

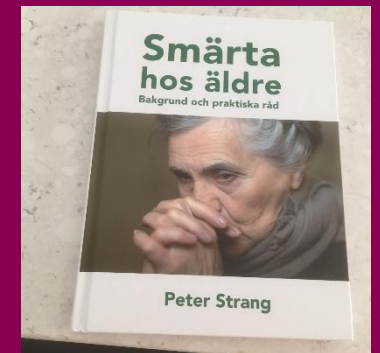


**Karolinska
Institutet**

Smärta vid kognitiva sjukdomar och hos äldre

Peter Strang

Professor i palliativ medicin, Karolinska Institutet,



Behandlas smärta vid demens?

- **Smärta missas ofta**, p.g.a.
 - Att patienten inte kan visa, förklara
 - Kan säga fel, peka fel
 - Kanske inte kan prata alls...
 - Smärtsamma tillstånd (t.ex. hjärtinfarkt) kan ibland bara upplevas som oro, rastlöshet, illamående...
 - Kväljningar /illamående kan vara enda tecknet på smärta!
- **Smärta underbehandlas!**
 - Alla studier visar att
 - Äldre får för lite / för dålig smärtbehandling
 - Den gruppen som drabbas värst är personer med demens!

Smärta hos äldre (80+)

- cirka 50% med **muskel-, rygg- och ledvärk**
→ **Vanligaste orsaken till smärta hos äldre**
- minst 30-40% **osteoporos** (benskörhet)
→ ”sättningar” i kotor (en sättning = en mikro-fraktur!!)
- Nervsmärtor ökar – vanligast mellan 70-90 år
- stor grupp med smärta pga **hjärtsjd, lungsjd, neurologisk sjukdom, cancer...**

Vad leder obehandlad smärta till?

- **Ett smärtlidande**
 - Att ha ont hela tiden känns hopplöst
 - Smärta ökar risken för oro, nedstämdhet
- **Ökad risk för andra sjukdomar**
 - Man blir liggande – ökad risk för blodproppar
 - Ökad risk för lunginflammationer
- **Ökad risk för BPSD** (beteendemässiga o psyk o störningar)
 - Agitation (oro, rastlöshet, aggressivitet)
 - Hämningslöst och impulsivt beteende (disinhibition)
 - Ökad risk för förvirring (med vanföreställningar)
 - Ökad risk för psykos!

Sambandet mellan smärta, BPSD och psykos vid demens

- Norsk sjukhemsstudie med 352 patienter (2016)
Habiger T et al., Behavioural Neurology 2016; article ID 703 6415
- **Målet:** att studera hur ett **smärtbehandlingsprotokoll med olika steg** kan påverka smärta, agitation (BPSD) och psykos
- **Patienter med obehandlad smärta led av:**
 - **Disinhibition** (Hämningsslöst och impulsivt beteende)
 - **Agitation** (Oro, rastlöshet, irritabilitet)
 - En liten grupp hade **vanföreställningar** eller **psykos**

Sambandet mellan smärta, psykos och BPSD vid demens

(forts.) Habiger T et al., *Behavioural Neurology* 2016; article ID 703 6415

- **Studieupplägg:** 18 olika sjukhem lottades (randomiserades) till att antingen ge smärtbehandling eller till att vara en kontrollgrupp

- Smärtbehandlingen kunde bestå av:
 1. **Paracetamol** (Panodil, Alvedon osv), 3 gram/dygn = basbehandling (dvs 1 gram x3)
 2. Långverkande **morfin** (Dolcontin) (10-20 mg/dygn) som tillägg
 3. Om sväljningssvårigheter: **buprenorfin** (Norspan) smärtplåster 5-10µg/tim
 4. Om nervsmärtor: **pregabalin** (Lyrica) 25-75 mg/dygn (Jfr FASS: "150 – 600 mg / dygn"!)

Resultat (efter 8 veckors smärtbeh)

Habiger T et al., Behavioural Neurology 2016; article ID 703 6415

- För personer med **psykos** vid studiestart, minskade **psykosbenägenheten** ($p=0.03$) och **vanföreställningarna** ($p= 0.03$)
- **Agitation (~BPSD)** som helhet (olika delsymtom) minskade ($p<0.001$)
 - **Ilcka/aggression** minskade ($p=0.001$)
 - Avvikande **motoriskt** (kroppsligt) beteende minskade ($p=0.017$)
- Patienter som fick paracetamol fick dessutom **bättre ADL** (redovisat redan 2014 i Sandvik R.K. et al, Eur J Pain 18(2014), 1490-1500)
- De välavvägda doserna av **morfin** (Dolcontin) och/eller **buprenorfin** (Norspan plåster) **ökade inte graden av vanföreställningar eller hallucinationer**, varken vid insättning eller efter 8 veckor.

Slutsats

Smärta är mycket farligare
än **smärtbehandling!**

Smärta **motverkar** risken för andningsdepression vid opioidbehandling!
(Borgbjerg et al. PAIN, 64: 123-128, 1996)

Smärtbeteenden enligt AGS

(American Geriatrics Society)

1. **Ansiktsuttryck:** grimaser, ögonen, snabba blinkningar osv.
2. **Verbala uttryck:** stön, ljudlig andning, tonhöjd, skrik osv. ("*när gamla damer börjar svära...*")
3. **Kroppsspråk:** stel, smärthämmat, gnuggar, kliar, bankar/slår sig själv, vaggar. Tar sig för ögonen eller för bröstet.
4. **Oro, förändrat beteende:** psykisk eller kroppslig oro osv.
5. **Förändrade aktiviteter:** blir passiv, aptitlös, sömnstörningar
6. **Förändrade mentala funktioner:** irritabilitet, förvirring, gråt

Denna typ av beteenden finns inbakade i skattningsskalor som Abbey Pain Scale eller Doloplus

Farmakologisk eller icke-farmakologisk behandling?

- Prova **icke-farmakologisk** behandling, så långt det går!

Icke- farmakologiska metoder

- **Viktreduktion!** Bra för leder och ryggen!!
- **Gånghjälpmedel!** Andra hjälpmedel
- Behandla **sömnpblem** – rådgivning
- **Fysioterapeutiska tips:**
 - Fysisk aktivering!
 - Bassängträning
 - Tjänjningsövningar
 - Värmebehandling, följt av rörlighetsträning
- **Annat stöd**
 - **Avledning/ distraktion/ sysselsättning** (inte minst vid demens)
 - **Ofrivillig ensamhet** ökar smärtupplevelsen (enl hjärnforskning!!)
 - **Gemenskap** dämpar hjärnans smärtcentrum!

Farmakologiska metoder

- Hur fungerar **analgetika** på äldre??
- 90-95% av alla patienter i smärtstudier är **under** 65 år...
- De flesta som har ont är **över** 65 år...
- ...så vad vet vi om dosering och effekter i t.ex. 80+ gruppen??
- Stor risk för biverkningar om man tror att FASS doserna funkar för 80+ gruppen

Smärta hos äldre – viktiga faktorer

- Samtidiga sjukdomar (t.ex. hjärtsjukdomar)
- Minskade fysiologiska reserver (bl.a. för intorkning och övervätskning) – spelar roll för val av medicin
 - T ex risk med NSAID och steroider vid instabil hjärtsvikt
- Samtidig medicinering
- Minskad funktionsförmåga – t.ex. ökad fallrisk
- Annan farmakokinetik och farmakodynamik
- Svårare att skatta smärtan
- Ändrad smärtupplevelse

Ändrade smärtrösklar hos äldre-äldre

- Förhöjd **smärtröskel**
 - känner inte av lätt smärta
- Sänkt **smärttolerans**
 - När smärtan blir lite svårare finns risk för förvirring

Nedsatt njurfunktion hos äldre

- Njurfunktionen sjunker med åldern (från 20 år)
- **Njurfunktionen sänkt 50%** hos "fysiskt frisk" 80 åring
- Fr.a. vattenlösliga (hydrofila) substanser såsom morfin-metaboliter ackumuleras (läkemedel som utsöndras via njuren)
 - Metaboliten M-6-G viktigast för morfins smärtstillande effekt (påverkar också andningen)
 - Metaboliten M-3-G kan bidra till muskelryckningar och hyperalgesi
- Därför: **lägre underhållsdos**
- **Undvik** läkemedel med aktiva **metaboliter**

Leverfunktion hos äldre

- Storleken minskar 25-40% med åldern
- Leverns funktion: minskar *inte* påtagligt
- Paracetamol (Panodil, Alvedon) behöver inte reduceras (Miners JO et al Eur J Clin Pharmacol 1988; 35: 156-160)
- **AGS** (American Geriatric Society) rekommenderar paracetamoldoser på upp till 3 gram /dygn (1gx3)

CNS (hjärnfunktionen)

- Opioidkänsligheten kan öka med 50% i hjärnan
- Pga ökad fri fraktion av opioider?
- Pga ändrad funktion i opioidreceptorer?

Läkemedel till äldre

Gruppen 80+ (över 80 år):

- **”Start low and go slow”**
- Börja gärna med halv normaldos
- Vid vissa smärtstillande (t ex pregabalin (Lyrica): betydligt lägre)

Vad kan den vårdnära personalen/ undersköterskan göra för att lindra smärta?

- **Fysisk** aktivitet och rörelseträning (aktiv och passiv träning)
- **Taktil** massage (mjukmassage)
- Sociala aktiviteter/ **distraction**
- Lära känna "sin" patient – **förebygga** smärta
- **Tala om** för patienten vad du tänker göra – så följer patienten med (viktigt vid t ex ryggsmärtor)
- Göra "**beteendeschema**" – kartlägga smärtan
- Påtala behov av **hjälpmedel**
- Vara patientens "advokat" – **larma** sjuksköterskan när det behövs smärtstillande

Vad rekommenderar AGS (American Geriatric Society)?

(AGS Panel: Pharmacological management... JAGS 57: 1331-1346, 2009)

1. **Bedöm smärtan:**

- Egenskattning, smärtans intensitet (om det går)
- Beteenden som kan tala för smärta

2. Utnyttja **icke-farmakologiska metoder**

- Rörelseträning, aktivering, m.m.
- Andra förebyggande åtgärder (hjälpmedel mm)
- Patient – och närståendeutbildning om smärta

3. Vid **läkemedelsbehandling:**

- Jämför olika fördelar och risker – äldre är känsliga för biverkningar
- Tänk på att njurfunktionen är halverad hos en 80 åring (jfrt 20 år)
 - Läkemedlen stannar längre kvar i kroppen, dosen behöver minskas
- Tänk på ökad känslighet (hjärnan) för morfingruppens preparat

Läkemedelsgrupper: **molvärk** (gäller alla äldre)

- **Paracetamol** (Alvedon, Panodil mm)
- Första hands medel, verkar 4 (– 6) tim. hos äldre
- 1-2 tabl á 500 mg upp till 3-4 ggr/dag
- **AGS** (American Geriatric Society) Panel* : **3 gram/ dygn**
- * (*AGS Panel: Pharmacological management... JAGS 57: 1331-1346, 2009*)

OM tydlig inflammation

- (**Artros** – utsliten led. **Artrit** – inflammerad led)
- T ex **röd, svullen, värmeökad, öm** led
- Anti-inflammatoriska medel (Naproxen, Ibuprofen, ketoprofen osv)
Särskilt vid **akut gikt!**
- Testa om möjligt NSAID **gel!** (Orudis, Voltaren osv)
→ Obs, gelen måste masseras in **under 1-2 minuter!**
- Om **tabletter** - använd lägsta dos i kortast möjliga tid
- **Risker:**
 - Kan skapa akut förvirring
 - Kan ge magsår (ge gärna omeprazol som profylax!)
 - Kan ge ödem och andnöd vid hjärtsvikt

När opioider behövs:

(AGS Panel: Pharmacological management... JAGS 57: 1331-1346, 2009 + de norska sjukhemsstudierna från 2011 – 2016 + egen erfarenhet)

Vid otillräcklig effekt av Paracetamol 3 gram:

1. lägg till långverkande *morfin* i doser på 10-20 mg/dygn.

Börja gärna med Dolcontin 5 mg x 2

(långverkande *oxycodon* 5 mg x 2 motsvarar morfin 10 mg x2)

Sätt in ***laxermedel***, t.ex. Laxoberaldroppar 5 droppar x 2. Macrogol (Movicol etc) funkar – om patienten tar det (smakar inte så gott)

Överväg medel mot ***illamående*** åtminstone de första dagarna (Metoklopramid 10 mg cirka 1 timme före intag av Dolcontin)

2. Vid sväljningssvårigheter – överväg buprenorfinplåster

(Norspan) 5-10 mikrogram/tim.

OBS, utvärdera tidigast efter 3-4 dgr.

Det kan *ta upp till ett par veckor* innan effekten verkligen syns

Vid nervsmärta

de norska sjukhemsstudierna från 2011 – 2016 + egen erfarenhet)

Om det också finns nervsmärtor:

- Lägg till **pregabalin** (Lyrica) 25 mg till kvällen.
 - Om kvarstående smärta, öka efter 3-7 dgr till 25 mg x2
 - Ev ytterligare till 25mg + 0 + 50 mg (=75 mg),
eller 25 mg x3 = 75 mg/dygn, (enligt de norska studierna)
- Tillägg med **amitriptylin** kan övervägas i låg dos:
 - Startdos: 10 mg till natten (t ex Saroten)

Sammanfattning

- Smärta är **vanligt** i sjukhemsmiljöer (studier från många länder)
 - Mer än hälften har smärtproblem
 - Gäller både för multisjuka och för personer med demens
- Smärta är
 - **Underdiagnostiserat**
 - **Underbehandlat**
- Det finns en **rädsla** hos sjukvården om att smärtbehandling skall göra patienten förvirrad, men...
- ... alla studier visar att **smärtan i sig är en större riskfaktor!**
- En välavvägd **smärtbehandling minskar både smärta och BPSD**
- **Icke-farmakologiska metoder** (rörelseträning, distraktion osv) är viktiga
- Vid läkemedelsbehandling är **paracetamol** 1a hands preparat
- **Morfingruppens preparat**, i låga doser, gör mer nytta än skada!

Smärta hos äldre

- för vårdnära personal (kommunen, geriatriken, öppenvård)
- fördjupningsavsnitt för läkare och sjuksköterskor (bl.a. om mediciner, doseringar mm)

