

Av Mai-Liss Molund, vara-styremedlem Akupunkturforeningen og Cecilie Brewer, leder Akupunkturforeningen

Den 10. Nasjonale fagkonferanse om kunnskapsbasert smertebehandling

Smertebehandling

Norsk smerteforening (NOSF) arrangerte sin årlige fagkonferanse på Rikshospitalet 9. og 10. januar. Overordnet mål for foreningen er å bedre forståelsen og behandlingen av smerter og smerteforskning. NOSFs styre er sammensatt av helsepersonell fra alle nivåer fra norsk helsevesen.

Akupunkturforeningen var representert med leder Cecilie Brewer og Mai-Liss Molund, vara-styremedlem. Det var hyggelig å se at ni av våre medlemmer var tilstede blant de vel 320 påmeldte. Det ble arrangert både plenums- og parallellsesjoner med totalt 37 kunnskapsrike forelesere. Det ble også presentert et stort antall doktorgrader om smerte.

Fagkonferansen ble åpnet av leder og professor Petter C. Borchgrevink og Kari Widerøes Minnefonds pris ble delt ut og gikk til Borrik Schjødt (spesialist i klinisk psykologi) for hans arbeid innen psykologi i smertebehandling.

Hva er smerte?

«Smerte er en ubehagelig opplevelse som assosieres med ødeleggelse av vevet.» Definisjonen er hentet fra International Association for the Study of Pain (IASP). Flere forklaringer på smerte ble gitt, bl.a. at smerte har en fysisk og en følelsemessig del. Det er ofte sosiale og eksistensielle forhold som virker inn på opplevelsen av smerte som skjer på to nivåer:

- primær: selve smerteopplevelsen, «rådata»
- sekundær: alle tanker, følelser, tidlige minner som er assosiert med smerten; angst, stress og bekymringer. Menneskers opplevelse av smerte er en blanding av disse to nivåene.

Det var interessant å bli oppdatert på smertens og medisins historie. Der hvor morfin ble brukt som sove-medisin i 1870 frem til alkoholblokader for smerte i 1920. Interessen for Paracet innen smertebehandling begynte først i 1956 og før det hadde de benyttet Aspirin. Opiat-reseptorer ble oppdaget i 1973 og deretter gikk det fort fremover med utvikling av en rekke intervensjoner: blokader, TENS, ryggmargsstimulator, nye medikamenter, operative inngrep osv.

Den første smerteklinikken ble opprettet av John J. Bonica i Tacoma i 1946, men først fra 1983 ble det vekst i antall smerteklinikker og da spesielt i USA. Skepsis og tvil rundt personers søken etter lindrende og helbredende behandling har pågått i mange år. Allerede på 1940-tallet ble legenes skepsis rundt pasienters smerteopplevelse dokumentert. De mente at enkelte pasienter hadde andre primære årsaker til smerten enn en fysisk nevrologisk årsak. Disse pasientene kunne være personer med en kriminell bakgrunn, mennesker med forsikringsproblemer, eller mennesker som av en eller annen grunn var bitre på omverdenen.

Borrik Schjødt vektla betydningen og viktigheten av tverrfaglighet i sitt foredrag «Bare psykisk?». Han kom inn på temaer som bio-feedback, stressmestring og kognitiv terapi som viktige elementer i smertebehandling. Kognitive faktorer innen smertebehandling fanget interesse på begynnelsen av 1980-tallet. Kognitiv atferdsterapi består blant annet av både aktiv og passiv smertemestring. En teknikk er å rette oppmerksomheten mot noe annet enn plagen (distraksjonsteknikk).

Mindfulness

Et annet tema og en annen behandlingsmetode som ble belyst av flere forelesere var Mindfulness. Mindfulness er en avspennings- og smertelindringsmetode. Den går ut på å akseptere og ta verdibaserte valg som inneholder verdier og mål. Man skal ikke kontrollere tanker, følelser, minner osv., men forholde deg til dem som de er. Mindfulness skal fremme psykologisk fleksibilitet.

Spesialfysioterapeut Tone Elise Westgaard og overlege Liv Haugli snakket om Mindfulness-baserte tilnærminger i behandling av langvarig og kronisk smerte fra sine respektive arbeidsplasser. De snakket om å erfare opplevelsen, se hver hendelse som om det skjedde for første gang. Det å

ha en våken bevissthet mot erfaringer i nuet. Noen stikkord var oppmerksomhet, tanker, atferd, følelser og kropp. Denne behandlingen viser seg å ha best resultater når den blir utført gruppebasert, og kurs blir arrangert på forskjellige smerteklinikker i landet. Kursene kan variere fra åtte ukers kurs til andre løsninger avhengig av hvor pasientene bor. For enkelte er det svært lange avstander å reise til smerteklinikken og et lengre fravær hjemmefra kan være en utfordring.

Resultater pasientene opplevde av disse gruppebehandlingene var; bedre søvn, forholder seg annerledes til smertene, akseptere å leve med smerter, kjenner seg roligere, endret forhold til kroppen, bedre samvittighet, bedre humør og takler utfordrende situasjoner på annen måte. Mindfulness er ingen «quick fix», det er enkelt, men ikke lett. Meditasjon er hardt arbeid og her dreier det seg om omprogrammering til en ny livsstil.

Smertestudier

Vi ble videre presentert for en studie hvor man sammenlignet smerte og dødelighet. Studien konkluderte med at det er en økt dødelighet blant pasienter med kroniske widespread-

smerte. Disse personene er mer disponert for fysisk inaktivitet, dårlig diett, og de har en høyere BMI. De hadde også en høyere risiko for kreft.

En annen studie viste at det er sammenheng mellom livsstil, kosthold og kroniske smerter. Det er få pasienter med kronisk smerte som får livsstilsveiledning, men det kan være viktig for livskvaliteten deres. Dette blir det viktig å fokusere på i fremtiden.

Smerter hos eldre mennesker er et felt hvor det kan både være underreportering og underbehandling. Det ble poengtert at det er viktig å sørge for at eldre mennesker blir fulgt opp med både medikamentell og ikke-medikamentell smertebehandling. Studier viser at det er viktig å fokusere på fysisk aktivitet i denne gruppen. Utfordringer for denne pasientgruppen er kunnskap, holdninger, smerteevaluering, hvordan smertelindre, hvordan trappe ned og videre forløp.

Smertebehandling av rusmisbrukere innlagt på sykehus ble problematisert da det ikke alltid var lett å kartlegge rusbruken for å kunne gi beste smertelindrende medikamentell behandling. Uavhengig av om kartleggingsverktøy ble brukt, var det ikke

alltid lege eller sykepleier trodde på pasienten. Flere sykepleiere følte seg også manipulert av pasienten. Utfordringer for personalet er kunnskap og holdninger om smertelindring av denne gruppen. Det kan være vanskelig med smerteevalueringer og hvordan smertelindre. Utfordringen var å gi riktig medisin og dose og sammen med pasienten bistå med nedtrapping av sterke medisiner rett før og etter utskrivelse.

Smerteklinikk ved St. Olavs hospital

Vi fikk høre om arbeidsmetodene ved smerteklinikken ved St. Olavs hospital.

Pasienten henvises fra fastlegen til smerteklinikken, ferdig utredet og etter å ha prøvd flere behandlinger uten tilfredsstillende resultat i forkant. Teamet på smerteklinikken har et møte hvor de bestemmer hvem de tar inn. Inntaksmøtet er tverrfaglig og kan bestå av lege, psykolog og fysioterapeut. Separate undersøkelser av de aktuelle behandlerne blir gjennomført. Det holdes fellesmøte med behandlerne og fellesmøte med pasienten og det utarbeides en plan for behandling og tiltak.

Pasientens forståelse og bekymring rundt egen situasjon blir kartlagt. Det kartlegges også for smertemekanismer og funksjon. Teamet vektlegger viktigheten av å gi skreddersydde tilbakemeldinger til pasienten. Det forklares grunnleggende smertemekanismer. De setter stort fokus på at pasienten har forståelse for planen som utarbeides og føler eierskap til den. Den må være bærekraftig og gi mening. Planen kan inneholde aktive og passive tiltak. Alle behandlere og hjelpere må være inneforstått med planen og det gjøres vurderinger og justeringer underveis. Viktige elementer i behandlingen er kommunikasjon, forståelse, respekt, ydmykhet og trygghet mellom de relevante faggruppene.

Ingen av de representerte smerteklinikkene hadde akupunktører ansatt på sin klinikk.

I pausene mellom foredragene og parallellsesjonene brukte vi tiden til å snakke med flest mulig om hva vi gjør og hva vi som akupunktører kan bidra med. De fleste var veldig positive, men hadde ikke så mye kunnskap om akupunktur og tradisjonell kinesisk medisin. Det er viktig for oss å knytte kontakter og bli synlig i disse miljøene.

Foto: Væringenes



Parallellsesjoner

Det var flere parallellsesjoner som gikk i dybden på flere aspekter innen smerte og smertebehandling. Det ble tatt for seg hvilke konsekvenser smerter kan ha for mange. For eksempel i yrkeslivet. I Norge i dag er det ifølge Nav 10% som mottar uføretrygd. Vi fikk høre om studier fra Norden og Nederland som ser på sammenheng mellom fysisk aktivitet og sykefravær. Teoretisk er det flere grunner til å anta at fysisk trening er positivt for arbeidsevnen. Trening er positivt som ledd i rehabilitering, men foreløpig ingen beviser for at trening i seg selv øker arbeidsdeltakelse.

Overlege Sigrd Hørven Wigert jobber ved Jeløya kurbad og har lang klinisk-, forskning- og rehabiliterings erfaring med pasienter med kroniske smertetilstander. Hun har sett på studier av pasienter med fibromyalgi. Hun kom med mange egne erfaringer rundt denne pasientgruppen. Dette er en tung og vanskelig pasientgruppe.

De er veldig plaget og det er misforhold mellom plager og funn. Konvensjonell behandling virker dårlig. Pasientene sliter med troverdigheten – får ikke hjelp. Legene sliter med avmaktfølelsen. - Smerte er en livsviktig beskyttelsessans! Så lenge smerten representerer en fare vil den ha en fremtredende plass i bevisstheten. Smertestimulus – fortolkning – smerteatferd. Det er vårt ansvar å gi pasienten rett smerteforklaring, trygghet og forståelse + kurativ behandling – inkludert optimal opptrening. For å kunne gjøre dette trenger vi en meningsfull og korrekt forståelsesmodell! sier Wigert.

Hun er veldig opptatt av at vi fortsatt ser på muskulaturen når det gjelder smerte. De siste årene har forskningen gått mye over på å forske på sentralnervesystemet. Hun gikk nøye gjennom hva smerte er og smertens vei i nervesystemet. Teorien rundt triggerpunkter og hvordan de påvirker smerte. Hun viste flere plakater om triggerpunkter og smerteområdene, som vi som akupunktører kjenner så godt. - Vi må ikke overse muskulaturen når vi har med disse pasientene å gjøre, ber hun.

Smerte, eller kjønn og sosial klasse var temaet fysioterapeut og postdoktor Inger Haukenes tok opp. Vi fikk høre om forekomst av smerte, forskjeller mellom kjønn og forskjeller mellom

sosioøkonomiske klasser. Får alle «likt» tilbud om behandling? Hun hadde sett på prioriteringskriterier vedrørende dette tema. Haukenes tok utgangspunkt i flere studier og viste at Norge ligger ca midt på skalaen når det gjelder forekomst av alvorlig smerte blant befolkningen i Europa, og kvinneandelen er størst. I England, Spania og Østerrike er det ingen forskjell på menn og kvinner.

Flere kvinner enn menn rapporterer plager i kroppens enkelte smertepunkter (unntak korsrygg og kne). Størst kjønnsforskjell ble funnet for hofter, håndledd/hånd. Albue/underarm/hånd: overhyppighet hos kvinner, kne: overhyppighet hos menn.

Det er kjønnsforskjell ved vedvarende smerte, men Haukenes er usikker på om det er forskjell i alvorlighetsgrad.

Det viser seg at det er flere personer som lider av smerter i yrket uten krav til utdanning enn de med høyere utdanning. Videre viser det seg at de med høyere status får tildelt minst uføretrygd.

Prioriteringsutvalget

21. juni 2013 opprettet Regjeringen prioriteringsutvalget. Utvalget skal vurdere om eventuelle nye eller endrede kriterier bør sidestilles eller om de bør vektles likt. Utvalget peker på problemet med å måle effekt i en studiepopulasjon som kan være selektert på bakgrunn av sannsynlighet for effekt og refererer til Turk et al. (1990): Neglected factors in chronic pain treatment outcome studies – referral, failure to enter treatment, and attrition.

Hva vet vi om prioritering til multidisiplinær smerterehabilitering?

1. Ingen studier har undersøkt om alvorlighetsgrad av smerte predikerer multidisiplinær smerterehabilitering.

2. Flere studier har vist at kroniske smertepasienter, både kvinner og menn, har god nytte av multidisiplinær smerterehabilitering.

3. Det er forslått at pasienter med lav utdanning kan ha mindre effekt av rehabilitering – flere studier ble referert.

4. Kostnadseffektivitet er for komplisert å måle.

Mål

Å undersøke om selvrapportert smertenivå er assosiert med seleksjon til multidisiplinær smerterehabilitering, og om det er noen forskjell på kvinner og menn.

Konklusjon:

- Høyere score på selvrapporterte smertemål var ikke assosiert med tilbud om multidisiplinær smertebehandling.
- En negativ trend ble funnet hos kvinner.
- Studier viser at kvinners smerte fortolkes som mer uspesifikk enn menns smerte, noe som kan påvirke eksperters anbefaling om behandling.

Vi fikk høre om en gruppe fagpersoner innen medisinstudiet som har sett på pensum til medisinstudentene når det gjelder smerte og smertebehandling. De har kommet med et forslag til forbedret undervisning i fagområdet og laget en liste med ulike punkter som de har sendt til universitetene. Så langt har de fått positiv tilbakemelding fra Tromsø og Bergen.

Lege Gry Bømark Hoftun hadde sett på kronisk uspesifikk smerte hos ungdom. Prevalens og assosierte faktorer. Hun hadde hentet data fra HUNT-Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag.

Mål for studien var å se på:

Forekomsten av selvrapportert kronisk uspesifikk smerte, ungdommens vurdering av smertens påvirkning på dagliglivet, like livsstilsfaktorer, psykiske faktorer og kronisk smerte. Kronisk smerte hos foreldre og kronisk smerte hos ungdom.

HUNT er en av verdens største helseundersøkelser og den største i Norge (2006–2008). De fant ut at kronisk smerte var svært vanlig blant ungdom, halvparten av jentene og en tredjedel av guttene rapporterte om smerter. En av ti rapporterte om daglige smerter. Flertallet svarte at de hadde kronisk smerte fra flere lokalisasjoner samtidig og at de smerte-relaterte vanskeligheter i dagliglivet til dette.

Det ble og sett på sammenhengen mellom livsstilsfaktorer og kronisk smerte. Forskerne hadde vurdert sammenhengen mellom symptomer

på angst og depresjon og kronisk smerte. De fant ingen klar sammenheng mellom fysisk aktivitet og kronisk smerte. Høy grad av skjermaktivitet assosiert med smerte hos jenter. Overvekt/fedme, røyk og alkohol ble assosiert med smerte. Angst og depresjon ble sterkt assosiert med kronisk smerte.

Undersøkelsen tok for seg sammenheng mellom smerte hos foreldre og smerte hos ungdom. Der så de at kronisk smerte hos foreldre ble assosiert med kronisk smerte hos ungdom. Det var sterkere sammenheng mellom smerte hos foreldre og smerte hos ungdom som bor sammen.

Et annet foredrag handlet om smertelindring før, under og etter kirurgiske inngrep. Hvor viktig det er at det er en helhetlig og nøye planlagt strategi for hver pasient. Det ble også lagt frem de utfordringer det er med smertelindring på sengpost. Vi fikk høre om smertelindring hos små barn og bearbeidelsen av smerteopplevelser disse har hatt. Noen av barna hadde vært gjennom mye smerte mange år

tidligere, men hadde ennå traumer etter denne behandlingen. Oppfølgingen av denne pasientgruppen hadde ofte vært mangelfull.

Oppsummering

Hvis man skal oppsummere litt av det som ble lagt frem som tiltak fremover så kan man se at vi trenger kunnskap om tverrfaglighet – blant helsearbeidere og pasienter. Vi må utvikle helsepsykologi som klinisk område i Norge (innen spesialitet, i grunnutdanningen og på arbeidsplasser). Det er viktig med gode kår for tverrfaglighet og smerteklinikker. For oss som akupunktører ser vi at vi har mye å bidra med i et tverrfaglig miljø der vi jobber sammen for en bedre smertelindring for pasientene.

Forsiktighet – invasive prosedyrer og medikamentell behandling av smerte er viktig.

Som avslutning på to dager med mange spennende foredrag, tok Reidun Førde, professor ved Senter for medisinsk etikk, opp «Smertepasienten i den fragmenterte helsetjenesten» og Per Fugelli, professor i sosialmedisin

ved Universitetet i Oslo, belyste «Tillit og trygghet» – hvor viktig det er for pasienten å ha en ansvarlig å forholde seg til – ikke mange, som dagens situasjon er flere steder.

Smerteforeningens generalforsamling ble avholdt 11. januar. Her deltok både Cecilie Brewer og Mai-Liss Molund. Akupunkturforeningen ønsket å markere oss i forhold til de vedtektsendringene som skulle gjøres på årsmøte. Det var fremmet ønske om å forandre vedtektene slik at alle som sitter i styret må være autorisert helsepersonell. Akupunkturforeningen hadde i forkant sendt inn et forslag om at Brewer skulle velges inn i styret. Dette skjedde ikke og det ble heller ikke kommentert da valgkomiteen ikke ønsket å si noe om alle innkomne forslag. Brewer informerte om bachelorgraden i akupunktur fra 2008, godkjent av NOKUT og Kunnskapsdepartementet – altså en kunnskapsbasert utdanning. Vi valgte å ikke komme med benkeforslag til valget da Brewer hadde fått informert om vårt ståsted til vedtektsendringen og til akupunktørens kompetanse. □

CHIN-SCAN AKUPUNKTURPRODUKTER CLOUD & DRAGON CE-0123

Vi tilbyr førsteklasses kvalitetsnåler

Nålene er faglig godkjent i henhold til EU-direktivet 93/42/EEC for medisinsk utstyr. Reg.nr. G2D 9807 32629 002.

Vi leverer de fleste dimensjoner fra lager i Oslo og tar eksempelvis kun kr 0,40 pr. nål, eks. mva. for dim. 0,20 / 0,25 / 0,28 / 0,30 / 0,32 + 15, 25, 30, 40, 50, 60, 70 og 80 mm. Nålene leveres i sølv og kobber. Rabatt ved større bestillinger.

Kontakt oss for tilsending av prøver og prislister.
Studentrabatt 20%

Vår forretningsidé:

KVALITET TIL FORNUFTIGE PRISER

China-Scandinavia Import & Export as (Green Trade AS)

Besøks- og postadresse: Brendsvollengene 48B, 1383 Asker
Telefon: 90 95 1905 (Thomas Rukin), e-post: chinascandinavia@gmail.com