



ISCoS Annual Scientific Meeting 2014

Förra hösten hölls en global ryggmärgsskadekonferens i Nederländerna. Många viktiga och kliniskt relevanta aspekter av den komplexa problematik en ryggmärgsskada medför belystes illustrativt och tankeväckande. ST-läkare **Mikael Waller**, Sunderby sjukhus, Luleå, lämnar här ett referat från konferensen.

Efter en inflygning över Amsterdams bräddfyllda kanaler och en drygt två timmar lång tågresa på en rak och platt järnväg kantad av bebyggelse, uppodlade fält och växthus hade jag nått resans mål: Maastricht i södra Nederländerna. Det är landets äldsta stad, grundad redan på romartiden. Dock hann jag varken se särskilt mycket av själva staden eller uppleva de historiska vinglagen. Syftet med resan var nämligen att delta vid ISCoS 53:e årliga vetenskapliga möte, som hölls på ett konferenscentrum strax utanför stadskärnan 2-4 september 2014.

The International Spinal Cord Society (ISCoS) har sitt ursprung i den verksamhet som byggdes upp vid spinalenheten vid Stoke Mandeville Hospital i England efter andra världskriget. ISCoS är en fristående organisation med syftet att studera och motverka problem relaterade till traumatiska och icke-traumatiska ryggmärgsskador och inriktar sig bl.a. på orsaker, prevention, forskning, medicinsk och kirurgisk handläggning, klinisk praxis, utbildning, rehabilitering och social reintegration.

”ISCoS årliga möte är den enskilt viktigaste globala träffpunkten för personer som arbetar med ryggmärgsskadevård och -rehabilitering.”

Konferensen innehöll parallella föredrag, workshops, muntliga presentationer och posters om aktuella forskningsprojekt inom ryggmärgsskadevård och -rehabilitering. Huvudteman var att åldras med ryggmärgsskada, fysisk kapacitet, sexualitet, ortotik och internationella perspektiv. Kvaliteten på inslagen var varierande men generellt god, några presentationer var svårbegripliga p.g.a. språklig förbistring. Totalt närva-

rade ett 1000-tal deltagare från hela världen. Största yrkesgruppen var läkare men även arbetsterapeuter, fysioterapeuter, rehabiliteringsinstruktörer, sjuksköterskor, socionomer m.fl. fanns representerade. ISCoS årliga möte är den enskilt viktigaste globala träffpunkten för personer som arbetar med ryggmärgsskadevård och -rehabilitering. Här följer en sammanfattning av delar av innehållet. Abstract book finns på www.iscosmeetings.org/2014/scientific-programme.

INTERNATIONELLA PERSPEKTIV

I slutet av 2013 släpptes ”International Perspectives on SCI” (finns i sin helhet på WHO:s hemsida). Under konferensen hölls en workshop kring denna. Det är den första rapporten från WHO gällande en enskild diagnos och är framtagen i samarbete med ISCoS. Målsättningen är att samla och sammanfatta information om ryggmärgsskador: epidemiologi, interventioner, service och erfarenheter av personer med ryggmärgsskada genom livet och runtom i världen. Dessutom ges rekommendationer för evidensbaserade åtgärder syftan-

de till inklusion och delaktighet. I rapporten framkommer:

- Ryggmärgsskador är ett signifikant folkhälsoproblem med en global incidens på 40-80/miljon invånare (varav 13-53 traumatiska). Detta ger totalt 250.000-500.000 nya fall/år. De globalt sett vanligaste orsakerna är trafikolyckor, fall och våld, men andelen icke-traumatiska ryggmärgsskador ökar (t.ex. ryggmärgskompression till följd av degenerativa förändringar eller malignitet, infektion, inflammation, ischemi). Prevalensen ökar i höginkomstländer p.g.a. längre livslängd, men globalt sett är risken att dö i förtid 2-5 gånger förhöjd vid ryggmärgsskada. Dödligheten under initiala slutenvårdsperioden är tre gånger högre i låginkomstländer. I höginkomstländer är de främsta dödsorsakerna bland ryggmärgsskadade andningsproblem (pneumoni, influensa), hjärtsjukdom, suicid och neurologiska problem medan urologiska komplikationer och trycksår dominerar i låginkomstländer.

till skjutvapen/knivar. Tidig upptäckt och behandling av cancer och tuberkulos och förbättrad nutrition kan minska incidensen.

- Ryggmärgsskador kan överlevas i större utsträckning genom förbättrat prehospitalt omhändertagande med snabb och säker transport till sjukvård, akutvård med optimalt omhändertagande av ryggmärgsskadan och andra samtidiga skador. Fortlöpande kontakt med hälso- och sjukvården är av stor betydelse för att undvika och överleva komplikationer och uppnå/upprätthålla god livskvalitet.

- Ryggmärgsskada behöver inte förhindra god hälsa och social inklusion. För detta behövs relevant akut och postakut vård och rehabilitering för att maximera funktion och aktivitetsförmåga. Specialiserade centra medför lägre kostnader, färre komplikationer och återinläggningar. Viktiga områden är bl.a. blåsa, tarm, ADL, psykiskt välbefinnande, hjälpmedel, bostadsanpassning, assistans. Samhället bör stödja återgång

”Därför behövs livslång rehabilitering/ uppföljning och adekvat stöd från samhället för att underlätta fortsatt delaktighet i vardagliga aktiviteter.”

- Att drabbas av en ryggmärgsskada har en betydande personlig och social påverkan på bl.a. familjeliv, utbildning, arbete och psykiskt välbefinnande, även om de flesta anpassar sig väl med tiden.

- Olika barriärer mot omgivningen minskar delaktighet och livskvalitet. T.ex. är bristen på hjälpmedel stor i låg- och medelinkomstländer. Andra hinder är begränsade ekonomiska förutsättningar, bristande fysisk tillgänglighet, negativa attityder och bristande kunskap.

- Ryggmärgsskador kan förebyggas genom ökad säkerhet inom trafik, arbetsplatser, idrott/fritid, begränsad tillgång

i studier/arbete genom bl.a. ökad tillgänglighet och arbetslivsinriktad rehabilitering.

I rapporten ges även följande rekommendationer:

1. Förbättra hälso- och sjukvårdens respons på ryggmärgsskador: Kapacitet, kompetens, tillgänglighet/kostnad, hjälpmedel.

2. Förstärka personer med ryggmärgsskada och deras familjer: Information/ utbildning, stöd, personlig assistans, sociala nätverk, patientorganisationer. Samhällsbaserad rehabilitering förespråkas.

3. Utmana negativa attityder i samhället.

4. Säkerställa att byggnader, transportmedel och information är tillgängliga.

5. Stödja uppstart av/återgång i arbete: Arbetslivsinriktad rehabilitering, flexibelt arbete, stöd i anställning, sociala stödprogram. Sistnämnda riskerar dock att minska motivationen till arbete.

6. Främja forskning och datainsamling, bl.a. genom välfungerande ryggmärgsskaderegister.

7. Implementera rekommendationerna: Olika sektorer och aktörer i samhället behöver involveras och samarbeta.

ÅLD RAND E

S Charlifue från USA höll en föreläsning om åldrande efter ryggmärgsskada. Under akutfasen efter en ryggmärgsskada förbrukas mycket av kroppens reserver och för resten av livet utsätts fungerande delar av kroppen för ökad belastning och vardagliga aktiviteter tar mer energi i anspråk. Förutom ryggmärgsskaderelaterade komplikationer riskerar den skadade att drabbas av sjukdomar som hör till normalt åldrande. Det finns en risk för fördröjd diagnos och behandling av dessa, p.g.a. att symtomen kan döljas av sensorisk nedsättning och att ryggmärgsskadan kan förorsaka att andra sjukdomstillstånd uttrycks atypiskt (t.ex. ökad spasticitet vid smärttillstånd), vilket lätt kan misstolkas. Hon lyfte fram positiva aspekter såsom ökad överlevnad, förbättrat akut omhändertagande, förbättrad funktionsbedömning och rehabiliteringstekniker, hjälpmedel, assistans, ökad delaktighet och livskvalitet. Det finns många fysiska, emotionella och sociala utmaningar. Utöver den skadade behöver även familj, rehabiliteringsteam och andra aktörer i samhället involveras. Hon såg behovet av ett ökat samarbete med andra specialiteter, t.ex. geriatriker. Detta påtalades även av P Santullo från Storbritannien som redovisade att andelen nyskadade över 65 år vid Duke of Cornwall spinalenhet ökat från 17% (n=7) 1984 till 57% (n=24) 2012 och att det i den äldre populationen finns en ökad komorbiditet med bl.a. artrit, hypertoni, hjärtsjukdom, diabetes och

osteoporos som ställer särskilda krav i akut och kronisk fas.

J Middleton från Australien presenterade en studie på 40 anhörigvårdare som skattade lägre fysik, vitalitet, social funktion, emotionell och mental hälsa jämfört med friska. Han konkluderade att det därför är viktigt att inkludera anhöriga i rehabilitering och uppföljning.

”Incidensen av obstruktivt sömnapné syndrom (OSAS) är kraftigt förhöjd vid tetraplegi”

M Hopman från Nederländerna talade om fysiologiska aspekter på åldrandet såsom kardiovaskulära och pulmonella förändringar där förlust av elasticitet i vävnaderna är en gemensam nämnare. Funktionen avtar grovt sett med 1%/år efter 20-30 års ålder, d.v.s. en linjärt sjunkande ”performancekurva”. Denna parallellförskjuts åt motsatta håll av inaktivitet respektive träning, d.v.s. bättre tränade lever längre. Ju äldre vid skada desto lägre funktion/aktivitet och större risk för komplikationer: Hälsoamt åldrande är mer framgångsrikt vid skada i yngre år. M Hopmans slutsats var ”Active ageing = healthy ageing”.

S Jørgensen från Lund/Orup delgav resultat från den pågående studien ”Swedish Ageing with a SCI Study”, med 123 deltagare som i genomsnitt haft sin skada i 24 år. 38% av skadorna är icke-traumatiska, 29% orsakade av trafikolyckor. 85% av hela populationen rapporterade smärta av något slag. Neuropatisk smärta var vanligare ju högre ålder vid skadetillfället och kortare tid efter skadan. Skadenivå och grad var starkaste prediktorerna för funktion och aktivitetsnivå. Hon konkluderade därför att uppföljning och interventioner bör baseras främst på skadekaraktäristika och inte på ålder och tid sedan skadan.

U Lundström från Luleå berättade om en kvalitativ studie av åldrande tetraplegikers erfarenheter av delaktighet i vardagliga aktiviteter. Tidigt efter skadan uppnådde de en hög aktivitetsnivå

trots komplexiteten i situationen, men med åren behövde de prioritera bland aktiviteter och hitta nya strategier för att kunna upprätthålla delaktighetsnivån. Med tiden ökade smärta, fatigue, muskelsvaghet och sömnsvårigheter vilket medförde minskad delaktighetsförmåga och oro för framtiden. Därför behövs livslång rehabilitering/uppföljning och adekvat stöd från samhället för att un-

derlätta fortsatt delaktighet i vardagliga aktiviteter.

FYSISK KAPACITET OCH TRÄNING

M Nash från USA höll ett föredrag om fysisk kapacitet och träning och relationen styrka-kraft-uthållighet och teknik. För tetraplegiker, som ofta har små marginaler styrkemässigt, är alla variabler viktiga. Hos paraplegiker är det mest betydelsefullt att konfigurera rullstolen optimalt. Bättre färdigheter gör att mindre kraft behövs. Ett problem, i alla fall i ett amerikanskt perspektiv, är för kort initial rehabiliteringsperiod och avsaknad av fortlöpande uppföljning och rehabiliteringsinsatser. Han påtalade även vikten av att underhålla rullstolen: inställningar för optimal positionering, drivringar och däcktryck. Hans korta sammanfattning var ”Be fit, stay fit, learn skills!”.

W Schmid från Schweiz presenterade en studie av viloenersiömsättning efter ryggmärgsskada. Denna var 1.600 kcal/dygn 2 veckor efter skada, och 1.400 kcal efter 6 veckor. De såg vikt-nedgång de första 10 veckorna, sedan viss uppgång och påtalade behovet av individuell anpassning av kaloriintag och att följa vikten.

I Eriks-Hoogland från Schweiz presenterade en litteraturgenomgång om skuldersmärta efter ryggmärgsskada. Omkring hälften av alla ryggmärgsskadade drabbas av detta, både i akut och kronisk fas. Ökad förekomst sågs vid tetraplegi, högre ålder och andra hälso-

problem. Rullstolskörning, avlastningsmanövrar och förflyttningar medför risk för repetitiva mikrotrauma och överbelastning. Evidens för specifika behandlingsmetoder för denna patientgrupp saknas, både gällande konservativ och kirurgisk intervention.

Funktionell elektrisk stimulering är ett växande område. E Postema från Belgien redogjorde för en litteratursökning om FES för att träna förlamad muskulatur efter ryggmärgsskada. Man har sett viss ökning i muskelmassa, ökat venöst återflöde, metabola effekter, minskad risk för trycksår men ingen signifikant skillnad i spasticitet eller bentäthet. Generellt är studierna av låg kvalitet och mer forskning behövs.

En annan teknisk produkt som fick mycket uppmärksamhet, både i det vetenskapliga programmet och bland utställarna, var exoskelett: Det finns en handfull varianter av robotliknande anordningar att spänna fast på kroppen för att kunna gå och röra sig trots ned-satt eller total avsaknad av motorisk funktion. Utvecklingen går snabbt framåt och flera forskningsprojekt pågår, bl.a. ska man titta närmare på eventuella effekter på muskelfunktion, blåsa, tarm, spasticitet och psykisk hälsa. Några entydiga resultat finns dock ännu ej att redovisa.

SPASTICITET

I van Cooten från Nederländerna presenterade en studie på 203 patienter om förekomsten av funktionella hinder i vardagen p.g.a. spasticitet i tidigt rehabiliteringsskede och upp till ett år efter utskrivningen. 54-62% hade hindrande spasticitet (ingen signifikant skillnad över tid), 4-27% hade stora hinder (varierade mer över tid). Hindrande spasticitet var dubbelt så vanligt vid tetraplegi. Ålder, kön, skadeorsak eller motorisk kompletthet uppvisade ingen signifikant skillnad. Det diskuterades även kring behovet av ”patient-reported outcomes” (PROs), t.ex. PRISM och SCI-SET, som komplement exempelvis till den för spasticitetgradering vedertagna modifierade Asworthskalan.

Vid ett sponsrat lunchsymposium om intratekal baklofenbehandling förespråkades direkt efter pumpimplantationen 1-2 veckors rehabiliteringsperiod med

pumpjustering och inövning av nya tekniker. Det finns olika åsikter och praxis angående kateterspetsens läge. Enligt föreläsaren kan den placeras ända upp till låg cervikal nivå. De hade ej sett någon sänkning av vitalkapaciteten utan snarare en ökning. Vid osäkerhet kan man göra en sömnanalys före och efter implantationen. Vid misstänkt dysfunktion rekommenderade han först radiologisk översikt av pumpsystemet och som nästa steg kateterbyte. Han påtalade även möjligheten till flexdos, vilket kan vara gynnsamt vid t.ex. mer spasticitet nattetid, behov av spasticitet vid vissa aktiviteter (t.ex. gång) eller ökade besvär vid vissa aktiviteter (t.ex. träning). B. Skoog från Sahlgrenska presenterade data om dosförändring över tid vid intratekal baklofenbehandling av benspasticitet vid MS (19 patienter) respektive ryggmärgsskada (17 patienter). Efter 1 år var mediantosen 189 µg/dygn (30-385) (i MS-gruppen 100 µg/dygn, ryggmärgsskadegruppen 260µg/dygn). Efter 10 års behandling hade dosen i medeltal ökat 84% i MS-gruppen, men bara 17% i ryggmärgsskadegruppen. Hans slutsats var att om det finns behov av stora dosökningar på ryggmärgsskadade, misstänk då fel i pumpsystemet eller progressiv ryggmärgsjukdom.

skadade för OSAS. Tetraplegiker har p.g.a. nedsatt funktion i expiratoriska andningsmuskler svårt att tolerera CPAP med tryck >8 cm H₂O. BIPAP med inspiratoriskt tryck 8 och expiratoriskt tryck 4 gav bättre resultat. Dr RM Schembri från Australien talade om kognitiv påverkan vid OSAS och ryggmärgsskada. Svårare OSAS, dvs högre AHI, gav sämre prestation gällande uppmärksamhet, informationshantering och arbetsminne.

D R Onders från USA presenterade en studie om intramuskulär diafragma-pacing (DP) som alternativ till mekanisk ventilator (MV) vid hög ryggmärgsskada med bortfall av diafragmafunktion. DP ger minskad förekomst av pneumoni, sekretproblem och tal- och sväljsvårigheter, kortare sjukhusvård och lägre kostnad jämfört med MV. Han förespråkade om möjligt tidig implantation, så fort patienten är stabil, t.ex. inom 5-10 dagar i stället för trakeotomi. Det krävs kvarvarande funktion i frenikusnerverna, vilket utreds neurofysiologiskt. 1/3 av de 111 patienterna i studien återfick spontan andningsförmåga efter DP, vilket tros bero på regress av ventilatorinducerad diafragmadysfunktion alternativt positiva neuroplastiska effekter av elstimuleringen.

re känsel mellan "navel och byxfickor" desto större sannolikhet för psykogen erektion hos män. Viktigt att informera och utbilda patienten och eventuell partner i vad som är påverkat, ge konkreta råd i att träna det som fungerar och att följa upp. Viktigt att eliminera iatrogena faktorer om möjligt. Vanliga läkemedel som påverkar sexualfunktionen negativt är baklofen, antidepressiva, smärtlindrande (t.ex. opioider, pregabalin, gabapentin och amitriptylin) och blodtryckssänkande preparat.

F Courtis från Kanada talade om att vid skada ovan T10 kan i princip alla ryggmärgsskadade män få reflexmässig erektion, vid skada nedom L5 kan 90% få psykogen erektion. Generellt gäller att ju lägre skada desto sämre kvalitet på erektionen. Hon påtalade även att viss kvarvarande erektionsförmåga krävs för att PDE5-inhibitorer (t.ex. sildenafil) ska ha effekt. 16% av ryggmärgsskadade män kan få ejakulation på naturligt sätt, med vibrostimulering ökar denna andel till drygt 50%. I Nordamerika används midodrine (α1-receptoragonist som bl.a. används vid ortostatism) vilket kombinerat med vibrostimulering framkallar ejakulation hos 80-100%. Av kvinnor med ryggmärgsskada kan 70-80% uppnå orgasm. Även där kan vibrostimulering och midodrine vara av värde. Viktigt att prova med simulering på olika ställen, eftersom t.ex. cervix innerveras sensoriskt från nivå T11-12 och klitoris S2-4. Kvinnor med ryggmärgsskada har generellt större problem med urininkontinens i samband med sexuell aktivitet än män. Vid överaktiv blåsa framför allt läckagerisk i samband med orgasm, vid slapp blåsa risk i vissa positioner och yttre kompression som medför ökat buktryck. Viktigt att informera om och ge råd kring detta, t.ex. minska kaffe-/alkoholintag, positionering, blåstömning innan och eventuellt intag av antikolinergikum (t.ex. oxybutynin) ca 1 timme innan sexuell aktivitet vid instabil urinblåsa.

TRYCKSÅR

Trycksår är vanligt efter ryggmärgsskada och medför stora konsekvenser för individen och kostnader för samhället. F Van Asbeck från Nederländerna presenterade en metod för att förutsäga läkning av trycksår över sacrum och tu-

“Vanliga läkemedel som påverkar sexualfunktionen negativt är baklofen, antidepressiva, smärtlindrande (t.ex. opioider, pregabalin, gabapentin och amitriptylin) och blodtryckssänkande preparat.”

ANDNING

I Zobina från Storbritannien talade om sömnapné syndrom efter ryggmärgsskada. Incidensen av obstruktivt sömnapné syndrom (OSAS) är kraftigt förhöjd vid tetraplegi (i akuteskedet 60-80%, i kroniskt skede 24-74%). Det är vanligast vid skadenivå C3-5 och "central cord syndrome". Patienter med AHI (apnehypopneindex) över 10/timme fick testa CPAP (Continuous Positive Airway Pressure). T. Bezej från Nederländerna berättade att de screenar alla ryggmärgs-

SEXUALITET

M Alexander från USA höll ett föredrag om sexualfunktion efter ryggmärgsskada. Hon gav en del konkreta tips: Fråga först patienten om de är intresserade av att prata om sexualitet och om någon informerat om konsekvenser av ryggmärgsskadan på sexualfunktionen. Ta reda på hur det var innan skadan, problem med sexuallivet kan bero på annat än själva ryggmärgsskadan. Vid neurologisk undersökning är känseln i nivåerna T11-L2 och S2-5 viktigast. Ju bättre

ber iischi med konservativ behandling. De hade följt 75 sår, varav 40 läkte. Sår-läkningen kan delas in i 3 faser: 1. Upprensning 1-2 veckor (såret blir ej mindre). 2. Granulation/epitelialisering (såret blir mindre). 3. Krustbildning 1-2 veckor. Metoden går ut på att med en enkel mätsticka mäta såret i tre dimensioner varje vecka. Om såret minskar >0,5 cm/vecka (i den längsta dimensionen) under de första veckorna av fas 2 är det sannolikt att såret läker på konservativ behandling (positivt prediktivt värde för läkning 76% respektive 96% om såret minskar >0,5 cm/vecka de två respektive sex första veckorna). Slutsats: Efter 2-6 veckors konservativ behandling kan sannolikheten för läkning av ett trycksår förutsägas, vilket kan påverka val av fortsatt handläggning.

URINVÄGAR

Ryggmärgsskadade löper ökad risk för njursvikt, bl.a. på grund av påverkan på blåstömningfunktionen. M Elmelund från Danmark presenterade en retrospektiv studie av kreatininvärde och njurfunktion på 119 ryggmärgsskadade. Signifikant stegring av kreatinivärdet sågs först vid relativt GFR under 50% av förväntat och sensitiviteten var endast 17% jämfört med GFR mätt med ⁵¹Cr-EDTA clearance. Kreatinin är således en dålig metod för att upptäcka tidig njurfunktionsnedsättning vid ryggmärgsskada.

A Viaene från Belgien talade om att nattlig polyuri, dvs >1/3 av dygnsurinproduktionen nattetid, är vanligare efter ryggmärgsskada. Detta kan medföra ökad risk för autonom dysreflexi, UVI och hydronefros och påverkar sömn och livskvaliteten negativt. Den ökade förekomsten kan tillskrivas en kombination av inadekvat/avsaknad av cirkadisk rytm av ADH och vätskeretention i nedre extremiteter dagtid vilket ger ökad intravaskulär volym efter sänggåendet.

TARMFUNKTION

Neurogen tarmstörning med förstoppning och/eller läckage är vanligt efter ryggmärgsskada. A Burns från Kanada presenterade en kvalitativ studie om detta. Tarmfunktionen skattades viktigare än gångförmågan. De viktigaste konsekvenserna av nedsatt funktion var: Förlust av autonomi (gäller främst tetra-

plegiker), emotionellt, social delaktighet, tidsåtgång, förlust av spontanitet, hinder vid resor.

L Harvey från Australien presenterade en studie om ståträning och tarmfunktion på 17 personer med komplett ryggmärgsskada ovan T8. De stod 30 minuter 5 gånger/vecka i 6 veckor. Ingen statistiskt signifikant eller kliniskt betydelsefull skillnad i tid till första avföring eller total tid för tarmtömningen sågs. Hon drog därmed slutsatsen att det är viktigt att studera effekten av metoder som förespråkats och använts under lång tid. Det är otillräckligt att basera interventioner och rekommendationer på att de verkar rimliga.

LIVSKVALITET

M Post från Nederländerna höll en föreläsning om livskvalitet vid ryggmärgsskada. Generellt anpassar sig den drabbade till den nya förutsättningarna som en ryggmärgsskada medför. Det finns ingen signifikant skillnad i den skattade livskvaliteten mellan ryggmärgsskadade (i kroniskt skede) och normalpopulationen, förutom för personer med komplett tetraplegi som skattar 4,0 jämfört med 4,7 för normalpopulationen på skala 1-6. Han framförde att funktionsbortfall, sekundära effekter/komplikaationer och annan samtidig komorbiditet avgör fysisk och mental hälsa, som i sin tur avgör social funktion och livstillfredsställelse. Psykologiska faktorer av betydelse för livstillfredsställelse är: kontroll i livet, sammanhang, hopp, mening, "self-efficacy" (tilltro till egen förmåga), "self-esteem" (känslomässig värdering av eget värde). Han presenterade även två teorier kring livskvalitet: A) Livskvaliteten reflekterar alltid aktuell situation. B) Varje individ har en "QoL set point" och avviker bara tillfälligt från denna. Livskvaliteten avgörs av en kombination av genetiska faktorer, faktiska omständigheter och hur man handlar i situationen. Regelbunden fysisk aktivitet är av godo för den upplevda livskvaliteten. De flesta med ryggmärgsskada har en god mental hälsa och livstillfredsställelse, men 25% skattar lågt. Depression är vanligare hos icke-högskoleutbildade och arbetslösa medan skadetyp eller nivå ej har betydelse. Det är viktigt att tidigt identifiera dessa individer och gå in med adekvata insatser. M Post sam-

manfattade även kärnfullt syftet med rehabilitering efter ryggmärgsskada till två punkter: 1) Minimera bördan av ryggmärgsskadan. 2) Öka styrkan att bära bördan. Detta kan uppnås genom en kombination av insatser syftande till att optimera funktion, minska komplikationer och kompensera för nedsättningar. Viktiga psykologiska mål är att uppnå kunskap om skadan, adekvata self-management skills (d.v.s. kunna hantera sin situation), kunna be om hjälp när det behövs, uppnå högsta möjliga autonomitet och kunna hantera interpersonella relationer. Rehabilitering är således förberedelse för resten av livet, inte bara inför utskrivning!

I en kvalitativ studie från Australien om återgång i arbete efter ryggmärgsskada konkluderade G Hilton att det finns outnyttjad arbetsförmåga hos ryggmärgsskadade och många barriärer som försvårar arbete. Stabil anställning, studier före/efter skada, återgång till samma/liknande arbete ökar sannolikheten för arbetsåtergång. Ryggmärgsskadade i arbete skattade sin livstillfredsställelse och optimism högre. En Schweizisk studie på 1.549 ryggmärgsskadade presenterad av M Brinkhof visade att ekonomiska svårigheter är associerade med mer sekundära komplikationer, komorbiditet, smärta och minskad delaktighet, sämre mental hälsa och livskvalitet.

Efter tre intensiva dagar vände jag inspirerad åter hemåt genom det öppna landskapet. Med mig hade jag nya intryck, fördjupade kunskaper och nyetablerade kontakter. Jag var lite trött, men mycket nöjd och tacksam över att ha fått möjlighet att åka på ISCoS 53:e årliga vetenskapliga möte.



MIKAEL WALLER
ST-läkare, Rehabiliteringsmedicin, Sunderby sjukhus, Luleå
mikael.waller@nll.se

Acknowledgement: Tack till professor Richard Levi för värdefulla synpunkter på manuskriptet.