

Eldre trenger bedre smertebehandling

Medisinske fremskritt har kommet eldre og kroniske syke til gode. Likevel er ny kunnskap og effektiv medisinsk teknologi ikke alltid blitt innført med størst vekt på områder som har vært viktige for store og belastede grupper med kroniske lidelser. Spesielt når det gjelder de eldre er forståelsen av sykdommer og behandling fremdeles begrenset og lavt prioritert. Forekomsten av sykdom og skader øker med stigende alder, og redusert organfunksjon og kognitiv svikt kan gjøre smertediagnostikk og behandling krevende.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Ulf E. Kongsgaard

u.e.kongsgaard@klinmed.uio.no
Anestesi- og intensivklinikken
Rikshospitalet
og
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Torgeir Bruun Wyller

Geriatrisk avdeling
Ullevål universitetssykehus
og
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Harald Breivik

Anestesi- og intensivklinikken
Rikshospitalet
og
Det medisinske fakultet
Universitetet i Oslo

Det foregår en stor endring i alderssammensetningen i verdens befolkning. I industrialiserte land vil andelen over 65 år øke fra 18 % til 36 % innen 2050, og antallet 80-åringer vil bli tredoblet. I Norge har vi allerede vært gjennom en del av disse demografiske endringsprosessene og står overfor mindre dramatiske utfordringer. Likevel vil også vi få merke endringer i alderssammensetningen. Eksempelvis vil antall personer på 80 år eller mer kunne komme til å øke fra 190 000 i 2000 til nesten 320 000 i 2030 og til over 500 000 i 2050. Tallet på eldre over 80 år vil bli doblet de neste 35 årene. Helsevesenet må møte disse utfordringene med økt vektlegging av eldre menneskers sykdommer og plager.

Forekomst av smerter hos eldre

Kroniske smerter rammer mer enn halvparten av hjemmeboende eldre og 60–80 % av dem som bor i sykehjem (1). Nesten 50 % av de eldre som blir innlagt i sykehus forteller om smerter – 19 % har sterke

smerter og 13 % er misfornøyde med den smertelindringen de får (2).

Kreft er den nest vanligste dødsårsaken hos personer over 65 år, og 67 % av alle kreftrelaterte dødsfall skjer i denne aldersgruppen. Effektiv smertebehandling er avgjørende for å kunne leve med sykdommen. Imidlertid er ikke smertebehandling alltid optimalt gjennomført (3). En norsk undersøkelse har vist at mer enn en 30 % av innlagte kreftpasienter med sterke smerter ikke fikk opioider (4). Frykten for bivirkninger av slike midler vil lett kunne ramme eldre pasienter i enda større grad enn yngre.

Akutt smerte er et nødvendig varsel om sykdom eller skade. Men kronisk og stadig tilbakevendende smerte har ikke denne alarmfunksjon lenger og medfører så mange belastninger og lidelser at det betraktes av samfunnet som et spesifikt helseproblem (5). Det er oftest mer enn én tilstand som bidrar til kroniske smerte hos eldre, og det er økt sannsynlighet for atypisk presentasjon av smertebildet pga. redusert fysiologisk kapasitet og påvirkning av andre sykdommer.

Eldre rapporterer mindre smerte enn yngre (6). Dette kan ha mange årsaker, f.eks. frykt for innleggelse i sykehus, frykt for avvisning, oppfatning av at smerte er uunnngåelig og at det er uakseptabelt å klage over at man har vondt (7). Kommunikasjonsbegrensninger som svekket hørsel, syn eller taleevne kan komplisere rapporteringen av subjektive symptomer.

Smerte er generelt underdiagnostisert hos pasienter med somatisk sykdom, først og fremst fordi det ikke utføres noen systematisk smertediagnostikk. Antakelig er dette problemet enda større i sykehjem. 60–80 % av sykehjemspasientene har smerter (8). Helsepersonell stiller seg ofte kritisk til rapporter fra eldre, både når det gjelder smerteintensitet og hyppighet av smerter

(9). Dette gjelder spesielt dersom pasienten har kognitiv svikt.

Fysiologiske aldersendringer

Biologiske, psykologiske og sosiale faktorer har betydning for smerteopplevelsen. Aldring er assosiert med utstrakt og generell endring i de fleste biologiske systemer, som nervesystemet, muskel- og skjelettsystemet og immunsystemet. Samtidig inntrer det endringer i holdninger, tro, humør og sosial funksjon. Likevel finnes det få studier av ulike kvaliteter av smerteopplevelse relatert til alder. Ca. 40 % av dem over 65 år opplever begrenset smerte ved sykdomstilstander som peritonitt, tarmobstruksjon, hjerteinfarkt eller pneumoni sammenliknet med mennesker i yngre aldersgrupper. I motsetning til denne økte smerteterskelen for akutt smerte tyder eksperimentelle og kliniske studier på at følsomheten for kroniske smerter øker med alderen. Dette paradokset er viktig for diagnostikk og behandling av smertetilstander hos eldre.

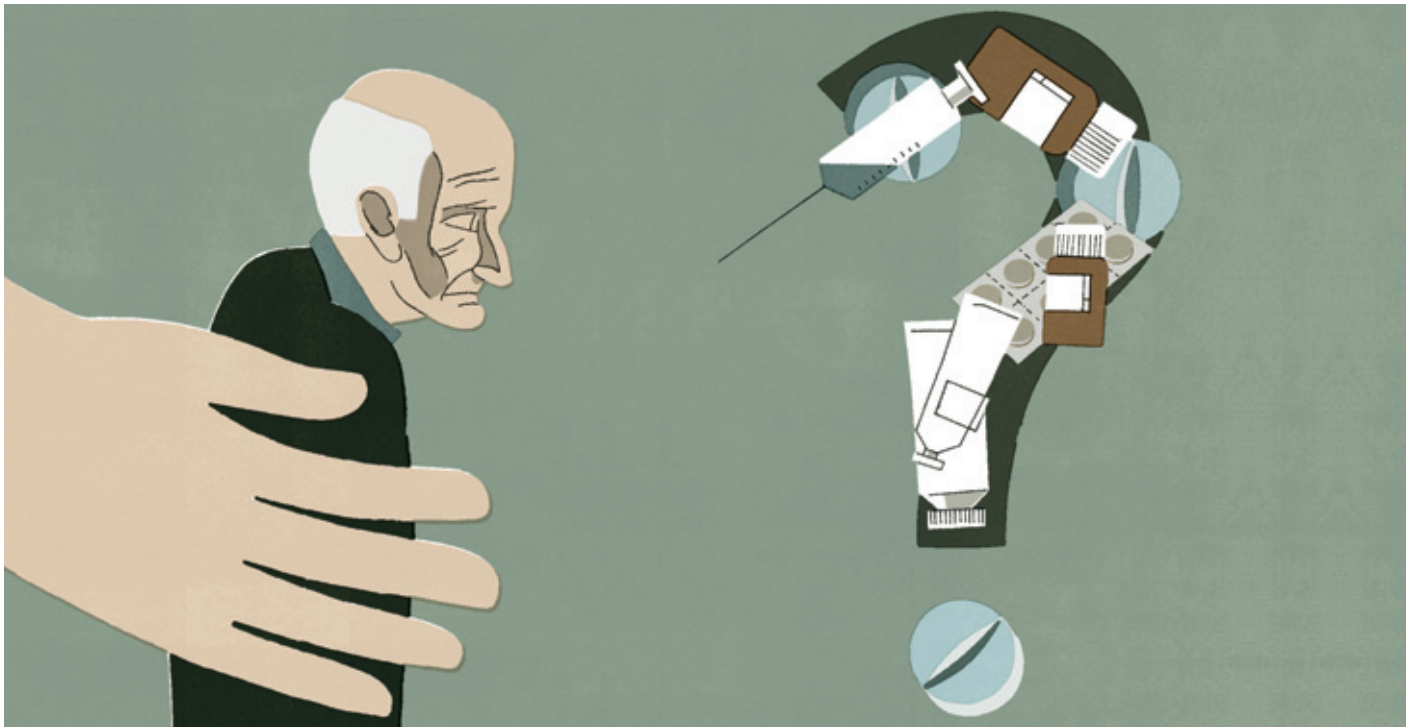
Når eldre pasienter rapporterer smerte, kan dette være uttrykk for større grad av underliggende skade enn hos yngre som rapporterer samme smerteintensitet. Samtidig foreligger det redusert plastisitet og forlenget dysfunksjon av nervesystemet hos eldre etter traumer og inflammasjon, noe som medfører at smertene lettere blir kroniske.

Demens

En spesiell utfordring er vurdering av smerter hos pasienter med demens og annen form for kognitiv svikt. Om lag 10 000 personer rammes årlig av demens. Antall personer med demens i Norge vil kunne bli doblet til om lag 130 000 i løpet av de neste 30–40 år. Helsepersonellets evne til å gjenkjenne smerte hos demente er ikke tilfredsstillende, og pasienter med demens står derfor i fare for å bli underbehandlet. Diagnostikk av subjektive symptomer som smerte er en særlig stor utfordring i sykehjem, fordi 50–70 % av pasientene har ulike former for kognitiv svikt (9). Disse får mindre smertestillende enn andre grupper (10, 11).

Konsekvenser av smerter hos eldre

Eldre som plages av smerte, har ofte andre symptomer, f.eks. depresjon, angst, søvnforstyrrelser, dårlig matlyst eller vekttap. Hos pasienter med hoftebrudd og sterke smerter kan inadekvat smertelindring medføre økt forvirring, langsommere mobilisering og dårligere funksjon (12, 13). Det er



Illustrasjon Kari Stai, Patron

ikke alltid det er så enkelt å sette slike følgetilstander i sammenheng med smerte hos pasientene, men det er sannsynlig de kan bedres ved bedre smertelindring.

Vurdering og behandling

Vurdering av smerter hos eldre krever sammensatt og utvidet vurdering, der man tar hensyn til smerteintensitet, beskrivelse av smerten og de konsekvenser smertetilstanden medfører. Det er holdepunkter for å anta at mange av de måleinstrumentene som tradisjonelt brukes ved smertevurderinger generelt, også fungerer hos kognitivt intakte eldre, selv om nye, aldersspesifikke metoder er utviklet (14). Hos dem som ikke kan kommunisere, må man vurdere ikke-verbal kommunikasjon som grimasering og agitasjon (7).

Til tross for at persisterende smerter er mer vanlig hos eldre mennesker, er de aller fleste forskningsstudier gjennomført hos yngre voksne. Når vi vet at eldre pasienter har flere sykdommer, reduserte organfunksjoner og endret reaksjon på smerte, er det betimelig å sette spørsmålsteget ved validiteten av kliniske smertestudier anvendt hos eldre.

Eldre har ofte flere sykdommer samtidig, og alle kan kreve medisinsk behandling. Dette kan begrense mulighetene for medikamentell smertebehandling på grunn av økt risiko for bivirkninger og interaksjoner. Valg av analgetika krever at man tar hensyn til aldersrelaterte endringer i farmakokinetikk og -dynamikk, der komorbiditet og bruk av andre legemidler også må tas i betraktning. Ikke-steroid antiinflammatoriske midler og COX-2-hemmere bør brukes med stor varsomhet, blant annet pga.

fare for utvikling av hjerte- og nyresvikt (15). Opioidanalgetika samt adjuvante midler som trisykliske antidepressiver og antiepileptika kan brukes, men balansen mellom effekt og bivirkninger av disse midlene er ofte komplisert hos eldre, og doseringen må vurderes grundig.

Tverrfaglige behandlingsprogrammer der man kombinerer farmakologiske og ikke-farmakologiske behandlingsmetoder har vist seg å ha effekt også hos eldre (16), men er sannsynligvis for lite brukt. De eldste pasientene er svakt representert på smerteklinikkene (5). I praksis vil mange utfordringer som er knyttet til smertebehandling hos eldre uansett måtte løses av fastleger og sykehjemsleger. Ved at vi prioriterer undervisning og kompetanseheving på alle nivåer i helsevesenet kan flere pasienter få glede av nyere kunnskap om smertebehandling hos denne aldersgruppen. Vi må kombinere kompetansen fra flere spesialiteter som geriatri, nevrologi, ortopedi, fysioterapi, klinisk farmakologi og anesthesiologi. Da har vi muligheten til å tilby fremtidens eldre langt bedre smertebehandling, slik at de ikke skal måtte frykte utholdelige smerter den siste levetiden. Det er etter vår mening høyst betimelig at det nå legges særskilt vekt på smerter hos de eldste pasientene.

Litteratur

1. Ferrell BA, Ferrell BR, Rivera L. Pain in cognitively impaired nursing home patients. *J Pain Symptom Manage* 1995; 10: 591-8.
2. Desbiens NA, Mueller-Rizner N, Connors AFJ et al. Pain in the oldest-old during hospitalization and up to one year later. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 1167-72.

3. Bernabei R, Gambassi G, Lapane K et al. Management of pain in elderly patients with cancer. *JAMA* 1998; 279: 1877-82.
4. Holtan A, Aass N, Nordøy T et al. Prevalence of pain in hospitalised cancer patients in Norway: a national survey. *Palliative Med* 2007; 21: 7-13.
5. Breivik H, Collett B, Ventafridda V et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. *Eur J Pain* 2006; 10: 287-333.
6. Porter FL, Malhotra KM, Wolf CM et al. Dementia and response to pain in the elderly. *Pain* 1996; 68: 413-21.
7. Songe-Møller S, Saltvedt I, Hølen JC et al. Smertemålinger hos eldre med kognitivt svikt. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 1838-40.
8. Marquié L, Raufaste E, Lauque D et al. Pain rating by patients and physicians: evidence of systematic pain miscalibration. *Pain* 2003; 102: 289-96.
9. Frampton M. Experience assessment and management of pain in people with dementia. *Age Ageing* 2003; 32: 248-51.
10. Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in elderly people. *Pain* 1997; 70: 3-14.
11. Weiner DK, Herr K. Comprehensive interdisciplinary assessment and treatment planning: an integrated overview. I: Weiner DK, Herr K, Rudy TE, red. *Persistent pain in older adults: an interdisciplinary guide for treatment*. New York: Springer, 2002: 18-57.
12. Morrison RS, Magaziner J, Gilbert M et al. Relationship between pain and opioid analgesics on the development of delirium following hip fracture. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2003; 58: 76-81.
13. Morrison RS, Magaziner J, McLaughlin MA et al. The impact of post-operative pain on outcomes following hip fracture. *Pain* 2003; 103: 303-11.
14. Ferrell BA, Stein WM, Beck JC. The Geriatric Pain Measure: validity, reliability and factor analysis. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 1669-73.
15. Davis MP, Srivastava M. Demographics, assessment and management of pain in the elderly. *Drugs Aging* 2003; 20: 23-57.
16. Ersek M, Turner JA, McCurry SM et al. Efficacy of a self-management group intervention for elderly persons with chronic pain. *Clin J Pain* 2003; 19: 156-67.

Manuskriptet ble mottatt 11.9. 2007 og godkjent 24.11. 2007. Medisinsk redaktør Kjetil Søreide.