

Reportage från sektionen Äldres Hälsas utbildningsdag 13 mars 2015

I år valde sektionen att samarbeta med smärtsektionen för att anordna en utbildningsdag med temat ”Smärta hos äldre personer”. Det visade sig vara ett lockande tema, över 220 deltagare bänkade sig i konferenscenter Wallenberg i Göteborg fredagen den 13 mars.

Första föreläsaren var Thomas Lundeberg, läkare i Danderyd, som pratade om smärtfysiologi och åldrandets fysiologi i relation till smärta. Han berättade bl.a. att smärtnerverna blir färre när man blir äldre vilket leder till att den inflammatoriska reaktionen minskar, vilket i sin tur gör att läkningen blir sämre eftersom att inflammationens viktigaste funktion är att sätta igång läkningen. Thomas pratade också om smärtans negativa påverkan på sömnen. Hjärnan registrerar obehaget av smärtan vilket påverkar framförallt den djupa sömnen. Under djupsömnen går halten av stresshormoner ner, om en person inte sover ökar stressnivån vilket leder till oro i kroppen och i förlängningen även glömska och fumlighet. Personer som inte sover får en överaktivitet i både vila och aktivitet. Åtgärder mot detta är att minska sympaticusaktiviteten – uppnås bl.a. efter fysisk aktivitet – eller att öka parasympaticusaktiviteten – uppnås bl.a. genom andningsövningar. Parasympaticus är ett svagare system men effekten varar längre, sympaticussystemet är starkare men har mer kortvarig effekt. Rekommendationen är därför en kombination av båda åtgärderna. Smärta hos äldre har stor påverkan på det limbiska systemet, vilket handlar om obehagskänslor. Om personen känner oro kring smärtan hämmas den kroppsegna smärtlindringen. Det är därför viktigare att blockera oron än att förstärka lugnet hos individen. Det bästa sättet att blockera oron är att göra en ordentlig klinisk undersökning!

Thomas pratade även en del kring läkemedelsbehandling av smärta hos äldre. En följd av åldrandeprocessen är att funktionsförmågan försämras hos alla inre organ. Njurarna tappar mest funktion och relativt tidigt under åldrandet. Detta leder till en mindre blodvolym och därför en högre läkemedelskoncentration i blodet vid oförändrad dos. Polyfarmaci är också vanligt hos äldre, många har fler än tio läkemedel, och läkemedelskombinationer är tyvärr inte vetenskapligt beforskat i någon större utsträckning. Vid val av smärtläkemedel är paracetamol ett bra preparat för äldre, det har också en positiv effekt på sömnen. Kodein och Tramadol är däremot oftast inte lämpliga, de preparaten kan leda till förvirringstillstånd hos den äldre personen.

Nästa föreläsare var Pernilla Malmfors från Söderköping. Hon är demenssjukköterska och talade om ”Att upptäcka smärta hos personer med demenssjukdom”. Hon berättade att smärta ofta är underdiagnosticerad hos personer med demens och att det många gånger tar för lång tid från att omsorgspersonal påtalar att personen kanske har ont tills att någon åtgärd sätts in. Pernilla uppmanade oss att upprätta systematiska rutiner för att bli bättre på att upptäcka smärta. Personer med demenssjukdom i sent stadium har svårt att själva berätta om sin smärta, det handlar om att vara uppmärksam på andra tecken. En svårighet kring det är att det finns få tecken som är specifika för just smärta, det kan finnas andra orsaker till att en person beter sig på ett visst sätt. Pernilla har varit med och översatt ett observationsinstrument för smärta till svenska, PACSLAC (pain assessment checklist for seniors with limited ability to communicate). Instrumentet innehåller 44 item inom fyra områden; ansiktsuttryck, aktivitet/kroppsrörelse, socialt/personlighet/sinnesrörelser samt annat. Att använda ett bedömningsinstrument är bara en del av en helhetsbedömning, det ger inte hela svaret.

Pernilla påpekade att arbetet med att upptäcka och behandla smärta hos personer med demenssjukdom är ett teamarbete!

Efter årsmöte för respektive sektion samt en god lunch kom Roland Thomeé, professor i fysioterapi vid Göteborgs universitet, och pratade om ”Hur ont får det göra vid behandling och träning?”. Hans budskap handlade om hur viktig den pedagogiska delen av vårt arbete är. Man vet nu att den senare delen av läkningsprocessen, remodelleringen, tar betydligt längre tid än man tidigare trott. Det kan ta upp till ett år eller mer och då gäller det att kunna motivera patienten att tro på att det kommer att bli bra. Tilltro till den egna förmågan har stor betydelse för rehabiliteringsresultatet. I val av övningar och belastning måste fysioterapeuten avväga så att patienten får en upplevelse av att lyckas, att kunna klara av det. En viss smärta måste tolereras för att det ska bli någon träningsseffekt, men smärtan ska klinga av om man fortsätter med samma belastning under några tillfällen. Då kan man öka belastningen igen och få samma förlopp med lite mer smärta vid första behandlingstillfället men att den sjunker allteftersom strukturerna vänjer sig vid den nya belastningen. För patienten är det viktigt att uppleva att det går åt rätt håll så att man får ett hopp om att det kommer att gå. Roland avslutade med en uppmaning att ha tilltro till patienterna.

Den sista föreläsningen handlade om ”Rörelserädsla hos äldre och ett mångkulturellt perspektiv på smärta hos äldre personer”. Det var Mari Lundberg och Anna Bjarnegård från Karolinska institutet respektive Göteborgs universitet som gemensamt samtalande kring detta tema. De inledde med att reflektera kring begreppet äldre, när är man äldre? Är man äldre när man får barnbarn? Kan man vara gammal medan de egna föräldrarna fortfarande lever? Det finns många olika sorters kulturer som påverkar rehabiliteringsprocessen, både våra egna tankar och värderingar och patientens. Anna påpekade att vi alla är ”kulturblinda” inför vår egen kultur men att vår kultur påverkar våra förväntningar inför den person vi möter. Vi har våra referensramar och det är lätt att tro att andra människor tänker likadant som vi. När vi möter patienter med smärtproblematik måste vi sortera i smärtan, försöka förstå vilken sorts smärta det är vi möter. Det finns tre olika smärtskomponenter – sensoriskt/diskriminativa, affektiva och kognitiva – som samspelar. Ofta försöker vi som fysioterapeuter möta patienten med information vilket talar till den kognitiva komponenten medan patienten befinner sig mest i känslan som handlar om den affektiva komponenten. Då är det svårt att mötas och få rehabiliteringseffekt! Rådet blir därför att vi först måste lyssna för att nå känslan. Mari har forskat kring rörelserädsla vilket handlar om en tanke att det kan bli värre om man rör på sig. Kinesiofobi är inte riktigt samma sak, det handlar mer om en känsla av sårbarhet. Det finns risk att utveckla rörelserädsla om smärtupplevelsen leder till en katastrofkänsla. Patientens egna föreställningar om smärta spelar roll för risken att utveckla detta. Annas och Maris sammanfattande råd var att använda färre ord, lyssna mer och välja övningar med omsorg. Det är viktigt för patienten att uppleva att ”det här kan jag”.

Vi i styrelsen tackar smärtsektionen för ett gott samarbete och alla deltagare för visat intresse och engagemang under dagen. Vi hoppas att vi ses igen vid nästa utbildningsdag i mars 2016 och innan dess vid Fysioterapi 2015.

Vid tangentbordet
Cristina Wångblad