

Smärtbehandling hos äldre

Vårdnivå och samverkan

Primärvård

Denna patientgrupp sköts företrädesvis i primärvården i samarbete med kommunal vård och omsorg.

Smärtklinik

Vid icke-fungerande smärtbehandling kan remiss skickas till smärtklinik.

Bakgrund

Smärta är ett vanligt symtom hos äldre. Läkemedelsordination till äldre måste ta hänsyn till olika åldrandefaktorer. Försämrade njurfunktion kan medföra långsammare utsöndring av läkemedel. Större känslighet för biverkningar kan medföra risk för förstoppning, förvirring och ökad fallrisk. Rekommendationerna gäller för personer runt 75 år och äldre.

Utredning

Utredningen skiljer sig inte från andra patienter men smärtuttrycket kan se annorlunda ut hos den äldre patienten. Ökad oro, förvirring eller aggressivitet kan bero på en underliggande smärta. Ensamhetsproblematik och brist på fysisk aktivitet kan påverka smärtanalysen. Förutom sedvanliga instrument för utvärdering av smärta finns även Abbey Pain Scale, som är ett instrument för bedömning av smärta hos personer med demenssjukdom som har svårt att beskriva sin smärta i tal.

Behandling

Sätt upp rimliga, konkreta mål tillsammans med patienten för att kunna utvärdera effekter. Exempel på mål är bättre sömn, ökad fysisk aktivitet (som att kunna gå en promenad eller delta i sjukgymnastik) eller ökad social aktivitet (exempelvis gå en kvällskurs eller återgå i arbete). Det är viktigt att inse farmakologins begränsningar (även för opioider) – en belastnings- eller rörelsebetingad smärta kanske inte fullt ut kan behandlas med opioider utan att biverkningar och toleransutveckling uppstår. Icke farmakologisk behandling bör provas tidigt även i denna åldersgrupp.

Icke farmakologisk behandling

Icke farmakologisk behandling för den äldre patienten med smärta skiljer sig egentligen inte från övriga patienter med smärta förutom att man ibland har flera sjukdomstillstånd att ta hänsyn till.

Äldre personer med nedsatt kognitiv förmåga eller nedsatt rörelseförmåga p.g.a. t.ex. stroke eller andra neurologiska sjukdomar bör uppmärksammas extra. Fysisk inaktivitet/immobilisering leder till nedsatt cirkulation i muskler, leder och stödjeorgan och kan orsaka svullnad, stelhet och smärta. Rehabilitering sker utifrån en helhetssyn och i samverkan med kommunens hemrehabilitering. Behandlingen syftar till att lindra smärta, hitta smärthanteringsstrategier samt att uppnå så god funktionsförmåga som möjlig för att klara ADL.

Behandling som kan var aktuell utifrån individuell bedömning:

- Fysisk aktivitet bör uppmuntras då detta har dokumenterade positiva effekter på såväl smärta som stress. Träning och fysisk aktivitet är ett effektivt sätt att behålla hög aktivitetsnivå och självständighet hos äldre. Vid flertalet smärttillstånd är skraddarsydda träningsprogram att föredra framför allmänna råd. Läs mer om Rekommendationer om fysisk aktivitet för äldre på FYSS webbsida.
- Fallprevention. Sekundärt till medicinering alternativt direkt kopplat till smärttillståndet kan ökad risk för fall finnas. Riskbedömning angående fall och fallprevention bör ingå i utredning och behandling.
- Psykologisk behandlingsmetod, t.ex. KBT (kognitiv beteendeterapi).
- Undervisning om smärta, t.ex. artrosskola.
- Akupunktur.
- TENS.
- Hjälpmedelsutprovning via ortopedtekniker för avlastning och stöd, t.ex. ortosbehandling, gånghjälpmedel eller hjälpmedel för att underlätta ADL eller förebygga fallrisk.
- För patienter, särskilt institutionsboende, kan behandling med taktill beröring vara ett alternativ eller komplement till läkemedel vid långvariga smärttillstånd. Personalen på boendet bör även tillse att personen bibehåller rörelseomfång och styrka efter anvisning från sjukgymnast/fysioterapeut.

Läkemedelsbehandling

Som vid all läkemedelsbehandling ska njurfunktionen (eGFR) hos den äldre beaktas vid val och dosering av smärtläkemedel. Läs mer i Faktadokument Mätning av njurfunktion.

Efterhör alltid receptfri användning av paracetamol och cox-hämmare (NSAID) i anamnes.

För behandling av icke-malign smärta hos de mest sjuka och sköra äldre, se behandlingsrekommendationer Läkemedelsbehandling av de mest sjuka och sköra äldre under Relaterat.

Lätt -måttlig nociceptiv smärta (t.ex. artros, myalgi)

Paracetamol

- Generellt används samma dos som till övriga vuxna, men till mest sjuka och sköra äldre rekommenderas 1 g x 3 (max 3 g/dygn). Undvik kontinuerlig behandling med paracetamol under längre perioder. Vid eGFR < 50 ml/min kan dos/doseringsintervall behöva justeras ytterligare.
- Vid warfarinbehandling rekommenderas extra kontroll av INR vid in- eller utsättning.

COX-hämmare(NSAID)

- Lokalbehandling med COX-hämmare (NSAID), till exempel ketoprofen gel, kan användas enskilt eller som tillägg till paracetamol vid lokalt definierad smärta. Den ger likvärdig smärtlindring som peroral behandling, men med mindre risk för systemiska biverkningar.
- Peroral behandling med COX-hämmare (NSAID) kan prövas tillsammans med paracetamol i kort kur i samband med sjukdomsskov. Till exempel ibuprofen max 200 mg x 3 eller naproxen max 250 mg x 2 i kort kur på 3–5 dagar. Bedöm individuellt intervall mellan kurer för att minska risk för biverkningar. Observera kontraindikationer såsom njursvikt (eGFR<30 ml/min), hjärtsvikt, ulcus och wafarin/DOAK-behandling. Vid kombination med andra läkemedel som kan påverka risk för magblödning, t.ex. kortison eller SSRI-preparat, överväg tillägg av protonpumpshämmare (även för COX-2-hämmare) under kuren.

Måttlig/svår nociceptiv smärta - (malign och icke malign smärta)

Om paracetamol i fulldos, eventuellt i kombination med COX-hämmare(NSAID), inte ger tillräcklig smärtlindring kan ytterligare tillägg eller byte av preparat göras. Observera att evidensen för effekt av långvarig läkemedelsbehandling (>3 månader), inklusive opioider, är svag.

Morfin (1 rek)

- Startdos 5-10 mg x 2 som depot preparat.
- Dosreducera vid eGFR <60 ml/min, undvik vid eGFR <30 ml/min.

Oxikodon (2 rek)

- Startdos 5 mg x 2 som depot preparat (5 mg oxikodon = 10 mg morfin).
- Försiktighet/dosjustering eGFR <30 ml/min).

Buprenorfin

- Plåster som byts en gång per vecka. Startdos 5 mikrog/timme, maxdos 20 mikrog/timme. Plåstret har en långsamt insättande effekt och används vid stabil icke-malign opioidkänslig smärta.
- Bör inte kombineras med stående behandling med annan opioid.
- Vid högre doser bör byte till morfin eller oxikodon övervägas.

Fentanyl

- Plåster som byts var tredje dag. Startdos 12,5 mikrogram/timme.

- Endast vid svår kronisk smärta i kombination med sväljningssvårigheter eller vid försämrat upptag i magtarmkanalen. Observera att det finns en risk för långsammare utsöndring hos äldre, vilket kan ge ökad exponering.

Kortverkande analgetika att ge vid smärtgenombrott bör alltid finnas tillgängligt vid behandling med långverkande opioid (1/6 av dygnsdosen). Även äldre har en toleransutveckling när det gäller opioider, så det är viktigt att även hos äldre med icke malign smärta försöka ange en maximal dygnsdos så att det inte sker en doseskalering.

Vid byte mellan opioider rekommenderas Konverteringsguide för opioider, se under Relaterat.

Vid behandling med opioider ska alltid profylaktisk behandling mot förstoppning och eventuellt illamående ordinerars. Mot obstipation ska osmotiskt verkande medel såsom makrogol (Movicol/Forlax) eller motorikstimulerande medel som pikosulfat (Cilaxoral) användas. Använd aldrig bulkmedel. Om osmotiskt verkande och eller motoriskstimulerande medel använts i rekommenderade doser utan tillräcklig effekt kan opioidreceptorantagonist, tex naloxon eller naloxegol (Oxikodon/Naloxone eller Moventig), prövas. Meklozin (Postafen) kan användas mot illamående.

Neuropatisk smärta (t.ex. neuropati, postherpetisk neuralgi, trigeminusneuralgi)

Lidokain (Versatis)

- Plåster som appliceras under max 12 timmar under en 24-timmarsperiod. Vid lokaliserad och ytlig smärta, exempelvis postherpetisk smärta.

Gabapentinoider

- Gabapentin med startdos 100 mg till natten. Öka med 100 mg varje vecka till måldos 300 mg x 3.
- Pregabalin med startdos 25 mg till natten kan prövas vid biverkningar/utebliven effekt av gabapentin eller vid betydande oros-/ångestkomponent. Öka med 25-50 mg per vecka upp till måldos 75 mg x 2.
- Försiktighet/dosjustering vid nedsatt njurfunktion på grund av risk för trötthet och yrsel.

Antidepressiva

- Amitriptylin med startdos 10 mg till kvällen. Öka med 10 mg per vecka till som mest 50 mg till kvällen. Risk för antikolinerga biverkningar såsom nedsatt kognition eller urinretention.
- Duloxetin med startdos 30 mg x 1, vanlig måldos är 30-60 mg. Vid diabetesretinopati är duloxetin förstahandspreparat.

Antiepileptika

- Karbamezepin rekommenderas endast vid trigeminusneuralgi. Startdos 100 mg till natten. Öka med 100 mg per vecka till en dos där symtom försvinner, max 200 mg x 3.
- Se även Faktadokument Trigeminusneuralgi.

Riskläkemedel - bör undvikas till äldre.

Tramadol och kodein finns i normalfallet inte anledning att rekommendera för behandling av äldre. Tramadol har hög förekomst av biverkningar och kodein har en betydande individuell variation i omvandlingen till morfin i kroppen. Välj istället ett rent morfinpreparat.

COX-hämmare (NSAID) bör användas med försiktighet, läs mer under avsnittet lätt-måttlig nociceptiv smärta ovan.

Uppföljning

Farmakologisk smärtbehandling hos äldre ska följas upp regelbundet och effekt måste hela tiden vägas mot biverkan eller risk för biverkan. Alla opioider är, speciellt hos äldre, förenade med en ökad risk för sedering, konfusion, hallucination med mera.

Omvårdnad

Läs mer i Omvårdnad och metodstöds dokument.