

Aktuellt om

Maj 2007

VETENSKAP & HÄLSA

*Minska
smärtan!*



Denna tidskrift ges ut av Medicinska fakulteten vid Lunds universitet och
Universitetssjukhuset i Lund & Universitetssjukhuset MAS vid Region Skåne

Aktuellt om

VETENSKAP & HÄLSA

Smärta har många "ansikten". Olycksskada, operation, nervskada eller psykisk ohälsa är några exempel på upphov till smärta. Ofta är smärta en varningssignal på att något är fel i kroppen. Smärta är en av de vanligaste orsakerna till att människor söker sjukvård. Det orsakar stort personligt lidande och medför omfattande kostnader för sjukvården.

I detta nummer av Aktuellt om vetenskap och hälsa presenterar vi delar av den forskning och utveckling som sker inom Lunds universitet och universitetssjukhusen i Lund och Malmö för att diagnostisera, lindra och behandla smärta.

En stor fördel med att verka inom eller nära ett universitet är möjligheterna till gränsöverskridande forskning, exempelvis mellan experimentell och klinisk forskning och mellan olika vetenskapsområden. Att verka under sådana förutsättningar resulterar i kontinuerlig utveckling av nya synsätt och effektivare behandlingsmetoder.

Inom det tvärvetenskapliga Neuro-nanoscience Research Center samlas t.ex. medicinare, naturvetare, teknikforskare och humanister för att utveckla elektroder som kan opereras in i hjärnan och ryggmärgen. Syftet på sikt är att förbättra livskvaliteten hos handikappade människor, personer med neurodegenerativa sjukdomar och personer med kronisk smärta.

Vårdforskare har studerat hur patienter med långvarig smärta bli bemötta i vården och ger tips om hur man kan förbereda sig inför vårdkonsultation.

Smärtspecialister koncentrerar sig på smärtans känslomässiga konsekvenser och hjälper patienter som länge kämpat för att få diagnos, lindring och bot, och inom nätverk av forskargrupper pågår betydande forskning om smärtans grundläggande mekanismer.

Barnsmärtlindring har under många år stått i fokus för forskare och vårdpersonal. Smärtskalor för barnets olika åldrar ger möjlighet att skatta smärtan och vi har lärt oss mycket om det för tidigt födda barnets smärtekänsla. I dag kan vi förhindra uppkomsten av och lindra smärta genom förebyggande åtgärder.

Livshjälp i stället för dödshjälp är grundbulten i palliativ vård. I livets slutskede handlar det ofta inte bara om fysisk smärta. Social, andlig och existentiell smärta kräver också vår uppmärksamhet.

Detta är endast en del av vad som står att läsa i detta nummer av Aktuellt om vetenskap & hälsa. Vår målsättning är att på ett sakligt och begripligt sätt beskriva vår forskning och att du som läsare ska ha glädje av den kunskap som förmedlas.

God läsning!



Bo Ahrén

Professor och dekanus
Medicinska fakulteten,
Lunds universitet



Ingvar Wiberg

Forskningsdirektör
Region Skåne

Smärta

– en av de stora folksjukdomarna

Värk och smärta kostar Sverige årligen 80-90 miljarder kronor för sjukpension, sjuk-skrivningar, vård och läkemedel. Smärta är därför ett område där mycket återstår att göra när det gäller forskning och be-handling.

Smärtan är bokstavligt talat ett nödvändigt ont: den är en av kroppens viktigaste varningssignaler. Människor utan smärtekänslor riskerar att hålla handen kvar på en het platta så länge att de får svåra brännskador, att belasta ben och leder så fel att kroppen blir alldeles deformerad, och så vidare.

Som med alla nödsignaler måste denna varningssignal dock kunna slås av när den gjort sin tjänst. Det är här det brister. Ibland kan smärtan inte fås att gå över trots att patienten får den ena behandlingen efter den andra, och det ena smärtstillande medlet efter det andra.

KRONISK SMÄRTA, dvs. smärta som pågått i över tre månader, är en av de stora folksjukdomarna. Olika studier har visat att 40–65 procent av svenskarna går med kroniska smärtor framför allt i rygg och nacke. Hos somliga handlar det om lindriga smärtor som bara ibland gör sig påmin-da, men upp till en tredjedel av de drabbade be-dömer sin smärta som ”måttlig till stark”.

– Smärtan har en topp i åldrarna mellan 50 och 64, sedan blir andelen drabbade patienter något lägre, säger smärtforskaren Edward Hö-gestätt.

Han berättar också att kvinnor har en lägre smärtröskel än män och rapporterar mer smärta än män, oavsett ålder. En faktor som bidrar till

detta kan vara att många män ser det som oman-ligt att klaga, medan det är mer tillåtet för kvin-nor att må dåligt.

Förutom indelningen i akut och kronisk smärta, så kan smärta indelas efter orsak. *Nociceptiv smärta* orsakas av skador på vävnader och or-gan (t.ex. brännskador, huvudvärk och tarm-vred), medan *neurogen smärta* beror på nervska-dor (t.ex. vid MS, stroke och ryggmärgsskador) och *psykogen smärta* har samband med psykiska besvär. Det finns också så kallad *idiopatisk smärta*, smärta som man inte kunnat hitta nå-gon orsak till.

SMÄRTA ÄR EN SUBJEKTIV upp-levelse: den kan bara mätas genom att den drabba-de själv anger graden av sitt onda. Hur mycket smärta en person upplever som reak-tion på en viss händelse, t.ex. ett nålstick, varie-rar beroende på en mängd faktorer. Kul-turell bakgrund, hur man i övrigt mår fysiskt och psykiskt, individuella fysiologiska skillnader m.m. har betydelse för hur man upp-lever smärta.

INGELA BJÖRCK



Rehabiliteringen blev en vändpunkt



Smärtan har inte upphört för Petra Bodenhall. Men nu börjar hon lära sig hur hon ska hantera den. FOTO: ROGER LUNDHOLM

Efter tre graviditeter med allt svårare foglossningar tog Petra Bodenhall slut.

– Men det såg jag inte då. Jag ville bara vara duktig.

Nu, nästan tre år senare, börjar hon hinna i kapp sig själv, lära sig att prioritera och att hantera smärtorna som fortfarande plågar henne.

– Jag hade tur som blev trodd av alla som jag sökte hjälp hos – husläkaren, sjukgymnasten, ortoped, tjänstemannen på försäkringskassan... Men det var först när jag kom in på programmet för smärtehabilitering som det vände.

Innan dess försökte Petra leva livet som förut, som om smärtan inte fanns. Hon mixtrade med

När det aldrig slutar värka

Det handlar om att vara fyrkantig.

– När patienten upplever att alla i teamet upprepar sig har vi lyckats, säger smärtläkaren Janne Biörklund på Rehab-centrum Lund-Orup.

När smärtan är akut möts du av omfattande sympti. När den aldrig upphör ifrågasätts hela din upplevelse. Du är tröttsam och tjatig. Du känner dig kränkt och missförstådd. Men det enda du vill är att bli av med den ihållande smärtan.

– Och då flyter allt ihop. Vår första uppgift är därför att skapa ordning och struktur. Och för att klara det måste vi möjliggöra en mental kullerbytta, säger psykologen och verksamhetschefen Marcelo Rivano.

De som söker hjälp mot sin smärta på Rehab-centrum vid Universitetssjukhuset i Lund har som regel kämpat länge för att få diagnos, lindring och bot. De har besökt vårdcentraler, sjukhus och alternativmedicinare. När de till slut når fram till smärtspecialisten är det dags att tänka om.

– Den som drabbats av kronisk smärta är helt inställd på att bli av med smärtan. Vi koncentrerar oss i stället på smärtan och dess känslomässiga och praktiska konsekvenser, säger Marcelo Rivano.

Det är nu fjorton år sedan Socialstyrelsen lade fram sin rapport om behandling vid långvarig smärta (SoS 1994:4).

– Den är fortfarande högaktuell. Men frågan

smärtstillande, den ena kombinationen värre än den andra, och ju värre stress hon upplevde desto mer ville hon åstadkomma. Hon gick på knäna, fast besluten att hålla ut.

Utredningen för att komma in på det fem veckor långa rehabiliteringsprogrammet vid Rehabcentrum Lund-Orup var krävande.

– Jag mötte hela teamet och satt en timme hos var och en, läkaren, psykologen, kuratorn och sjukgymnasten. Det var jobbigt att tala om sig själv.

HON FICK REDOGÖRA FÖR hur hon levde sitt liv, om arbetsfördelningen i hemmet och andra vardagsnära ting. De drog och klämde i hennes värkande kropp.

– Men de pressade inte lika hårt som andra gjort tidigare. De litade på att jag talade sanning. Det var annorlunda.

När utredningen var slut speglade teamet det intryck de hade fått av henne. De beskrev hennes sätt att hantera smärtan i förhållande till hennes höga ambitioner som trebarnsmor, hustru och yrkeskvinna.

– Då tänkte jag: den människan som de beskriver är ju inte riktigt klok!

De fem veckorna som följde innehöll bland annat undervisning om smärtfysiologi: varför gör det ont? om smärthantering: vilka tankefallor har jag hamnat i? om krishantering: hur hanterar jag skuld-känslor i förhållande till anhöriga, vänner och arbetskamrater? i gruppsamtal: hur har andra hanterat sin smärta?

– Då såg jag att jag trots allt var lyckligt lot-tad. Många hade levt med svår smärta mycket längre och varit djupt nedstämda under långa tider, säger Petra.

HON SÅG OCKSÅ DET GEMENSAMMA. Men framför allt lärde hon sig att lyssna till kroppens signaler. Hon formulerade en plan som utgår från den smärta hon känner och hur hon vill tackla den framöver.

– Nu förstår jag att jag måste ta hänsyn till min smärta och lära mig att prioritera utifrån vad jag faktiskt orkar med, säger hon.

PER LÄNGBY

prioriteras inte i praktiken av sjukvården, säger Janne Biörklund.

Enligt rapporten lider 35–50 procent av svenskarna av långvarig smärta. Sju procent av dem har ett stort vårdbehov. Förutom det mänskliga lidandet leder den obehandlade smärtan till enorma kostnader i form av sjukskrivningar, sjukbidrag, sjukvård och uteblivet arbete. Av patienter på sjukhus har 60–70 procent smärta och inom psykiatri drygt hälften. En procent remitteras till rehabiliteringskliniker.

– Vi skulle kunna ta emot fler. Men med nuvarande resurser skulle det innebära att vi raserade det teamarbete som en framgångsrik smärthantering bygger på, säger Hans Westergren.

Han är neurokirurgen som sökte sig till Rehabcentrum i Lund när han sadlat om till rehabiliteringsläkare med nackskador som specialitet.

– Jag sökte mig hit för att här finns en välorganiserad klinik med strikta program med systematiska och strukturerade intervjuer om den en-

skildes smärta och dess konsekvenser. Och där det dessutom finns en uppföljning som är den bästa möjliga.

Uppemot 400 fall av kronisk smärta tillkommer varje år i Skåne, Kronoberg, Blekinge och södra Halland. Ett par hundra patienter som remitterats till Rehabcentrum i Lund kan inte behandlas inom de tre månader som den nationella vårdgarantin föreskriver. Hittills har bara två personer valt att stryka sig från väntelistan trots att de fått besked om att de troligen tvingas vänta länge. Det finns få realistiska alternativ för personer som lider av långvarig smärta.

De individuella upplevelserna av smärta varierar stort. Men nästan fyra av tio som söker hjälp i primärvården söker för smärta, smärttillstånd som kan stressa den enskilde doktorn. Och för forskningen erbjuder smärtan ett dukat bord.

– Vi behöver nya sätt att närma oss smärtan inom alla områden, säger Marcelo Rivano.

PER LÄNGBY

Nu förstår jag att jag måste ta hänsyn till min smärta och lära mig att prioritera utifrån vad jag faktiskt orkar med.

FOTO: ROGER LUNDHOLM



Janne Biörklund



Hans Westergren



Marcelo Rivano

Bättre smärtlindring för läpp-käk-gom-barn



Bättre operationsteknik, mindre svullnader hos barnen och en bättre smärtlindring ger tidigare hemgång för läpp-käk-gom-barn, säger narkosläkaren Eva Nilsson, Anestesi kliniken på Universitetssjukhuset MAS i Malmö.

Hon har arbetat med smärtlindring hos barn sedan 1990. Intresset väcktes inte minst av att hon själv som barn fick uppleva hur smärtlindringen släppte innan en operation var över...

Så sent som på 1970-talet fanns det expertis som trodde att små barn inte upplevde smärta. Nu vet man bättre – och man vet också att morfin kan ges till barn utan biverkningar, om det sker under kontrollerade former.

I dag får de sövda läpp-käk-gom-barnen därför morfin innan de väcks. Ett tillskott av extra lokalbedövning före väckningen testas också. Man ger även vanligt Alvedon, för att kunna hålla morfin-doserna nere.

SMÄRTLINDRINGEN I SAMBAND MED operationer har gått längre och längre ner i åldrarna, allt eftersom operationerna görs hos allt yngre. Förr opererade man inte läpp-käk-gomskador förrän vid flera års ålder, men idag opereras barnen från två-tre månaders ålder.

– Nu är vi nere och provar att smärtlindra barn från en månads ålder, berättar Eva Nilsson.

Nytt är också att barnen slipper använda det

Eva Nilsson ger smärtlindring till ett litet barn. FOTO: JIMMY WAHLSTEDT, MEDICINSK INFORMATIONSTEKNIK

Smärtlindringen i samband med operationer har gått längre och längre ner i åldrarna, allt eftersom operationerna görs hos allt yngre.

nyopererade området i munnen för att äta. De får välling via slang efter gomoperationen.

Sedan 1990 när Eva Nilsson blev ansvarig för barnsmärtlindringen har också morfinbehandlingen av barnen delegerats ut. Den görs idag på avdelningen av avdelningspersonalen där barnen vårdas. Eva Nilsson finns som resurs i bakgrunden och kan konsulteras vid behov.

VID UMAS TESTAS OCKSÅ kontinuerlig låg dos smärtlindring första tiden efter gomoperationen hos barn. Det gäller exempelvis barn som inte är friska för övrigt och därför efter operationen vårdas på uppvakningsavdelningen första natten. Nu planeras denna smärtlindring även på barnavdelningen.

– Det gäller de större barnen, från sex år och uppåt, förklarar Eva Nilsson.

I allt arbete med smärtlindring är det viktigt att använda smärtskattning. När det gäller barn får läkaren och sjuksköterskan arbeta med bilder på ledsna/neutrala eller glada ansikten. Syftet är att det ska vara så glada ansikten som möjligt hos de smärtlindrade barnen.

HANS-GÖRAN BOKLUND



Ett nyopererat barn kan visa smärta genom att ligga blickstill. Men genom att peka på smärtskalan visar Jakob Majidi för mamma Maghsoudeh och smärtsjuksköterskan Berit Sandberg att han inte har ont. FOTO: ROGER LUNDHOLM

Viktigt att leta efter tecken på om det gör ont

Jakob Majidi är hungrig. Men smärtan är under kontroll. Det visar han genom att peka på smärtskalan som smärtsjuksköterskan Berit Sandberg håller fram.

Just nu vill han bara ersätta näringsdroppet med en rejäl måltid.

Sexårig Jakob hade tre små hål på tarmen och är nu opererad. Med ilsken blick på mamma upprepar han att han vill ha mat. Maghsoudeh ler tålmodigt. Det lugnar att veta att irritationen inte beror på smärta.

– Det ska inte förekomma att någon inte blir behandlad för sin smärta, säger Berit Sandberg.

Däremot dokumenteras det dåligt om

Smärta påverkar ämnesomsättningen, ger stressreaktioner, sämre sårhäkning och medför ökad risk för infektioner. Sjukdomsförloppet förlängs.

barnen har smärta eller ej. När Berit gör sina dagliga smärtronder på avdelningarna på Barn- och ungdomssjukhuset i Lund saknar hon ofta anteckningar om barnens upplevda smärta.

– Men både den och den ibland osynliga smärtan, där barnet ligger stilla och inte rör sig på grund av rädsla för smärta, ska mätas, säger hon.

SMÄRTA PÅVERKAR ämnesomsättningen, ger stressreaktioner, sämre sårhäkning och medför ökad risk för infektioner. Sjukdomsförloppet förlängs. Därför är det lika viktigt att mäta och journalföra smärta som det är att kontrollera blodtryck, temperatur och puls. Risken för att barnet får en överdos av smärtstillande är liten.

– Under alla mina år som smärtsjuksköterska har jag bara sett ett fall av överdosering.

FÖRMÅGAN ATT TA EMOT TRÖST, gråt, kroppshållning och andningsmönster ger signaler om smärta. Smärtskalor som anpassas för barnets olika åldrar ger barnet möjlighet att själv skatta sin smärta.

– Vi har ett medfött smärtsystem och obehandlad akut smärta kan utveckla kronisk smärta, säger Berit Sandberg.

Så fort man ser tecken på smärta efter operationen har barnet ont till dess motsatsen bevisas. Smärtan kan och ska behandlas.

PER LÅNGBY

De lindrar smärta hos tidigt födda

Pia Lundqvist och Kerstin Borgström go-sar upp den mjuka filten runt Linus kropp. Det är bara 24 timmar sedan han, två månader för tidigt, lämnade den invanda, ombonade värmen i mammas mage.

Nyss jämrade han sig. En lätt beröring med fingertopparna får honom lugn.

– Vi gör ett litet bo som en toffel åt honom för att skapa en miljö som påminner om livmodern, säger Pia Lundqvist medan hon puffar till filten inne i kuvösen.

Som sjuksköterska på neonatalavdelningen vid Universitetssjukhuset i Lund har hon sedan många år lärt sig att utgå från det omogna barnets signaler. Alla bedöms efter samma måttstock. En rynkad panna, bekymrade veck runt munnen, en späd kropp som ligger tungt mot underlaget...

– I dag är allting inriktat på att förebygga smärta innan den uppträder, säger Vineta Fellman, professor i neonatologi.

Så har det inte alltid varit. Kerstin Borgström minns hur det var när hon började som barnsköterska för 32 år sedan.

– Vi förstod mycket mindre då. Smärta talade man inte om, och trodde inte att så små barn kunde känna smärta. Barn som vårdades i respirator fick ingen smärtlindring eller lugnande mediciner, utan man fick binda händer och fötter för att de skulle ligga stilla.

Smärtbanor är tidigt utvecklade hos foster. Redan i tjugonde graviditetsveckan finns de viktigaste strukturerna, även om hjärnbarken inte



Pia Lundqvist puffar till ett bo till lille Linus medan Kerstin Borgström läser av smärtskalan för för tidigt födda.

– Det viktigaste av allt är att förebygga smärta, säger Vineta Fellman (mitten).

FOTO: ROGER LUNDHOLM

ännu är utvecklad. Från den 23 veckan kan extremt underburna överleva. Själva medvetandet – förmågan att ha en personlig uppfattning – börjar utvecklas vid den 24 veckan.

– Detta kan vi se på barnets rörelser, hur det skuffar bort inkräktaren med handen, visar ovilja eller slappnar av, säger Vineta Fellman.

Smärtröskeln sänks hos ett uppjagat barn, smärtan upplevs starkare. Men om barnet får lite socker innan blodprovet tas aktiveras belönings-systemen och barnets upplevda smärta minskar, liksom då barnet ammas. Den insikten saknades förr. Det var t.ex. först i slutet av 80-talet som narkos infördes vid den komplicerade operationen av ductus på nyfödda, dvs. den gång som förbinder stora kroppspulsådern med lungartären.

– Och då slog pendeln över. Stundtals gavs smärtstillande alltför liberalt. Rutinmässig smärtlindring är aldrig berättigad, säger Fellman.

I FÖRSTA HAND SKA SMÄRTA ALLTID behandlas förebyggande, utan mediciner. Men även läkemedlen har utvecklats. Nya, syntetiskt framställda opiepreparat möjliggör låga, kontinuerligt givna grunddoser under korta perioder. Genom att använda fast kopplade kanyler till centrala venkatetrar kan man undvika ständiga nålstick. Och tack vare ny teknik med övertryck minskar tiden i respirator.

Det övergripande målet är att rädda liv – med en bevarad livskvalitet i det långa perspektivet. Men det är inte helt lätt att mäta smärta. Mätningar med hjälp av EEG ger inte särskilt stora utslag.

– Smärtsamma upplevelser i nyföddhetsperioden kan påverka senare reaktioner på smärta. Från studier på pojkar som genomgått omskärrelse utan narkos eller lokalbedövning som nyfödda har man iakttagit att de reagerar kraftigare än andra på rutinmässig vaccinering under spädbarnstiden, berättar Vineta Fellman.

Smärtminnet är en stark livledsagare. Därför ska även akuta situationer i den för tidigt föddas liv hanteras med lugn, i låga röstlägen och utan överraskande överfall. Om barnet sover och det är möjligt väntar man med behandling tills det vaknat. Allt annat är övergrepp.

– Samtidigt har vi fortfarande mycket att lära. 80 procent av våra läkemedel är inte utvärderade på för tidigt födda. Och det äldsta smärtstillande medel vi använder utvecklades för 60 år sedan, påpekar Fellman. Nu deltar vi en omfattande utvärdering av smärtstillande läkemedel för nyfödda.

Detta sker i linje med EU-direktivet ”Bättre mediciner för barn”, som ger riktlinjer om att läkemedel bör utvärderas i den ålderskategori där de används. Målet är att söka bättre effekt med färre biverkningar i stället för att förlita sig på anpassningar – extrapolering – av de studier som gjorts på äldre patienter.

– Framför allt handlar smärtbehandling av det för tidigt födda barnet om hela teamet, omvårdnad, farmakologisk kunskap, narkos – och forskning, säger Vineta Fellman.

– Och om samarbetet med föräldrarna, tillägger Pia Lundqvist.

PER LÄNGBY

"Att inte bli trodd gör extra ont"

Att bli illa bemött och misstrodd händer inte sällan den som söker vård för långvarig smärta.

Det visar en studie av vårdforskaren Ulf Jakobsson vid Lunds universitet.

Ulf Jakobsson skickade en enkät till drygt 800 personer i Skåne, slumpvis utvalda ur befolkningsregistret. 44 procent av dem som svarade på enkäten sa sig ha långvarig smärta, dvs. smärta som pågått mer än tre månader. Denna höga siff-

"Att inte bli trodd gör extra ont."

"Läkaren svarade inte på mina frågor."

"Jag har ej blivit tagen på allvar."

"Läkaren ifrågasatte om jag verkligen hade ont."

DET NEDSLÅENDE RESULTATET gör inte Ulf Jakobsson förvånad.

– Jag är själv sjuksköterska, och utifrån mina kliniska erfarenheter och min bekantskap med personer som har långvarig smärta misstänkte jag att det kunde se så här illa ut... säger han.

Bakgrunden är, menar han, inte illvilja utan

Risken att råka illa ut i kontakten med vården är dubbelt så stor för patienter med långvarig smärta än för dem som har andra medicinska problem.

ra stämmer med andra undersökningar som visat att värk – allt från lindrig värk ibland till kraftiga och ständiga smärtor – är ett mycket vanligt problem.

När en värkpatient söker vård blir resultatet inte alltid bra, visar hans studie. Risken att råka illa ut i kontakten med vården är dubbelt så stor för patienter med långvarig smärta än för dem som har andra medicinska problem. En tredjedel av smärtpatienterna i undersökningen sa sig ha blivit illa bemötta när de sökt vård. Ungefär lika många hade blivit misstrodda, och ungefär lika många hade gett upp hoppet om att få hjälp.

Flera svarare nöjde sig inte med att sätta kryss i enkätens svarsrutor, utan skrev in egna kommentarer:

Vårdforskaren Ulf Jakobsson har undersökt hur patienter med värk blir bemötta inom vården. FOTO: INGELA BJÖRCK



snarare vårdpersonalens pressade arbetssituation. Till det kommer en frustration över att man inte kan hitta något fysiskt fel och därför inte kan behandla patienten. Osynliga sjukdomar som smärta, fibromyalgi och vissa psykiska besvär har också en lägre status inom vården – de ses inte som ”riktiga diagnoser”.

Sämst bemötta bland patienterna med långvariga smärtor är de yngsta åldersgrupperna. Bland personer mellan 18 och 29 var det en mycket stor andel som ansåg sig illa bemötta eller inte tagna på allvar.

– ”Du som är så ung kan väl inte ha ont!” är en alltför vanlig inställning, kommenterar Ulf Jakobsson.

EN LITEN LJUSPUNKT är att drygt 80 procent av smärtpatienterna i alla fall tyckte sig ha fått tillräcklig information om vård, behandling och egenvård. Att det är fler som känner sig informerade än som känner sig bra bemötta beror på att vården ju har många ansikten: den som fick ett dåligt bemötande av läkaren kanske fick bra information av en sjuksköterska vid samma besök, eller tvärtom.

Vad kan då göras för att förbättra bemötandet av patienter med långvarig smärta? Ulf Jakobsson tror att vårdpersonalen behöver bättre insikter i hur det är att leva med smärta och värk. Sådana moment kan läggas in i utbildningen och föras ut till den redan verksamma personalen på olika sätt.

TILL PATIENTEN HAR HAN TVÅ TIPS. Det ena är att vara väl förberedd: man bör tänka igenom vad man vill säga om hur smärtan känns, när den känns, vilka aktiviteter som går respektive inte går att göra på grund av smärtan etc. Det andra är att ta med sig någon familjemedlem eller vän som kan hjälpa till att fråga, minnas läkarens instruktioner och fungera som allmänt stöd i mötet med vården. På så sätt kan, hoppas han, risken för dåligt bemötande minskas.

INGELA BJÖRCK

Alla har olika ont

Valet av smärtbehandling vid operationer är beroende av ingreppets art. Men hur ont man har beror också på vem man är.

– Om vi blir mer observanta på det kan vi välja olika smärtlindningsmetod till patienter som opereras för samma ingrepp, säger narkosläkaren Åsa Rudin.

I sin avhandling, som hon försvarar i juni 2007, har hon undersökt 80 kvinnor som genomgått sterilisering vid Universitetssjukhuset i Lund. Före operationen undersökte hon patienternas smärtkänslighet med en värmeplatta som placerats på huden, och jämförde sedan denna smärta med smärtan efter ingreppet.

Före ingreppet fyllde kvinnorna också i ett formulär om eventuell upplevd smärta i vardagslivet och om sitt psykiska välbefinnande.

– Inom sjukvården vet vi att personer reagerar olika på smärta. Vi gissar lika ofta fel som vi gissar rätt, säger Åsa Rudin.

Hennes studie visar tydligt att de kvinnor som uppgav smärta före operationen och de som reagerade mest på värmetestet också hade mest ont efter operationen. Även oro och ångest påverkade, men inte i lika hög grad.

– Upp till hälften av alla som opereras får långvarig smärta. Om vi innan operationen kan identifiera vilka som är i riskzonen skulle vi kunna minska både detta och andra komplikationer.

Omvänt kan man undvika användning av för avancerade metoder för personer som är mindre smärtkänsliga.



Narkosläkaren Åsa Rudin har undersökt olika patienters smärtkänslighet. FOTO: ROGER LUNDHOLM

PER LÄNGBY

Elektroder ska mota smärtan redan i hjärnan

Det ideala implantatet i hjärnan ska vara ultratunt och böjligt, kunna förankras så att det följer hjärnans rörelser utan att flytta på sig, accepteras av kroppens immunförsvar utan att stötas bort, samt kunna fjärravläsas och fjärrstyras.

Det är en tuff beställning, men Jens Schouenborg tror inte att den är omöjlig att uppfylla. Mikroelektroniken, nanotekniken och hjärnforskningen har nu kommit så långt att minimala elektro-

niska manicker inuti hjärnan inte längre utgör science fiction.

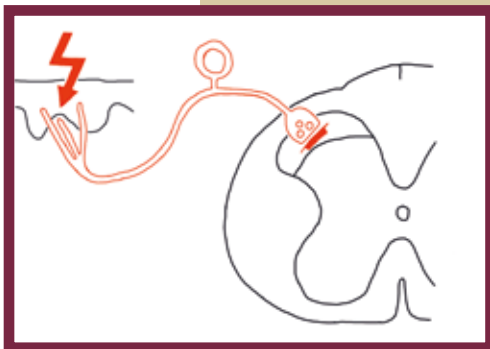
– För 10–20 år sedan hade sådana implantat bara varit önskedrömmar. Men nu har tekniken nått så långt att forskningen börjat ta konkreta former. Det är inte bara vi, utan många centra världen över som arbetar med detta heta område, säger han.

JENS SCHOUENBORG ÄR PROFESSOR i neurofysiologi och specialist på smärtforskning. Nu leder han ett nybildat, tvärvetenskapligt forskningscentrum som fått 40 miljoner kronor från Wallenbergstiftelsen och 75 miljoner kronor i statligt s.k. Linnéstöd.

Målet för detta "Neuro-nanoscience Research Center" är att utveckla elektroder på 10–30 mikrometer (miljondels meter). Det är samma storlek, eller snarare litenhet, som hjärnans nervceller, och det är den litenheten elektrodena bör ha för att inte störa den kringliggande hjärnvävnaden när bäraren rör sig. Eftersom hjärnan är mjuk som smör eller gelé, så förflyttas den en smula

Smärtsignaler kan förstärkas i ryggmärgen

Schematisk skiss av smärtsignalens väg från t.ex. huden in till ryggmärgen.



Patienter med t.ex. fibromyalgi kan uppleva stora smärtor av en i normala fall mycket liten påverkan. Patienterna kan också få ont av icke-smärtsamma stimuli som värme, kyla och beröring. En alltför stark aktivering av nervkontaktarna i ryggmärgen kan ligga bakom, tror forskaren Jonas Broman vid Lunds universitet.

Ryggmärgen är en omkopplingsstation för signaler från smärtnerverna i hud, muskler, leder

inne i skallen varje gång man gör en hastig rörelse, och då får inte implantatet halka fel.

Elektroder inuti hjärnan är tänkta att användas för behandling av Parkinsons sjukdom och för smärtlindring. Utanför hjärnan skulle elektroder av samma slag kunna användas för att styra proteser, vilket det nya centret också ska forska om.

Hjärnan har flera smärtcentra som kontrollerar smärtsignalerna. Man vet, både genom djurexperiment och människors berättelser, att det går att stänga av dessa signaler.

SOLDATER SOM SKADATS SVÅRT I KRIG har t.ex. kunnat släpa sig iväg för att få hjälp utan att hindras av någon smärta – de har inte haft ont förrän de kommit i trygghet, då smärtorna släppts fram.

– Kan man på konstgjord väg stimulera dessa centra, så kan man få kroppens egna system att stänga av smärtsignalerna. Det är det vi skulle vilja uppnå när det gäller patienter med kronisk smärta, säger Jens Schouenborg.

Implantat i hjärnan är inte helt nytt – det har

t.ex. gjorts försök med att föra in elektroder i hjärnstammen för att ge smärtlindring. Somliga parkinsonpatienter får också numera implantat som minskar de för sjukdomen typiska skakningarna. Men att förankra elektroder i hjärnstammen har visat sig svårt, och parkinson-implantaten är ännu så stora att de ger en hel del biverkningar.

MAN ÄR ALLTSÅ BARA I BÖRJAN av forskningsresan. Nu gäller det att hitta material som kroppen står ut med att härbärgera i många år, att tillverka elektroder med nano- och mikroteknik, hitta sätt att förankra elektroder inuti den mjuka hjärnan, utveckla supertunna trådar som kan sända radiosignaler mellan elektroder och en sändare/mottagare utanpå kroppen, och så vidare.

– Men om två år hoppas vi ha fått fram ett implantat som kan opereras in i ett försöksdjur och bäras under ett par veckor. Det är första steget! säger Jens Schouenborg.

INGELA BJÖRCK



Jens Schouenborg utvecklar elektroder, små som hjärnans nervceller, som bl.a. ska användas till smärtlindring. FOTO: INGELA BJÖRCK

och andra vävnader. I ryggmärgen vidarebefordras dessa signaler via så kallade synapser – kontaktställen mellan nervceller – till de nerver som för signalerna upp till hjärnan.

DENNA AKTIVERING I RYGGMÄRGEN kan utgöra en helt normal reaktion. Ett exempel är när man bränt sig i solen så illa att även en lätt beröring av den rödbrända huden orsakar sveda. Det är en överkänslighet som delvis kan bero just på att kopplingarna i ryggmärgen förstärks.

– En sådan tillfällig överkänslighet är till nytta för kroppen, eftersom man blir extra försiktig och aktar sig för att skada huden medan den läks. Men systemet kan också gå överstyr, så att överkänsligheten kvarstår även när den akuta skadan gått över. Det kan sluta i kronisk smärta, säger Jonas Broman.

Han och hans medarbetare har som mål att studera exakt vad det är som händer i nervkontaktorna i ryggmärgen. Vilka signalsubstanser och vilka receptorer är inblandade, och hur?

För att undersöka detta fäster man bl.a. antikroppar på små guld-korn, inte större än 30 nanometer (miljarddels meter). Varje typ av antikropp är skräddarsydd för att binda till en viss receptor. Genom att studera guld-kornsmärkta ryggmärgsprover i elektronmikroskop kan man sedan se vilka förändringar på molekyl-nivå som skett i synapserna.

– Ju mer vi lär oss om vad som händer i smärtsynapserna i ryggmärgen, desto större möjligheter får vi på sikt att förhindra eller stoppa oönskade förstärkningar av smärtsignalerna, menar Jonas Broman.

INGELA BJÖRCK



Narkosmedel i nytt ljus

Ett ny variant av det smärtstillande och sövande läkemedlet ketamin, utan det tidigare ketaminets biverkningar, står i fokus för anestesiläkaren Jonas Åkesons forskning vid Universitetsjukhuset i Malmö.

– Vanligt ketamin kan ge mardrömmar precis i uppvakningsfasen hos yngre och medelålders patienter, men sällan hos äldre och barn.

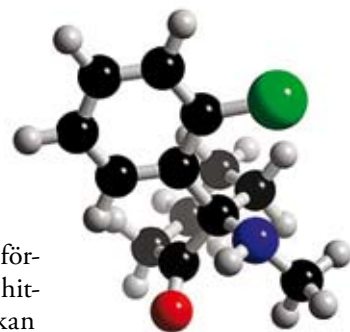
– Jag och doktoranden Anders Schmidt intresserar oss speciellt för den ena spegelvända molekylen i vanligt ketamin, så kallat S-ketamin, berättar Jonas Åkeson.

Det man undersökt är hur det vanliga ketaminet respektive S-ketaminet påverkar hjärnans

blodflöde och syreförbrukning. Fynden hittills tyder på att man kan undvika huvuddelen av biverkningarna med det nya läkemedlet.

Resultaten är inte fullständigt utvärderade, och det rör sig ännu bara om djurförsök. Om det blir samma förhållanden vid studier på människor återstår att se, understryker Jonas Åkeson.

FYNDEN ÄR ÄNDÅ REDAN SÅ LOVANDE att en fortsatt klinisk studie tillsammans med neurokirurgerna vid Universitetsjukhuset i Lund är på planeringsstadiet. Det har nämligen på senare år visat sig i djurförsök att vanligt ketamin även skulle



Det spegelvända ketaminet, S-ketamin.

Jonas Åkeson leder forskning kring en ny variant av narkosmedel som gör att patienter slipper mar-
drömmar. FOTO: JIMMY
WAHLSTEDT, MEDICINSK
INFORMATIONSTEKNIK

kunna användas för att begränsa skador på hjärnan efter olika typer av olycksfall.

Vanligt ketamin i låga doser används också på olycksplatser och akutmottagningar som smärtstillande medel. Fördelen är en snabb och effektiv smärtlindring, som inte påverkar de svårt skadade patienternas andning.

NYA STUDIER I USA har visat att vanligt ketamin även kan vara bra vid vissa depressioner. Vid fem tillfällen har detta nyligen provats på deprimerade patienter i Malmö, i samarbete med läkaren Mats Humble vid Psykiatriska kliniken.

– Läkemedlet ges då i en femtedel så stor dos som vid sövning, och som långsam dropplösning, förklarar Jonas Åkeson.

Samtliga som fått läkemedlet blev påtagligt förbättrade från sin depression. Men fler patienter behövs för att resultaten ska bli vetenskapligt tillförlitliga, och därför planeras en klinisk studie på ett större antal UMAS-patienter med depression inom den närmaste tiden.

– Anestesi och intensivvård ligger forskningsmässigt väldigt nära psykiatrins neurofarmakologi, konstaterar Jonas Åkeson. Det är fascinerande, med tanke på hur olika dessa medicinska specialiteter traditionellt upplevs av patienter och medarbetare.

Smärtforskare samarbetar i nytt centrum

Kan patienter med kronisk smärta indelas i olika undergrupper för att få mer avpassad och effektiv behandling? Hur samspelar smärtnerver och tumörceller vid cancersmärta? Varför kan en utdragen visdomstand leda till kronisk smärta? Varför har vissa kryddor och livsmedel förmåga att påverka nerver som tillhör smärtsystemet?

Dessa och andra frågor ska studeras vid ett Smärtforskningscentrum i Lund, Lund University Pain Research Centre, som startades 2006. Centret är inte ett fysiskt centrum utan ett nätverk av olika forskargrupper. De flesta hör hemma på Medicinska fakulteten, men några tillhör universitetssjukhusen i Lund och Malmö, en kommer från universitetets Kemikentrum och en från Tandvårdskolan vid Malmö högskola.

En hel del forskning inom nätverket handlar om smärtans grundläggande mekanismer, t.ex. hur fostret ”lär sig” att uppfatta beröring och så småningom smärta, hur signalerna överförs mellan olika smärtnerver, hur immunsystemet samverkar med smärtsystemet o.s.v. Men genom att nätverket omfattar både kliniker och grundforskare ska kunskaper från grundnivån ganska snabbt kunna provas i praktisk behandling, hoppas man.

Det nya nätverket ska bl.a. ordna gemensamma seminarier och möten. Unga doktorander ska också kunna arbeta hos flera av nätverkets forskargrupper för att få inblick i olika metoder och olika frågeställningar inom området.

Nya metoder mot pisksnärtskador

Huvudet väger 5–7 kilo. Därför är det inte märkligt att ligamenten i nacken kan skadas när det kastas framåt vid en bilolycka, påpekar neurokirurg Hans Säveland. En av de metoder som bör utvärderas mot pisksnärtskada är att operera in ett stag i nacken. FOTO: ROGER LUNDHOLM



Ett tusental personer i riket lider av smärtsamma pisksnärtskador, kanske flera.

Men det lönar sig inte att klaga. Pisksnärtskada, eller whiplash, opereras inte i Sverige.

Vid Område neurokirurgi på Universitetssjukhuset i Lund vill man emellertid testa de metoder som prövats utomlands.

Smärtan kan vara outhärdlig, men oftast syns det inga spår av pisksnärtskadan på röntgen. I länder där skadan är erkänd är den "vanligare" än i länder där det inte lönar sig att söka hjälp och där inga försäkringar gäller. Många av dem som drabbats är i arbetsför ålder, men långtids-sjukskrivna.

För en del leder den ständiga smärtan till självmordstankar.

– Smärtan tar all energi och ofta är orken slut redan före lunch. Dessa personer har under

Ryggbedövning ger smärtfri tarmkirurgi

Ett större antal patienter är smärtfria efter stora kirurgiska bukingrepp. Patienterna går också hem två, tre dagar tidigare än för ett par år sedan. Detta beror delvis på nya rutiner för den ryggbedövning som används tillsammans med sövning under operationen.

Det började hösten 2005 när kirurgerna Max Nyström och Christina Stene vid UMAS införde en modell för snabbare återhämtning efter tarmkirurgi, så kallad "optimal kirurgisk återhämtning" (OKÅ). En liknande modell finns sedan mitten på 90-talet i Danmark.

En hörnsten i modellen är ryggbedövning eller epiduralbedövning som den egentligen kallas, samma bedövning som barnafödande kvinnor

många år försökt allt. De möts av misstro, ofta på grund av okunskap. Vi kan vända på förloppet, säger Hans Säveland, verksamhetschef på Område neurokirurgi vid Universitetssjukhuset i Lund.

KANSKE FINNS KUNSKAPEN I NEBRASKA, USA.

Då handlar det om ömmande triggerpunkter i nacken. En annan metod praktiseras i München, Tyskland. Där används en operationsteknik som sedan länge fungerar på personer med reumatisk värk.

– Det finns inga vetenskapliga studier som stöder att dessa metoder hjälper mot pisksnärtskador. Tvärtom behövs det nu studier för att kunna styrka eller avfärda dem, säger Hans Säveland.

I början av året beslöt Socialstyrelsen att metoderna ska testas och utvärderas i Sverige. Neurokirurgerna i Lund, som redan remitterat ett tiotal patienter till kliniken i USA, hoppas att detta ska kunna ske på deras sjukhus.

– Rent kirurgiskt är ingreppen okomplicerade och inte särskilt kostsamma, säger verksamhetschefen.

METODEN MED TRIGGERPUNKTER praktiseras i dag av den svenske läkaren Åke Nyström i Omaha i USA. Den hjälper inte alla som har pisksnärtskada. Först lokaliseras de triggerpunkter i nack-

en där den förmodade nervpåverkan finns – bara om lokalbedövning tar bort smärtan där kan en operation bli framgångsrik. I så fall gör kirurgen ett snitt i nacken och tar bort de senor och hinner som anses vara påverkade.

– Av de omkring 40 patienter som jag undersökt har alla sina triggerpunkter på samma ställe, berättar Säveland.

Huvudet på en vuxen människa väger 5–7 kilo. När det kastas framåt vid exempelvis en bilolycka påverkas ligamenten i den övre delen av nacken. Det kan då uppstå en överrörlighet i nacken, vilket röntgenläkaren Eckhard Volle i München lokaliserar genom undersökningar med magnetkamera.

I LUND TROR MAN MER PÅ flerskiktsröntgen, CT. Här opereras redan reumatiker med svår nackvärk med denna metod, vilken går ut på att kirurgen sätter in ett stag som stabiliserar nacken.

Nu hoppas Hans Säveland att neurokirurgen i Lund kan få Socialstyrelsens uppdrag och etiska tillstånd att inleda studier på patienter till hösten.

– Jämfört med det lidande och de kostnader som pisksnärtskador för med sig för den enskilde och samhället är operation en både human och billig lösning, säger han.

PER LÅNGBY

ofta får. Epiduralbedövning tillsammans med sövning vid stora kirurgiska ingrepp hade i sig använts i många år, men med OKÅ-projektet ändrades rutinerna kring bedövningen. Därigenom steg antalet patienter som upplevt god eller mycket god smärtlindring efter operationen från 70 procent till 80 procent. Medelvårdtiden har samtidigt sänkts med två till tre dagar.

– Det glädjande är att patienterna trots långvarig operation vaknar smärtfria, säger anestesiolagen Åke Mellström.

De nya principerna används också vid andra typer av kirurgi, exempelvis lever- och bukspottkörteloperationer. Totalt har den nya rutinen använts vid cirka 500 patienter vid UMAS.

HANS-GÖRAN BOKLUND



– Det glädjande är att patienterna vaknar smärtfria trots långa operationer, säger Åke Mellström. FOTO: JIMMY WAHLSTEDT, MEDICINSK INFORMATIONSTEKNIK

Varje patient har mycket friskt i sig



Det är skönt att kunna gå promenader exempelvis till havet, berättar Margareta Henriksson för sjuksköterskan Elisabeth Österlin och läkaren Carl-Magnus Edenbrandt, båda från sjukhusansluten hemsjukvård.

– Tänk på att varje patient har mycket friskt inom sig!

Det är ett råd till vårdpersonalen från Margareta Henriksson i Malmö. Hon lider själv av lymfkörtelcancer sedan sju år och vårdas nu omväxlande inne på UMAS och hemma, med hjälp av sjukhusansluten hemsjukvård (SAH).

– Det är tryggt med SAH, där finns kunskap och erfarenhet. Bara att se telefonnumret dit gör mig lugn, säger hon.

Margareta Henriksson har behandlats med både strålning och cytostatika mot sin sjukdom. Hon har varit i behandling många gånger och vill att vårdpersonal ska se de 99 procent hos patienten som inte är sjukdom.

Den fysiska smärta hon upplever finns det medicin mot.

– Har jag ont tar jag lite morfin.

Fysisk smärta lärde hon sig vad det är via en

– Jag har levt ett liv präglad av vänskap och omtanke, säger Margareta Henriksson. FOTO: JIMMY WAHLSTEDT, MEDICINSK INFORMATIONSTEKNIK

följdsjukdom som kom på grund av nersatt immunförsvar för några år sedan.

– Jag fick bältros. Då fick jag lära mig vad fysisk smärta är.

Mot ångest och depression finns också särskilda medel. Men Margareta Henriksson har även andra att ta till – samtalen med sjuksköterskan Elisabeth Österlin, SAH, som vänligt puffar på henne.

– Elisabeth har uppmanat mig att promenera, om så med rullator. Jag lydde rådet men ersatte rullator med stavar. Det är skönt att kunna göra saker själv, att kunna promenera till havet.

Cancer ser Margareta Henriksson som en livstidssjukdom, med följsjukdomar som förlorad smak, visst känselbortfall, smärta och behandlingar med ny smärta.

En sak tycker hon rent allmänt saknas i vården.

– Ge hopp! Gå inte bara runt och se bekymrade ut när ni träffar patienterna! säger hon med adress till personalen.

HON ÄR NÖJD MED VÅRDEN hon fått på olika ställen – UMAS, Universitetssjukhuset i Lund USiL och SAH. På USiL deltog hon i två olika studier.

– Det kändes viktigt om än smärtsamt, för även om det inte kan hjälpa mig kan det kanske hjälpa andra i framtiden.

En sak som betytt mycket för henne var kursen ”Lär dig leva med cancer”.

Margareta Henriksson arbetade som förskollärare med särskild inriktning på språkträning. Hon jobbade mycket på Rosengård, och det finns inte en enda invandrargrupp i Malmö där hon inte har personliga vänner.

– Jag har levt och lever ett rikt liv före min sjukdom, ett liv präglat av vänskap och omtanke.

HON TOGFÖR MÅNGA ÅR SEDAN hand om en släkting vars familj drabbats av en tragedi.

– Det är för hennes skull jag kämpar vidare. Hur ska det gå för henne när jag är borta? Den smärtan kan gripa som en hand om hjärtat.

Margareta Henriksson tror på hoppet, på att framtiden kan ge de botemedel mot sjukdomen som kan hjälpa andra, och på människors medmänsklighet.



Det är skönt att kunna gå promenader exempelvis till havet, berättar Margareta Henriksson för sjuksköterskan Elisabeth Österlin och läkaren Carl-Magnus Edenbrandt, båda från sjukhusansluten hemsjukvård.

– Jag tror inte att jag får träffa någon efter döden, men hoppas kanske ändå få göra det.

För Margareta Henriksson har det alltid varit roligare att intressera sig för andra människor än sig själv. Hon känner att hon får kraft och stöd från mötena med människorna i det mångkulturella Malmö.

– Kontakterna med muslimerna har fått mig mer och mer att inse att det är Gud, Allah, som bestämmer hur länge du lever. Jag har också sett hur de som har en stark tro behåller lugnet i livets svåra situationer, exempelvis när de får cancer.

MARGARETA HENRIKSSON VILL INTE avsluta livet som ett personnummer i en vårdsäng. Hon vill vara en individ, en sedd människa, som patienten är hos SAH.

– Jag vill också hellre leva än vara död. Det är härligt att leva, även om jag lärt mig att leva dag för dag.

Hennes recept för att klara av en kronisk sjukdom är att få kärlek och vänskap från släkt, vänner och arbetskamrater, samt stöd och omtanke och medicinering av personal inom sjukvården.

HANS-GÖRAN BOKLUND

Ge hopp! Gå inte bara runt och se bekymrade ut när ni träffar patienterna!

Aktiv livshjälp i stället för dödshjälp

– Vi ska ge livshjälp i stället för dödshjälp. Det är själva grundbulten i palliativ vård, säger läkaren Carl-Magnus Edenbrandt, vid SAH, Sjukhusansluten Hemsjukvård i Malmö. Han menar att de senaste årens debatt om dödshjälp bland annat beror på att den som vill ha hjälp att dö inte ser något alternativ. Får de professionell hjälp så vill de leva.

Carl-Magnus Edenbrandt har många års erfarenhet av vård av patienter i livets slutskede. Då har smärtan många olika orsaker och tar sig många uttryck.

– Lättast att åtgärda med läkemedel är den fysiska smärtan. Men vi får inte glömma den psykiska smärtan, depression och ångest. Här har vi också goda behandlingar.

Personalen arbetar också med social smärta, svårigheter i relationer. Det gäller t.ex. hur den efterlevande ska klara sig, om rollfördelningen i familjen och om svårigheten att skiljas från nära och kära.

Den fjärde formen av smärta är den andliga eller den existentiella. Varför har just jag drabbats? Hellre dör jag än blir ett kolli! Hur finner jag mening i lidandet?

– Den senare smärtan förvärrar ofta den fysiska smärtan, de hänger ihop. Vi möter den dagli-



Kursledaren Tina Svensson och kursdeltagaren Lena Oskarsson vid en kaffepaus i smärt-studiecirkeln i Degeberga. FOTO: INGELA BJÖRCK

Studiecirkel lär hemhjälpspersonal mer om smärta

Runt ett kaffebord på Forsalids servicehus i Degeberga sitter sju anställda inom hemtjänst och särskilt boende samt kursledaren, sjuksköterskan Tina Svensson. Studiecirkelns samtal om smärta och smärtbehandling är i full gång.

– Det är så olika hur människor hanterar sin smärta. Jag har en patient som bara sitter i sitt rum och tycker synd om sig själv. En annan har jätteont i ryggen men kämpar för att ändå vara aktiv och klara sig själv! säger en deltagare.

Gruppen enas om att det är viktigt att bemöta vårdtagarna individuellt och respektera deras upplevelser. Det får inte vara som när kvinnor

gen och den kräver också mycket av personalen.

– För den moderna sekulariserade människan finns det ofta inga färdiga svar. Det blir omtumlande, kanske en chock, att stå inför dessa frågor. På 1500-talet hade nästan alla samma gudstro, samma uppfattning om livet efter detta. Då fanns en konst att dö som vägledde den sista tiden. I dag lever vi i ett mångkulturellt och sekulariserat samhälle. Det tvingar personalen in i sig själv, före mötet med patient och anhörig. De måste ställa frågan ”vad tror jag själv på”?

NÄR DET GÄLLER DEN SOCIALA SMÄRTAN kan sjukvården erbjuda någon som lyssnar, en hjälp att reda ut livet.

– Är det yngre som vårdas kan det vara en hjälp för dem att skriva en bok som de egna barnen kan läsa i framtiden, säger Carl-Magnus Edenbrandt som ett exempel.

Ofta frågar man på hospice vad som är viktigt för patienten, vad han eller hon vill den tid de har kvar.

– I några fall handlar det om att förverkliga drömmar, göra sin planerade utlandsresa, återvända till en plats som betytt något positivt för personen. Den fysiska smärtlindringen ordnar vi under tiden.

CARL-MAGNUS EDENBRANDT tycker att han sett många exempel på människor i livets slutskede som växt som människor.

– De reder ut relationer, tar chansen att blomma ut, skapar sig ett meningsfullt liv!

Han är kritisk till att det finns för få utbildningar inom området palliativ vård. Endast två timmar ingår i den 5,5 år långa läkarutbildningen. För färdiga läkare finns enstaka påbyggnadskurser. Att det över huvudtaget finns utbildningar är mycket hans och några andra eld-själares förtjänst.

– Dödshjälp är ett dåligt alternativ, när det finns livshjälp!

HANS-GÖRAN BOKLUND

med fibromyalgi förr kallades för SVBK, ”sveda-värk-och-bränn-kärringar”.

– Då hette det att de sprang till doktorn för ingenting och bara var gnälliga, säger någon kritiskt.

Men kanske har situationen inte förändrats tillräckligt mycket. Det tycker i alla fall en cirkeldeltagare som själv har stora problem med värk. Hon har haft svårt att få förståelse och bra smärtlindring, trots att hon gått till läkare många gånger.

ALLA DELTAGARE HAR ERFARENHETER på smärtans område, antingen privat eller i arbetet. Alla är också eniga om att det är bra med en studiecirkel som fokuseras just på detta tema. Studiematerialet handlar bl.a. om olika typer av smärta, verktyg för smärtbedömning och smärtlindring, och smärta vid olika sjukdomar.

Kursledaren Tina Svensson började själv med att gå en utbildning för cirkelledare hos Vårdalinstitutet (se faktaruta). Sedan erbjöd hon teamcheferna inom hemtjänst och särskilt boende i

sin del av Kristianstads kommun att hon gratis skulle kunna leda studiecirkel på olika vårdenheter. Men ingen enda nappade.

– Då satte jag upp en lapp här på Forsalid, min egen arbetsplats. Många anställda skrev på sig som intresserade, så då startade jag en cirkel i alla fall. Nu har hälften av de vårdbiträden som är knutna till Forsalid gått på smärtcirkelarna, säger Tina Svensson.

HON TROR ATT DET FINNS ett stort behov av kunskap bland vårdpersonalen i kommunerna. På sjukhus får vårdbiträden lättare del av nya rön genom den större kontakten med sjuksköterskor och läkare, men ut till hemtjänst och särskilt boende sipprar nya kunskaper långsamt.

– Dessutom ger studiecirkeln oss tillfälle att diskutera vårt praktiska arbete. Vad är bra, vad kan göras annorlunda när det gäller vårdtagare med smärta? Alla deltagare är här något att tillföra vid mötena, säger Tina Svensson.

INGELA BJÖRCK



Det är fel att ge dödshjälp, när det finns livshjälp, säger läkaren Carl-Magnus Edenbrandt. FOTO: JIMMY WAHLSTEDT, MEDICINSK INFORMATIONSTEKNIK

VÅRDALINSTITUTET

Vårdalinstitutet är en nationell enhet för forskning och utveckling inom vård och omsorg. För finansieringen står Vårdalstiftelsen för vård- och allergiforskning, Lunds och Göteborgs universitet, Västra Götalandsregionen och Region Skåne.

Utvecklingen drivs bl.a. genom teman som demens, etik, näring och smärta, där informationsmaterial presenteras på Internet och i form av studiecirkel. Ett 60-tal studiecirkelledare har utbildats i att använda materialet. Se www.vardalinstitutet.net

”Smärtbok” ska hjälpa personal ge rätt lindring

– Nästan varannan patient med kronisk smärta har fått den från en akut smärta. Hade vi inom sjukvården varit mer aktiva mot den akuta smärtan, så hade vi nog kunnat minska den kroniska smärtan, förklarar överläkare Henrik Dyhre, Anestesi-kliniken på UMAS.

Mer aktiv ska man nu bli efter ha tagit fram en ”smärtbok” med gemensamma riktlinjer för smärtbehandling på hela sjukhuset.

– Genom smärtboken vet sjuksköterskorna alltid vilken smärtstillande medicin de kan ge och vad de kan göra utan att tillkalla läkare, berättar Henrik Dyhre. Boken består av två delar, en mer allmän och en specifik för varje ingrepp och behandling.

Idén till de gemensamma riktlinjerna kom från läkaren Lars Björk, som tog med sig den från Trelleborgs lasarett.

– Poängen med systemet är att varje ingrepp har sin smärtlindringsregim. Denna börjar redan före ingreppet, fortsätter under narkosen och vidare efter operationen. Dessutom finns det bestämt vad som kan göras om patienten får mera ont.

Det hela har medfört att sjuksköterskor kan göra fler insatser och läkare tillkallas färre gånger. Men viktigare är att patienten kan få snabbare hjälp och smärtlindring.

Man ska också regelbundet följa upp hur patienten upplevt sin smärtlindring. Då används en glidande skala, en ”smärtlinjal” med vars hjälp patienten kan ange sin smärtnivå. Två patienter upplever nästan aldrig liknande smärta, även om de har samma sjukdom eller genomgått samma ingrepp.

HANS-GÖRAN BOKLUND

Smärtboken och smärtlinjalen underlättar arbetet med smärtlindring. FOTO: JIMMY WAHLSTEDT, MEDICINSK INFORMATIONSTEKNIK.





Doctor No Pain

Den nya smärtenheten på Universitetssjukhuset i Lund samlar alla smärteexperter runt patienten. FOTO: ROGER LUNDHOLM

Smärtombud förbättrar rutiner

Sämre läkning efter operation, ökad infektionsrisk, risk för lunginflammation och proppar. Smärta som inte behandlas skadar patienten och kostar samhället stora summor i form av återkommande läkarbesök och sjukskrivningar som hade kunnat undvikas.

Därför utbildas nu ett hundratal smärtombud vid Universitetssjukhuset i Lund.

– Smärtenheten vid sjukhuset lade märke till att den kallades in även vid smärttillstånd som är förhållandevis lätta att lindra, säger chefläkaren och anestesiologygen Eva Ranklev.

Målet med arbetet är att skapa gemensamma, grundläggande rutiner för kronisk, elakartad och akut smärta samt för smärta hos barn. Smärtombuden, som är både läkare, sjuksköterskor och undersköterskor, får en avancerad IT-baserad utbildning i smärtanalys, smärtfysiologi och om olika behandlingsmodeller.



Chefläkare Eva Ranklev tog initiativ till smärtutbildning. FOTO: ROGER LUNDHOLM

– I dag faller en del patienter mellan stolarna, erkänner Eva Ranklev. Men vi vet att om smärtan inte behandlas kan den accelerera. Smärtfibrerna tränas upp och en från början övergående smärta blir på så vis långvarig och i värsta fall kronisk.

PER LÄNGBY

Cancersmärta mest komplex



De patienter som har cancer får ofta för mycket morfin och för lite antiepileptiska och antidepressiva mediciner, berättar hospis- och smärtläkaren Mads Werner. FOTO: ROGER LUNDHOLM

Du kan drabbas av akut smärta. Kronisk smärta och fantomsmärta. Smärta efter operationen. Var och en mer eller mindre uthärdlig.

Den som drabbas av cancer riskerar att utsättas för alla sorters smärta. Ofta blir den felbehandlad.

Smärtans kärna är alltid fysisk.

– Cancersmärta är den mest komplicerade smärta jag känner till. Dessvärre är den också den minst utforskade. Men i all smärtbehandling och smärtforskning måste vi utgå från fysiologiska kunskaper, säger Mads Werner, smärtläkare vid hospis och smärtenheten på Universitetssjukhuset i Lund.

Det gäller att se mekanismen för att hitta behandlingen och på så vis kunna styra den rätt. Ett cancersår eller ömmande böld är exempel på inflammatorisk smärta. Vid fantomsmärta minns hjärnan den saknade benstumpen när nervtrå-

Axelvärk vanligt efter stroke

Smärta efter stroke är ett vanligt men otillräckligt uppmärksammat problem. Det visas i en studie av omvårdnadsforskaren Ann-Cathrin Jönsson vid Lunds universitet, som undersökt sambandet mellan stroke och smärta.

Strokepatienterna får ofta smärtor på flera ställen. Vanligast är armar och ben, och allra vanligast är arm-skuldra. Strokepatienter som har liten eller ingen rörelseförmåga i armen får ofta ont just i skuldran. Att få ont i anslutning till en kroppsdel som är förlamad kan tyckas paradoxalt, men är helt naturligt, menar Ann-Cathrin Jönsson:

– En försvagad eller förlamad arm hänger ofta rakt ner. Då belastas bland annat leder och muskler på ett sätt som kan leda till smärta.

– Tidig träning av en dålig arm skulle kanske kunna hjälpa. Än så länge finns dock inga vetenskapliga studier av sådan träning.

NÄSTAN EN TREDJEDEL av de drygt 300 patienterna i Ann-Cathrin Jönssons avhandling fick skuldersmärta efter insjuknandet i stroke. Bland dem som helt saknade rörelseförmåga hade mer än 80 procent skuldersmärta fyra månader efter insjuknandet i stroke.

Hälften av de strokepatienter som hade smär-

darna klippts av vid en amputation. Och nervfibrer som slits sönder vid en onaturlig tänjning ger nervsmärtor som kan vara svåra att lokalisera.

– Man kan säga att man drabbas av epilepsi i nervsystemet. Det formligen sprakar av nervimpulser, förklarar Werner.

Därför är också antiepileptika och tricykliska antidepressiva läkemedel, mediciner mot epilepsi och depressioner, verksamma som smärtstillare. Detta gäller även vid cancersmärta.

– Tidigare trodde man att nervsmärtorna vid cancer utgjorde 3–4 procent. I dag vet vi att omkring sex av tio patienter med cancer har smärta på grund av den nervsmärta som uppstår då tumören vuxit in i en nerv.

PÅ DEN HÄR TYPEN AV SMÄRTA biter inte morfin. Ofta blir den felbehandlad – antiepileptiska mediciner och tricykliska antidepressiva fungerar bättre. Mads Werner vill därför att dessa mediciner sätts in rutinmässigt – eller betydligt tidigare – på patienter med cancerrelaterad smärta.

– Onödigt höga doser av morfinpreparat ger biverkningar som illamående, förvirring, hallucinationer och trötthet. Men än är de ovan näm-

da läkemedlen inte lika accepterade inom cancervården som de är vid exempelvis akut smärta, säger han.

Minst 40 procent av all smärtvård till patienter med cancer sker i palliativt skede, och åtta av tio är i behov av smärtlindring de sista fjorton dagarna av sina liv. I år kommer cirka 50.000 svenskar att få besked om att de har cancer. Åtminstone hälften drabbas efterhand av smärta. De kommer att mötas av en allt mer framgångsrik och aggressiv behandling i allt högre åldrar.

LIDANDET, STRESSEN, UTSLAGNINGEN, de psykosociala och existentiella frågorna hör ihop med smärtan och sjukdomen. Därför samlar smärtanheten vid Universitetssjukhuset i Lund alla yrkesgrupper runt patienten, sjukgymnaster, kuratorer, psykologer, undersköterskor, sjuksköterskor och läkare.

– Det handlar om människovärdighet, säger Mads Werner.

För forskarna återstår mycket. Hittills ingår blott 5.000 individer i studier av smärtlindrande läkemedel som gjorts på cancerrelaterad smärta – i världen.

PER LÅNGBY

tor ett drygt år efter insjuknandet fick otillräcklig smärtlindring av sina mediciner. Det beror på bristande uppföljning och dålig medvetenhet bland vårdpersonalen, menar lundaforskaren. Smärtstillande läkemedel skrivs ut, men ingen frågar i efterhand om de verkat eller inte. Vårdpersonalen skulle i högre grad kunna pröva alternativa behandlingsformer som akupunktur, sjukgymnastik, elektrisk stimulering etc., vilket används i mycket få fall, menar Ann-Cathrin Jönsson.

Bara att samtala med patienterna skulle också betyda mycket, eftersom svår sjukdom och smärta kan orsaka många tankar och grubblerier.

HÄLFTEN AV PATIENTERNA i hennes studie rapporterar att de blir hjälpta av vila, och en fjärdedel blir hjälpta av ändrad ställning. Det kan de upp-

nå på egen hand så länge de har rörligheten kvar, men många patienter i särskilt boende klarar inte att flytta sig eller lägga sig utan hjälp.

– Jag träffade en gammal man som gått ner i vikt bl.a. för att han inte kunde sitta länge i sin rullstol. Personalen körde in honom till maten så långt i förväg att han inte hann äta upp innan han måste lägga sig igen på grund av värken, berättar Ann-Cathrin Jönsson.

PÅ SMÄRTANS OMRÅDE finns många ganska enkla åtgärder som kan ha stor betydelse. Det svåra är att nå ut med ny omvårdnads kunskap, menar Ann-Cathrin Jönsson. Hon hoppas ändå att hennes forskning så småningom ska leda till en bättre vård.

INGELA BJÖRCK

Man kan säga att man drabbas av epilepsi i nervsystemet. Det formligen sprakar av nervimpulser.



Vitlök och chili ger sting åt matlagningen – men också idéer till framtidens läkemedel? FOTO: FOTEX/IBL BILDBYRÅ

Vitlök, chili och wasabi

kan visa på bättre sätt att lindra smärta

Kan vitlök, chilipeppar och senap ge ledtrådar till nya sätt att lindra smärta?

Det hoppas två forskare vid Lunds universitet och deras medarbetare. De har kartlagt vad som händer i kroppen vid en "vitlöxskick".

Vitlök, chilipeppar och wasabisenap kommer från olika växter och smakar helt olika. Ändå fungerar de på samma sätt i kroppen: de bränner i munnen, orsakar lokal rodnad och svullnad, och har också effekter i andra organ.

Alla tre påverkar nerver som i vanliga fall inte reagerar på smakämnen, utan som tillhör smärtsystemet. Alla tre har också använts som medicinalväxter. Chilipeppar lär t.ex. ha använts av aztekerna i Mexico för att bota tandvärk, och i Kina som bedövningsmedel vid kastreringen av kejsari-kets eunucker. Senapsplåster har använts mot bl.a. reumatiska besvär och ledinflammationer, och vitlök används ofta för att förebygga förkylningar.

ISAMARBETEMED amerikanska forskare har Lundaforskarna Edward Högestätt och Peter Zygmunt studerat de s.k. jonkanaler som utgör de retande ämnens väg in i nervcellerna. De har hittat två jonkanaler som reagerar på några av dessa ämnen men också på sura ämnen och hög värme.

– Vitlöken och de andra ämnena kan sägas

fungera som nycklar till dessa jonkanaler. De öppnar kanalerna så att en smärtsignal går från huden via ryggmärgen upp till hjärnan, förklarar Peter Zygmunt.

Forskarnas mål är att lära sig förstå inte bara hur dessa signalvägar öppnas, utan också hur de kan blockeras. Kan man skräddarsy molekyler som inte öppnar utan tvärtom stänger signalvägarna, så skulle ju smärtsignalerna kunna bromsas.

DEN TYP AV NERVER som påverkas av vitlök, chilipeppar och senap finns inte bara i huden, utan i hela kroppen. De finns t.ex. också i luftvägar, magtarmkanal och urinblåsa, där de har en kontrollerande funktion. Går något fel i systemet sviktar kontrollen, så att en överaktivitet exempelvis i nerverna i urinblåsan kan leda till inkontinens.

Det är därför tänkbart att medel som fungerar på de här känselnerverna skulle kunna användas även i andra sammanhang. Smärtan är dock än då länge forskarnas viktigaste mål.

– Vi vill använda vår kunskap om smärtnerverna för att lägga grunden till nya läkemedel. Det är ett oerhört stort behov av sådana, eftersom dagens läkemedel inte fungerar mot alla typer av smärta, säger Edward Högestätt.

INGELA BJÖRCK

Roten till det onda

I omkring hundra år har regelbundenheten i hudens smärtekarta på framsidan av bröst och bål fått bilda modell för dess motsvarighet på ryggen.

Nu visar smärtläkaren Nils Dahlgren att ryggstavans känselkarta visar fel med upp till flera handsbredder.

I slutet av 80-talet genomförde han en studie på patienter med bältros på bålen. Bältros, som på danska kallas "hilvedesild", orsakas av vattenkoppsvirus som kan utlösa blåsor i huden. I den sjuka nerven kan uppstå smärta där den minsta beröring blir outhärdlig.

Enligt den hundraåriga ryggkartan av huden skulle en smärstillande spruta under det tionde revbenet ha lindrat smärtan hos de patienter som ingick i narkosläkaren Nils Dahlgrens studie. I själva verket löpte nervroten två handsbredder högre upp.

– Känseltavlan på huden – dermatomkartan – på bål och bröst stämmer. Den är jämn och fin som en krattad prästgårdsgång. Men det blev fel när den fick bilda schablon för dermatomkartan på ryggen, säger Dahlgren.

NÄR HAN FÖRETT ÅRSEDAN återvände till Universitetssjukhuset i Lund, nu som överläkare vid den nybildade smärtenheten, stötte han på flera fall som påminde om hans tidigare studie.

Ett handlade om en patient med prostatacancer och svåra smärtor i höger skulderblad. När han gav den smärstillande sprutan en handflata högre upp än vad som angavs på ryggstavans känselkarta upphörde smärtan. I ett annat fall hjälpte motsvarande korrigering för en patient med tjocktarmscancer.

– Då beslöt jag mig för att publicera min studie, berättar Nils Dahlgren (Läkartidningen 47/2006).

Roten till det onda sitter ofta bokstavligen på

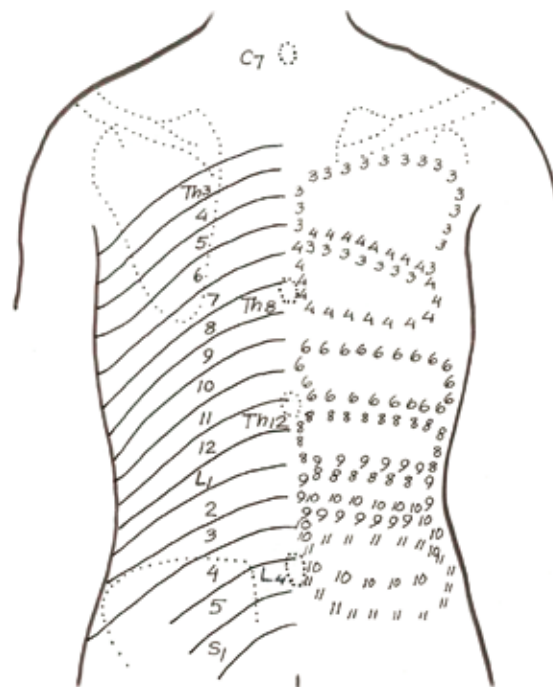
en annan plats. Hjärtinfarkt kan kännas ända upp i käkarna och långt ned i fingrarna. Kvinnans krystvärkar vid förlossning kommer från livmodertappen men känns i ljumskarna och korsbenen i ryggslutet. Kroppen tänker fel. Därför är det viktigt att veta vilka nervrötter som är aktiva när ryggmärgen tar emot signalerna.

– Att drabbas av bältros kan leda till fasansfulla smärtor. En lindrande spruta upplever du som en frälsning. Ju tidigare du får den desto bättre. I motsatt fall övergår ofta den akuta smärtan till kronisk, säger Nils Dahlgren.

PER LÄNGBY



Narkosläkaren Nils Dahlgren har ägnat stor del av sin läkarkarriär åt smärtläkning och smärthantering. FOTO: ROGER LUNDHOLM



Känselkartan på kroppens framsida följer revbenen och stämmer väl. Men när den kopierades till ryggen blev det fel (vänster ryggstavla). Till höger på bilden syns den korrekta känselkarta för ryggen.

Universitetssjukhuset i Lund

Universitetssjukhuset i Lund
221 85 Lund
Telefon (vx): 046-17 10 00
www.lund.skane.se

Per Längby
Mediestrateg
Universitetssjukhuset i Lund
per.langby@skane.se



**LUNDS
UNIVERSITET**
Medicinska fakulteten

Universitetssjukhuset MAS

Universitetssjukhuset MAS
205 02 Malmö
Telefon (vx): 040-33 10 00
www.umas.se

Hans-Göran Boklund
Pressansvarig
Universitetssjukhuset MAS
hans-goran.boklund@skane.se

Medicinska fakulteten,
Lunds universitet
Box 117,
221 00 Lund
Telefon (vx): 046-222 00 00
www.med.lu.se

Katrin Ståhl
t.f. informationschef
Medicinska fakulteten
Lunds universitet
katrin.stahl@med.lu.se



Beställ tidigare nummer av Aktuellt om vetenskap & hälsa!

- Det goda åldrandet?
- Leva med diabetes
- Den medicinska bilden
- Kroppen i rörelse
- Nya vägar för cancerbehandling

Kontakta
katrin.stahl@med.lu.se,
tel. 046-222 0131.
Glöm inte att meddela vilket eller
vilka nummer du vill ha.