

Den eldre pasienten med kroniske smerter

Sammendrag

Bakgrunn. Langvarig smerte er et alvorlig og utbredt helseproblem hos eldre. Vi kartla sentrale kjennetegn ved den eldre pasienten med kronisk smerte henvist til en norsk smerteklinikk.

Materiale og metode. Journaldata til alle smertepasienter som var 60 år eller eldre (N = 48), utredet ved Smerteklinikken ved Haukeland Universitetssykehus i 2004, ble gjennomgått ut fra demografiske, somatiske og psykososiale faktorer.

Resultater. Ulike typer rygg smerter og smerter i ekstremiteter var de hyppigst rapporterte plagene. Forekomsten av somatisk og psykisk komorbiditet, herunder søvnproblemer, var høy. Mange hadde betydelige psykososiale tilleggsbelastninger.

Fortolkning. Resultatene bekrefter funn fra en rekke studier om sentrale kjennetegn ved kroniske smertetilstander hos eldre. Det er viktig at fastleger vektlegger betydningen av psykososiale faktorer i møte med den eldre pasienten med kronisk smerte.

Linn-Heidi Lunde
liheilu@hotmail.com
Smerteklinikken
Haukeland Universitetssykehus
5021 Bergen

Inger Hilde Nordhus
Avdeling for klinisk psykologi
Universitetet i Bergen

Ståle Pallesen
Avdeling for samfunnspsykologi
Universitetet i Bergen

Rae Frances Bell
Smerteklinikken
Haukeland Universitetssykehus

Mellom 25 % og 65 % av hjemmeboende eldre og opptil 80 % av eldre i institusjoner har kroniske smerter (1). De vanligste kroniske, ikke-ondartete smertetilstandene hos eldre antas å være ulike typer leddsmerter, som artrose og artritt, generelle ryggplager og nevropatisk smerte etter herpes zoster og hjerneslag (2). Skader som følge av fall forekommer hyppig hos eldre, ofte med påfølgende langvarige smerter (3).

Langvarige smerter påvirker livskvaliteten, og mange får problemer med dagliglivets aktiviteter. De forteller om svekket søvnkvalitet og at de i økende grad er preget av tristhet og en følelse av meningsløshet. Smertene er også påvirket av den livssituasjonen den eldre befinner seg i, og forverres av psykososiale faktorer som for eksempel enke- eller enkemannstatus og omsorgsoppgaver overfor ektefelle/partner samt manglende støtte fra omgivelsene (4). I en norsk studie om aldersforskjeller og livskvalitet hos personer med kronisk smerte beskriver likevel de eldre bedre livskvalitet enn de yngre, til tross for at det er flere eldre med kroniske smerter og tilleggs sykdommer (5).

Hos eldre opptrer ofte flere lidelser samtidig, og dette kompliserer smertebildet. Depresjon, som er en relativt utbredt lidelse i eldre aldersgrupper, kan være vanskelig å skille fra en tilstand med kronisk smerte. Mange eldre gir uttrykk for sin depresjon nettopp gjennom å formidle ulike typer smerte (6).

Studier viser at smertetilstander er underbehandlet hos eldre (7, 8). Samtidig er det dokumentert at mennesker over 65 er storforbrukere av smertestillende og beroligende medisiner og at de får utskrevet tre ganger så mye av slike medikamenter som personer i aldersgruppen 20–65 år (9). Eldre blir i liten grad tilbudt psykologisk smertebehandling, for eksempel kognitiv atferdsterapi,

pi, til tross for at effekten av slik behandling er godt dokumentert (7, 8). En forklaring på dette kan være en oppfatning hos helsepersonell om at slik behandling er mindre effektiv overfor eldre, en annen at eldre mennesker ikke ønsker denne type behandling (7, 8).

Vi ønsket å beskrive typiske smertetilstander og deres påvirkning på dagliglivets funksjoner, tilleggs lidelser og psykososiale tilleggsbelastninger hos eldre pasienter med kronisk smerte henvist til Smerteklinikken ved Haukeland Universitetssykehus.

Materiale og metode

Sykejournalen til samtlige pasienter med kroniske smerte som var 60 år eller eldre (N = 48), utredet ved Smerteklinikken, Haukeland Universitetssykehus, i 2004, ble gjennomgått. Alle hadde vært gjennom et grundig klinisk intervju, der demografiske, somatiske og psykososiale faktorer ble kartlagt. Kjente faktorer som kan virke vedlikeholdende og forsterkende på smerte ble registrert.

Resultater

Det var 32 kvinner og 16 menn, med en gjennomsnittsalder på 69 år (den yngste var 60 år, den eldste 92 år). Ulike typer rygg smerter i tillegg til smerter i ekstremitetene var plagene som hyppigst ble rapportert (tab 1). Halvparten beskrev flere smertelokaliseringssteder.

En tredel rapporterte at smerteplagene medførte omfattende funksjonssvikt når det gjaldt dagliglivets aktiviteter. I alt 92 % av pasientene hadde en eller flere somatiske tilleggs lidelser, som kreft eller hjertesykdom. 60 % av smertepasientene hadde eller hadde hatt betydelige psykiske problemer, først og fremst i form av symptomer på angst og depresjon. 11 av disse rapporterte at de hadde vært i kontakt med psykisk helsevern for å få hjelp med sine vansker. Nær halvparten (48 %) hadde søvnvansker av en eller annen grad.

Hovedbudskap

- Smerter er svært utbredt blant eldre
- Smertetilstander har høy komorbiditet med ulike somatiske og psykiske lidelser
- Psykososiale belastninger øker risikoen for kronifisering

Tabell 1 Oversikt over de hyppigst rapporterte smertetilstandene

Smertetilstand/diagnose	N = 48
Ryggsmerter	
– hovedsakelig myofascielle	6
– sannsynlig nevropatisk smertekomponent	11
Smarter i ekstremiteter (unntatt polyneuropati)	
– overekstremitet	3
– underekstremitet	8
Hoftesmerter	6
Generaliserte smerter	6
Polyneuropati	6
Abdominale smerter	5
Postherpetisk nevralgi	4

Gjennom intervjuet fremkom det betydelige psykososiale tilleggsbelastninger hos et flertall av pasientene (63 %). Eksempler på slike belastninger var tap av nærstående personer, vold i ekteskapet eller alvorlig somatisk eller psykisk sykdom hos nærstående personer.

Diskusjon

Den typiske eldre pasienten med kronisk smerte vurdert ved Smerteklinikken, Haukeland Universitetssykehus, slik det fremkom av journalgjennomgangen fra 2004, var en kvinne på rundt 70 år med smerter i ryggen, i ekstremitetene eller begge steder. Smertebildet var sammensatt, og hun hadde sannsynligvis en blanding av myofasciell og nevropatisk smerte. I tillegg hadde hun en eller flere somatiske sykdommer og (betydelig) funksjonsreduksjon. Hun hadde symptomer på angst, depresjon og søvnforstyrrelse. Psykososiale tilleggsbelastninger kompliserte sykdomsbildet ytterligere.

Journalgjennomgangen viste at ulike former for ryggsmarter og smerter i ekstremitetene var de tilstandene som hyppigst ble rapportert. Hos eldre vil ofte ryggplager ha sammensatte medisinske årsaker, i tillegg til de psykososiale risikofaktorene. Det regnes som spesielt viktig å ta hensyn til dette når man står overfor en eldre pasient (10). Fore-

komsten av somatisk og psykisk komorbiditet var høy. Vi vet at eldre er sårbare for å bli rammet av både somatiske og psykiske lidelser, sistnevnte først og fremst i form av depresjon, demens og angst (11). Sammenhengen mellom en tilstand av kronisk smerte og depressive symptomer er godt dokumentert. Denne sammenhengen er uavhengig av pasientens alder, men mye tyder på at sammenhengen mellom depresjon og kronisk smerte er mer uttalt hos eldre enn hos yngre (7, 8).

Flesteparten av pasientene beskrev en eller flere psykososiale tilleggsbelastninger, i hovedsak traumatiske tap av nærstående personer eller alvorlig somatisk eller psykiatrisk sykdom hos nære familiemedlemmer. Eldre er sårbare når det gjelder tap. Bradbeer og medarbeidere fant at den følelsesmessige reaksjonen på tap av ektefelle var sterkt assosiert med smerte (4). Andre har vist at eldre som er omsorgsgivere for ektefeller med alvorlig sykdom, har et høyere nivå av depresjon, angst og sinne enn eldre som ikke er omsorgsgivere (12).

Etter vårt syn bør fastlegen alltid kartlegge eventuelle symptomer på depresjon i tillegg til mulige psykososiale tilleggsbelastninger hos eldre pasienter med langvarig smerte. Utgangspunktet bør være en biopsykososial forståelsesmodell, i tråd med WHO's klassifikasjonssystem (13). Tiltak rettet mot de faktorene som forsterker og vedlikeholder smertene vil i mange tilfeller være like viktig som de rent medisinske tiltakene. I henhold til Legeforeningens *Retningslinjer for smertebehandling i Norge* (14) skal allmennlegen ha en koordinerende funksjon når det gjelder diagnostikk, behandling og oppfølging av pasienter med tilstander som innebærer langvarig smerte. Allmennlegen skal ha basal kunnskap om smertediagnostikk og adekvat medisinsk behandling av smertetilstander som er vanlig forekommende i allmennmedisinen. Videre skal allmennlegen ha kjennskap til ikke-medikamentelle behandlingstilnærminger, som for eksempel kognitiv atferdsterapi.

I noen tilfeller er nok situasjonen for den eldre med kronisk smerte såpass komplisert at det fordrer at vedkommende kommer til en skolert terapeut. Vi mener likevel det er viktig at fastlegen har tro på at hun/han i sitt daglige virke kan bruke den tenkningen og

forståelsesmodellen som er grunnlaget for en kognitiv atferdsterapeutisk tilnærming. Da vil legen kunne møte pasienten på en måte som ivaretar kompleksiteten i vedkommendes tilstand og som er i tråd med den biopsykososiale forståelsesmodellen.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Helme RD, Gibson SJ. The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med* 2001; 17: 417–31.
2. Nygaard HA. Kroniske, ikke-ondartete smerter hos gamle. I: Bondevik M, Nygaard HA, red. *Tverrfaglig geriatri. En innføring*. Kristiansand: Fagbokforlaget, 1999.
3. Kopjar B, Bulajic-Kopjar M, Wiik J et al. Fallskader blant eldre i hjemmet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 1995; 115: 1060–2.
4. Bradbeer M, Helme RD, Young HH et al. Widowhood and other demographic associations of pain in independent older people. *Clin J Pain* 2003; 19: 247–54.
5. Rustøen T, Wahl AK, Hanestad BR et al. Age and the experience of chronic pain: differences in health and quality of life among younger, middle-aged, and older adults. *Clin J Pain* 2005, 21: 513–23.
6. Kasl-Godley JE, Gatz M, Fiske A. Depression and depressive symptoms in old age. I: Nordhus IH, Vandenbos GR, Berg S et al, red. *Clinical geropsychology*. Washington D.C.: American Psychological Association, 1998.
7. Gagliese L, Melzack R. Chronic pain in the elderly. *Pain* 1997; 70: 3–14.
8. Gagliese L, Katz J, Melzack R. Pain in the elderly. I: Wall PD, Melzack R, red. *Textbook of pain*. 4. utg. London: Churchill Livingstone, 1999.
9. Melbye KS, Berg C. Storførbrukere av legemidler – sett fra apotekfarmasøytens ståsted. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2004; 124: 3069–71.
10. Weiner DK, Cayea D. Low back pain and its contributors in older adults: a practical approach to evaluation and treatment. I: Gibson S, Weiner DK, red. *Pain in older persons. Progress in pain research and management*. Bd. 35. Seattle: IASP Press, 2005.
11. Engedal K. *Urunde hjul – alderspsykiatri i praksis*. Sem: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, 2000.
12. Schulz R, O'Brien AT, Bookwala J et al. Psychiatric and physical morbidity effects of dementia caregiving: prevalence, correlates and causes. *Gerontologist* 1995; 35: 771–91.
13. World Health Organizations International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). www.who.int/icf/icftemplate.cfm [15.6.2008].
14. *Retningslinjer for smertebehandling i Norge*. Oslo: Den norske lægeforening, 2004.

Manuskriptet ble mottatt 8.6. 2006 og godkjent 15.6. 2008. Medisinsk redaktør Preben Aavitsland.