mine livsroller innebærer like store kontraster. På den ene siden erfarer jeg den sårbare pasientrollen. På den andre siden er jeg forsker og psykolog, som prøver å forstå hvordan helsetjenesten kan skape trygge innleggelser.

Som psykolog er jeg godt kjent med at smerte er en subjektiv opplevelse. Vi skiller mellom den fysiske smerten og den kognitive fortolkningen av smerten. Måten vi fortolker smerten på, påvirker hvordan smerten oppleves. Kognitiv terapi anvendes derfor i fysiske rehabiliteringsinstitusjoner for å arbeide med pasientens tanker rundt smerter. Som pasient erfarer jeg at kognitiv terapi ofte implementeres

stykkevis og delt i smerterehabilitering. Jeg stiller derfor spørsmålet: Kan en slik kognitiv tilnærming også påføre pasienten skade?

Endringsarbeid uten arbeidsallianse

«Det er ikke farlig å ha vondt, dere må ikke være redde for å bevege dere», sier sykepleieren til pasientgruppen. Jeg sitter i kantina i timevis for å støtte en gråtende medpasient etter denne pasientundervisningen om kronisk smertehåndtering. La oss kalle henne Katrine. Hun har en systemisk bindevevssykdom, som har satt i gang en kaskade med alvorlige helseproblemer og sykdom i flere organsystemer. Etter hvert som kroppen gjennomgår den ene krisen etter den andre, blir hun stadig overført til nye avdelinger. Etter flere måneder med innleggelser blir hun overført til et rehabiliteringssykehus.

Første møte med rehabiliteringen er oppmøte i undervisning. Det Katrine hører når sykepleieren snakker, er at de ikke tar smertene hennes på alvor; hun må bare gjøre mer. Hun er allerede på randen etter å ha presset seg langt med smerter. Hun kjenner at hun har vansker med å ha tillit til at helsepersonell er i stand til å hjelpe henne på denne avdelingen.

Det å ha tillit er fundamentalt for pasientens opplevelse av trygghet i helsetjenesten. Å ha tillit innebærer at vi stoler på at den andre handler i beste hensikt for å hjelpe oss, som gjør at vi åpner opp for endring og den andres perspektiver. Tillit og arbeidsallianse mellom pasient og behandler anses som grunnleggende for endringsarbeid i psykisk helsevern og kognitiv terapi.

Flere ganger erfarer jeg at en times undervisning om kognitiv terapi og smerte blir brukt som eneste intervensjon for å lære pasienter om

«I møte med fysiske rehabiliteringsinstitusjoner har jeg begynt å bekymremeg for den økende psykologiseringen»

smertehåndtering. Katrines pasientferinger illustrerer risikoen når en enkeltintervensjon, slik som pasientundervisning, plukkes ut fra den helhetlige rammen i kognitiv terapi. Uten arbeidsalliansen, empatien og individtilpasningen kan helsepersonell risikere å trække feil, og i en enveis undervisningssituasjon er en spesielt utsatt for å gjøre nettopp det. Uten å møte pasienten som et likeverdig menneske med nysgjerrighet, respekt og empati oppnår ikke en kognitiv terapeut endringer i behandlingen. Flere ganger har jeg lurt på om dette anses som like grunnleggende i kronisk smerterehabilitering.

Antakelsen om like feiltolkninger

«Så du jogger ikke? Det er ingen grunner til at du ikke kan jogge», svarer legen i smerterehabiliteringen når jeg forteller at jeg driver med orienterings-«løp» i skogen. Han fortsetter å lete etter bevis på at det er noe jeg unngår i hverdagen, som

Det kan virke som en del helsepersonell tror at alle pasienter med kroniske smerter har bevegelsesfrykt, og at deres primære mål må være å overbevise pasienten om å utfordre aktivitetene som trigger smertene. I kognitiv tilnærming antas det at ulike feiltolkninger av smerte kan bidra til å opprettholde kronisk smerte. En feiltolkning er å tenke at smerten tyder på at noe er alvorlig galt – altså katastrofetenkning. Bevegelsesfrykt er en annen feiltolkning av at aktiviteter som trigger smerte, må unngås. Bevegelsesfrykt gir en stadig innskrenkning i smertepasientens frihet, som også spiller dårlig på lag med nevroplastisiteten og kroppens muligheter til å gradvis avlære automatiske smertereaksjoner.

Men det er også kjent at noen pasienter mestrer smerter på en annen måte. I motsetning til bevegelsesfrykt har noen pasienter en tendens til å ignorere smerte og signaler om at kroppen trenger hvile. Dette gir overbelastning fordi det ikke tas hensyn til den totale belast-

problemet, og hvordan den enkelte tenker, føler og handler. Sammen blir behandler og pasient enige om mål for behandlingen før endringsarbeidet settes i gang. I rehabiliteringsinstitusjoner erfarer jeg ofte at problemformuleringen sammen med pasienten fases ut og erstattes med spørreskjemaer. Et skjema er ikke i stand til å romme noe så unikt som den enkeltes tanker, følelser og ulikhet.

Psykologiseringens inntog

«Vi opererer ikke med diagnoser her», sier legen på rehabiliteringsinstitusjonen når jeg nevner diagnosen jeg har fått. Han forklarer at diagnoser gjør at folk fortolker smertene som farlige.

Det er kjent at det å oppleve kroppen som uopprettelig skadet fører katastrofetanker. Det gjør oss redde og åpner smerteporten. Et eksempel på dette er alle katastrofetankene som vekkes av å lese MR-beskrivelse om degenerative forandringer i rygg, uten å ha kjennskap til at det er naturlig med slitasje i bein og ledd, og at slike MR-funn oftest ikke har sammenheng med smerten.

Men ifølge kognitiv terapi er det meningen en legger informasjonen, som er av betydning for smerteopplevelsen, ikke å ha en diagnose i seg selv. Diagnoser kan ha ulik mening for ulike mennesker. For meg var det først da jeg fikk riktig diagnose om en underliggende genetisk bindevevssykdom, at det gikk mer stabilt fremover. Diagnosen er for meg en kilde til informasjon om hva jeg bør gjøre og ikke gjøre i behandling, og det gir meg en økt opplevelse av håndterbarhet og kontroll. Denne informasjonen er positiv for smertehåndteringen fordi

«En kan lure på om den kognitive tilnærmingen har ført til at helsepersonell unngår å snakke om smerte i smertebehandling, i frykt for å påvirke smerteopplevelsen negativt»

opprettholder smerte. Men han har knapt kjent meg i syv minutter, har enda ikke spurt meg hva jeg trenger hjelp til, hvilke smerter jeg plages med, hva jeg selv gjør for å mestre smerter, og han har allerede plassert meg i en forhåndsbestemt kategori: bevegelsesfrykten.

ningen. Jeg kjenner meg igjen i dette mønsteret. Det er reguleringen av aktivitet som hjelper meg i dårlige perioder. Da hjelper det lite å høre at jeg burde gjort mer.

I kognitiv terapi skal behandlingen skreddersys til den enkelte ved å undersøke pasientens opplevelse av

jeg opplever at jeg blir myndiggjort til å ta bedre og mer informerte valg.

I psykisk helsevern bekymrer jeg og mine kollegaer oss ofte over den økende patologiseringen av pasientene. I det overveldende fokuset på diagnostisering og risikovurdering frykter vi ofte at fokuset på pasienten som et helt menneske går tapt. I møte med fysikalske rehabiliteringsinstitusjoner har jeg derimot begynt å bekymre meg for den økende psyko-logiseringen; at diagnosens hensikt i å gi informasjon om prognose og kurs i behandlingen har måttet vike for et ensidig fokus på å endre subjektive smerteopplevelser.

Jeg minnes den formidable støtten jeg fikk når jeg padlet kajakk under et rehabiliteringsopphold. Det som var viktig for meg, var å få legehjelp til bivirkninger av legemidler som trigget nervesmerter. Personalet var overbevist om at kajakkpadling i den positive opplevelsens ånd var løsningen. Det var ingen som heiet på meg de dagene jeg ikke kunne sitte etter kajakkturen. Jeg kom hjem uten legehjelp og uten samtaler om smerte i en to ukers smerterehabilitering. En kan lure på om den kognitive tilnærmingen har ført til at helsepersonell unngår å snakke om smerte i smertebehandling, i frykt for å påvirke smerteopplevelsen negativt.

I forsøket på å endre pasientens fokus fra sykdom og smerte til muligheter er en vanlig fallgrube å ensidig lytte til det friske pasienten formidler, og lukke ørene når pasienten formidler smerte. Pasientopplevelser knyttet til slike møter i psykiatrien beskriver følelser av håpløshet og skam, og tilliten til helsepersonell svekkes. Slike opplevelser skaper barrierer for endringsarbeid.



Hilde Thomsen, illustratør

Selvsagt er lystbetonte aktiviteter viktig, men ensidig fokus på å tenke positivt og gjøre hyggelige ting oppleves krenkende når helt elementære grunnleggende fysiologiske behov for akutt smertelindring, trygghet, søvn og ernæring ikke er ivarettatt. Pasienten må først møtes der pasienten er, før blikket kan løftes.

Kan feil implementering gjøre skade?

Jeg stiller meg ofte spørsmål om den fragmenterte implementeringen av kognitiv terapi i fysikalske rehabiliteringsinstitusjoner kan risikere å påføre pasienten skade. Å anse pasientens erfaringer og følelser som ikke viktige er en form for invalide-

ring. Stadige møter med invalidering gjør noe med mennesker. Et invaliderende miljø over tid kan påføre skade fordi det reduserer pasientens evne til å regulere egne følelser og atferd.

Det å møte pasienten som et meningsbærende individ, som selv kan definere sitt problem, anses også som sentralt i smerterehabilitering. Ved å ikke ta seg tid til empower-ment kan det danne grobunn for mistillit mellom pasienter og helsepersonell, noe som kan hindre endringsprosessen. Er det ikke nettopp egenregulering og myndiggjøring som er avgjørende i håndtering av kronisk smerte? ■

NY FORSKNING VISER:

Sosioøkonomiske vansker øker sjansen for å utvikle langvarig opioidbruk uavhengig av smertelidelser

AV HÅKON HØYDAL NESTVOLD, SVETLANA SKURTVEIT OG INGVLID ODSBU

I tidligere utgaver av Glimt (01/2021, 01/2023) har vi skrevet om funn fra vår forskning om å forebygge en opioidepidemi i Norge, også kjent som «POINT-prosjektet» (1). Som en del av dette prosjektet har vi studert ulike risikofaktorer for å utvikle langvarig bruk av reseptbelagte opioider (dvs. bruk av opioider på resept lenger enn tre måneder). Vi ønsker i denne artikkelen å presentere funn fra to nylig publiserte vitenskapelige artikler som fokuserer på sosioøkonomiske faktorer (2) og innvandrerbakgrunn (3).

Norske og internasjonale retningslinjer anbefaler at man ikke behandles med opioider over lange perioder (4, 5). Dersom man har behov for å bruke opioider over lang tid bør det tilbys ikke-medikamentell behandling i tillegg. Det anbefales å kombinere den medikamentelle behandlingen med ikke-medikamentelle alternativer som smertemestringskurs, fysioterapi, behandling av psykiske vansker/lidelser og fysisk trening. Dette anbefales fordi det er kjent at faktorer som blant annet stress, depresjon og manglende livskvalitet er med på å forsterke og vedlikeholde smerter.

Håpet er da at personer med langvarig smerte kan trappe ned bruken av opioider over tid eller minke dosene som trengs for å håndtere smerten slik at man får en bedre livskvalitet.

Mange med langvarig smerte kan kanskje kjenne seg igjen i at det er vanskelig å gjennomføre smertebehandling når man sliter med sosioøkonomiske utfordringer som arbeidsledighet, lav inntekt, problemer med bolig, samlivsproblemer eller manglende tro på sikker fremtid. Men selv om sosioøkonomisk bakgrunn har vært forsket på i forhold til avhengighet av alkohol og tyngre stoffer har det ikke vært klart hvor stor grad dette spiller inn på langvarig bruk av forskrevne opioider. I tillegg har det vært uklart hvilken rolle innvandringsbakgrunn spiller inn i slik langvarig opioidbruk. Dette har derfor vært fokuset for to av våre nye artikler publisert i internasjonale tidsskrift.

I begge disse artiklene har vi brukt koblete data fra norske helseregistre og befolkningsdata fra Statistisk sentralbyrå for å kunne forske på alle voksne nordmenn med lang-

varig opioidbruk i perioden 2011–2019. Basert på disse dataene har vi mulighet til å studere ulike underkategorier av sosioøkonomisk status, samt smertediagnoser disse pasientene har hatt året før de utviklet langvarig opioidbruk. Studiedesignet vi benyttet oss av er en såkalt «nøstet kasus-kontroll» studie, som i praksis betyr at vi paret hver person med langvarig bruk av opioider med fire personer med lik alder og kjønn det året vedkommende utviklet langtidsbruk som kontroller for sammenlikning. Dette kunne vi gjøre takket være den store og omfattende datakilden som er norske helse- og populasjonsregistre. I analysen vår justerte vi for flere klinisk relevante diagnoser som artrose, migrene, magesmerter, nevropatisk smerte, ryggsmerte, depresjon, angst, søvnproblemer, tidligere rusmiddellidelser og bruk av andre vanedannende legemidler som benzodiazepiner (f.eks. Valium, Stesolid, Sobril) eller z-hypnotika (f.eks. Imovane).

I perioden 2011–2019 var det over 215 000 personer over 18 år som utviklet langtidsbruk av forskrevne opioider (og over 862 000 personer

uten langtidsbruk som da ble brukt som kontroller). I den første studien fant vi en sterk sammenheng mellom utvikling av langvarig opioidbruk og lavt utdanningsnivå, lav husholdningsinntekt, arbeidsledighet, uførepensjon og det å bo alene (2). I aldersgruppen 18–67 år var det spesielt lavt utdanningsnivå og arbeidsledighet som pekte seg ut. På grunn av justeringen i analysen kan vi være sikre på at denne økningen ikke var annerledes for folk med diagnostisert depresjon, ryggsmarter eller liknende. Våre resultater viser derfor hvor viktig det er å adressere sosioøkonomiske vansker når man planlegger smertebehandling. Å få folk i arbeid kan for eksempel være et helsepromoterende tiltak i seg selv. Men vi så også at det var en mye større andel av de med langtidsbruk som hadde depresjon, angstlidelser, søvnproblemer og spesielt bruk av benzodiazepiner eller z-hypnotika sammenliknet med de som ikke utviklet langtidsbruk. Resultatene viser dermed at det er viktig å behandle psykiske lidelser/vansker og også ha som mål å minke samtidig bruk av andre avhengighetskapende medikamenter for å redusere risikoen for å utvikle langvarig bruk av opioider.

I den andre studien utforsket vi om folk som har innvandret til Norge har annerledes risiko for å utvikle langtidsbruk når de får forskrevet opioider sammenliknet med de som er norskfødte (3). Det vi fant svarer med funn fra forskning på innvandring og bruk av andre rusmidler og alkohol, nemlig at innvandrere også har en lavere risiko for langvarig opioidbruk. Spesifikt fant vi at yngre innvandrere mellom 18–44 år hadde 25% lavere risiko for å utvikle langtidsbruk, noe som ikke var tilfelle for de over 45 år. Noe som var interes-

sant var hvor stor forskjellen var mellom ulike fødelandsregioner, hvor lavest risiko ble funnet for de som var født i Afrika og høyest risiko blant de som var født i USA (som var lik norskfødte). At eldre innvandrere var mer lik den norskfødte befolkningen var også forventet, gitt at innvandrere tilnærmer seg lokalbefolkningens helsenivå over tid. Takket være det robuste studiedesignet som ble brukt kan vi anta at den reduserte risikoen for å utvikle langvarig opioidbruk ikke skyldes forskjeller i forekomst av ulike smerter eller lav sosioøkonomisk status, men istedenfor kan være et resultat av kulturelle forskjeller i bruk av smertestillende midler.

Det kreves fortsatt mer forskning for å se på nyanser i kulturell, sosioøkonomisk og demografisk bakgrunn og dens relevans i forhold til bruk av reseptbelagte opioider, men disse studiene viser med stor robusthet og store datasett at dette er viktig å tenke på for de som forskriver opioider og de som mottar dem. Vi anbefaler å lese artiklene som kan finnes gratis på nett for mer detaljer om resultatene (2, 3). Vårt videre arbeid fokuserer blant annet på hva risikoen er for å utvikle rusmiddellidelser om man har langtidsbruk av forskrevne opioider. Denne håper vi å kunne presentere for leserne av Glimt i det kommende året. ■



REFERANSER:

1. POINT - hvordan unngå en opioiddepotemi i Norge. [Available from: <https://www.med.uin.no/klinmed/forskning/prosjekter/point-hvordan-unnga-opioiddepotemi-norge/>].
2. Nestvold HH, Skurtveit SS, Hamina A, Hjellevik V, Odabu I. Socioeconomic risk factors for long-term opioid use: A national registry-linkage study. *European journal of pain* (London, England). 2023. 2024 Jan;28(1):95-104. doi: 10.1002/ejp.2163. Epub 2023 Jul 27. PMID: 37501355.
3. Nestvold HH, Skurtveit S, Hamina A, Hjellevik V, Odabu I. The risk of long-term opioid use among immigrants: a national registry-linkage study. *Scand J Public Health*. 2024 Aug 22;14034948241266744. doi: 10.1177/14034948241266744. Epub ahead of print. PMID: 39169861.
4. Humphreys K, Shover CL, Andrews CM, Bohnert ASB, Brandeau ML, Caullins JP, et al. Responding to the opioid crisis in North America and beyond: recommendations of the Stanford-Lancet Commission. *Lancet*. 2022;399(10324):555-604.
5. Health TNDn. Nasjonal veileder for vanedannende legemidler. Oslo: The Norwegian Directorate of Health 2021 [updated 19.10.2021]. Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler>.

En liten helsing frå avdeling Sogndal og omegn

AV KARIN UGLUM, LEIAR SOGNDAL OG OMEGN

Foreninga blei starta opp i mars 2023 av Kjell Erdal og Marit Dyrddal Foss. Det blei ein del utfordringar både å få meldt organisasjonen inn i Brønnøysund registeret (noko me framleis har problem med- skjema-velde er noko dritt) og få til ein opps-
part på styreweb – og det som gjekk på det tekniske. Men til sist fekk dei registrert foreninga og dei sette i gang med å få til samarbeidspartnarane. Etter kvart blei det bestemt at dei gjekk vidare aleine. Kjell Erdal var flink å få inn pengegaver og dette første året hadde ein god økonomi. Det blei arrangert kafébesøk for medlemsmassen. Etter eit år kjente Kjell Erdal at han ikkje hadde den kapasiteten som trengtes for å halde fram som leiar.

Så blei underteikna kontakta av Kjell og Marit – spørsmålet var klart og tydeleg; «kan du gå inn som leiar, ellers så må vi legge ned?» Eg takk for tilliten, men var klar på at her måtte eg få hjelp av alle, for eg var ikkje sikker på kva eg sa ja til. Men som sagt, så steppa eg inn og med hjelp frå Jorunn og Marion sentralt og frå Marit Dyrddal Foss har vi no restarte foreninga.

På siste styremøtet før årsmøtet i mars, takka vi av Kjell Erdal med middag på hotellet og ei blomsterhelsing.

Eg var på møte på Gardemoen i mars og fekk opplæring i styrearbeid og i

tillegg ei kort innføring i StyreWeb. Reiste heim, og så starta arbeidet. Det første eg gjorde var å kontakte lokalavis for å få blest og ut kunnskap om foreininga. Vart eit veldig bra innlegg med fokus på at vi var til for medlemmane for å få eigenmotivasjon i livet og korleis leve med smert. At vi har ein stor samfunnsverdi – sjølv om mange må sette ned «tem-poet».

Årsmøtet blei gjennomført med både inviterte gjester, tidlegare medlemmar og tilsette i bedrifter som hadde vore bidragsytarar. Vi fekk med oss politikarane og samarbeidspartnarane. Etter at årsmøtet blei gjennomført, hadde me førstehjelpskurs. Kurs-
holder ga oss kurset. Og eg må sende ei stor takk til Ove Elnar Lereim og hans kursbedrift.

Etter årsmøtet gjennomførte eg og Marit møte med leiar for frivilligsentralen. På møtet staka vi ut samarbeidet vidare og han var posetiv til å samle leiar og nestleiar i alle dei små foreningene. Målet med møtet er å hjelpe kvarandre i organisasjonsarbeid, «vi treng ikkje alle finne opp kruttet på nytt» Han vil også invitere oss inn i det interkommunale samarbeidet, der vi skal snakke om foreninga og korleis vi ser at vi kan saman (alle foreningane) løfte oss «opp og fram». Første møtet skulle vere i august, der bli planen var å jobbe fram ein god dag for frivillighetsdagen som er i september. Dette

møtet gjekk ut, men planen er å møtast i nær framtid, for å bli kjende med kvarandres foreiningar.

Så gjekk turen til kommunalsjef for helse og omsorg og hennar nestleder. Her snakka vi om foreininga sjølv-sagt, men også korleis vi kan bidra i arbeidet som kan gje ein tosidig god følelse både for deira brukarar men også for våre medlemmar. Mange av deira brukarar har bruk for at noko tek ein tur innom dei, enten for å lese, sjå på tv med dei eller ta ein kaffikopp mm., vi vil freiste få til ei slik gruppe på neste medlemsmøte. Vi har også vore innkalle på eit tverrfagleg arbeid i Sogndal kommune, der dei freista finne betre «arbeidsvilkår» for frivillige organisasjonar – alt frå kven kon-



taktar ein, kvar finner ein informasjon, kva kan ein kreve, pengestøtte, kor søke etter midlar m.m. Dette er eit viktig arbeid for at organisasjonsarbeid i kommunen skal «gli» utan unødig stopp og frustrasjon frå organisasjonar.

Vi har også bytta bank og i den forblindende har vi fått oss ein supergod kontakt der som har gjeve oss opplæring i å søke midlar, men som også stiller seg klar til å hjelpe uansett når det skal vere. Så gjekk ferden vidare til frisklivssentralen.

Vi har bestilt oss klede og reklamemateriale og vil no framover besøke kjøpesenter, der vi freiste få dialog med eventuelt nye medlemmar. Har også snakka om å reise på ulike «dagar» som kommunar har rundt om Sogndal for også der gjere oss synlege. Dette har gått ut, vi hadde ikkje noko reklamemateriale, så her vil vi komme «sterkare tilbake» til neste år.

Så må eg få sagt; «at me har vore godt motteke av alle som vi «har klakka» på dørene til».

Samstundes så held eg fremdeles på å læra meg inne på styreweb, eg les og laga malar. Desse vil eg legge ut på fellesområdet, for eg er oppteken av at ein ikkje må finne opp kruttet på nytt. Om med ferdiglagd malar så vil alt arbeid gå raskare. Fekk gjennomslag for dette på første styremøte, så dei skal no ut på fellesområdet på styreweb. Ellers så er me godt i gang med å få alle i styret opp å gå på styreweb.

Den same kvelden som vi hadde styreweb arbeid, så gjekk samtalen fort inn på kva vi kunne gje for medlemmane.

Vi ville i sommer/haust gjennomføre «vandring» i våre ulike kulturmiljø med kjentfolk som kan fortelje historiene bak dei ulike miljøa. Dette gjekk ut i år, da vi i styret kjende på at vi hadde nok med oss sjølv og våre nærmaste.

Og dette trur eg er viktig at vi set ord på, vi kan legge planar for mangt, men så vil det uansett vere helsa som bestemmer når vi kan gjennomføre. Eller har vi snakka om at vi vil freiste ha opne medlemsmøter ca. annakvar månad. Da vil vi tilby litt frå oss og i etterkant blir det «kafé». Første møte holdt eg eit foredrag om Per Fugeli og vise hans videosnutter om tankar om livet. Dette var godt motteke, i tillegg så hadde vi gratis basar.

På vårt neste møte vil smertelige Rune A. Larsen vera foredragsholder, det vil vi tilby våre medlemmar m.fl., i tillegg til legesenter og ambulanse-tjeneste knytt til vårt område. Etter dette vil vi få eit foredrag med Eli Strand og Rasmus Mo, der Eli snakkar om det å leva med kreft. Her vil vi opne for eit foredrag der våre medlemmar m.fl., andre frivilligorganisasjonars medlemmar m.fl.++ – vi må få eit stort gratis lokale – her er vi i planleggingsfasen, så meir om dette ved ein annan anledning.

Møte etter det så ønskjer vi få inn ein person som har skrive fine små dikt om kva som gjer næring til det gode liv, og også her med kafé i etterkant. I tillegg så ønskjer medlemmane at eg lagar til ei foredrag om Berit Ås sine hersketeknikker. Kunnskap som kan vere bra å ha med seg når vi som pasientar møter helsevesenet, NAV m.m.,

På frivilligheitsdagen, hadde vi stand, det var få som hendvente seg til oss – så da var det berre å gå ut blandt folk og gje informasjon og gje dei folderen vår. Evaluering frå dagen var at det var ein super dag, men – vi må skrive telefonnummer på folderene vår, slik at dei veit kven dei skal kontakte. Kanskje vi også burde gjere det på FB-sida vår. Knytte også kontakt til fleire politiske parti som ynskjer oss inn for å informere om foreninga.

Vi har bestemt å vere veldig transparente på vårt styrearbeid og virke, derfor vil vi nytte FB som vår informasjonskanal, når vi møter og kva vi held på med.

Når det gjeld informasjon mellom styre og medlemmane, så har dei ytra ønskje om at vi nyttar SMS, så slik blir det hjå oss, sjølv sagt med mail i tillegg.

Dette er så langt vi er komme. ■

Kjell Ertola takka vi med middag på hotellet og blomster.

Marion Jakobsen og Karin Uglum.

Ove Einar Lønning holdt førstehjelpskurs for oss.



SKJETEORIEN

Skjeteorien handler om hvordan det føles å være syk. Her er en historie, skrevet av Christine Miserandino.

Så enkel – så klok.



Min bestevenninne og jeg satt på café, og skravlet om løst og fast. Mens jeg tok medisinene mine, så venninnen min alvorlig på meg. Samtalen stoppet opp. Ut fra ingenting, sa hun: Hvordan føles det å være syk?».

Jeg ble overrasket, både over spørsmålet hennes og det faktum at jeg trodde hun visste alt om sykdommen min. Vi hadde kjent hverandre i en årrekke, hun hadde vært med til legen og vi hadde bodd sammen. Hva mer ville hun vite?

Jeg bablet i vei om medisiner og smerter. Hun gransket meg nysgjerrig, men fortsatt ikke tilfredsstilt. «Men hvordan føles det å være syk, egentlig?»

Forvirret prøvde jeg å finne tilbake fatningen. Jeg lette etter de riktige ordene. Hvordan skulle jeg svare på et slikt spørsmål? Jeg kunne selvfølgelig vitse og le det bort, slik jeg pleide, og bringe samtalen over på noe annet. Men om jeg ikke kunne forklare det for henne, hvem skulle jeg da kunne forklare det til?

I det øyeblikket ble skjeteorien født. Jeg samlet sammen hver skje som lå på bordet vårt. Jeg rasket deretter med meg skjeene som lå på bordene ved siden av. Jeg så på henne, og sa: «OK. Du er syk». Hun så forvirret på meg.

Jeg ville at hun skulle holde i skjeene, slik at jeg kunne ta vekk en og en. Jeg ville demonstrere det tapet som kronisk syke mennesker ofte opplever.

Jeg skulle hele tiden kontrollere hvor mange skjeer hun hadde. Akkurat som sykdom kontrollerer livet mitt, og ikke jeg.

Jeg forklarte henne at den største forskjellen i det å være frisk og syk, er at man må ta valg. Man må hele tiden ta hensyn til ting som friske ikke trenger tenke på. Friske mennesker er privilegerte i den forstand at de slipper å gjøre disse valgene. En gave mange tar for gitt.

Hun tok engasjert imot skjeene jeg overrakte henne. Jeg ba henne telle dem. Jeg forklarte at en frisk person har en utømmelig mengde skjeer. Men når man er syk, har man ikke lengre det. For å planlegge dagen, må man vite nøyaktig hvor mange skjeer man disponerer.



Hun talte 12 skjeer. Hun lo, og sa at hun ville ha flere. Hun så skuffet på meg da jeg sa: «Nei, ikke flere».

Allerede nå kjente hun på noe jeg har følt i flere år. Jeg forklarte henne at det ikke fantes flere skjeer, og at hun hele tiden måtte være oppmerksom på hvor mange hun hadde i hånden. At hun måtte passe godt på dem, og aldri la noen gå til spille.

Jeg ba henne liste opp dagens oppgaver. Jeg forklarte henne at hver eneste ting hun valgte å gjøre, plikt eller moro, kostet henne en skje.

«Jobb!» repliserte hun. Jeg korrigererte henne umiddelbart mens jeg nappet vekk en skje. «Nei. Du går ikke bare på jobb. Først må du vekke kroppen, du må gjøre helsemessige vurder-

inger, og du må våkne etter alt for få timers søvn. Du må spise, for uten mat kan du ikke ta medisinene dine. Og tar du ikke medisiner, kan du gi bort alle skjeene dine med en gang. Morgendagens inkludert». Jeg fjernet en skje til, og hun innså at hun ikke hadde fått på seg klærne enda. Dusjen kostet henne også en skje.

Jeg tror hun tok poenget mitt da hun bare satt igjen med 6 av de 12 skjeene, og fortsatt ikke var kommet seg på jobb. Jeg ba henne tenke nøye over valgene for resten av dagen, siden tapte skjeer aldri kan fås tilbake. Noen ganger kan man låne en skje fra morgendagens bukett, men prøv å forestille deg hvor tøff morgendagen blir med en skje i manko.

Jeg forklarte henne også hvordan en kroniker alltid bærer med seg tanker og bekymringer for morgendagen. Blir man sykere? Møter man noen ekstra utfordringer? Mange ting å tenke på. Man vil ikke ha for få skjeer, i tilfelle man plutselig skulle trenge dem. Slik er realiteten for en kroniker. Man må være forberedt på alt.

Vi gikk gjennom resten av dagen, og hun lærte at å hoppe over lunsjen kostet henne en skje. Og å vente på toget. Med kun én skje igjen etter jobb, fikk hun enten velge å gjøre litt husarbeid eller noe morsomt. Ikke begge deler. Hun ble tvunget til å ta valg og tenke konsekvenser på en ny måte.

Til sist satt hun med tårer i øynene. «Hvordan klarer du dette? Må du

tenke slik hver eneste dag?» Jeg forklarte henne at noen dager har jeg flere skjeer, andre dager har jeg færre. Uansett hvor mange jeg har, må jeg alltid ta hensyn. Jeg har lært meg å leve et liv med en reserveskje i lomma. Så er jeg alltid beredt.

Det vanskeligste jeg har måttet lære meg, er å begrense aktivitetene mine. Jeg hater følelsen av å være på sidelinjen og å måtte velge å være hjemme istedenfor å gjøre noe jeg har lyst til.

Jeg ville at hun skulle kjenne på frustrasjonen. At alt må planlegges for å ikke gå tom for skjeer. Det som er den største selvfølge for friske, er en strategikamp for mange kronikere. Det er her forskjellen mellom frisk og syk er så tydelig. Jeg savner friheten. Jeg skulle ønske jeg slapp å telle skjeer.

Da vi forlot cafeen, var hun oppriktig lei seg. Jeg ga henne en klem, og stakk til henne en skje jeg hadde gjemt i hånden. «Jeg er heldig! Jeg ser på dette som et privilegium. Jeg må tenke gjennom hver eneste ting jeg gjør. Vet du hvor mange skjeer friske mennesker kaster bort hver eneste dag? Jeg har ikke kapasitet til å kaste bort dyrebare skjeer. Men jeg valgte å bruke skjeen min på å være sammen med deg».

Kjære leser. Uansett hvor mange skjeer du har til disposisjon – nyt og vær glad for hver eneste én. ■

Digital hjelp til smertebehandling

Å leve med smerter kan overskygge mye av hverdagen, og det kan være vanskelig å få god hjelp. Men det finnes gode håp for fremtiden, og det skal jeg forsøke å skissere i en artikkelserie i dette bladet. En del av det håpet er digitale verktøy – eller apper, om du vil.

AV MARIANNE THERESE SMOGELI HOLTER, PHD /
DR. MARIANNE THERESE SMOGELI HOLTER, FORSKER VED SERAF (SENTER FOR RUS- OG AVHENGIGHETSFORSKNING)

Digitale verktøy kan være like forskjellige som deg og meg, om det er lov å formulere seg slik. De fleste finner i dag en rekke digitale verktøy på sine mobiltelefoner og er godt kjent med mange av dem (men det finnes også dem som ikke har det, dem skal jeg vende tilbake til senere). Noen digitale ressurser tar form av nettsider, hvor man kan klikke seg rundt til den informasjonen man trenger.

Mange vet kanskje også at digitale verktøy kan inneholde både tekst, video og lydfiler. Men det er ikke alle som har prøvd et godt oppbygget digitalt verktøy i både innhold og form, og som derfor tror at slike nettsider er alt som er. Men digitale verktøy kan også være mer eller mindre interaktive, det vil si at du kan samhandle med dem, det vil si at den for eksempel kan stille deg spørsmål og du kan svare, enten med tekst eller ved å klikke på bokser.

ChatGPT er, for de som har prøvd den, en avansert versjon av det (den

er det for så vidt for de som ikke har prøvd den også, men da har man ikke erfaring med det, det er poenget mitt). En mindre avansert versjon er chatboten til banken du kanskje tidligere er blitt ikke videre imponert over når den forsøker å gjette seg til hva du trenger hjelp til.

Digitale verktøy kan også være mer eller mindre tilpasset ulike behov, altså at det kan finnes forskjellige versjoner av det samme programmet og at du får den versjonen som passer best til deg. Det kan for eksempel være lagd én variant til menn, én til kvinner og én til ikke-binære. Noen er også det vi kaller dynamisk tilpasset etter bruk, det vil si at hva du får se forandrer seg avhengig av hva du svarer. Teknologien bak dette kan være svært komplisert, som den såkalte kunstige intelligensen ChatGPT, eller den kan være mye enklere, mer lik de gamle Donald-historiene (for dem som var heftet på Donald) hvor man på slutten av en side kunne velge hva som



Marianne Therese Smogeli Holter, PhD

skulle skje videre. Skulle Donald si ja til å bli med Skrue? Gå til side 32. Skulle Donald si nei? Gå til side 58.

Et raskt søk på «smerte» der hvor du laster ned applikasjoner til telefonen din (som regel Play eller AppStore) gir flere treff, blant annet «Manage my pain», «Ryggsmerter» og «Pain relief hypnosis». Dessverre trenger ikke apper som legges ut for nedlastning å være verken gode eller forskningsbaserte, bare inntekts-

bringende. Å velge ut en tilfeldig app for smerte er dermed litt som å gå bort til en tilfeldig person på gata som har stilt seg opp med en plakat og roper «Jeg kan hjelpe!». Du kan ha flaks, men det kan også være en kvakksalver. Men det finnes et felt i vitenskapen som går under navn e-helse hvor det lenge har vært forsket på hvor godt digitale helseverktøy virker og hvordan man kan lage dem så de blir riktig gode. Der har man funnet ut at man kan dra nytte av det at digitale verktøy kan gis til mange samtidig, og bruker den seneste kunnskapen på området til å lage verktøy som skal gi den aller beste hjelpen vi kan tenke oss. Ett eksempel på et slikt verktøy for smerte på norsk er Epiio. Her kan du blant annet lære deg avspennings-teknikker og stressmestring.

Digitale verktøy (altså apper) kan ha som mål å hjelpe deg med å håndtere smerten bedre og å kunne leve med den. Men de kan også, i teorien, gjøre selve smerten mindre. Det er fordi smerte er det vi kaller en biopsykososial opplevelse – det vil si at

smerte er en opplevelse som påvirkes av biologiske signaler fra kroppen, psykologiske elementer som tolkning av smerten og følelser knyttet til smerten, og sosiale faktorer, som hvorvidt du har noen som støtter deg eller om du føler deg ensom. Noen tror at dette er det samme som å si at smerten ikke er ekte eller at den lett lar seg forandre, men ingenting kunne vært mindre sant enn det. Dette skal jeg komme tilbake til i en senere artikkel.

Uansett kan digitale verktøy, på den ene eller andre måten, ha potensiale til å gjøre livet ditt bedre: Enten kan du få det bedre med deg selv, det livet du lever og den kroppen du har, eller du kan til og med bedre din fysiske helse, siden kropp og sinn henger sammen og kan ikke eksistere uten hverandre. Men det er ikke sikkert det er nyttig å ha som mål å bli «frisk». Skillet mellom frisk og syk er uansett en illusjon, i virkeligheten lever vi alle et sted midt imellom, med makt til å påvirke vår egen

helse. Dette skal jeg også skrive mer om i en senere artikkel.

Det er mye snakk om at skjerm tar for mye plass i hverdagen og at vi alle trenger mer skjermfri. Det er det mye sant i, og man kan godt tilnærme seg enda flere digitale verktøy med en viss sunn skepsis. Men jeg tror at når vi mennesker klarer å finne den rette balansen og bruker digitale verktøy når det er fornuftig, kan vi bote på mange problemer og få det bedre. Jeg håper derfor at du vil ta med deg dette: Vær åpen for å prøve ut digitale verktøy for å få en bedre hverdag med smerten din. ■





VI GRATULERER...

Mathilde Myklebust ved Smertepoliklinikken Drammen Sykehus fikk innvilget kr. 400 000 til prosjekt, Smertemestring.

Midlene skal brukes til å:

Bygge en grunnmur innen smerte feltet med kunnskapsformidling til brukergruppen langvarig smerte. Prosjektet vil gi konkrete verktøy fra forskning og klinisk praksis for hva vi kan gjøre selv for å få det bedre. Materialet vil deles i hele landet til dere som lever med langvarig smerte. Illustrasjoner og kunnskap kan brukes av annet helsepersonell i deres arbeidshverdag i møte med pasient, samt benyttes forebyggende. Prosjektet vil formidle ny forståelse av smerte og smertemekanismer og hva vi kan gjøre selv.

1. Hjemmeside www.smertemestring.com, youtube «smertestressmestring», facebook «smertemestring» og instagram «aktivsmertemestring».
2. Video og lydfiler for bevegelsesøvelser, avspenning, visualisering og bevisst pust som kan brukes som veiledning til daglig praksis i hverdagen og som inspirasjon til å finne egne rutiner og øvelser.
3. Utforming av skriftlig bokhefte. Herunder skriftlig og visuell forståelse av smerte og smertemekanismer. Det autonome nervesystemet, den tredelte hjernen, viktigheten av vagusnerven og muskel-diaphragma og pusten som verktøy. Tanker, følelser og gråt. Det vil bli gitt konkrete øvel-



ser for bevisst pust og teknikker for å forbinde kropp og hjerne via avspenning, visualisering, bevegelse, helseyoga og de tibetanske ritene.

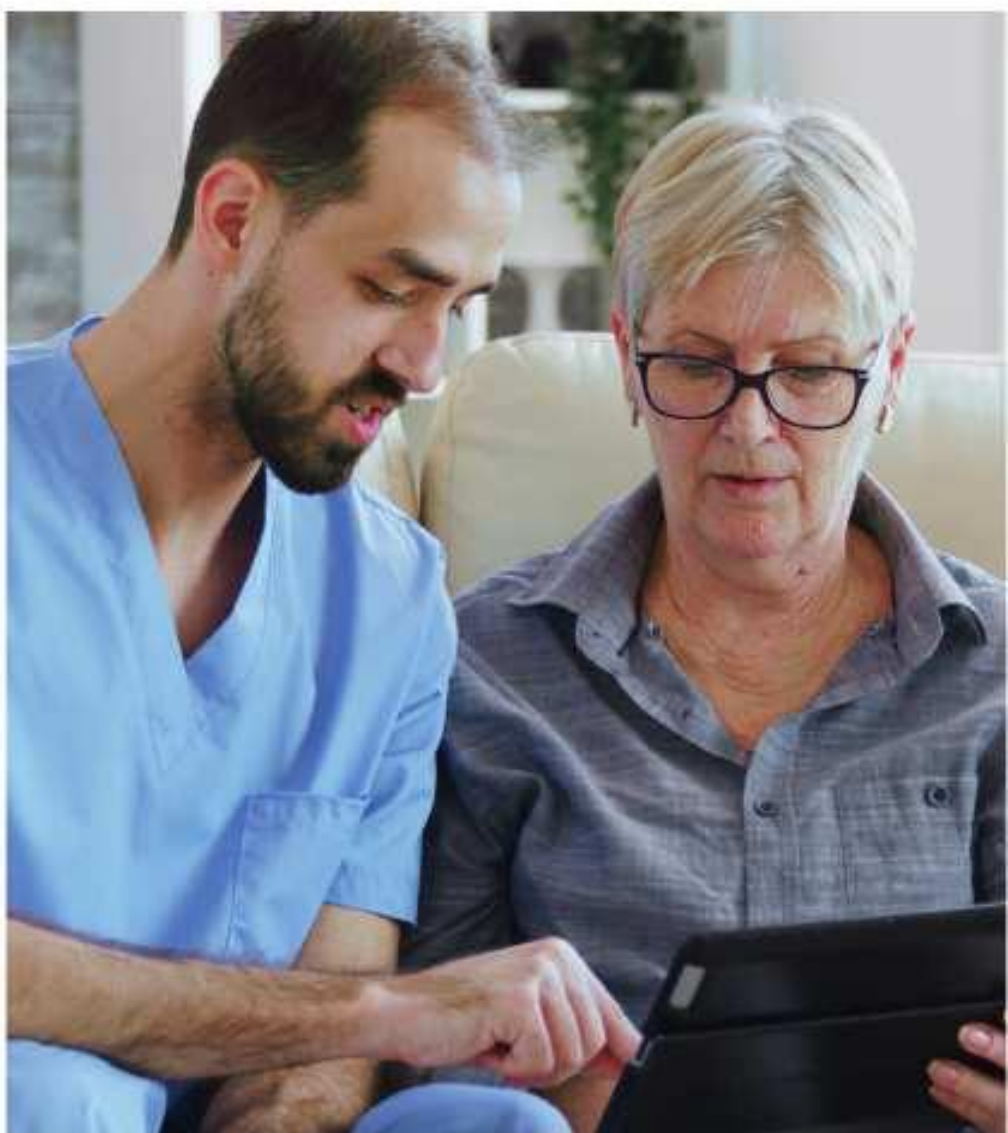
4. Videreføring av prosjektet vil vi dele innholdet i heftet muntlig via video og lydfil som deles på

youtube og hjemmeside. Mange i brukergruppen har behov for muntlig og visuell forklaring og veiledning i hva vi kan gjøre selv.

FKS fikk 80 000,- til arrangementet God kommunikasjon – bedre helse. Se egen sak.

God klinisk kommunikasjon i møtet mellom helsearbeider og pasient/pårørende er et tema som på et eller annet tidspunkt er viktig for alle. Klinisk kommunikasjon favner hele helsesektoren uansett forvaltningsnivå. Det omfatter alle diagnosegrupper, alle typer tjenester og tilbud, alle aldersgrupper og helse-relaterte behov. Med et heldagsseminar ønsker vi å gi publikum et innblikk i nyere forskning som viser hva som er viktig for å sikre god felles forståelse mellom helsearbeider og pasient/bruker med hensyn til pasientens helseutfordringer, hvilken betydning dette har for helsehjelpen, og hvordan gode kommunikasjonsferdigheter kan innlæres.

Vi håper vårt seminar vil bidra til å øke bevisstheten om god kommunikasjon som forutsetning og premiss for god og effektiv helsehjelp, både blant helsearbeidere, i allmennheten og kanskje også blant helsepolitikere og helsebyråkrater. Med et variert program, stor bredde blant arrangørene og høy kvalitet på de forskerne vi har invitert til å presentere, håper vi at arrangementet skal bli godt besøkt og vel mottatt.



GOD KOMMUNIKASJON – BEDRE HELSE



VI GRATULERER...

Dan-Mikael Ellingsen Ph.d. i medisin ved Oslo Universitetssykehus har fått kr. 3 240 000,- til forskning på:

Reprosseseringsterapi for kronisk smerte: Kan vi lære hjernen å bli smertefri?

1,5 million nordmenn lever med kronisk smerte, og vi mangler gode behandlingsalternativer. Nyere forståelse av kronisk primær smerte vektlegger at smerte er en subjektiv opplevelse som er sterkt formet av innlærte sammenhenger. For mange henger smerten tett sammen med stress, frykt eller angst, uten tegn til underliggende skade, inflammasjon eller sykdom.

Ny forskning har vist hvordan smerte-opplevelse kan skapes av hjernen gjennom blant annet feiltolkning av sanseinntrykk. Smerte-reprosseseringsterapi (SRT) er en ny terapi som bruker psykologiske teknikker til å «avlære» hjernens innlærte smertemønstre.

I en randomisert studie (Ashar et al. 2022, JAMA Psychiatry) ble to av tre ryggsmerte-pasienter tilnærmet smertefrie etter fire-ukers SRT-behandling.

Vi vil undersøke effekten av SRT på kronisk utbredt smerte (f.eks. fibromyalgi), som rammer 8–10% av befolkningen, samt hvilke atferdsmessige og fysiologiske





prosesser under behandlingsforløpet som kan føre til at behandlingen virker.

Vi vil rekruttere 140 personer med kronisk utbredt smerte (70 pr gruppe) i en randomisert kontrollert studie (RCT). Deltakerne vil gjennomgå en legesamtale for å utelukke strukturelle årsaker til smerte (kreft, betennelser osv.) før de randomiseres til enten SRT eller kontrollgruppe.

SRT-gruppen vil få åtte timer behandling hos psykolog over fire uker, der de lærer om hvordan smerte kan skapes av fastkjørte aktiveringsmønstre i hjernen. Pasientene vil erverve korrigerende erfaringer som lærer hjernen å ikke lenger respondere med smerte («falsk alarm») i situasjoner som egentlig er trygge. Dette gjøres i en kontekst av trygghet og ro og aldri mens pasienten opplever sterk smerte eller stress.

Kontrollgruppen vil gjennomføre åtte besøk der de vil ha en nøytral samtale med en forsøksleder (støttende lytting). I løpet av de fire ukene vil deltakerne fylle ut spørreskjemaer via smarttelefon tre-fire ganger daglig om smerte, humør, tanker og sosial atferd. Vi vil også måle fysisk aktivitet, puls og søvn med aktivitetsklokker. Slik kan vi undersøke hvordan psykologiske,

atferdsmessige og fysiologiske prosesser henger sammen med smerte og avdekke SRT-relaterte endringer. Dette kan gi en grundigere forståelse, ikke bare om, men hvordan SRT-behandling virker.

Vi vil også gjennomføre kvalitative intervjuer i en mindre gruppe (10–15) i etterkant av SRT-behandling. Primærmålene klinisk smerte, depresjon og angst vil samles inn ved studiebesøk før og etter behandling.

Hvis SRT viser seg effektivt for kroniske utbredte smerter, kan resultatene gi viktig vitenskapelig støtte for en ny type behandling med få bivirkninger for en klinisk tilstand det i dag finnes få gode behandlingsmetoder for. Siden kroniske smertetilstander er en hovedårsak til sykefravær og uførhet, kan studien på lang sikt ha positive effekter på samfunnsnivå.

For behandlere kan studien bidra med nye metoder for symptomrapportering (smarttelefon/aktivitetsklokke) som kan brukes som et supplerende verktøy i smertebehandling.

FKS samarbeider med helsepersonell og forskere om flere søknader på viktige helserelaterte tiltak og forskning på smerter og smertebehandling.

Vi ønsker disse lykke til og krysser fingrene for at også de får positivt svar og penger til sine viktige prosjekter som igjen vil gi bedre forståelse av smerter og dermed bedre smertebehandling.

God kommunikasjon – bedre helse

Viktigheten med god kommunikasjon mellom helsearbeidere og pasienter er vel noe vi alle har erfart at er viktig. Mange pasienter, uavhengig av diagnose opplever at det er et problem og sliter med å få fram det de har på hjertet.

TEKST: JORUNN ARNESEN

Det er også et problem for de som sitter på den andre siden av bordet, det må vi ikke heller ikke glemme. Helsepersonell, leger, sykepleiere, fysioterapeuter psykologer osv. ønsker det beste for oss pasienter. Men det hender at vi kommer skjevt ut, og da er det ikke så greit.

Lørdag 28.9.2024 hadde vi derfor et heldags arrangement på Litteraturhuset i Oslo hvor dette var tema.

Arrangementet kom i gang takket være et samarbeid mellom FKS, Blærekreft Norge og Norsk Forening for Allmennmedisin.

Det hele startet med at Ranveig Røtterud fra Blærekreft Norge tok kontakt med oss i FKS og spurte om vi ville bli medarrangør i dette prosjektet. De hadde allerede mye på plass av innhold og foredragsholdere.

Vi bekreftet at vi ønsket å samarbeide om prosjektet, og dermed var vi i gang med planleggingen.

Fastlege og spesialist i allmennmedisin Harald Sundby var også med i samarbeidet og vi takker for at de tok oss med i dette prosjektet. Vi benytter også anledningen til å takke alle de andre som også deltok i arbeidet.

Vi søkte støtte fra Dam Stiftelsen og var heldige å få midler, så da var det bare å sette i gang.

En oppfølging av dette prosjektet hvor resultatene av spørreundersøkelsen vil bli presentert, kommer flere steder på nyåret.

Vi håper å få dette til i samarbeid med FKS lokalt der vi har lokalavdelinger. Vi deler opplysninger om tid og sted på våre facebooksider.

På hjemmesiden vår www.kroniskesmerter.no kan du finne en presentasjon av resultatene av spørreundersøkelsen. ■



GOD KOMMUNIKASJON – BEDRE HELSE

God kommunikasjon – bedre helse

Litteraturhuset i Oslo
lørdag 28. sept. kl. 10 - 16

Presentasjon av foredragsholderne

Kjetil Askeland kjenner mange som programlederen i NRK-serien «Hva feiler det deg?» Han er nå LIS-lege i øre-nese-hals-medisin på OUS. Kjetil vil lede oss trygt gjennom dagen.

Mette Berget Bråthen er konst. pasientombud i Oslo og Akershus. Hun har bakgrunn som advokat og dommerfullmektig, og har lang erfaring fra arbeid med pasientskader.

Amstein Finset er psykologspesialist, dr. philos. og prof. em. ved Avdeling for medisinsk atferdsforskning, Institutt for medisinske basalfag. Han har skrevet en rekke lærebøker og er utnevnt til ridder av 1. klasse av St. Olavs orden for sitt virke.

Harald Sundby er spesialist i allmennmedisin, mangeårig fastlege og tidl. Universitetslektor i lege-pasient-kommunikasjon ved NTNU.

Mari Skeibrok og **Mattias Naranjo** er begge leger i utdanningsstillinger, Mari i pediatri i Ålesund og Mattias i allmennmedisin i Molde.

Dan-Mikael Ellingsen er professor i nevrovitenskap ved Høyskolen Kristiania, med særlig fokus på hvordan sanseopplevelser, spesielt velbehag og ubehag, formes av eksternt (sensorisk) og internt (forventninger, oppmerksomhet, motivasjon) tilgjengelig informasjon.

Marianne Inez Lien er sosiolog og jobber med et doktorgradsprosjekt om menn, maskulinitet og omsorg i sykepleieprofesjonen.

Simone Kienlin er sykepleier, Ph.D.-stipendiat og spesialrådgiver for samvalg i Helse Sør-Øst.



Weekendsamling 18.–20. oktober 2024

Hver oktober har vi samling for alle medlemmer.
De siste årene har vi vært på Best Western Plus, Gardermoen.

Fredag 18. oktober startet vi formiddagen med FUNKIS kurs/opplæring for tillitsvalgte i FKS. Odd Erik Randen, fra Funkis, var som alltid en inspirator for oss som trenger opplæring eller oppfriskning i å søke- og rapportere kurs.

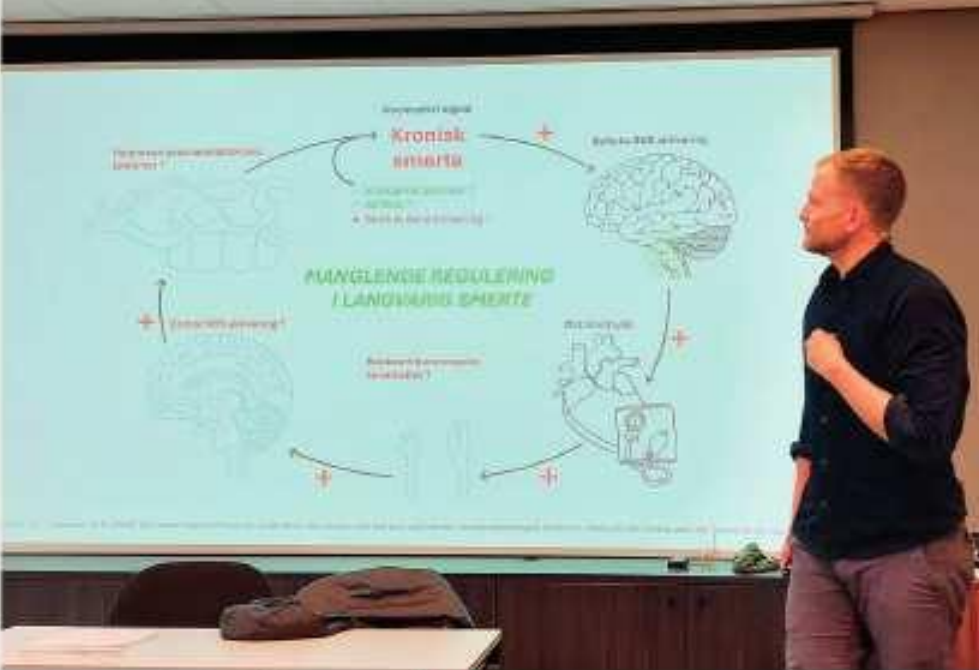
Vi fikk besøk av Sanne Lydø og Christin F. C. Walter fra vår søsterorganisasjon i Danmark, FAKS. Dette var en gjensitt etter FKS besøkte dem på deres weekendsamling i 2022.

Som seg hør og bør, starter vi weekendsamlingen med en uformell Bingo (gratis) på fredagskvelden, etter middagen. Det satte i gang lattermusklene, og gjorde at vi slappet mer av resten av helgen. For noen kan det være en utfordring å reise og treffe mange nye mennesker, og da er det godt å bli kjent på en humoristisk og uhyøytidelig måte.

Lørdag 19. oktober startet Psykolog og Forsker ved OUS, Henrik Børsting Jacobsen med å fortelle om sin forskning på Kroniske Smerter.

FUNKIS takkes av for avholdt kurs av
Tinne Stenersen





Henrik Børsting Jacobsen

Besøk fra vår søsterorganisasjon
FAKS i Danmark.

Bingo med humor.



Sanne og Christin fra FAKS fortalte om hvordan de jobber i Danmark, Elisabeth Sandvik Johansen fra Grønenthal snakket om hva de jobber med, blant annet om chilli-plaster.

Allmennlegespesialist og fastlege, Andreas Pahle forklarte hvordan han jobber med Pain Reprocessing Therapy. PRT er en ny behandlingsform med svært lovende resultater.

Ifølge studier blir langvarige smerter redusert av behandlingen, og til og med eliminert. Gjennom ulike teknikker forsøker PRT å omprogrammere hjernen og bryte mønstre som forsterker smertesignaler. Målet er å gjenopprette hjernens evne til å tolke ufarlige signaler uten å oppleve dem som smerte.

Søndag 20. oktober fikk vi igjen besøk av Mathilde Myklebust, Spesialist i Fysioterapi, ved Smerteklinikken på Drammen Sykehus, som hadde foredrag om blant annet pust og pusteteknikker. (Se side 4, 5 og 22.)

Vi avsluttet helgen med lunsj og ønsket alle vel hjem. ■





Regional og Nasjonal Smertesamling 2024

Rikshospitalet 28. og 29. november

Arrangør: Regional kompetansetjeneste for Smerte (ReKS) og
Nasjonal kompetansetjeneste for Nevropatisk smerte (NaKONev)

TEKST: TRINE B. STENERSEN

Her blir mange forskjellige forskningsprosjekter og resultater lagt fram og diskutert i plenum. Som deltagere er det spennende å få høre om all forskning på langvarige smerter som skjer.

Her er forskere, leger, professor, akuttsmerteteam, sykepleiere, psykologer og fysioterapeuter med flere.

Vi var seks stykker fra FKS som reiste opp til Rikshospitalet på denne årlige samlingen.

Marion Jakobsen, Jorunn Arnesen, Trine Stenersen, Anne-Kari Neste, Karl Henry Nøbling og Kim Massey Heide.

På torsdag etter endt møte var det samling i kantina med pizza, der fikk vi mange nye kontakter, noen hadde vi blitt kjent med fra tidligere samlinger.

Vi ble veldig godt mottatt, og mange var veldig interessert i vårt arbeid og ville samarbeide med oss videre.

Dette er en viktig arena for å lære og ikke minst knytte kontakter innen fagmiljøet.

SASP Congress

(Scandinavian Association for the Study of Pain)

Årets konferanse var 22. – 24. mai i Helsinki, Finland

SASP er en Congress for Nordiske forskere, leger fysioterapeuter osv., som forsker på smerter og behandling.

FKS var den eneste pasientorganisasjonen som var med denne gang. Vi var med på alle forelesningene og på Workshop gruppene. Her kom vi i kontakt med flere ulike yrkesgrupper fra de ulike landene. Alle vi snakket med mener pasientorganisasjoner er viktig å ha kontakt med i forhold til forskning. Tre ganger ble vi stoppet på gaten av helt ukjente mennesker som lurte på hvor vi kom fra og hva vi drev med.

Ved de ulike forelesningene kom det frem en del spørsmål, blant annet:

- Kan C-vitaminer ha noe å si for smerter?
- Eldre har oftere ulike reaksjoner på smerte, mellom kjønn, enn yngre. Hvorfor?
- Hvorfor sover yngre mye dypere enn eldre? Hva gjør søvn for smerte?
- Når på døgnet er det best å ta ulike medisiner? Er det noen forskjell?

MUSS konferansen 2024

Gardermoen, 31. oktober – 1. november

Nasjonale forskningskonferanse for muskelskjeletthelse

FKS var representert med tre personer.

(En representerte FKS i Skjelettnett og en representerte FKS i Rådet for muskelskjeletthelse.)

Tema på årets konferanse var rehabilitering, kjønnsperspektiv og kvinners helse, smerte med fokus på behandling, placebo og søvn, bruk av kunstig intelligens i forskning og klinikk. Konferansen er et møtepunkt for forskere, helsepersonell, brukere, klinikere og andre som er interessert i muskelskjeletthelse.

Årets konferanse ble arrangert av Nasjonalt forskningsnettverk for muskelskjeletthelse (MUSS), Forskningscenter for behandling innen revmatologi og muskelskjelettsykdommer (REMEDY) og Rådet for muskelskjeletthelse (RMH).



Returadresse:
Jonann Arnesen
Barvikveien 5, 1622 Gressvik

FKS sentralstyre 2021–2023

STYRELEDER

Rune Armand Strömberg
Tlf.: 416 08 866
E-mail: ras@kroniskemerter.no

NESTLEDER

Marion Jakobsen
Tlf.: 907 40 325
E-mail: marion@kroniskemerter.no

KASSERER

Jorunn Arnesen
Tlf.: 922 31 756
E-mail: jorunn@kroniskemerter.no

SEKRETÆR

Trine Bjørnås Stenersen
Tlf.: 413 04 261
E-mail: trine.stenersen@kroniskemerter.no

STYREMEDLEM

Karl Henry Nøklung
Tlf.: 952 31 131
E-mail: karl.henry.noklung@kroniskemerter.no

STYREMEDLEM

Anne Kari Neste
Tlf.: 907 77 411
E-mail: a-k.neste@kroniskemerter.no

STYREMEDLEM

Svein Lauvik Lien
Tlf.: 414 31 704
E-mail: sli1@online.no

VARAMEDLEM

Ruth Hoel
Tlf.: 934 31 306
E-mail: tutta60@gmail.com

VARAMEDLEM

Kjell Ommedal Erdal
Tlf.: 466 79 003
E-mail: kjell.sogndal@gmail.com

FKS lokalavdelinger

AVDELING ØSTFOLD

Leder: Jorunn Arnesen
Tlf.: 922 31 756
E-mail: fks.ostfold@kroniskemerter.no

AVDELING OSLO OG OMEGN

Leder: Anne Kari Neste
Tlf.: 907 77 411
E-mail: fks.oslo@kroniskemerter.no

AVDELING TELEMAR/VESTFOLD

Leder: Bente Staurset
Tlf.: 905 64 907
E-mail: fks.telemark@kroniskemerter.no

AVDELING KRISTIANSAND OG OMEGN

Leder: Tine B. Vatne
Tlf.: 993 14 896
E-mail: fks.kristiansand@kroniskemerter.no

AVDELING SØR-ROGALAND

Leder: Zain Rage
Tlf.: 457 74 834
E-mail: fks.sor-rogaland@kroniskemerter.no

AVDELING HAUGESUND OG OMEGN

Leder: Laura Lill Haavik
Tlf.: 900 75 036
E-mail: fks.haugesund@kroniskemerter.no

AVDELING BERGEN OG OMEGN

Leder: Heidi Wallevik
Tlf.: 932 10 885
E-mail: fks.bergen@kroniskemerter.no

AVDELING MØRE OG ROMSDAL

Leder: Cathrin Hansen
Tlf.: 939 14 797
E-mail: fks.more-romsdal@kroniskemerter.no

AVDELING TRØNDELAG

Leder: Ruth Hoel
Tlf.: 990 33 119
E-mail: fks.trondelag@kroniskemerter.no

AVDELING NORD

Leder: Per Steinar Andreassen
Tlf.: 986 45 597
E-mail: fks.nord@kroniskemerter.no

AVDELING SOGNDAL OG OMEGN

Leder: Karin Uglum
Tlf.: 481 32 787
E-mail: fks.sogndal@kroniskemerter.no

AVDELING INNLANDET

Leder: Nina Strømsrud
Tlf.: 901 20 306
E-mail: fks.innland@kroniskemerter.no

Grasrotmottakere

FKS Østfold

998 878 322

FKS Møre og Romsdal

911 618 966

FKS Kristiansand og omegn

985 581 428

FKS Oslo og omegn

983 983 219

FKS Trøndelag

917 748 713

FKS Sogndal og Omegn

931 304 267

FKS Sør-Rogaland

984 228 813

FKS Telemark og Vestfold

917 510 040

FKS Innlandet

932 253 496

FKS Haugesund og omegn

979 698 690

FKS Nord

826 067 152

FKS Bergen og omegn

983 543 553



Finn oss på:
facebook.

<http://www.facebook.com/kroniskemerter>



Grasrotandelen