

Smärta

180521

Patienter med cancer ska i varje kontakt med sjukvården bedömas med avseende på smärta. Efter analys ska patienten erbjudas behandling vars syfte är att förebygga smärta. Val av behandling – ickefarmakologisk och farmakologisk – sker i samråd med hela vårdteamet med fortlöpande värdering av effekt och bieffekter. Vid förekomst av smärta ska VAS/NRS-värde i vila och vid aktivitet dokumenteras i patientjournalen. Skattningshjälpmedlet BPI bör användas om VAS/NRS>4.

En majoritet av patienter med cancer besväras av smärtor under någon del av sitt sjukdomsförlopp. Bland dem som avlider i cancer förekommer smärta hos de allra flesta (90%). Mot denna bakgrund är det rimligt att aktivt fråga efter smärta vid patientens alla kontakter med sjukvården. Smärtanalys föregår behandling och syftar till att identifiera smärtans orsak – dels ur sjukdomsperspektiv, dels ur fysiologiskt perspektiv. Läkaren ansvarar för smärtanalys, men genomförandet sker bäst genom samråd i vårdteamet. Sjuksköterskan har i allmänhet goda förutsättningar att samordna och dokumentera den teambaserade smärtanalysen. ”Brief Pain Inventory” (BPI) är ett validerat formulär för smärtdiagnostik. Det bör användas om patienten har smärta. Sjuksköterskan bör informera och hjälpa patienten med BPI, i vissa fall kan patienten få formuläret med sig hem för att lämnas vid nästa besök eller sändas per post. Länk, se nedan!

Information till patient och närstående om smärtans mekanism och orsak är synnerligen viktig. Dels minskar kunskapen smärtupplevelsen, dels ökas sannolikheten att patienten följer ordinationer, rapporterar biverkningar och själv justerar behandlingen till bästa balans mellan effekt och bieffekter. Patienten förfogar ofta över egna metoder att lindra smärtan. Värme, rätt position i liggande och sittande, närståendes hjälp med försiktig massage mm. Samtala med patienten om dessa metoder, ta med dem i den samlade behandlingsplanen, men hjälp också patienten till medvetenhet att somliga egenbehandlingsmetoder kan vara kontraproduktiva på längre sikt. T ex väljer många cancerpatienter med smärta att röra sig mindre, eftersom det minskar smärtan. På sikt leder det till muskelsvaghet, asymmetri i rörelseapparaten, osteoporos mm – och därmed risk för smärta.

I många kliniska situationer är onkologisk behandling effektivast mot smärta. Fram till dess behandlingen nått full effekt behöver patienten oftast annan smärtbehandling. Strålbehandling förmår ofta varaktigt reducera smärtor, framförallt från skelett. Läkemedelsbehandling vid cancerrelaterad smärta finns utförligt beskriven i litteraturen. När behandling med vanliga metoder ger oväntat mycket biverkningar, eller otillräcklig effekt bör smärtspecialist konsulteras.

Smärtdiagnostiken bör dokumenteras med VAS/NRS-värden och gärna smärtschablon. Utvärderingen ska göras med hjälp av VAS/NRS (Visual analogue scale / Numeric rating scale). I de fall patienten inte har förmåga att använda VAS/NRS, bör man kunna värdera smärtan utifrån en allmän bedömning och dokumentera detta i journalen. ”Abbey pain scale” kan användas i dessa fall. Alla behandlingsbeslut ska dokumenteras och alla aktörer i vårdkedjan måste ha tillgänglighet till denna dokumentation.

Analys, dokumentation, uppföljning - förslag

Varje enhet som möter och behandlar cancerpatienter bör ha rutiner för hur smärtproblem uppmärksammas och handläggs. Här är exempel på hur en sådan rutin för slutenvård kan se ut:

Läkarens inskrivningssamtal:

Fråga: **Har du smärtor eller värk?**

Om ja: **Om du tänker igenom hela senaste dygnet – hur intensiv var smärtan när det var sämst – på en skala 0-10, där 0 är ingen smärta alls, och 10 är värsta tänkbara smärta?**

Om <4: Bedömer läkaren och patienten att smärtan relaterar till annat än det som relaterar till aktuella vårdtillfället – hänvisa pat att samråda med primärvården om pat bedömer att det är påkallat. Under vårdtillfället ska pat ha analgetika som hemma, eller eventuellt modifierad regim. Relaterar smärtan till det aktuella sjukdomstillståndet ska smärtanalys göras. Oftast är smärtans orsak redan känd. Det är då aktuellt att diskutera smärtlindring. Målet är att pat ska vara så nära 0 som möjligt, dock utan oacceptabla biverkningar av behandling.

Om >4: Alltid smärtanalys. Oavsett om smärtan beror på aktuell sjukdom eller inte är det inte en acceptabel smärtnivå. Använd ev BPI (länk, se nedan). I många fall är det uppenbart vad smärtan beror på, och då gäller det att förbättra/optimera smärtbehandlingen. Alltid kommentar i diktatet som separat sökord ”smärta”, så att dessa uppgifter inte göms i ”allmänt”.

Sjuksköterskans ankomstsamtal:

Fråga: **Har du smärtor eller värk?**

Om ja: **Om du tänker igenom hela senaste dygnet – hur intensiv var smärtan när det var sämst – på en skala 0-10, där 0 är ingen smärta alls, och 10 är värsta tänkbara smärta?**

Om >4 ska NRS/VAS registreras varje morgon under hela vårdtillfället, eller tills man vid rond kommit överens om att sluta. I dessa fall startas sökordet ”plan för smärta, sinnesintryck” (Melior). Därefter skrivs under vårdtillfället allt som har med smärta att göra under detta sökord. Morgonmätningen ska svara på frågan: **Hur intensiv var smärtan när det var som värst under det gångna dygnet?** Denna mätning bör göras av undersköterskan och ingår som del i de kontroller som är ordinerade, och som förs in under ”mätvärden”. NRS/VAS syns då som graf ungefär som temperatur under ”diagram” på läkemedelslistan (Melior).

Varje gång patienten ber om läkemedel mot smärta ska VAS före och 30 minuter efter åtgärd/medicinering noteras under sökord ”Plan för smärta, sinnesintryck”. Dessa VAS/NRS-registreringar ska inte föras in under ”mätvärden” utan i löpande text under sökord ”plan för smärta, sinnesintryck”.

Opioidbehandling

I de fall opioidbehandling är påkallad är morfin eller oxykodon, företrädesvis i underhållsbehandling med slow-releasepreparat, förstahandsval. Behandlingen ska alltid följas av muntlig och skriftlig information till patienten.

Opioider utgör ett viktigt och vanligt behandlingsval vid smärta hos patienter med cancer. Morfin resp oxykodon är de preparat som bör väljas i första hand. Tablettbehandling med slow-releasepreparat kompletterat med extradoser vid smärtgenombrott är normalbehandling. I de fall det hos individen framkommer förhållande som talar för val av annan opioid bör motivet för detta behandlingsval dokumenteras i journalen. Individens erfarenhet av tidigare opioidbehandling och egna preferenser bör påverka preparatvalet. Alla patienter som inleder opioidbehandling ska informeras muntligt och skriftligt. Länk, se nedan!

Kodein bör inte användas vid cancerrelaterad smärta. Ca 7% av patienter i vårt land har en genetiskt betingad oförmåga att metabolisera kodein till morfin, kodeinets aktiva metabolit. Kodein saknar i stort sett analgetiska egenskaper, och interagerar med många läkemedel. Tramadol kan vara ett lämpligt analgetikum i postoperativa situationer samt vid vissa förväntat övergående smärttillstånd. För patienter med cancer är morfin ett bättre behandlingsalternativ, även vid övergående smärttillstånd, eftersom det ger behandlingserfarenheter som kan vara av värde i ett senare sjukdomsskede. Tramadol bör således inte användas vid cancer.

På gruppnivå finns endast mycket små skillnader dokumenterade mellan de olika opioiderna. Individer kan däremot uppleva ganska stora skillnader i effekt och biverkningar. Administrationsformen kan påverka preparatval, t ex vid ileusrisk framgent, illamående och kräkningar eller mycket snabbt isättande smärtgenombrott. Vid bestående njursvikt bör uppmärksamhet riktas mot det förhållande att morfinets vattenlösliga metaboliter kan kumuleras vilket kan medföra symtom på överdosering. Dosen bör i dessa fall minskas, alternativt kan patienten erbjudas behandling med annan opioid. Fentanyl, metadon, tapentadol och oxykodon innebär i dessa situationer säkrare alternativ.

De olika opioider som kan vara aktuella i smärtbehandling av patienter med cancer uppvisar stora variationer mellan individer i biotillgänglighet, effekt, biverkningsprofil och duration. De vetenskapliga data som föreligger jämför effekten av olika opioider på gruppnivå. En aktuell patient kan avvika mycket från ”medelpatienten”! Dessa förhållanden gör att tabeller där dosen av en opioid/administrationsväg översätts till dos för annan opioid/administrationsväg alltid är svåra att använda i enskilda patientfall. Graden av vetenskaplig förankring varierar också i hög grad.

Länkar:

BPI: <https://cancercentrum.se/globalassets/vara-uppdrag/vardprocesser/vast/cancervardprocessen/bpi-smartskattningsformular.pdf>

Rutin som gäller på onkologiska kliniken, Sahlgrenska:
<https://alfresco.vgregion.se/alfresco/service/vgr/storage/node/content/17578/Smärta%20vid%20cancersjukdom%20och%20behandling.pdf?a=false&guest=true>

Läkemedelsboken, kapiteln ”smärta” och ”palliativ vård”: www.lakemedelsboken.se

Abbey Pain Scale: <http://media.palliativ.se/2015/08/AbbeyPalliativ2011Sve1.pdf>