

Smärtbehandling vid svår demens – nya rön

2016-12-21

Referat av **Peter Strang**, onkolog och professor i palliativ medicin vid Karolinska Institutet. Referatet publicerades ursprungligen i PKC:s Nyhetsbrev #11 i december 2016.

Smärta är ett underskattat problem inom våra vård- och omsorgsboenden. I de flesta sjukhemsstudier (olika länder har olika beteckningar på sådana boenden), brukar man komma fram till att mer än 50% lider av smärta och att personalen många gånger har missat den. Problemet är av naturliga skäl ännu större vid demens, eftersom personer med kognitiv svikt inte kan kommunicera smärtan på ett entydigt sätt. De kanske inte längre kan prata överhuvudtaget, vilket innebär att smärtdiagnosen måste ställas på andra sätt.

Idag finns några olika beteendeskolor som man kan använda sig av, dvs. man kan notera beteenden som talar för att patienten har smärta. Exempel på sådana skalor är Doloplus skalan och Abbey Pain Scale.

I Norge har man utvecklat ett eget instrument: "MOBID-2" som betyder *Mobilization – Observation – Behaviour – Intensity – Dementia-2 Pain Scale*. Med hjälp av detta instrument har man gjort en omfattande smärtstudie för att ta reda på hur vanligt det är med smärta inom norska vård- och omsorgsboenden. Man har också studerat om smärtan kan påverkas med hjälp av en analgetisk smärtrappa.

Smärtbehandlingen i studien

Utgående från de riktlinjer som amerikanska geriatriker rekommenderar (*AGS panel on persistent pain in older adults 2009*), gjorde man en omfattande studie på 352 patienter där hälften av patienterna lottades till sedvanlig behandling, resten fick smärtbehandling enligt en analgetisk smärtrappa (se nästa sida).

Analgetisk smärtrappa

Steg 1 innebar att man fick paracetamol i dosen 1 gram x3.

Steg 2–3 innebar att man antingen lade till 10-20 mg långverkande morfin (Dolcontin osv) eller buprenorfinplåster (Norspan) i dosen 5 eller 10 mikrogram / timme.

Steg 4. Om man dessutom hade inslag av nervsmärta, kunde patienten få pregabalin (Lyrica) i dosen 25–75 mg/dag, som tillägg till annan medicinering.

Steg 1–3 användes när man bedömde att det rörde sig om "vanlig" nociceptiv smärta, i första hand ledvärk och osteoporossmärta. Smärtplåstret valdes fr.a. till patienter som inte kunde svälja tabletter.

Uppföljning och resultat

Patienterna följdes med MOBID-2 skalan i upp till 8 veckor. Det visade sig att denna behandlingstrappa, där man börjar med paracetamol och eventuellt lägger till starkare preparat, var framgångsrik.

Paracetamolet i sig gav tydliga effekter: redan vid första mätningen efter 2 veckor hade smärtan minskat, och man såg fortsatt minskning under hela 8-veckors perioden.

Personer som behövde morfintabletter eller Norspan smärtplåster fick minskad smärta, även om effekten inte kom lika snabbt som med paracetamol. Ett intressant fynd var att de som behövde pregabalin (Lyrica), ofta fick effekt med en synnerligen låg dos, 25 mg/dygn. Också allmäntillståndet (mätt med Bartels ADL-index) förbättrades.

Biverkningarna av läkemedlen var få och man gjorde bedömningen att även opioidbehandlingen med Norspanplåster i styrkorna 5–10 mikrogram/timme var en säker och oftast vältolererad behandling. Enstaka patienter fick illamående eller minskad matlust (totalt 3 patienter) och ytterligare 2 patienter blev så trötta att behandlingen fick sättas ut.

Slutsatser

Studien visar att mer än hälften av patienterna på vård – och omsorgsboenden har smärtproblem som tyvärr ofta missas. Smärtbehandlingen med en behandlingstrappa var effektiv – smärtan minskade i snitt med 50% och för de flesta var det en enkel och säker behandling. Cirka 10% fick någon form av biverkningar av opioider, vilket är väntat och en relativt låg siffra. Man betonar att

Norspan-plåster fungerar även vid nedsatt njurfunktion men man bör vara försiktig om patienten har nedsatt leverfunktion.

Sammanfattningsvis är smärta fortfarande ett vanligt och underbehandlat problem, men det finns bra strategier för att komma åt smärtan. Den oro som vissa företrädare framkastat i den svenska debatten, att behandling med Norspan-plåster i låga doser skulle "gränsa till aktiv dödshjälp" har ingen vetenskaplig grund. Faktum är att det inte finns ett enda dödsfall i Sverige som har koppling eller ens misstänkt koppling till Norspan-plåster, i de omfattande säkerhetsdata som finns att tillgå (varje läkemedelsbolag har en skyldighet att registrera alla biverkningar i en "safety data"-databas).

Referenser

- Sandvik R. et al: **Impact of a stepwise protocol for treating pain intensity in nursing home patients with dementia: A cluster randomized trial.** *Eur. J. Pain* 18; 1490–1500, 2014.
- **AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons.** *JAGS* 57; 1331–1366, 2009.