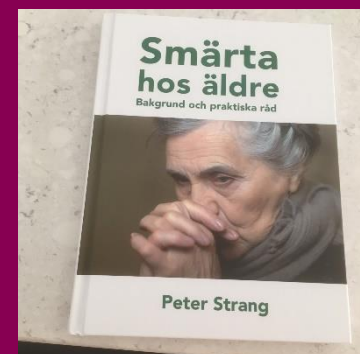


Smärta hos äldre och smärta vid demens



**Karolinska
Institutet**



Peter Strang

**Professor i palliativ medicin, Karolinska Institutet,
Vetenskaplig ledare för PKC**

**– Palliativt Kunskapscentrum i Stockholms län,
*pkc.regionstockholm.se***

Äldre och smärta

- Många fysiska förändringar **efter 70 års ålder**
(och särskilt snabb funktionsnedsättning efter 80 års ålder)
- Med stigande ålder allt mer smärtproblem
- Den biologiska åldern är mer avgörande än den kronologiska

Smärta hos äldre: allmänt

- **50-80%** av sjukhemspatienter har smärta
- Ibland "**konstiga**" uttryck
 - "ingen" smärta alls vid infarkt, magsår, blindtarmsinflammation...
- Enbart akut **oro** och **förvirringstillstånd**
- Enbart **rastlöshet**, aggression
- Enbart **kväljningar**, **illamående**
- Nyttillkommen **aptitlöshet**
- **Gnuggar eller kliar en kroppsdel**
- Vid demens:
 - bedöm **beteenden (se ovan) som kan tala för smärta...**

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...**

”Öm”, ”stel”, ”rastlös” – är det smärta?

- Multisjuka sköra patienter (utan kognitiv svikt!) säger inte alltid att de har värk / ont!
 - ... men de kanske säger att de är ömma, stela...
 - ... de kanske inte kan sova och vrider sig i sängen..
 - Ska man ge en sömntablett?
 - **Eller:** ska man tänka att det **kanske är muskelvärk som de inte kan sätta ord på?**
Kanske erbjuda 1000 mg paracetamol (Alvedon osv)
-

Icke- farmakologiska metoder

- **Viktreduktion!** Bra för leder och ryggen!!
- **Gånghjälpmedel!** Andra hjälpmedel
- Behandla **sömnpblem** – rådgivning
- **Sjukgymnastiska tips:**
 - Fysisk aktivering!
 - Bassängträning
 - Tjänjningsövningar
 - Värmebehandling
 - Ytlig värme: hot pack >20 min
 - Djup värme: ultraljud (5-10 min) följt av rörlighetsträning
- **Annat stöd**
 - **Avledning/ distraktion/ sysselsättning** (inte minst vid demens)
 - **Ofrivillig ensamhet** ökar smärtupplevelsen (ny forskning!!)
 - **Gemenskap** dämpar hjärnans smärtcentrum!

Faktorer som ”sänker” smärtröskeln – Smärtan stör mer

- **Sömnsvårigheter**
- **Ångest, oro**
- **Nedstämdhet**
- **Sysslöshet**
- **Bristande nätverk –**
 - Få sociala kontakter
 - Ofrivillig ensamhet

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)
- Samtidig medicinering
- Minskad funktionsförmåga – t.ex. ökad fallrisk
- 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
- Annan farmakokinetik och farmakodynamik
- Ändrad smärtupplevelse
- Svårare att skatta smärtan

Ändrade smärtrösklar

- 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)

Smärtläkemedel vid leversvikt (svår cirros)

(Waterman B et al: JPM 2021, doi: 10.1089/jpm.2021.0097)

- Dosreducera alla opioider
- Om opioid: välj i 1a hand **morfin** eller **hydromorfon** i reducerad dos
- **Oxykodon**: undvik. Omfattande levermetabolism
- **Fentanyl**: undvik som plåster för effekten förlängs (svårbedömt).
- **Pro-drugs** (kodein, tramadol): undvik
- **Paracetamol**: går att använda men max 2000 mg/dygn
- **NSAID**: undvik! Både stor blödningsrisk och risk för njursvikt
- **Gabapentin, pregabalin**: kan funka men börja med mkt låga doser
- **Steroider** (kortison): blödningsrisk, används med stor försiktighet.

Minskad hjärtfunktion

- Om lägre funktion (cardiac output):
 - Peak-koncentrationen blir högre
 - Lägre bolusdoser bör ges
 - Injektionen bör ges långsammare

CNS (hjärnfunktionen)

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

Övriga faktorer att ta hänsyn till

- Generellt ökad känslighet för **läkemedel**
 - Antikolinerga läkemedel kan vara problematiska
- Känslighet för **blodtrycksfall**
 - Ketogan, Morfin mm kan ge blodtrycksfall
- Nedsatt **balanssinne**
 - Risk för att man ramlar, bryter ben
- Känslighet för intorkning/ **övervätskning**
 - NSAID, kortison, även morfin (!) ger vätskeretention
 - NSAID kan också utlösa akut förvirring

Läkemedel till äldre

Gruppen 80+ (över 80 år):

- **”Start low and go slow”**
- Börja gärna med halv normaldos

DEMENS: En gammal händelse (rapport)...

- En händelse på 90-talet (Rapport (anmälan) till Socialstyrelsen)
- Kvinna med svår demens blev ”**skrikare**”
- Dotter misstänkte smärta – man provade **paracetamol** (Panodil) utan effekt
- **Fortsatte skrika** – särskilt när man tog upp henne
- Vid dödsfallet obduktion:
- Utbredd **cancer** i hela **skelettet**...
- **Fraktur genom en metastas** i överarmen...

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...
- **Smärta underbehandlas!**
 - Alla studier visar att
 - Äldre får för lite / för dålig smärtbehandling
 - Den gruppen som drabbas värst är personer med demens!

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!

Är inte smärtbehandling farligt??

- *Välavvägd smärtbehandling:*
 - Minskar smärtan!
 - Ökar välbefinnandet!
 - Patienterna blir aktivare!
 - Patienterna blir lugnare (färre BPSD symtom)!
- *Smärta är farligare än smärtbehandling!*

Fungerar ”enkel” smärtbehandling?

Chibnall, J.T. et al. JAGS, 53, 1921–1929, 2005.

- Studie: man gav **3 gram paracetamol /dag**:
- Började delta mer
- Tog del av medieutbudet (TV, tidningsrubriker)
- Pratade mera
- Var mindre del av tiden på sina rum
- *Min tolkning:*
Patienterna (boenden) hade haft värk, utan att man ställt diagnosen.
- *Därför satt de helst på sina rum. Nu när de blev smärtfria, blev de också piggare...*

Är morfinbehandling och smärtplåster farligt?

- Är behandling med **Norspan-plåster** (buprenorfin) eller långverkande morfin (**Dolcontin**), långverkande oxykodon (**OxyContin**) mm. i lågdos farligt?

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 5-10 μ g/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 ($p<0.001$)
 - **Ilkska/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.

Demens och cancersmärta. Fallbeskrivning

79 årig kvinna med medelsvår **demens** och spridd **cancer** i buken. Inskrevs i hemsjukvård på grund av **smärta** och försämring. Stod då på **paracetamol (Panodil)** som haft god effekt i 2,5 mån.

Pga tilltagande smärta övergång till **morfin (Dolcontin)**, igen med god effekt i 4 mån.

När **smärtan** bröt igenom under perioden ovan, blev pat. motoriskt orolig, gned och strök sig över magen, blev mera förvirrad, fick vanföreställningar, började tala om spioner, krig och invasion.

När hon fick extra morfin, blev hon lugn.

Mot slutet behövde dosen ökas och i döendefasen behövde vi byta till smärtplåster (kunde inte svälja). Avled stilla, utan smärtor.

SMÄRTA utlöste förvirring och BPSD, men en välinställd (hög) dos av morfinpreparat (efter långsam ökning) ökade *inte* förvirringen, hon blev istället lugn.



Slutsats

Smärta är mycket farligare
än **smärtbehandling!**

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

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**

- Sjukgymnastik, rörelseträning, aktivering
- Andra förebyggande åtgärder
- 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

Läkemedel mot smärta hos äldre

- Generellt lägre doser:
- **”Start low and go slow”**

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 (max 3-4 gram)
- **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 funkar – om patienten tar det (smakar inte så gott)

Överväg medel mot ***illamående*** åtminstone de första dagarna (Primperan 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:

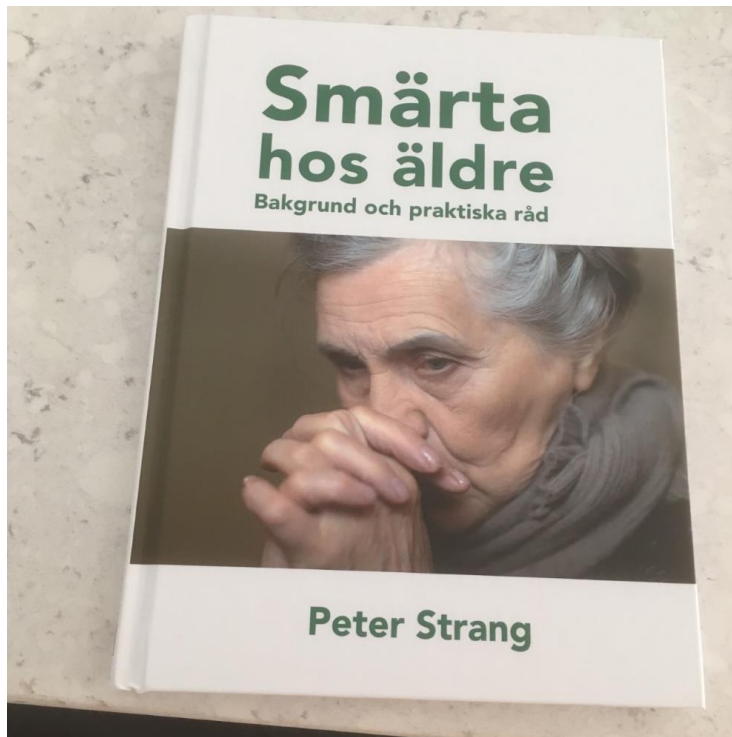
- Lägg till pregabalin (Lyrica) 25 mg till kvällen.
 - Om kvarstående smärta, öka efter 3-7 dgr till 25 mg x2
 - Ev ytterligare till 25mg + 0 + 50 mg (=75 mg),
eller 25 mg x3 = 75 mg/dygn, (enligt de norska studierna)
- Tillägg med amitriptylin kan övervägas i låg dos:
 - Startdos: 10 mg till natten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



Kan köpas direkt hos
Vårdförlaget
(www.vardforlaget.se)

Under mars 2022 15% rabatt
med rabattkoden **Strang**

Kostnadsfri webbutbildning ”Smärta hos äldre” (PKC Sthlms län)

- [PKC \(pkc.regionstockholm.se\)](https://www.pkc.regionstockholm.se),
- <https://www.pkc.regionstockholm.se/utbildning/webbutbildningar/smarta-hos-aldre/>



Mera information?

- **PKC:s hemsida (Palliativt kunskapscentrum i Sthlms län)**, som bl.a. innehåller *kostnadsfria*
 - undervisningsvideor,
 - Nyhetsbrev med månadens ”kunskapsavsnitt”
 - Webb-program
- pkc.regionstockholm.se