

Smärta hos äldre

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. Vårdprogrammen riktar sig främst till fysioterapeuter internt men även externt och till andra som kan tillgodogöra sig innehållet.

Innehåll	sid
Introduktion	2
Målsättning	3
Intervention	3
Mätmetoder/Utfallsmått	4
Utfallsmått lämpliga för användning i värdebaserad vård	6
Restriktioner	6
Uppföljning/vårdkedja	6
Referenser	7

Författare

- Ulrika Fasth, Leg Sjukgymnast.
- Elin Linde, Leg Fysioterapeut.
- Helena Grönstedt, Specialistsjukgymnast Med Dr.

Kontaktinformation

ulrika.fast@karolinska.se

tel 08 - 585 85 528

elin.linde@karolinska.se

tel 08 - 585 85 528

helena.gronstedt@karolinska.se

tel 08 - 585 85 528

Sökvägar

- PubMed, SBU, Socialstyrelsen, Google, Fysioterapeuterna, FYSS
- Elderly, pain, assessment, validity, reliability, physiotherapy, intervention, behandling, mätmetoder, riktlinjer

Produktionsår

- 2015

Revideringsår

Introduktion

Smärta är en obehaglig sensorisk och känslomässig upplevelse förenad med vävnadsskada eller beskriven i termer av sådan skada (1).

Epidemiologiska studier visar att 25-40% av äldre över 70 år lider av långvarig smärta (2). Långvarig smärta hos äldre är vanligare hos kvinnor än hos män (3) och är vanligtvis lokaliserad till rörelse- och stödjeorganen, fr a i rygg, knä eller höft (4). Smärta hos äldre tenderar att felaktigt anses som en naturlig del av åldrandet. Smärta hos äldre är ofta underdiagnostiserad och inte lika välbehandlad som hos yngre (4). Prevalensen av smärta är högre hos äldre boende på sjukhem jämfört med de i eget boende (4, 5).

Smärta kan ha olika orsaker. Nociceptiv smärta uppstår vid stimulering av smärtreceptorer vid vävnadsskada. Neuropatisk smärta beror på skada i nervsystemet (6). Ibland finns ingen uppenbar orsak till smärtan, s.k. idiopatisk smärta (3). Smärta som varat mer än tre månader brukar betraktas som långvarig. Ofta är långvarig smärta förknippad med andra symtom och besvär (3). Smärtan kan medföra rörelserädsla som i sin tur kan medföra ett undvikande av aktivitet och ökad muskelspänning. Det kan i sin tur trigga en spiral av ökad smärta, ökat beroende i ADL, depression och försämrad livskvalitet (7).

Smärta behandlas ofta med läkemedel, där det finns evidens för att paracetamol bör användas som förstahandspreparat. Opioider kan vara aktuellt vid moderat till svår smärta, speciellt om smärtan leder till funktionshinder (4).

Andra behandlingsmetoder vid smärta kan vara fysisk träning, fysikaliska behandlingar (t ex TENS, akupunktur), psykoterapi, copingstrategier, information/undervisning. Akupunktur har ingen bevisad effekt (måttligt starkt vetenskapligt underlag). Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av TENS på funktion och för att bedöma effekt på lång sikt (8). Äldre själva anser att information om prognos vid kronisk muskelsmärta är mycket viktig (4). Ofta behöver flera åtgärder utföras samtidigt för bästa resultat.

Fysisk aktivitet som smärtlindring vid långvarig smärta har modulerande effekter på smärtsystemet och smärtupplevelsen. En anpassad fysisk aktivitet ger ökat blodtryck och ökat blodflöde, vilket kan leda till en minskning av retande ämnen och en möjlig desensitisering av nociceptorerna. Eftersom fysisk aktivitet generellt betraktas som positiv för hälsan är det troligt att den initialt kan ge stora placeboeffekter. Förväntningar kan både styra uppmärksamheten mot eller från sensationer från kroppen och ändra den kognitiva bedömningen av sensationens hotfullhet, med efterföljande påverkan på nedåtstigande banor. Fysisk aktivitet har en smärtmodulerande effekt både under och efter aktiviteten och mycket tyder på att smärtlindring är en del i den naturliga fysiologin vid fysisk aktivitet (9).

Långvarig smärta innebär en hög riskfaktor för fall hos äldre personer varför fallprevention bör inkluderas. Fallrisken är multifaktoriell och kan t ex bero på minskad muskelstyrka, läkemedelsintag eller inaktivitet (10).

Det inte ovanligt att äldre som drabbats av och lever med smärta besväras av trötthet, sömnbesvär och nedstämdhet. Livskvalitet är signifikant lägre hos äldre med smärta än hos äldre utan smärtproblematik enligt en studie av Jakobsson et al 2004 där äldre med smärta fick skatta sin livskvalitet enligt SF-36 (11). Smärtrelaterade bekymmer som funktionshinder till följd av smärta, social isolering och lägre livskvalitet är vanligare hos äldre kvinnor än hos äldre män (12).

Målsättning med den fysioterapeutiska interventionen

Smärtlindring. De fysioterapeutiska åtgärderna i smärtlindrande syfte bör inriktas på att motverka rörelserädsla, inaktivitet och att öka aktivitetsgraden.

Öka den fysiska aktivitetsgraden. Fysisk aktivitet bör anpassas efter individens behov och kapacitet. Stor vikt bör läggas vid patientens intressen för typ av aktivitet. Ingen aktivitetsform är bevisad bättre än någon annan.

Information, råd och regim bör ges både till patienten och närstående.

Fallprevention t ex förflyttningsträning, gångträning, styrketräning.

Intervention

Hög evidens

- Uppmuntra och motivera till fysisk aktivitet genom individuellt anpassade åtgärder (4).
- Träning av styrka, rörlighet, uthållighet. (4).
- Balansträning och fallprevention (4).

Måttlig evidens

- Utprovning och ordination av hjälpmedel (4).
- Copingstrategier (4).

Klinisk praxis

- Förflyttningsträning
- Information

Låg evidens

- Träningsprogram som utförs på egen hand, t ex FAR® (4).

Mätmetoder / Utfallsmått

Då smärta är ett subjektivt tillstånd är det mycket svårt att mäta och det finns ingen "gold standard" vad det gäller mätmetoder. Vid bedömning av smärta hos äldre rekommenderas att flera metoder används parallellt (4).

Att mäta smärta hos äldre ställer höga krav på ett flexibelt förhållningssätt till åldersrelaterade problem såsom hörselnedsättning, synnedsättning, sensorikstörningar och kognitiva svårigheter (4).

En bedömning av smärtan bör göras enligt en hierarkisk modell (13):

1. Fråga patienten angående smärta (ex var?, när?, hur?)
2. Använd ett standardiserat självskattningsinstrument
3. Använd en observationsskala
4. Fråga en närstående eller annan person som känner patienten väl för komplettering av smärtanamnes
5. Inled ett tidsbegränsat behandlingsförsök

Hos personer med mild-måttlig demens kan verbala eller visuella bedömningsinstrument användas (13).

Vid svår demens rekommenderas användning av observationsskalor. Dessa innehåller sex områden: ansiktsuttryck, negativa ljud/röstuttryck, kroppsspråk, förändringar i aktivitetsmönster, social interaktion och/eller mentalt status (13). Då det inte finns någon specifik observationsskala som är bättre än de andra så rekommenderas att patienten bedöms utifrån minst två skalor.

Det näst bästa sättet att mäta smärtan hos demenssjuka ("silver standard") är att ta hjälp av en närstående eller en person som känner patienten väl (13).

I tabellen nedan finns förslag på lämpliga mätmetoder att använda. Välj minst två till varje patient då ingen av de är heltäckande.

Mätmetod	Syfte	Kropps-funktion	Aktivitet /delaktighet	Omgivning /miljö
Abbey Pain Scale (14, 15).	Observations-skala Vid nedsatt förmåga att kommunicera, vid till exempel demenssjukdom	x		

The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI) (15, 16)	Observations-skala Vid nedsatt förmåga att kommunicera, vid till exempel demenssjukdom	x		
Borgskala CR-10 (17, 18)	Självskattningsskala av smärta i samband med aktivitet	x		
Patientpecifik funktionell skala (PSFS) (19)	Självskattningsskala av aktivitetsbegränsningar som kan kombineras med motiverande samtal och målformulering		x	x
The faces pain scale (FPS) (20, 21)	Visuell självskattningsskala vid nedsatt förmåga att kommunicera, vid till exempel demenssjukdom	x		
Smärtermometern. (22).	Visuell självskattningsskala vid nedsatt förmåga att kommunicera, vid till exempel demenssjukdom	x		
Smärteckning (smärteckning med VAS på olika språk kan t ex hittas på följande hemsida: http://www.regionhalland.se/vard-halsa/for-vardgivare/handbocker-program/handbocker/smar-teckning-med-vas-skala/)	Visuell beskrivning av intensitet, utbredning och modalitet	x		

Utfallsmått lämpliga för användning i värdebaserad vård

Ett eller flera av nedanstående mätmetoder bör användas.

Mätmetod	Syfte	Kropps- funktion	Aktivitet /delaktighet	Omgivning /miljö
Har patient och närstående fått information? Upplever patient och närstående att de fått, och förstått, given information?	Bör innehålla information om orsak, samband, tips, råd, regim.		X	
Nottingham Health Profile, del 1 (23-25)	Hälsorelaterad livskvalitet, självskattning		X	
EQ-5D (26-29) http://www.euroqol.org/	Hälsorelaterad livskvalitet, självskattning		X	
Patientpecifik funktionell skala (PSFS) (19)	Uppföljning av måluppfyllelse och resultat av intervention, självskattning.		X	X

Restriktioner

Restriktionerna avgörs av patientens medicinska tillstånd

Uppföljning/vårdkedja

Överrapportering görs vid behov till nästa instans i vårdkedjan enligt rådande rutin.

Referenser

1. International Association for the Study of Pain. <http://www.iasp-pain.org/Taxonomy>.
2. SBU. Evidensbaserad äldreomsorg. Kap 14. Kronisk smärta. Karin Styrborn. . 2003 Rapportnr 163. ISBN 91-87890-83-6.
3. SBU. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. 2006 SBU-rapport nr 177/1+2. ISBN 91-85413-08-9.
4. Abdulla A, Adams N, Bone M, Elliott AM, Gaffin J, Jones D, et al. Guidance on the management of pain in older people. *Age Ageing*. 2013;42 Suppl 1:i1-57.
5. Jakobsson U, Rahm Hallberg I, Westergren A. Pain management in elderly persons who require assistance with activities of daily living: a comparison of those living at home with those in special accommodations. *European journal of pain*. 2004;8(4):335-44.
6. Woolf CJ, American College of P, American Physiological S. Pain: moving from symptom control toward mechanism-specific pharmacologic management. *Ann Intern Med*. 2004;140(6):441-51.
7. Vlaeyen JW, Linton SJ. Fear-avoidance and its consequences in chronic musculoskeletal pain: a state of the art. *Pain*. 2000;85(3):317-32.
8. SBU. Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. SBU-rapport nr 198. Stockholm: statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU), 2010 978-91-85413-34-8. ISBN 978-91-85413-34-8.
9. FYSS 2015. http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_L_Nngvariga-utbredda-sm_frttillst_fNd.pdf.
10. Leveille SG, Jones RN, Kiely DK, Hausdorff JM, Shmerling RH, Guralnik JM, et al. Chronic musculoskeletal pain and the occurrence of falls in an older population. *Jama*. 2009;302(20):2214-21.
11. Jakobsson U, Hallberg IR, Westergren A. Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 2004;13(1):125-36.
12. Cederbom S, Rydwick E, Soderlund A, Denison E, Frandin K, von Heideken Wagert P. A behavioral medicine intervention for older women living alone with chronic pain - a feasibility study. *Clinical interventions in aging*. 2014;9:1383-97.
13. Lichtner V, Dowding D, Esterhuizen P, Closs SJ, Long AF, Corbett A, et al. Pain assessment for people with dementia: a systematic review of systematic reviews of pain assessment tools. *BMC Geriatr*. 2014;14:138.
14. Abbey J, Piller N, De Bellis A, Esterman A, Parker D, Giles L, et al. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *Int J Palliat Nurs*. 2004;10(1):6-13.
15. Zwakhalen SM, Hamers JP, Abu-Saad HH, Berger MP. Pain in elderly people with severe dementia: a systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatr*. 2006;6:3.
16. Feldt KS. The checklist of nonverbal pain indicators (CNPI). *Pain Manag Nurs*. 2000;1(1):13-21.
17. Borg G. Borg's perceived exertion and pain scales. Champaign, IL:Human Kinetics1998.

18. Borg G. Principles in Scaling Pain and the Borg CR Scales. *Psychologica*. 2004;37:35-47.
19. Westaway MD, Stratford PW, Binkley JM. The patient-specific functional scale: validation of its use in persons with neck dysfunction. *J Orthop Sports Phys Ther*. 1998;27(5):331-8.
20. Bieri D, Reeve RA, Champion GD, Addicoat L, Ziegler JB. The Faces Pain Scale for the self-assessment of the severity of pain experienced by children: development, initial validation, and preliminary investigation for ratio scale properties. *Pain*. 1990;41(2):139-50.
21. Douglas ME, Randleman ML, DeLane AM, Palmer GA. Determining pain scale preference in a veteran population experiencing chronic pain. *Pain Manag Nurs*. 2014;15(3):625-31.
22. McGrath PA, Seifert CE, Speechley KN, Booth JC, Stitt L, Gibson MC. A new analogue scale for assessing children's pain: an initial validation study. *Pain*. 1996;64(3):435-43.
23. Faria CD, Teixeira-Salmela LF, Nascimento VB, Costa AP, Brito ND, Rodrigues-De-Paula F. Comparisons between the Nottingham Health Profile and the Short Form-36 for assessing the quality of life of community-dwelling elderly. *Rev Bras Fisioter*. 2011;15(5):399-405.
24. Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: a validation study. *J Epidemiol Community Health*. 1980;34(4):281-6.
25. Tabali M, Jeschke E, Dassen T, Ostermann T, Heinze C. The Nottingham Health Profile: a feasible questionnaire for nursing home residents? *Int Psychogeriatr*. 2012;24(3):416-24.
26. Badia X, Monserrat S, Roset M, Herdman M. Feasibility, validity and test-retest reliability of scaling methods for health states: the visual analogue scale and the time trade-off. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 1999;8(4):303-10.
27. Brooks R. EuroQol: the current state of play. *Health Policy*. 1996;37(1):53-72.
28. Brooks RG, Jendteg S, Lindgren B, Persson U, Bjork S. EuroQol: health-related quality of life measurement. Results of the Swedish questionnaire exercise. *Health Policy*. 1991;18(1):37-48.
29. Dorman PJ, Waddell F, Slattery J, Dennis M, Sandercock P. Is the EuroQol a valid measure of health-related quality of life after stroke? *Stroke*. 1997;28(10):1876-82.