

REHAB-INFO

2013



Wenche Sabel

Tema: Kroniske smerter

Eit friskare liv med smerter som ikkje går over

Teamet har ordet

Eit friskare liv med smerter som ikkje går over.

Over 1 million nordmenn opplever kronisk smerte – vi er på smertetoppen i Europa. Smerte er ei subjektiv oppleving som vert påverka av mange forhold og som har mange konsekvensar. Smerte kan true den psykiske helsa, det sosiale livet og den økonomiske situasjonen. Den er den største enkeltårsak til uføretrygd her i landet.

I denne utgåva av rehabinfo prøver vi å sette fokus på korleis smerten kan påverke livssituasjonen vår og på tiltak som kan vera verksame for å få ein betre livssituasjon.

Kva kan den einskilde gjere med tankar og handlingar for å halde seg så frisk som mogleg, og kva slags hjelp treng ein for å få det til?

Kva kan helsepersonell bidra med?

Korleis få til ein god kommunikasjon og godt samarbeid?

Utfordringane står i kø og dette vil også vera tema for lokalsjukehuskonferansen i 2013.



Bileta i dette nummeret er av spesialist i anesthesiologi og algologi og biletkunstnar Wenche Sabel (1952).

Ho er utdanna lege ved Universitetet i Oslo, men kunstutdanninga har bestått i kurs ved ulike kunstskular.

Ho arbeidar med olje, akryl, akvarell, kol og tusj, i store og små format og har laga fleire bokillustrasjonar og avisteikningar. Ho er og illustratør for tidsskriftet «Legekunsten».

Mange av hennar bilete har inspirasjon frå Troms/Dyrøy og Husøy, andre illustrerer det å vera menneske på ein sarkastisk måte.

Når ho ikkje maler, arbeider ho med sine smertepasientar ved Smerte-Medisinsk institutt i Oslo.

Ho har hatt utstilling i Galleri Albin Upp i 2010 og i Galleri A Mirror i 2011.

Rehab-info er ei informasjonsavis om rehabilitering for Voss Lokalsjukehusområde. Den er utgjeve av avdeling for rehabilitering, læring og meistring ved Voss Sjukehus. Send ros og ris og tips til gode saker eller tema til Britt.Madli.Manger@helse-bergen.no

Mestring og sosial fungering med kronisk smerte

Rigmor Berge, brukerkonsulent LMS, Voss sjukehus

Det er blitt sagt om sjukdom: »Den kaster skygge over livet ditt, du har den alltid med deg. Mestring betyr på mange måtar å kunne leve meningsfullt med skuggen.» For meg handlar det om å jobbe for at skuggen ikkje skal skygge for livet mitt; Eg prøver så godt det let seg gjere å få smertene i bakgrunnen og livet i forgrunnen.

Eg startar som kongen gjorde i sin nyttårstale: «Mangt skal vi møte – og mangt skal vi mestre. Dagen i dag – den kan bli vår beste dag.» (ei lita strofe frå ei vise av Erik Bye)

Det å få mest mulig ut av livet ein ynskjer å leve, kan krevje omfattande endringsprosessar. Samfunnet og kanskje spesielt hjelpeapparatet som eg er avhengig av er i endring heile tida. Det utfordrar meg til å legge om vaner, åtferd, tankar, kjensler, eigne oppfatningar og førestillingar. Eg trur eg må gjera dette oftare som sjuk enn som frisk. Her har det vore mange krevjande prosessar. Eg må leite fram mest mogleg positive kjensler for å kunne motivere meg, gjennomføre og oppretthalde desse endringane. Det har eg trengt hjelp til.

Vi menneske har ei fantastisk evne til å takle det vi møter. Men mange gonger har eg tenkt: Så godt at vi ikkje på førehand veit kva som vil skje med oss.

Som kronisk sjuk gjennom mange år – med smerter og funksjonsnedsetjing – handlar livet ein del om det å sjå nye vegar, nye moglegheiter. Søren Kierkegaard seier det så fint: «Skulle jeg ønske meg noe, da ville jeg ikke ønske meg rikdom eller makt, men mulighetens lidenskap. Det øye som overalt, evigt ungt, evigt brennende ser muligheten.»

Eg tenker at mestring er ein individuell og livslang prosess. – Vi har drive på med det sidan vi vart fødd. – Vi mestrer våre liv så godt vi kan.

Det eg skriv om er mine opplevingar – mine tankar – mine vegar – det er erfaringsbasert kunnskap. Kvar og ein av oss er forfattar av vår eiga historie og vi har ei ny side å skrive kvar einaste dag.

Kroniske sjukdommar kjem som regel utan oppskrift på korleis du skal leve med dei. Mestring er ikkje ein ferdighet som følgjer med diagnosen. For mange menneske kan mangel på kunnskap være like alvorlig som mangel på god behandling og medisin. Arne Garborg seier: »Ein sjuk mann veit mangt som den sunne ikkje aner.»

Eg har opplevd at tradisjonell undervisning av fagfolk, hand i hand med det eg sjølv har å bidra med, eg som kjenner kor skoen trykker, er den beste måten å finne fram til ressursane mine på. Gjennom dette har eg fått økt livskvalitet og tilfredshet. Eg kan delta meir i samfunnet – til glede for meg sjølv og andre.

Eg trur og at det i motgang ligg ein moglegheit til personlig vekst. Når eg fekk livet snudd på hovudet lærte eg meg mykje om eigne reaksjonar og tankemønster, om styrker og svakheiter. Det er inga enkel oppgåve å bli kronisk sjuk, leve med smerter – men det er nyttig og viktig å ha rett fokus.

Mange av oss tenker på livet vårt som ein veg. Hos oss på vestlandet er vegen ofte smal og svingete, bratt og full av hindringar og overraskingar som flom og ras.

Dette er mykje likt vegen min som kronisk sjuk – i tillegg opplever eg og at

landskapet ofte blir nytt og til dels uframkommeleg. Eg må lære meg å gå desse nye vegane – trene meg på motbakkane. Og når eg kjem til dei stengde vegane håper eg å være vinnaren som ser moglegheita i problemet framfor taparen som ser problemet i moglegheita.

Eg er meir opptatt av å granske kva som fungerer enn kva som går gale. I alle desse landskapa er det mykje nytt og spennande – noko som utfordrar og utviklar meg. Erfaringane frå stiar og vegar som eg har forlate har eg med meg inn i dei nye landskapa.

Omstillingane frå frisk til kronisk sjuk sto i kø. Mykje av mine daglige aktiviteter og gjeremål måtte endrast eller bytast ut. Eg måtte bevisst lære meg kva som gjorde meg godt – kva som var rett balanse for meg mellom for eksempel arbeid/fritid – aktivitet/kvile – krav/friheit. Det vart viktig å finne ein balanse mellom det å yte og å nyte, slik at eg følte livet mitt vart meningsfullt og godt ilag med meg sjølv og andre.

Min verdighet og verdi er ikkje forankra i kva eg mestrar, men i kva eg er. Vi er alle verdifulle – kvar på vår måte.

Det heiter at «ein bekk som vert avstengt finn nye løp sjølv» Det er sant, men for at det ikkje skal bli oversvømmelse må ein ofte laga desse nye løpa sjølv.

Noko som har gitt meg meir styrke og livskvalitet er ulike mestringsstrategiar. Positive tankar og følelsar er alltid ein viktig «pille» som lindrar mykje. Det gjeld å legge planar for dårlige dagar som gjer at eg kjem ovanpå igjen. Eg veit at på desse dagane er dagsrevy med mange nedslåande nyhende ikkje mitt luraste val. Då kan det t.d. være fint å ta fram ei god turbok og «gå seg ein fjelltur mellom to permar». Eller nyte litt god musikk. Mange med

meg syns t.d. Mozart sin musikk er god å lytte til for å oppnå ro og smertelindring. Av natur er eg veldig glad i sosiale samvær og utflukter. Dersom eg skal være med på dette no krev det litt meir planlegging enn før for at vi alle skal få det slik vi ynskjer. I same løypa kan vi trene med ulike mål men med felles samvær.

Det er mange praktiske småting som gjer kvardagen min lettare. T.d. brukar eg frottékåpe til å tørke meg etter dusj, langt skohorn og gripetang er prima hjelp, eg blander grovsalt og sand og fyller i tomme mjølkekartongar til strø på glatta, lommelykt i veska og sterkare wattstyrke på lyspærer har hindra fall. Mosjon er mulig frå seng og stol på dårlige dagar, joggesko med piggar er flotte på holka o.s.v. Fantasien har ingen grenser der kroppen seier stopp.

Eg skriv dagbok. Her får eg større avstand til vonde tankar, det som står svart på kvitt er lettare å vurdere meir nøytralt – tankane ligg ikkje lenger berre oppe i hovudet mitt og surrar. Eg ser dei i eit anna perspektiv. Eg legg handlingsplanar – det å lage skriftlege avtalar med seg sjølv er på eit merkeleg vis meir bindande enn om eg berre legg dei oppe i hovudet. Eg lager klare realistiske mål, seier frå til dei rundt meg (heiagjengen) om det eg skal gjera, kor tid eg gjer det o.s.v. Eg har nådd mange gode mål ved hjelp av slike handlingsplaner.

Mestring dreier seg i stor grad om opplevinga av å ha krefter til å møte utfordringar og følelsen av ha kontroll over eige liv. Eg driv livsstyrketrening som aktiverer og styrker immunforsvaret mitt.

Morris West har sagt: «Hvis du tilbringer livet med å engste deg for en storm, får du aldri anledning til å nyte solskinnet»

Eg nyt solskinnet.

Kommunane informerer om nyhende innan rehabiliteringsfeltet.

Ulvik herad

Nye stillingar

Det er oppretta ny fast avtalefesta stilling for fysioterapeut – 100 % – med driftstilskot og 50 % stilling som folkehelsekoordinator ved rådmannen sin stab.

Granvin herad

Magnhild Branstveit, ergoterapeut/rehab.koordinator

Granvin herad tel berre 921 innbyggjarar pr. dags dato. Men små kommunar må også fylgja opp nytt lovverk. Eg tenkjer då på Folkehelselova og helse – og omsorgslova. Og i dette ligg og samhandlingreforma med ei gradvis utbygging av dei kommunale helsetenestene fram mot 2016.

Nytt lokale til palliativ behandling og rehabilitering i 2012.

Små fattige kommunar blir skikkeleg redde når dei blir trua med bøter dersom dei ikkje tek imot utskrivingsklare pasientar frå sjukehus. Når dette hadde verknad allereie frå 01.01.12 vart to rom på sjukeheimen merka rehabilitering straks på nyåret og eit rom avsett til akutte innleggingar i sjukeheim. I tillegg vart eit areal på 75 m² pussa opp med tanke på palliativ behandling og rehabiliteringspasientar som ikkje kan utskrivast til eigen heim. Arealet på 75m² har fått namnet “Lindrane rom” og vart innvia i juni 2012. Ein utarbeider i desse dagar kriteriar for bruk innan palliasjon og rehabiliteringsfeltet.

Frivilligarbeid.

14. november har me offisiell opning av frivilligsentral. Eit grundig forarbeid ligg til grunn. Granvin er oppdelt i grender- og det vart naturleg å invitere ein

kontaktperson for kvar grend til å delta i planlegginga. I tillegg hadde me representantar for ulike lag og organisasjonar med. Etter ein del møteaktivitet var me klar. Der er ikkje nokon auke i stilling for drift, men ein har oppretta styre, eige telefonnummer som aktivitetsleiar svarar på - og laga informasjonsfoldar om tiltaket som er delt ut til alle husstandar i heradet. Eit samspel mellom det frivillige og det offentleg er viktig – også sett i forhold til rehabiliteringsoppgåver i kommunen i åra som kjem.

Kommunalt rehabiliteringsteam

Kommunalt rehabiliteringsteam har laga informasjonsfoldar. Der står det kven som sit i teamet i vår kommune og kort informasjon om individuell plan og koordinator. Slik prøver me å ta forskrift om habilitering og rehabilitering på alvor; “Alle kommunar skal ha ei synleg og lett tilgjengeleg koordinerande eining for habilitering og rehabilitering”.

Kvam kommune

Ann Katrin Øktner, fysioterapeut, på vegne av Kvam Rehab og beh avd,

Opning av nytt Lokalmedisinsk senter i Kvam. Fredag 2. november 2012 var det offisiell opning av Kvam Lokalmedisinske senter. Dette er ei samlokalisering av Kvam legevakt, ambulansetenesta i Kvam, polikliniske spesialisthelsetenester, Kvam rehabiliterings- og behandlingsavdeling og det kommunale hjelpemiddellageret.

Kvam har sidan tidleg 90-talet satsa målretta innan helse, pleie- og omsorgstenesta. Me har styrka lege-, fysioterapi-, og heimetenestetilbodet. Institusjonsomsorga er redusert til eit meir «spissa» tilbod med auka fokus på korttidsopphald og rehabilitering spesielt. Opprettinga av eit lokalmedisinsk senter vil setje oss i betre stand til å ta imot utskrivingsklare pasientar, tilby observasjon, behandla pasientar lokalt som alternativ til sjukehusinnlegging, poliklinisk behandling eller for å korta ned sjukehusopphald og førebu øhsenger. Denne etableringa er gjennomført i tråd med samhandlingsreforma sine intensjonar og i samarbeid med Helse Bergen. I samband med opprettinga av lokalmedisinsk senter vart det oppretta nye treningslokale for pasientar som er inneliggande på rehabiliteringsavdelinga. Her vart også oppretta ei ny seng.

Kreftkoordinator: Kommunen har f.o.m. hausten 2012 fått tilsett ein kreftkoordinator i 60 % stilling. Sjukepleiar Margareth Berge er tilsett i stillinga. Prosjektstillinga er finansiert av Kreftforeningen.

Frisklivsentral: Kvam er godt i gang med arbeidet med etablering av frisklivsentral. Det har vore ei prosjektgruppe som har arbeidet med utredning og forslag til modell for FLS i Kvam. Målet er eit politisk vedtak i des. 2012. Parallelt med dette prosjektet arbeider me for etablering av lokale lærings- og mestringskurs som i hovudsak skal dekke temaa mestring av kronisk sjukdom og endring av levevanar.

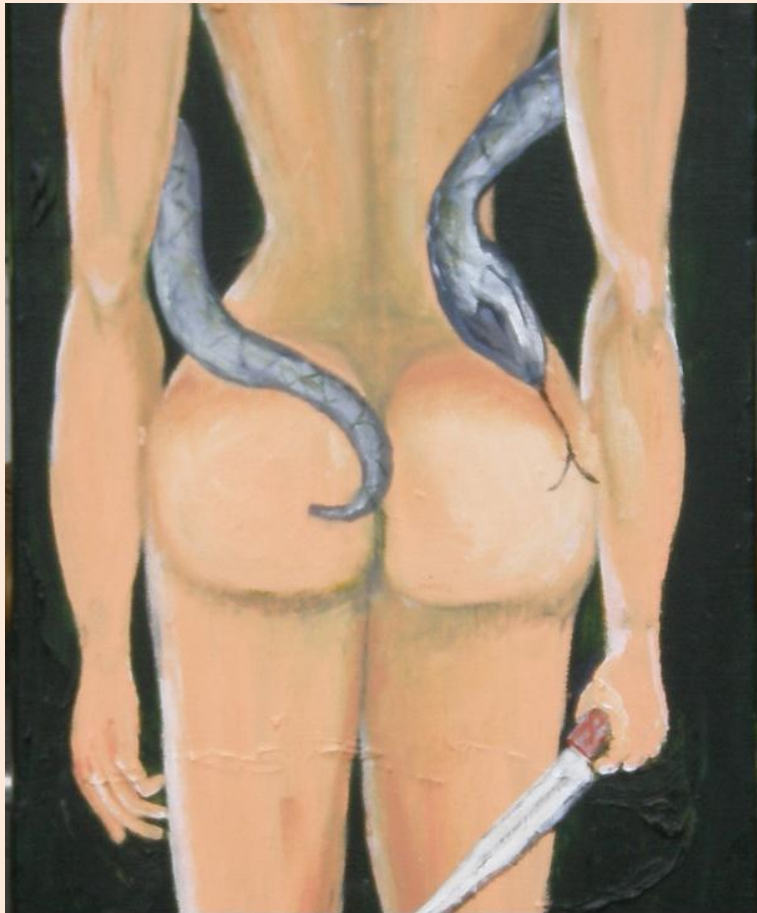
Fagseminar: I fylgje Nasjonal helse- og omsorgsplan 2011-2015 er det eit sentralt mål med auka styrking og tydelegare ansvar for habilitering og rehabilitering ut i kommunane. I den forbindelse har Helsedirektoratet oppretta en pott som ein kan søke midlar frå for gjennomføring av arrangement i den Nasjonale rehabiliteringsveka. Me fekk tildelt 10 000 og gjennomførte et dagseminar for tilsette som arbeider med kommunal rehabilitering i Kvam kommune og for samarbeidspartar i kommunen. Temaet var «Rehabilitering i kommunal institusjon- i lys av Samhandlingsreforma». Målsetjinga var ivaretaking av felles plattform og forståing av kommunal rehabilitering i ein kvardag med auka krav til effektivitet og faglig bredde.

Av faglege innslag heldt Hans Atle Soldal, Prosjektleder for Samhandlingsreforma i Hardanger, eit innlegg om Samhandlingreforma og situasjon i Kvam i dag. Rita Haukaas, avd. leder ved Bokko sykehjem i Odda heldt eit innlegg om Rehabilitering i institusjon som gav oss godt innblikk i hieldøgnsrehabilitering både i forhold til organisering og tverrfaglig samarbeid. Fysioterapeut Liv Kari Reisæther fra Helse- Bergen, Voss hadde et praktisk og godt foredrag om opptrening etter hoftenære brudd og proteser i hofte og kne. Institusjons-legen i Kvam Lars Riise informerte om vår avdeling her i Kvam og Fysioterapeut Ruth Fjose hadde et praktisk innlegg om bruk av Basal kroppskjennskap i rehabiliterings-samanheng.

Dagen gav oss eit lite innblikk i ulike tema og var med å løfte fokus på rehabilitering i institusjon for vår avdeling.

Tilbakemeldinga frå deltakarane har vårt

positive og dette oppmuntrar til gjentaking med muligheit for nye tema og andre målgrupper.



Wenche Sabel

Til kroppen min

Du tente meg trufast i alle våre år.
Eg trur nok at eg baud deg levelege kår
og for det gav du rikeleg vederlag
-til du brått gjorde opprør ein dag.

Du som før var slave er no ein tyrann
som styrer mitt liv med allmektig hand,
men som enda viser mildskap og nåde i blant.
Du unner meg ei god natt i natt, ikkje sant?

Halldis Moren Vesaas

Voss kommune

Ny avdeling for førebygging og rehabilitering

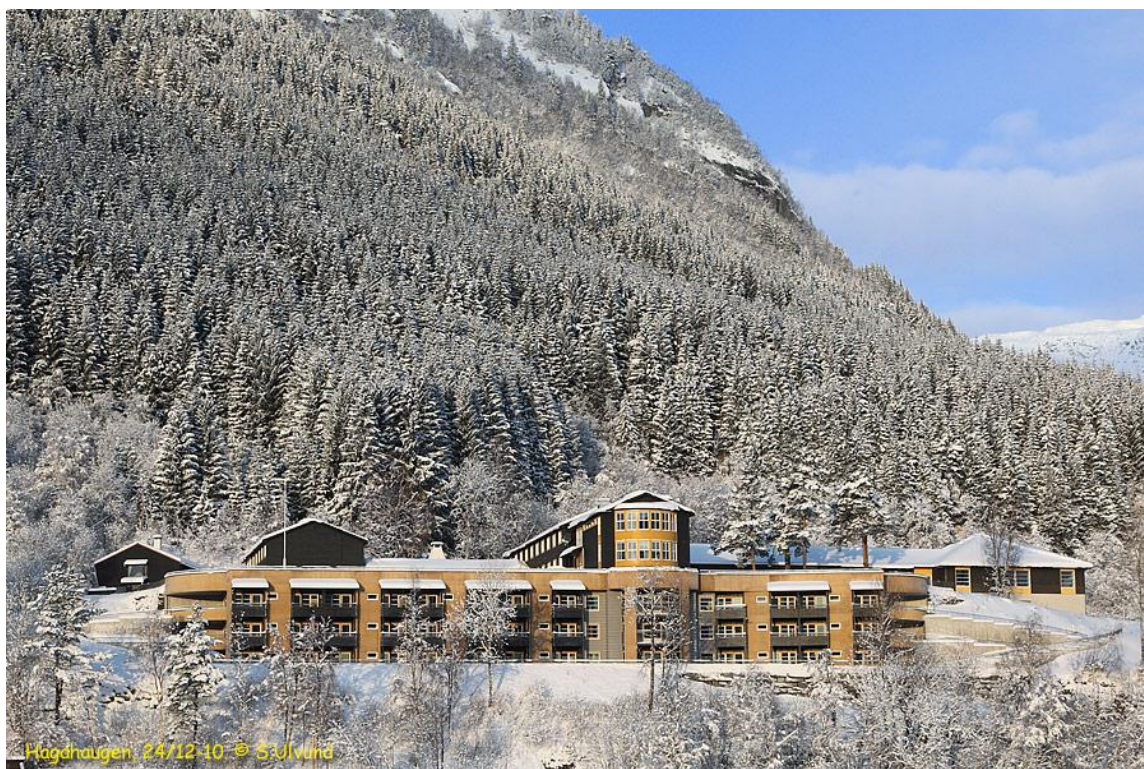
Solrun Hauglum, prosjektleiar / leiar rehabilitering.

I mai 2012 vart det oppretta ei ny avdeling for førebygging og rehabilitering i Voss kommune. Avdelinga har sin base på Hagahaugen rehabiliteringssenter, og rehabiliteringsinstitusjonen som vart stengt hausten 2010, er no fylt med ny aktivitet.

Senteret rommar både dagavdeling og sengeavdelingar. Tidlegare Gjerdebu dagavdeling har flytta inn i stovene ved resepsjonen. Her er 10-11 dagpasientar kvar dag, og 44 heimebuande personar har tilbod i løpet av veka. Dei fleste av dei deltek i trening, anten individuelt eller i grupper. Det er opna to sengeavdelingar. Ei avdeling har 12 plassar for rehabilitering, veksel- og tryggleiksopphald. Fem av desse plassane er øyremerka rehabilitering. Plassane er flytta frå korttidsavdelinga ved Voss sjukeheim, og personell vart flytta med pasientane. I oktober flytta Evanger aldersheim inn i den andre ledige sengeavdelinga. Hagahaugen er også base for dei kommunale fysioterapeutane og for rehabiliteringsprosjektet «Vossamodellen».

Hagahaugen er godt egna for den aktivitet som no fyller huset. Sengeavdelingane er nye og flotte, og alle rom har utsikt og balkong. Med to treningsalar, oppvarma treningsbasseng og natur og fint uteområde rett utanfor døra, ligg det godt til rette for å ta vare på helsa og å oppnå deltaking og meistring. Rehabiliteringsavdelinga vår er nokså nyoppretta, men me ser alt resultat, og har tru på at denne avdelinga er den rette staden for kommunal rehabilitering innan institusjon.

Prosjektet «Vossamodellen» starta med pasientar i slutten av mai 2012. Prosjektet har ein praktisk del og ein forskingsdel. Tilsette i Voss kommune driv rehabilitering av heimebuande personar, også kalla kvardagsrehabilitering, og me vert følgde av eit stort forskarteam. Dei



Hagahaugen, 24/12-10 © S. Jølvind

fleste av forskarane er tilknytt Høgskolen i Bergen og Senter for omsorgsforskning Vest. Dei nyttar både kvalitative og kvantitative studiar, og det vert gjort ein randomisert kontrollert studie av effekt. 60 pasientar skal gjennom opplegget, 30 av dei får denne typen rehabilitering, og dei andre 30 kjem i kontrollgruppa, men vil få tilbod om rehabilitering etter siste kartleggingsbesøk som er 9 månader etter oppstart. Så langt har me 13 pasientar med i prosjektet, og me opplever det som svært interessant og givande å jobba på denne måten. Ei høgskulegruppe med sjukepleiar, vernepleiar, fysioterapeut og ergoterapeut er ansvarlege for utplukking av pasientar, kartlegging, planlegging og igangsetting av rehabilitering. Pasientane set seg mål sjølve, og det vert utforma individuell rehabiliteringsplan. Tilsette i open omsorg utfører rehabiliteringa under rettleiing av fysio- og ergoterapeut. Metoden byggjer på stor grad av brukarmedverknad og mogeleggjjer dagleg trening/rehabilitering. Så langt har pasientane nådd måla sine, og dei har redusert på hjelp frå heimetenestene eller vorte heilt sjølvhjelpne.

Fleire treningsgrupper er i gang på Hagahaugen. Nokre er diagnosespesifikke eller for pasientar tilknytt senteret, men me har også starta styrketrening for heimebuande pensjonistar ein gong for veka. Denne gruppa er eit samarbeid mellom fysioterapeutane og folkehelsekoordinator, og opplegget vart så populært at me måtte starta to grupper. Saman med andre aktuelle avdelingar jobbar me med å byggja opp tilbod for at innbyggjarane skal halda seg friske og aktive, og at det skal verta mogeleg å få assistanse til å meistra livet sitt best mogeleg etter sjukdom eller skade. Det er jobba med planlegging av frisklivsentrar, truleg eit friskliv- og meistringssenter. Dette skal opp til administrativ og politisk handsaming etter nyttår. Håpet er at me skal få starta dette tilbodet i løpet av 2013. Me tykkjer me har komme godt i gang i avdelinga, og at me har fått til ein god del etter oppstarten i mai. Me har tru på at avdelinga var ei smart satsing for Voss kommune, og me gler oss til å vidareutvikla tilboda.



Kva er smerte?

Vigdis Kjerland, smertesjukepleiar Kir.1 Voss Sjukehus.

Smerte er kroppen sitt signal for å bevisstgjera skade på vev, eller truande skade på vev. Dette er nødvendig for å oppdage sjukdom og skade, og smerte har derfor ein vernande funksjon. Dei gamle grekarane kalla smerte for «Helsens vakthund».

IASP (International Association for the Study of Pain) sin definisjon på smerte er:
“ – en ubehagelig, sensorisk og emosjonell opplevelse som assosieres med vevsødleggelse, eller som beskriver vevsødeleggelse.”

Den verdskjende canadiske smerteforskaren og psykologen Ronald Melzack sine nyare teoriar om nevralt nettverk eller nevromatriser i hjernen, understrekar at det ikkje lenger er haldbart å oppretthalde det klassiske skillet mellom smerte av organisk eller psykologisk opphav, eller mellom «fysisk» og «psykisk» smerte. Han seier:

«Smerte er en tilstand hvor enhver smerteopplevelse består av en sammensatt helhet av både psykologiske, fysiske, sosiale, kulturelle og sjelelige faktorer som uttrykk for integrert samspill i et nervesystem under stadig forandring.»

Denne definisjonen forklarar berre litt om det komplekse med begrepet smerte, men tydeleggjer at tverrfaglege tilnærming er svært viktig for smertepasientar, då særleg pasientar med kronisk smerte.

Kva er akutt smerte?

Akutt smerte er smerter som ikkje er langvarige, og som varer mindre enn 3 månader. Smertene avtek når årsaka vert lega. Som t.d. etter ein operasjon, halsinfeksjon, beinbrot osv. I dei fleste kliniske situasjonar blir begrepet akutte smerter brukt om plutslege, alvorlege smerter. Dei kan koma sakte eller brått, og ha alle grader av intensitet.

Kartlegging av smerte

Ei brei kartlegging av smerte er nødvendig for å kunne gi den beste smertebehandlinga. Den vert ofte best ved at pasienten fortel om smerten han/ho opplever, sidan smerte er ei subjektiv oppleving. I tillegg fins det ulike kartleggingsverktøy, som t.d. VAS- og NRS-smerteskala frå 0-10, ulike kroppskart for markering av aktuelle smerteområde, samt større kartleggings-skjema som Brief Pain Inventory og McGill smerteskjema. Eit viktig hjelpemiddel i kartlegging av smerte er også den kliniske smerteundersøkinga. God smerteanamnese, der varigheit på smertene, type, lokalisasjon og utløysande/hemmande faktorar kjem fram.

Kva er kronisk smerte?

Kronisk smerte rammar rundt 30 % av den vaksne befolkninga og er den viktigaste årsak til langtidssjukefråvær og uføretrygd. Førekomst aukar med alder, og kvinner er meir utsett enn menn.

Kronisk smerte vert ofte definert som smerte med varigheit på 3-6 månader eller meir. Det er vanleg å skille mellom tre hovudtypar:

- Nosiseptiv smerte – smerte som skuldast vevsskade, t.d. leddsjukdommar med leddskade.
- Nevropatisk smerte – smerte som skuldast dysfunksjon i nervesystemet, t.d. isjias.
- Idiopatisk smerte/samansett smerte – smerte av ukjent årsak, t.d. uspesifikke rygg- og nakkesmerte.

Ein skil også mellom kronisk ikkje malign smerte og kronisk malign smerte, altså kreftrelatert smerte. Langvarig ikkje-

malign smerte vert og brukt i omtale av kronisk smerte.

Behandling

Smerte er truleg den hyppigaste årsaka til at pasientar tek kontakt med helsevesenet. Helsedirektoratet har utarbeidd nasjonale retningslinjer for rett prioritert helsehjelp ved smertetilstandar. Helse- og omsorgsdepartementet har også pålagt dei regionale helseføretaka å styrke tilbodet til pasientar med kroniske smerter i samarbeid med kommunehelsetenesta. Internasjonalt vert det anbefalt tverrfagleg tilnærming til smertebehandling. Med dette som bakgrunn i behandling av pasientar med langvarig smerteproblematikk, viser det seg at Ronald Melzack's definisjon av smerte fortsatt er høgaktuell. Når det gjeld den medikamentelle behandlinga er det som oftast Paracet og NSAID's preparat ein vel å starte med. Neste steg i smertetrappa er såkalla svake

opioider, som t.d. Tramadol og Paralgin Forte. Smertepaster som Norspan (også i kategorien svakt opioid) viser seg å ha god effekt for stabile smertetilstandar. Sterkare opioider som t.d. OxyContin og Morfin ynskjer ein helst å unngå å bruke til kroniske smertepasientar, grunna risikoen for avhengigheit. Til desse pasientane er det aktuelt med kognitiv- og/eller gruppeterapi og tverrfagleg tilnærming.

Referansar:

Christophersen m.fl. 1991

Melzacks artikkel i Vård i Norden, Nortvedt 2000

McCaffery og Beebe, 2001

Tone Rustøen og Audun Stubhaug , Kapittel om smerter i Sykepleieboken 2, 2006

Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Helsetilstanden i Norge. Kroniske smerter. 2011



Wenche Sabel

Fastlegen si rolle i behandling av kronisk smerte

Unni Solem, fastlege i Ulvik

Å leva med kronisk smerte byr på mange utfordringar. Fastlegen er ein viktig medspelar for pasienten. Først er det avgjerande viktig å diagnostisera type smerte og kva som ligg bak. Vidare skal FL hjelpe pasienten til å leva med smertene og finna fram til den beste og tryggaste kombinasjonen av smertestillande medisinar. FL er også den som henviser vidare i helsevesenet og slik er ein portopnar til spesialisthelsetenesta og særskilte kompetansemiljø. Der er difor særskilt viktig med eit godt samarbeid og kommunikasjon mellom pasient og FL.

Eg vil her nemna ein del moment der FL er viktig, utan at det er høve til å utdjupe noko tema.

Først litt om **medisinar**: Heldigvis har vi mange ulike grupper smertestillande medikament å hjelpe oss med, og ulike administrasjonsformer (tablett, stikkpille, plaster, injeksjon). Utprøvinga må helst gjerast systematisk for å finna rett opplegg for den enkelte pasient, ein kallar gjerne dette "smertetrappa". Grunnpillaren i behandlinga vil for dei aller fleste vera Paracetamol. Nsaids (ikkje-steroide betennelsesdempande som t.d naproxen, dicofenac, ibuprofen) er gode supplement, men har fleire potensielle biverknadar, m.a kan dei gi magesår. Neste steg i smertetrappa er kodeinpreparat og andre middels sterke analgetika (Paralgin forte, Tramadol/Nobligan). Ulemper med desse er at dei påverkar/sløvar hjernen og gir treg tarmpassasje, og at dei er vanedannande. For mange med kroniske og sterke smerter vil det vera naudsynt å nytta slike medisinar, i alle fall delar av døgnet. Øvste steg i "smertetrappa" er ulike morfinpreparat og morfinliknande medisinar. Desse har det dei siste åra blitt meir akseptert å nytta ikkje berre for smerter hjå kreftpasientar, men óg til andre pasientar med lenger forventa levetid (t.d. personar med osteoporose, revmatiske sjukdommar og andre). Det er eit ansvar for FL å hjelpe pasienten å bruka slike sterktverande medikament på ein sikker måte. Denne utfordringa er større hjå unge

pasientar og der ein kan forventa trong for slike medikament i mange år.

Så har vi ein del andre medikament som vert nytta til smertebehandling, t.d. Sarotex for muskelsmerter og Neurontin og Lyrica for nervesmerter t.d. ved langtkomen diabetes.

FL må undervegs vurdere om det er **forsvarleg at pasienten køyrer bil** når vedkomande nyttar medikament som kan påverka merksemd og reaksjonsevne. Her må FL og pasient forhalda seg til eit strengt regelverk, jamvel om pasienten sin aksjonsradius vert innsnevra dersom førarkortet vert inndrege.

Smertepasientar har ofte ikkje berre smerter. Dei har óg **andre lidingar** som vert behandla med medikament. Har vedkomande t.d medisin for høgt blodtrykk, kolesterolsenkande og kanskje blodfortynnande, er risiko for interaksjon (biverknader og uventa el venta problem fordi medikamenta forstyrrar kvarandre sin metabolisme i kroppen) mellom dei ulike medikamenta stor. Marevan er svært vanskeleg å kombinera med dei fleste andre medikament. Simvastatin som kolesterolsenkande interagerer óg med mange andre medikament.

Og har pasienten óg medisin for diabetes 2 og kan henda lett redusert nyrefunksjon (hjá mange eldre) vert det enno vanskelegare å halda oversikt over kva som eigentleg skjer i kroppen, kva medikament som hopar seg opp og kva det

er som gir biverknadar. **Multifarmasi** er ofte eit høgst reelt problem. Korleis skal ein vega mot kvarandre nytten av førebyggjande medisin (mot hjerneslag, blodpropp, hjarteinfarkt) og smertestillande medisin som er naudsynt for å ha ein nokolunde livskvalitet her og no? FL må saman med pasienten med jamne mellomrom **gå gjennom medisinlista** med kritisk blikk for farlege uønskte effektar. Og FL skal ha oversikt over endringar som andre behandlarar har gjort. Nokre gongar må ein redusera eller ta vekk smertestillande. Bruk av mykje smertestillande kan gje medikament-indusert hovudverk, og då må pasienten rett og slett ha ein medisinfri periode.

Kva med dei smertepasientane som alltid har vondt trass i behandling, ingen ting ser ut til å hjelpa godt nok? Dette er smertefullt for pasienten som kjenner det på kroppen, men óg for FL som ikkje syns ho/han greier hjelpa. Smertebehandling er heldigvis meir enn medikament.

Smerteopplevinga er subjektiv og vert påverka av psykologiske faktorar,- av korleis ein tolkar sine smerter, kva tankar og angst smerten evt. vekker. Ein viktig del av FL si oppgåve er difor å opna for samtale om kva pasienten tenkjer om smerten sin, og å gjera grundige kliniske undersøkingar slik at ein kan rydda vekk angst for andre sjukdommar. Og FL skal vera der for og saman med pasienten også når det er utfordrande å sjå ei løysing på ein vanskeleg situasjon, hjelpa til å ta vare på vona om ein betre dag, betre stunder...

Ennå

Ennå er det smil som varmer hjertene
Lyttende ører som letter byrdene
Trofast besøk som fjerner ensomheten
Befriende latter som forsterker livsmotet

Tove Houch

Det finst metodar for **ikkje-medikamentell intervensjon** som vi som fastlegar sikkert kan verta flinkare å oppmuntra til: Deltaking i sjølvhjelpsgrupper. Å læra seg kognitive teknikkar for å handtera smerte. TENS (transcutan nerverestimulering) i samarbeid med fysioterapeut. Tilpassa fysisk aktivitet og trening, avspenningsøvingar. Avlastning i kvardagen med hjelpemiddel og hjelpetiltak.

Kva er så målet med smertebehandlinga- er det å verta smertefri?

Eg undrar om vi i dei seinare åra har blitt lurt til å tru at det er mogeleg å oppnå eit smertefritt liv og ein død utan smerte og ubehag. Dette er sjølvsaugt ikkje rett, ingen er vel smertefri som har kropp og sansar intakt. Det ER rett at helsevesenet kan hjelpa langt på veg slik at smertene vert lindra, men vi greier ikkje fjerna dei. Så kor mykje smerte må og kan ein person tåla? Her er folk ulike. Eg trur at for den kroniske smertepasienten vil målet ofte vera å få lindra dei mest intense smertene, og å ha gode timar og dagar der smertene ikkje får lov å dominera livet. Som FL vert eg ofte imponert over pasientane våre, kor tålmodige og "livsmodige" dei er trass i kronisk sjukdom og smerte. Dei fleste tek sjølve styring med livet sitt og finn aktivitetar som gir glede og mening. Det er også mi oppgåve som FL å sjå dette og gi pasienten gode tilbakemeldingar.



Legemidler mot kroniske smerter- bruksmessige utfordringer

Frank Jørgensen, sykehusfarmasøyt, Sjukehusapoteket i Bergen

Legemiddelbehandling mot kroniske smerter er utfordrende for pasient, pårørende og helsepersonell. Målet for pasienten er god smertelindring uten bivirkninger, noe som kan være vanskelig å få til. Dette kan skyldes utilstrekkelig effekt og/eller bivirkninger, samt utfordringer knyttet til bruk av legemidlene.

De smertestillende legemidlene finnes bl.a. i form av tabletter, kapsler, depottabletter, miksturer, stikkpiller, depotplaster og injeksjonsvæsker. Valg av hensiktsmessig legemiddelform tilpasset den enkelte pasient, og riktig bruk vil ofte ha samme betydning for et vellykket behandlingsresultat som valg av virkestoff.

Fokus i denne artikkelen er lagt på valg av legemiddelformer til pasienter med svelgvansker og på utfordringer knyttet til bruk av depotplaster. Svelgvansker er vanlig forekommende, mens depotplaster er mye brukt hos pasienter med kroniske kreftrelaterte smerter.

Svelgvansker

En pasient bruker Paracet ® 1g tabletter, 1 tablett tre ganger daglig og Tramadol ® 50 mg kapsler, 1 kapsel 3 ganger daglig mot kroniske smerter. Selv om han har svelgvansker tar han medisinene med litt vann og svelger tablettene hele. Tramadolkapslene synes han er greie å svelge hele da de er små, avlange og glatte. Derimot blir det ofte til at han ikke tar Paracettablettene siden de er større enn kapslene og runde, og dermed vanskeligere å svelge hele. Hvordan kan hensiktsmessig bruk av Paracet ® oppnås?

Alternativer:

- Skifte fra Paracet ® tabletter til Panodil ® tabletter. Årsak: Begge medisinene inneholder paracetamol. Panodil ® tabletter er imidlertid avlange og glatte og dermed enklere å svelge.

- Svelge tablettene med minst ½ glass vann. Større vannmengde gjør det enklere å svelge.
- Skifte fra Paracet ® tabletter til Paracet ® brusetabletter. Brusetablettene løses i ½ glass vann og drikkes.
- Tygge tablettene og drikke vann etterpå. Paracet ® er en tablett som kan tygges uten at effekten endres.
- Paracet ® finnes også som stikkpiller og mikstur. Stikkpiller anbefales ikke grunnet mer usikker og variabel effekt enn av tabletter. Mikstur er lett å svelge og smaker ikke vondt, men anbefales ikke grunnet lav styrke (24 mg/ml) slik at inntaksvolumet blir stort (1g tilsvarer ca 40 ml).

En annen pasient bruker bl.a. OxyContin ® 40 mg depottabletter, 1 depottablett morgen og kveld, og OxyNorm ® 5 mg kapsler, 1 kapsel inntil 4 ganger daglig mot kreftsmertor

Hun sier at hun er veldig tørr i munnen og synes derfor det er vanskelig å svelge depottablettene og kapslene hele.

Hvordan kan det gjøres enklere å ta medisinene?

- Lindre tørrhetsplagene. Dette kan bl.a. oppnås ved å fukte munnen jevnlig med en blanding av glyserol og vann samt stimulere spyttutskillelsen ved bruk av tyggetabletter med innhold av bl.a. epleysyre. Det anbefales å kontakte tannpleier og apotek for å komme

frem til de beste tiltakene. Mindre tørrhet vil gjøre det enklere å svelge medisinene.

- OxyNorm® kapsler kan åpnes, innholdet røres ut i minst ½ glass vann og drikkes. Ved åpning av kapslene kan det være vanskelig å få med seg hele dosen. Det beste alternativet er derfor å skifte til OxyNorm® 1 mg/ml mikstur (5 mg tilsvarer 5 ml mikstur).
- OxyContin® depottabletter må svelges hele. Årsak: Etter inntak frigis dosen langsomt fra depottabletten mens den passerer gjennom mage og tarm. Dette gir en jevn smertestillende effekt frem til neste dose med liten fare for bivirkninger.

Tygging eller knusing av depottabletten vil gjøre at hele dosen kommer raskt ut i kroppen. Resultat: For sterk effekt rett etter at depottabletten er tatt med større fare for bivirkninger, og for svak eller ingen effekt lenge før neste dose skal tas.

Alternativer:

Ta depottabletten sammen med en spiseskje yoghurt, moset banan e.l. Den myke konsistensen vil kunne lette inntaket.

Det kan også vurderes å skifte fra OxyContin® depottabletter til Fentanyl® depotplaster (begge preparatene inneholder et morfinlignende legemiddel, hhv. oksykodon og fentanyl)

Utfordringer med depotplaster

Etter et par uker med behandling for munntørrhet og forsøk med å ta depottablettene med yoghurt synes pasienten fremdeles det er vanskelig å svelge dem hele. Legen og pasienten blir

derfor enige om å skifte til Fentanyl® 50 mikrogram/time depotplaster hvert 3.døgn. Plasteret avgir legemiddel med konstant hastighet over 3 døgn og gir derved jevn smertelindring. Hun skifter plaster selv etter å ha fått veiledning i hvordan det skal settes på og skiftes.

Etter en ukes tid synes hun at hun opplever tilfredsstillende smertelindring, men så får hun høy feber som vedvarer et par dager. I denne perioden synes hun at hun blir døsige og trett. Kan dette ha noe med plasteret å gjøre? Depotplasteret er laget slik at det avgis mer legemiddel per time med økende temperatur i huden. Derved kan det oppstå en utilsiktet doseøkning med økt fare for bivirkninger, bl.a. i form av tretthet. Det samme kan skje om temperaturen øker av andre grunner (soling, opphold i badstu osv.).

Noen uker senere synes hun at hun at den smertestillende effekten avtar. Kan dette ha sammenheng med den praktiske bruken av plasteret å gjøre?

Den jevne smertestillende effekten oppnås når plasteret settes på over midjen eller på overarmen på ren, hårløs og tørr hud uten folder. Dette har hun gjort, men de siste par gangene har det vært vanskelig å få festet plasteret skikkelig. Sammen med sykepleier finner hun ut at problemet trolig skyldes at hun har smurt seg med en ny og fetere fuktighetskrem slik at huden ikke har vært helt tørr ved påsetting av plasteret. Resultatet har blitt dårligere kontakt mellom hud og plaster og dermed mindre smertestillende effekt. Ved neste plasterskift satte hun nytt plaster på helt tørr hud uten folder og den smertestillende effekten ble bedre.

Eksempelene over illustrerer betydningen av valg av legemiddelform og riktig bruk av legemidlene for resultatet av smertebehandlingen. De viser også betydningen av å være årvåken i forhold til omstendighetene rundt behandlingen.

Kroniske smerter-smertelindring i heimen

Kirsti Buset, kreftsjukepleiar i Voss kommune

Det er viktig for pasienten at han føler at han vert teken på alvor. Seier pasienten at han har vondt, så har han vondt. Føler pasienten at helsepersonellet ikkje tek ein på alvor, så aukar utryggleiken.

Eg har fått spørsmål om å skrive noko om mine erfaringar med kroniske smerter hjå heimebuande kreftpasientar. Eg jobbar som kreftkoordinator/kreftsjukepleiar i Voss kommune – 90 % stilling. I denne jobben er eg i kontakt med pasientar i livets slutfase, og det er desse eg vil skrive litt om. Spørsmålet «får eg store smerter?» kjem ofte opp når ein er i livets slutfase. Ein høyrer om desse få, som har mykje smerter og det er det som vert lagt på minne. Ikkje nok med at ein skal dø, men i tillegg skal ein ha smerter. I dag har ein mange sortar smertestillande og fleire måtar å få i seg smertestillande, og dei fleste vert godt lindra. Ein liten prosent greier ein ikkje å lindre i heimen, desse må då inn på sjukehus/sjukeheim, men då har ein det alternativet..

Nokre pasientar ar redde for å ta smertestillande, redde for å verte avhengige, sløve, ta overdose etc. At ein kanskje vert litt trøyttere er vanleg, spesielt dei fyrste dagane etter at ein aukar opp. Men den verste trøytteleiken går over etter ei veke, og ein kan få meir energi når ein ikkje har så mykje smerter. Avhengighet: ein vert ikkje avhengig på same måten som ein som rusar seg, smertestillande tek berre smertene. Er ein for mykje trøytt og har ikkje smerter, må ein kanskje vurdere å redusere. Det går ann å gå den vegen også. Biverknadar av medisin er det som oftast, og det er det av smertestillande også, t.d. treg mage og kvalme, men då kan ein gjere noko i forhold til desse symptoma.

Dersom ein har smerter er det viktig å ta smertestillande, for det er berre pasienten som tapar på å la vere. Smerter kan også gi

kvalme, så då får ein eit nytt problem. For pårørande er det også vondt å sjå at deira kjære har det vondt.

Kreftpasientar med smerter kan ha «gjennombrots-smerter», dette er smerter som kan kome plutselig på toppen av dei kroniske smertene, det kan vere 1-6 gongar i døgnet, eller ingenting. Då skal ein ha liggande ev.t. medisin som ein kan ta, denne hjelper innan 30-60 minutt. Dersom det ikkje verkar innan ein time, kan ein ta ein dose til. Det betyr ikkje at no vert det meir smerter frametter, det kan vere berre eit fåtal gongar dette skjer. Elles er det også viktig å ta ev.t. medisin dersom ein skal gjere noko spesielt og veit at dette vil gje smerter, t.d. om ein skal ut på biltur, på butikken, dusje eller liknande. Prøving og feiling ved justering av dose er noko som kanskje kan vere litt frustrerande. Me menneske er individuelle og har forskjellig smerteterskel. Nokon treng kanskje meir enn andre. Men blandinga av dei forskjellige medikamenta er ganske like, det har vore forska på dette i mange år, og vert forska på endå, slik at det skal verte så optimalt som mogeleg.

Eg observerer òg at tryggleik verkar inn på smerter, eg ser ofte at pasientar som har vore inn på sjukehus for justering, fungerer bra der, men så kjem smertene att når ein kjem heim. Spesielt på natta, då er det stille i huset. Tankane vert mange og ein får tid til å kjenne på korleis ein har det. Ein kan tenkje seg redd, då ein ikkje har ei ringeklokke å ringe på for å få fatt i folk. Ved å ha eit godt samarbeid mellom instansane ute (heimesjukepleia, fastlege, kreftsjukepleiar)-inne(sjukehus), kan ein

trygge ein del. Mange får open retur, som betyr at ein kan kome direkte inn på avdelinga att dersom det skulle vere noko. Eg opplever ikkje at dette vert brukt unødig, når det vert brukt er det nødvendig. Mange pasientar syns også det er tryggleik ved å kome heim, her vert open retur/heimesjukepleie/fastlege ein tryggleik for dei pårørande. Det er viktig at dei også er trygge, for det er dei som gjer den største jobben. Det offentlege helsevesenet

er berre eit hjelpemiddel for pasient/pårørande.

Til slutt vil eg berre poengtere overfor oss som helsepersonell at det er viktig for pasienten at han føler at han vert teken på alvor, seier pasienten at han har vondt, så har han vondt. Føler pasienten at helsepersonellet ikkje tek ein på alvor, så aukar utryggleiken.



Kortnytt

Lokalsjukehuskonferansen 2013

Neste års lokalsjukehuskonferanse vil gå av stabelen 5. mars. Tema for konferansen denne gongen er kronisk smerte og det å leva med kroniske smerter. Me vil ta opp tema som kva kroniske smerter er, opplevinga av kroniske smerter og meistringsstrategiar, det å vera frisk og sjuk på same tid, målsetjingsarbeid, tverrfagleg tilnærming og verktøy i møte med kroniske smertepasientar. Til å snakke for oss har me denne dagen vore så heldige å få Elin Fjerstad og Anne-Lene Sand Svartrud. Dei

arbeider begge ved Nasjonal behandlingsteneste for revmatologisk rehabilitering og Nasjonalt kompetanse-senter for revmatologisk rehabilitering ved Diakonhjemmet sjukehus i Oslo. Sand Svartrud er ergoterapeut og held på med mastergrad i helsevitenskap ved universitetet i Oslo. Fjerstad er psykolog og er for tida i et 2-årig prosjekt om Klinisk Helsepsykologi ved sjukehuset. Ho har gjeve ut boka "Frisk og kronisk syk - et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom".

Norsk Sykepleierforbund 100 år i 2012!

Den 24.9.2012 var det 100 år sidan Bergljot Larsson ba 44 utvalde søstre om å verta medlem i det som skulle bli Norsk Sykepleierforbund. Organisasjonen fekk sin logo og den aller første utgåva av tidsskriftet Sykepleien vart utgjeve. Namnet på den nystifta organisasjonen vart Norsk Sykepleierskeforbund – og det var berre ugifte søstre som kunne bli medlem. Kvalitet i helsetenesta var fundamentet til stiftelsen, og berre sjukepleiarar med 3-årig utdanning vart invitert til å bli medlem. I dag har NSF 100.000 medlemmar.

Noko har endra seg i åra som har gått, men mange saker som var viktige for 100 år sidan er det også i dag. Fag og utdanning har stått i fokus heile tida, i tillegg til lønns- og arbeidssosiale vilkår. I 100 år har Sykepleierforbundet (NSF) jobba for å fremja sjukepleiarane sine interesser.

Norsk Sykepleierforbund feira 100 årsjubileet sitt den 24. september med festforestilling i Operaen og ein to dagars lang fagkongress i tilknytning til det. I tillegg har 100-årsjubileet vorte markert over heile landet gjennom jubileumsåret.

Norsk ergoterapeutforbund er 60 år.

Solrun Hauglum, ergoterapeut og leiar av Hagahaugen rehabiliteringssenter heldt foredrag om kvardagsrehabilitering og Vossamodellen på jubileumskonferanse i Oslo!

Den 19. juni 1952 vart det første landsmøtet for arbeidsterapeutar heldt på Statens kvinnelige industriskole i Oslo. Dei danna Norges Arbeidsterapeuters Landsforbund. 27 personar møtte. I 2012 har forbundet over 3500 medlemmer.

Autorisasjonen fekk ein ikkje før i 1975 – 23 år etter. Ein bytta då namn til ergoterapeutar for å få en beskytta yrkestittel.

Jubileet vart markert 26.10. med ein konferanse med tema beste praksis, fagutvikling og samarbeid mellom skulen og praksisfelt. Hovudinnlegget var: Kvardagsrehabilitering - kvifor og korleis implementerer me det på Voss? Vossamodellen - med vekt på forskning på kvardagsrehabilitering. Foredragshaldar var Solrun Hauglum, ergoterapeut og leiar av Hagahaugen rehabiliteringssenter.

Eit friskare liv med ilter som ikkje går over

Inger Anita Herheim, spesialist i psykomotorisk fysioterapi, Voss fysioterapi.

Tenk viss kroppane våre var frie for smerter. Korleis skulle me då ha visst kva me kunne utsetje oss for? I mitt virke som fysioterapeut møter eg mange slags smerter. Nokon har vonde traumer og slit med negative kjensler, andre har vore utsett for fysiske skader, eller har ein kronisk lidning i muskel -skjelettsystemet.

Det som ofte undrar meg, er at menneskje ofte vel strategiar som bidreg til både å vedlikehalde og auke smerter. Sjølv sagt i von om at elende ein gong skal ta slutt. Men so skjer kanskje nettopp ikkje det. Det viktigaste er å få ei forståing av korleis smerten(e) har oppstått og korleis brukaren lever med sine plager. Å ha ei oppleving av å verta sett og forstått gir godt grunnlag for at me (terapeut og brukar) kan arbeida saman. Det neste er å gi grundig innføring i smertefysiologien som seier noko om kva som forsterkar og held vedlike smerter. Det viktigaste er korleis me fokuserer (tenkjer), kjensler tankane gir og kva me vel å gjere i forhold til rørsle, arbeid og livet elles. Alt dette vert registrert i hjernen, som er hovudkontoret og gir arbeidsordre ut i kroppen.

Hos fysioterapeuten vert all den teorien presentert i forhold til kroppsundersøkinga. Kroppen lyg ikkje! Den gir beskjed i form av endra kroppsakse, muskelspenningar, pustemønster, bevegelsesmønster og autonome (ikkje viljestyrte) reaksjonar. Mange kjenner seg att i å bruke unngåelse som strategi mot smerte. Dette gir kroppslege reaksjonar, ofte eit etablert mønster som over tid har gitt hjernen klar beskjed om ”fare”. Me

veit at læring forsterkar seg når kjenslene er aktivert, redsel og frykt er sterke kjensler som hjernen tar svært alvorleg. Når ein i tillegg tenkjer tankar som; korleis skal det gå med meg, vert eg aldri frisk, eg orkar ikkje meir, kor sterk er smerten no, kor har eg vondt no... Ja, då går brannalarmen for fullt i hjerne og kropp, og det er på tide å setje inn brannsløkking! Spørsmålet er berre kva ein skal sløkkja med, og om ein har tru på at ein greier det. Fysioterapeuten har ulike verktøy å bruke. Kunnskap må og skal ut til brukaren, og kunnskapen bør formidlast i forhold til brukaren sin unike historie og kroppsfunn. Bevegelsar, berøring i form av massasje, leia rørsler og nærværstrening, er viktige verktøy. Alt gjort i trygg allianse mellom terapeut og brukar.

Når brukaren kjenner at endringar skjer, kjem trua og motivasjonen på at livet kan verta, om ikkje smertefritt, så litt enklare å leve. Smertesansen er livsviktig, men den kan skyte langt over mål, på same måte som panikkangsten brer seg i kroppen i synet av ein ufarleg edderkopp.

Eit friskare liv med kroniske smerter handlar om å ta og eiga regien i eige liv. Og ingen har sagt at det er lett.

«Legg ikke smerten fra deg før du har høstet visdom fra dens bryst»

Kroniske smerter

- sammenheng med det moderne kostholdet?

Runa Spilling, klinisk ernæringsfysiolog, Active Education

Kronisk smerte er en hyppig forekommende lidelse i verdenssamfunnet og knyttes opp mot økt grad av inflammatoriske sykdommer. Vår moderne livsstil med redusert fysisk aktivitet, endret kosthold og økt omfang av stressfaktorer antas å kunne fremme utviklingen og opprettholdelse av inflammasjon (1).

Inflammasjon og smerte er knyttet opp mot hverandre ved at et av kardinalsymptomene i inflammasjonsprosessen er smerte. "Levekårsundersøkelsen-2005" viser at over halvparten av uføre nordmenn har en kronisk smertetilstand som påvirker deres daglige virke. Å leve med kroniske smerter og tilhørende behandling kan bidra til å redusere livskvaliteten hos denne pasientgruppen.

Omegafettsyrene er forløpere til en rekke signalstoffer som virker pro- og antiinflammatorisk. Omega-3 hemmer, mens omega-6 øker inflammasjon. I dagens vestlige kosthold inntar vi store mengder med omega-6 fettsyrer sammenlignet med omega-3. Den høye andelen omega-6 i kostholdet antas å kunne utkonkurrere omega-3 i den inflammatoriske responsen – med økt

inflammasjon og smerte som resultat. Nyere studier har vist at omega-3 også bremser utviklingen av nye, pro-inflammatoriske signalstoffer og øker eliminasjonen av døde celler, noe som bidrar til redusert pro-inflammatorisk aktivitet (2). Terapeutiske tilskudd av omega-3 har vist seg å kunne redusere smertene hos pasienter med revmatoid artritt, leddsmerter og inflammatoriske tarmlidelser (3).

Et økt fokus på fettsyresammensetningen i kostholdet til kronikere, med fokus på reduksjon av omega-6-holdige- og økning av omega-3-holdige matvarer vil muligens være positivt for smertepasienter, dog kreves det foreløpig mer studier på dette området før endelige konklusjoner kan trekkes.

Kilder til omegafettsyrer			
Omega 3		Omega 6	
Alfalinolensyre, ALA (18:3n-3)	EPA (20:5n-3) DHA (22:6n-3)	Linolsyre, LA(18:2n-6)	Arakidonsyre, AA (20:4n-6)
Linfrøolje	Laks	Maisolje	Animalsk vev
Rapsolje	Sild	Solsikkeolje	
Valnøttolje	Sardiner	Bomullsfrøolje	
Soyaolje	Makrell	Soya olje	
Grønt	Tunfisk	Tistelolje	
Bønner/linser	Hvit fisk		
Alger	Skall/muslinger		

Tabell 1: Oversikt over noen kilder til de ulike omegafettsyrene. *Matvarene inneholder gjerne en blanding av ulike fettsyrer. EPA (eicosapenaeonic acid), DHA (docosahesaeonic acid).*

Kilder:

1. WHO. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Geneva: WHO 2003.
2. Kohli P, Levy BD. Resolvins and protectins: mediating solutions to inflammation. *Brit J Pharmacol.* 2009;158(4):960-71.
3. Goldberg RJ, Katz J. A meta-analysis of the analgesic effects of omega-3 polyunsaturated fatty acid supplementation for inflammatory joint pain. *PAIN.* 2007;129(1-2):210-2.



Foreningen for
kroniske smertepasienter

Foreningen for kroniske smertepasienter (FKS) er en ideell, livsynsfri og politisk nøytral forening som er landsdekkende og åpen for alle mennesker med kroniske smerter, pårørende og venner, samt andre interesserte.



Norsk smerteforening

Norsk tverrfaglig smerteforening ble stiftet 21. januar 2005. Overordnet mål for foreningen er å bedre forståelsen av at både akutte og langvarige smerter er et stort helseproblem og å bedre behandling av smertetilstander.



Norsk Barnesmerteforening

Norsk Barnesmerteforening er en tverrfaglig forening for alle grupper fagpersonell som har interesse for vurdering og behandling av smerter hos barn. Foreningen ble dannet 10.09.2004 og formelt stiftet 25.09.2005. Styret er bredt faglig og geografisk sammensatt av leger, sykepleiere, fysioterapeut, psykolog og pedagog.



Forsking på smerte

Betre smertebehandling med psykologi

Eldre smertepasientar har betre effekt av psykologisk behandling enn medikament på lengre sikt, viser UiB-forsking.

Les meir på nettet: <http://www.forskning.no/artikler/2010/februar/241520>

Musikk er smertestillande medisin

Behageleg musikk kan verke smertelindrande på gikt- og kreftpasientar. Forklaringa er at musikken distraherer hjernen.

Les meir på nettet: <http://www.forskning.no/artikler/2011/mars/283135>

Meir smerter med morfin

Dei fleste veit at morfinbruk over lang tid kan skape avhengigheit til stoffet. Det som hittil ikkje har vore allment kjent, er at pasienten risikerer at morfinbruken fører til meir smerter, i fylgje smerteforskarane professor Arne Tjølsen og stipendiat Frøydis Haugan ved Institutt for biomedisin.

Les meir på nettet: <http://www.uib.no/form/arbeidsfelt/publikasjoner/hubro/hubro-2008/hubro-3-2008/mer-smerter-med-morfin>

Helserelatert livskvalitet og smerter hjå born og ungdom

Resultata viser at det å oppleve smerte, verta mobba og ha eit negativt kroppsbilete påverkar born/unge sin livskvalitet.

Les meir på nettet: http://www.uib.no/info/dr_grad/2011/Haraldstad_Kristin.html

Roligare med betre smertebehandling

Betre smertelindring hjå eldre med demens kan redusere aggresjon og uro. Det viser ein studie frå Forskningsgruppe for allmennmedisin.

<http://www.uib.no/isf/nyheter/2011/09/roligere-med-bedre-smertebehandling>

Å vera sterk

Å vera sterk er ikkje
å springa raskast
å hoppa lengst eller lyfta tyngst


Å vera sterk er ikkje
alltid å vinna
alltid å ha rett eller
alltid å vita best

Å vera sterk er å
sjå lyset når det er som
mørkast
slåst for noko ein trur på
sjølv om ein ikkje har
fleire krefter igjen
sjå sanninga i augane
sjølv om den er hard...



Bokmeldingar

	<p>Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom.</p> <p>Forfatter: Elin Fjerstad Forlag: Gyldendal Norsk Forlag</p> <p>Forfatteren kombinerer en grundig gjennomgang av forskning med teoretiske bidrag fra blant annet utviklingspsykologi, positiv psykologi og kognitiv psykologi. Boken bidrar til å gjøre psykologisk teori anvendelig og tilbyr leseren konkrete verktøy til bruk i samtaler med både barn og voksne med kroniske sykdommer.</p> <p>Boken er skrevet for alle helsearbeidere som møter pasienter med kronisk sykdom, og for studenter innenfor helsefag som psykologi, medisin, sykepleie, ergoterapi og fysioterapi. Den som selv er kronisk syk, eller er pårørende, trenger den samme kunnskapen. For hvordan holde seg så frisk som mulig, og hva slags hjelp trenger en for å få det til?</p>
--	--

	<p>Når livet setter seg i kroppen Mindfulness, muligheter, valg.</p> <p>Forfatter: Eldri Steen og Liv Haugli Forlag: Bazar</p> <p>Kroppens tale er tydelig, men overdøves ofte av stemmer som sier at vi må, bør og skal. Kroppen må derfor rope stadig høyere for at vi skal lytte. For mange gir det seg utslag i smerter, ofte langvarige, og noen ganger er plagene mange og sammensatte. Vi kan lære oss å lytte til kroppens signaler og ta dem på alvor før plagene setter seg fast. Denne boken viser veier ut av uføret - gjennom øvelser som bidrar til økt bevissthet om hva kroppen prøver å fortelle. Her får du metoder til å arbeide med kroppens signaler, og dermed bli i stand til å ta et bedre grep om livet. I denne tredje reviderte utgaven av boken behandler forfatterne også temaer som angst, skam, sorg og stress.</p>
---	---

SAMARBEIDSRÅDET, UNDER- UTVAL I REHABILITERING

KOMMUNAR:

KVAM HERAD

Ann Katrin Øktner
Kvam behandling og rehabiliteringsavdeling
Nedre Norheim 44, 5600 Norheimsund
tlf. 56558557 / 91246792
annokt@kvam.kommune.no

VAKSDAL KOMMUNE

Ole Johnny Carlsen
Konsul Jebsensgt. 16, 5722 Dalekvam
Tlf. 56594479 / 95987512
Ole.Johnny.Carlsen@vaksdal.kommune.no

GRANVIN HERAD

Magnhild Branstveit
5736 Granvin
Tlf. 56 52 41 40, 40403882
magnhild.branstveit@granvin.kommune.no

ULVIK HERAD

Reidun Stavestrand
5730 Ulvik
Tlf. 56527092 / 40007191 (ma, on, fr)
reidun.stavestrand@ulvik.kommune.no

VOSS KOMMUNE

Anne Grete Haugen
Voss Sjukeheim
5700 Voss
Tlf. 56520623 / 95262904
Anne.G.Haugen@Voss.kommune.no

BRUKARORGANSISASJONAR:

SAFO

Helge Kvåle
helge.kvale@elkem.no

FFO

Kjellfrid Skutlaberg
post@nabobeino.no

HELSE BERGEN-VOSS SJUKEHUS: PSYKIATRISK REHABILITERINGSTEAM

Björg Kari Afdal 56533720
Bjorg.Kari.Afdal@helse-bergen.no

AVDELING FOR REHABILITERING, LÆRING OG MEISTRING

Jorun Sivertsen 56533845
Jorun.Sivertsen@helse-bergen.no

AVDELING FOR REHABILITERING, LÆRING OG MEISTRING, VOSS SJUKEHUS

REHABILITERINGSTEAMET

Avdelingsleiar / sjukepleiar

Jorun Sivertsen 56533845
Jorun.Sivertsen@helse-bergen.no

Fysioterapeut

Britt Madli Manger 56533847
Britt.Madli.Manger@helse-bergen.no

Ergoterapeut

Kikki Sørgård 56533848
Anne.Kristin.Sorgard@helse-bergen.no

Janny Hagen

Janny Hagen 56533848
Janny.Hagen@helse-bergen.no

Sosionom

Anne Cecilie Kaldefoss 56533849
Anne.Cecilie.Kaldefoss@helse-bergen.no

Sjukepleiar

Ann Jorunn Herre 56533846
Ann.Jorunn.Herre@helse-bergen.no

Ernæringsfysiolog

Hanne Gjessing 56533850
Hanne.Gjessing@helse-bergen.no

LÆRINGS- OG MEISTRINGSSENTERET

Dagleg leiar

Janny Hagen 56533842

Brukarkonsulent

Rigmor Berge 56533843

Lms.voss@helse-bergen.no