

Smerter hos eldre er vanskeligere å behandle

Smertebehandling i spesialisthelsetjenesten er i stor grad rettet mot yngre.

Behandlingstilbudene bør gjenspeile at langvarig smerte er vanskeligere å behandle hos eldre.

[Marie Mjeltevik Bjørnstad](#)

Sykepleier

Kommunal akutt døgnenhet, helse- og omsorgstjenesten i Skien kommune

[Smertebehandling](#)

[Smerte](#)

[Eldre](#)

Sykepleien 2023;111(91416):e-91416

DOI: [10.4220/Sykepleiens.2023.91416](#)

Hovedbudskap

Behandling av langvarig, ikke-malign smerte er sammensatt og kan bestå av både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak. Målet med denne artikkelen er å vise hva behandlingen av langvarige, ikke-maligne smerter kan innebære, med et spesielt søkelys på utfordringer knyttet til den eldre pasienten.

Langvarig, ikke-malign smerte, heretter kalt langvarig smerte, defineres som en vedvarende eller tilbakevendende smerte som varer mer enn tre måneder, eller blir ved etter at den opprinnelige skaden er helet (1).

Ettersom smerte er et komplekst fenomen som består av biologiske, psykologiske og sosiale faktorer, bør behandlingen være tverrfaglig og multimodal (2). Både medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak som er tilpasset den spesifikke tilstanden, er anbefalt.

En befolkningsundersøkelse fra 2005 viser at antall personer med langvarig smerte øker med alder (3). Behandlingen av eldre med langvarig smerte vil ifølge retningslinjene innebære flere av de samme tiltakene som hos yngre (4). Samtidig kan det tenkes at det med økende alder oppstår flere hindringer knyttet til kartlegging og gjennomføring av behandling.

Pasienten er ekspert på egen kropp

I det første møtet med en pasient med langvarig smerte vil det være hensiktsmessig å kartlegge smertene (5). Selve smerten kartlegges ved å spørre om lokalisasjon, karakter, intensitet, variasjon, tidsmønster samt forsterkende og lindrende faktorer.

De sosiale og psykologiske aspektene ved smerte må kartlegges.

Hvilken effekt tidligere tiltak har hatt, er nyttig for valg av videre behandling. De sosiale og psykologiske aspektene ved smerte må kartlegges, da den totale smerteopplevelsen kan påvirkes av familieforhold, økonomi, stress, angst, depresjon og traumer.

Helsepersonell skal akseptere at pasienten er ekspert på sin egen kropp, og så langt som mulig skal det legges vekt på pasientens beskrivelse av sin subjektive smerteopplevelse (5).

En kartleggings samtale er nyttig

God kommunikasjon gjennom aktiv lytting, observasjon av kroppsspråk og verbale og nonverbale tegn vil bidra til at pasienten føler seg forstått og tatt på alvor. En god kartlegging vil være grunnlaget for valg av behandling, vurdering av effekt og samarbeid med andre profesjoner.

Andre viktige aspekter ved behandling av langvarige smerter er aksept og forventning (2). Gjennom en kartleggings samtale kan man finne ut av hvilke tanker og hvilken forståelse pasienten selv har av sine smerter. Det bør opparbeides en felles forståelse av at målet med behandlingen ikke er å fjerne smerten, men å redusere den og øke livskvaliteten (2).

Den første samtalen vil ikke nødvendigvis være nok til å oppnå en slik forståelse, men det er noe som kanskje må modnes over tid. Aksept betyr ikke å like smerten, men å bruke mindre energi på å jobbe imot den på en uhensiktsmessig måte. På den måten kan pasienten heller bruke mer energi på tiltak som øker livskvaliteten.

Er smerten nevropatisk eller nociplastisk?

Førstevalget ved en nociseptiv smerte er NSAID-medisiner, men disse medikamentene har flere kontraindikasjoner (6). Lokal behandling med NSAID-er har få bivirkninger, men samtidig er det få bevis knyttet til effekten ved langvarige smerter (7).

Hvis NSAID-er ikke er effektivt, bør man vurdere om smerten er nevropatisk eller nociplastisk. Da kan bruk av antiepileptika og antidepressiver kan være aktuelt. Ved nevropatisk smerte som ligger lenger ut i huden, kan lidokain- eller qutenzaplaster vurderes.

Paracet er et mye brukt medikament uten at forskningen kan si noe sikkert om effekten på langvarige smerter (7). Anbefalingen er derfor å bruke Paracet hvis pasienten selv opplever effekt.

Bruk av opiat er må følges opp av fastlegen

Bruk av cannabis og cannabinoider for langvarige smerter har varierende resultater i forskningen (7). Det er ikke laget noen oversikt i Norge over hvilke pasientgrupper som kan forsøke disse legemidlene, men det må gjøres en individuell vurdering av legen (8).

Indikasjonen for bruk av opiat er akutte, kreftrelaterte og postoperative smerter (9). I noen tilfeller kan opiat forsøkes ved langvarige smertetilstander hvis ikke-medikamentelle tiltak og andre medikamenter er forsøkt – samt at smerten har en tilstrekkelig negativ effekt på pasientens liv. Et slikt tilfelle krever spesiell oppfølging av fastlege med tanke på risiko, nytte og indikasjon.

Det finnes lite bevis for at opiat har effekt ved langvarige smerter. Legeoppfølging kan begrunnes med risiko for bivirkninger, opioidindusert smerte og avhengighet, samtidig som det finnes lite bevis for at opiat har effekt ved langvarige smerter (7). Nedtrapping av opioider kan være et ledd i smertebehandlingen.

Da trengs det en felles forståelse av hvorfor nedtrapping er hensiktsmessig å gjøre, og pasienten bør selv være med på beslutningen (10). Gjennom en nedtrappingsprosess bør pasienten følges opp av en sykepleier med jevnlig, motiverende og støttende samtaler.

Signaler går gjennom en port i ryggmargen

En forklaringsmodell kan hjelpe pasienten til å forstå sine smerter og behandlingsplanen (11). Gjennom en perifer sensitivering kan det oppstå lokale forandringer ved langvarige smerter (12).

Det kan føre til at nervene blir flere, men også flinkere til å fange opp og sende signaler. Det betyr nødvendigvis ikke at det er noe alvorlig galt eller farlig som må fikses, men at alarmsystemet i kroppen har hengt seg opp.

Vi har nervebaner som går fra hjernen og ned – og fra kroppen til hjernen. Disse signalene går gjennom noe vi helt forenklet kan kalle en port i ryggmargen. Når man gjør ting som stimulerer nervebanene, som for eksempel se en spennende film eller gå en tur med en venn, kan denne porten lukkes, og smertesignalene kan få mindre plass i øyeblikket.

Mye av identiteten vår som mennesker kan være knyttet til prestasjoner i arbeid, fritid og familie, men for en person med langvarig smerte kan det resultere i at man presser kroppen for langt (12).

Det kan igjen føre til økte smerter, samtidig som man kan få negative tanker av å ikke prestere slik man gjorde før. Dette og andre vonde følelser som angst, frykt, depresjon og bekymring kan være med på å åpne porten og dermed øke og vedlikeholde smertene.

Smerter i fortiden påvirker smerter i dag

I likhet med perifer sensitivering kan det oppstå sentral sensitivering i hjernen (12). Ulike former for smerte i barndommen og ungdoms- og voksenlivet kan påvirke hvordan man opplever smerte her og nå. Det kan være både skader og sykdom, men også traumer som mishandling, misbruk og mobbing.

Hjernen vil i dette tilfellet bare huske smerten. For noen kan slike traumer være en forsterkende faktor, og det vil være hensiktsmessig å snakke med pasienten om traumeterapi.

Kognitiv terapi er den mest brukte og undersøkte metoden for langvarige smerter.

For pasienter som opplever at smerten påvirker søvn, humør, livskvalitet og relasjoner, kan psykologiske tiltak være aktuelt (2). Kognitiv terapi er den mest brukte og undersøkte metoden for langvarige smerter. Pasienten lærer seg sammenhengen mellom tanker, følelser, kropp og handlinger med mål om å finne mer hensiktsmessig atferd og formålstjenlige kognitive responser.

Psykomotorisk fysioterapi har effekt

En annen anerkjent terapiform er *acceptance and commitment therapy* (ACT). Sentralt i ACT er tanken om at forsøk på å kontrollere og unngå smertefulle opplevelser, tanker og følelser vil kunne føre til mer smerte (13). Samtidig bruker man mye energi på å kontrollere ting som ACT kaller uunngåelige opplevelser i livet.

Spenninger i kroppen over tid er en annen faktor som kan føre til forverring og opprettholdelse av langvarige smerter (14). Psykomotoriske fysioterapeuter spesialiserte seg på nettopp dette gjennom muskelspenninger og pusting, med mål om bevisstgjøring og endring. Det kan for eksempel være tøying, avspenningsøvelser, pusteøvelser og mindfulness.

Fysikalske tiltak anbefales ved alle langvarige smertetilstander.

Ifølge forskningen har psykomotorisk fysioterapi effekt på fysisk funksjon, smerte, sosial funksjon, vitalitet og generell helse. Men ikke i større grad enn kombinasjonen av tradisjonell fysioterapi og pasientopplæring (15).

Blant de vanlige fysikalske tiltakene finner man fysioterapi og trening, men også akupunktur, massasje, tøying og varmebehandling. Fysikalske tiltak anbefales ved alle langvarige smertetilstander (11). Fysioterapeuter bør ha et spesielt søkelys på individuelt tilpassede programmer (2).

Pasienter responderer bedre på fysioterapeuter som har interesse, erfaring og forståelse for langvarig smerte.

Fysioterapeutisk behandling har i forskningen vist seg å ha liten til moderat effekt på smerter, med noe effekt på livskvalitet, angst og depresjon.

Smerte hos eldre er ofte vanskeligere å behandle

Transkutan elektrisk nervestimulering (TENS) har som mål å lindre smerte ved å stimulere nervebanene (16). Etter opplæring er TENS noe pasienten kan bruke hjemme etter behov. Erfaring fra smerteklinikker viser at mange pasienter opplever effekt av denne behandlingen, samtidig som forskningen er mangelfull (3).

Smerte hos eldre er vanlig. Ofte er smerten vanskeligere å behandle enn hos yngre pasienter (3). Ikke-medikamentelle tiltak skal ha den samme effekten på eldre som andre aldersgrupper, men forskningsgrunnlaget er noe mangelfullt (4).

Kartlegging av smerte kan være utfordrende med tanke på nedsatt hørsel, syn og kognisjon hos noen eldre pasienter.

Eldre har et smalere terapeutisk vindu ved medikamentell behandling.

Likevel bør selve kartleggingen inneholde det samme som hos en yngre pasient, med ekstra vekt på sykdomshistorikk og medikamenter (3). Kartlegging av eldre kan kreve mer av helsepersonell ved at det kanskje er behov for tilrettelegging og sikring av at informasjonen blir forstått.

Eldre har et smalere terapeutisk vindu ved medikamentell behandling, noe som gjør dem mer utsatt for bivirkninger (3). Samtidig vil flere sykdommer og medikamenter øke risikoen for interaksjoner og polyfarmasi.

Eldre er særlig utsatt for bivirkninger ved bruk av opiat. Årsaken er endret distribusjon og nedbrytning av legemidler (9). Påvirkning på motorikk og kognitive funksjon er også større hos denne aldersgruppen.

Gruppebaserte tiltak virker best

Flere av de smertestillende medikamentene som er nevnt tidligere, er kontraindisert ved høy alder og flere vanlige sykdommer. Blant de aktuelle medisinene krever det ofte en saktere opptrapping og tettere oppfølging enn hos yngre pasienter.

Qutenzaplaster er ikke kontraindisert hos eldre, men krever oppfølging av helsepersonell under behandling (17). Det er ikke utført spesifikke studier på bruk av cannabispreparatet Sativex hos eldre, men personer over 90 år har deltatt i studier (18).

Effekten av psykologiske tiltak viser seg å ha en gunstig, men liten effekt på smerteintensitet, katastrofetanker og mestring hos eldre (19). Gruppebaserte tiltak viser seg å ha best effekt. Pasientopplæring i smertens nevrobiologi viser seg å ha effekt på smerteintensitet i opptil seks måneder hos eldre personer over 65 år (20), men gir ingen endring i katastrofetanker, kinesifobi og livskvalitet.

Mindfulness viser seg å ha moderat effekt på eldre med langvarig smerte.

Sansene og kognisjon vil igjen være en mulig utfordring ved psykoedukasjon og kognitiv terapi. *Mindfulness* viser seg å ha moderat effekt på eldre med langvarig smerte (4). *Mindfulness*-verktøy er blant annet tilgjengelig gjennom apper og YouTube. Digitale verktøy kan være gunstig for mange, mens andre vil trenge det presentert i en annen form.

Den totale mengden fysisk aktivitet avgjør

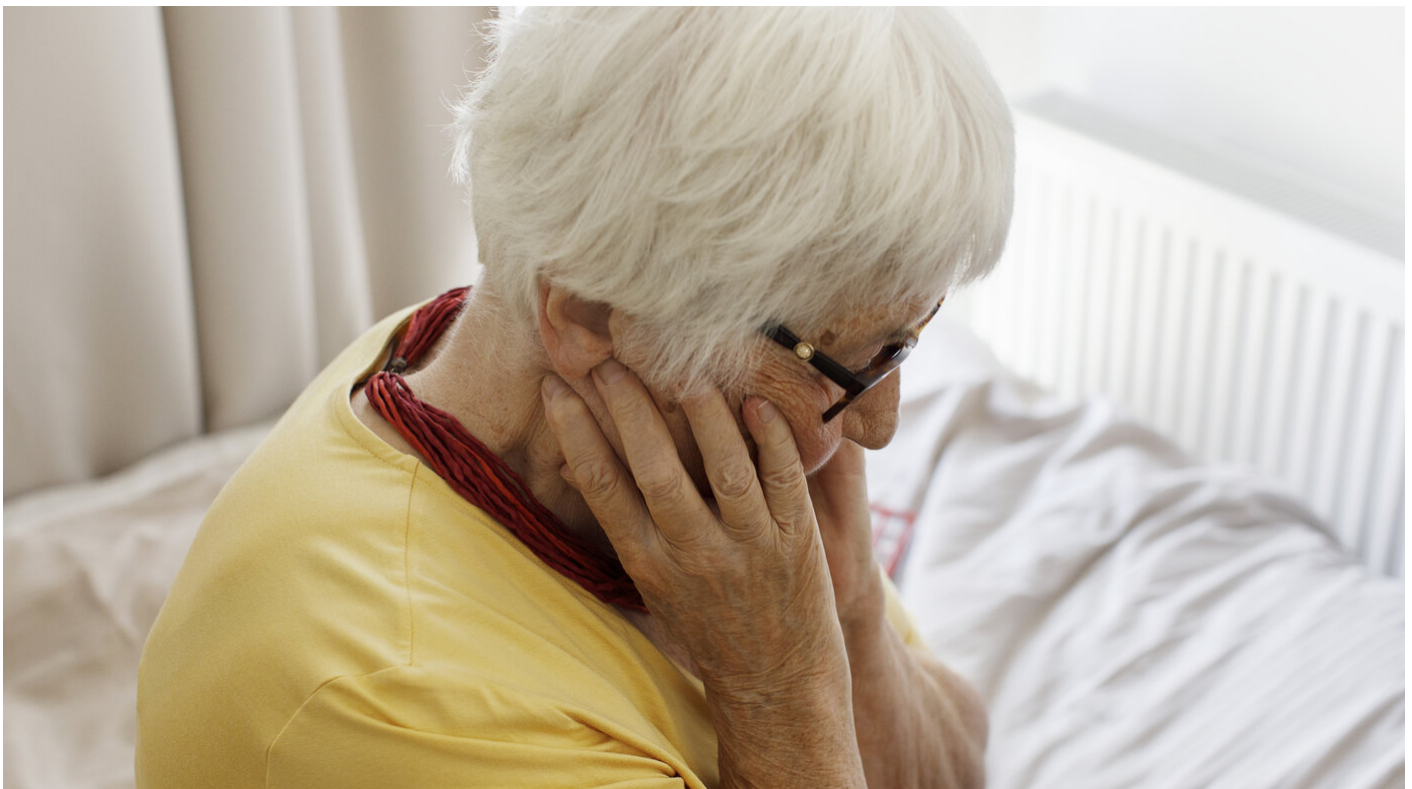
De naturlige smertereduserende mekanismene i kroppen reduseres ved inaktivitet og alder (3). Aktivitet vil i seg selv styrke disse mekanismene og virke smertelindrende. Den totale mengden fysisk aktivitet i løpet av et døgn, inkludert lavintensitet, er det som er mest hensiktsmessig hos eldre pasienter.

Det er ikke nødvendig med høyintensitetstrening for å aktivere disse smertereduserende mekanismene (21). Fysisk aktivitet vil derfor være en viktig del av smertebehandlingen, men også for pasientens livskvalitet, som er et mål i seg selv. Det finnes ingen kontraindikasjoner for bruk av TENS på eldre personer, men det krever en viss teknologisk forståelse og interesse.

Litteraturen gjentar at smertebehandling er kompleks og multimodal, også hos eldre. Tilbudene i spesialisthelsetjenesten er hovedsakelig rettet mot folk som er i arbeid, og den yngre befolkningen. Tilbudene bør gjenspeile at langvarig smerte viser seg å være vanlig og vanskeligere å behandle hos eldre.

Helsepersonell bør tilegne seg kunnskap om hva behandling av langvarig smerte kan innebære av medikamentelle og ikke-medikamentelle tiltak. For å vurdere, tilrettelegge og koordinere behandlingen kreves det også ressurser i form av tid og personell. Kommunen bør også sørge for gode tilgjengelige tilbud som treffer de biologiske, psykologiske og sosiale aspektene i smertebehandling.

Forfatteren oppgir ingen interessekonflikter.



VONDT: Smerter hos eldre kan være komplekse. Fysiske tiltak anbefales ved alle langvarige smertetilstander. *Illustrasjonsfoto: Johner/NTB*

1. Nielsen CS, Steingrimsdottir OA, Skurtveit SO, Handal M. Langvarig smerte [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018 [hentet 30. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/smerter/>
2. Tauben D, Stacey BR. Approach to the management of chronic non-cancer pain in adults [Internett]. Waltham: UpToDate; 2022 [hentet 30. august 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.uptodate.com/contents/approach-to-the-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults>
3. Elektronisk undervisning – eldre og smerte [Internett]. Oslo: Regional kompetansetjeneste for smerte; 2021. Tilgjengelig fra: <https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/akuttklinikken/avdeling-for-smertebehandling/regional-kompetansetjeneste-for-smerte/elektronisk-undervisning-eldre-og-smerte> (nedlastet 23. februar 2023).

4. Galicia-Castillo M, Weiner DK. Treatment of chronic non-cancer pain in older adults. [Internett]. Waltham: UpToDate; 2022. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com.ezproxy1.usn.no/contents/treatment-of-chronic-non-cancer-pain-in-older-adults?search=chronic%20pain%20older%20adults&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 (nedlastet 23. februar 2023).
5. Kopf A, Nilesch BP, red. Guide to pain management in low resource settings [Internett]. Seattle: International Association for the Study of Pain; 2010 [hentet 8. februar 2023]. Tilgjengelig fra: https://iaspfiles.s3.amazonaws.com/production/public/2021/IASP-Guide_to_Pain_Management_in_Low-Resource_Settings-English.pdf
6. Norsk legemiddelhåndbok. Ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID). [Internett]. Oslo: Norsk Legemiddelhåndbok; 2021 [hentet 6. november 2022]. Tilgjengelig fra: https://www.legemiddelhandboka.no/L17.1.1/Legemidler_ved_muskel-_og_skjelettsykdommer
7. Tauben D, Stacey B. Pharmacologic management of chronic non-cancer pain in adults. [Internett]. Waltham: UpToDate; 2022 [hentet 8. februar 2023]. Tilgjengelig fra: https://www.uptodate.com/contents/pharmacologic-management-of-chronic-non-cancer-pain-in-adults?search=pain&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2 (nedlastet 23. februar 2023).
8. Statens legemiddelverk. Prosedyre for behandling med cannabis innenfor dagens regelverk [Internett]. Oslo: Statens legemiddelverk; 2022 [hentet 6. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://legemiddelverket.no/bivirkninger-og-sikkerhet/rad-til-helsepersonell/behandling-med-cannabis-innenfor-dagens-regelverk>
9. Helsedirektoratet. Vanedannende legemidler [Internett]. Helsedirektoratet: Oslo; 2021 [hentet 28. mars 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler>
10. Pisansky AJB, Berna C, Rathmell JP. Opioid tapering for patients with chronic pain [Internett]. UpToDate; 2022. [hentet 6. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://tinyurl.com/yresrb67> (nedlastet 23. februar 2023).
11. Stubhaug A, Breivik H, Granan LP, Reme SE, Ljoså TM. Metodebok for langvarige smertetilstander. Oslo: Regional kompetansetjeneste for smerte; 2021.
12. Smerteklinikken [Internett]. Skien: KORUS Sør; 2020 [hentet 8. februar 2023]. Tilgjengelig fra: <https://www.youtube.com/watch?v=uUS8qwx19XM>
13. Sykehuset Telemark. Kognitiv terapi [Internett]. Skien: Sykehuset Telemark; 2022 [hentet 21. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.sthf.no/behandling/kognitiv-terapi>
14. Norsk Fysioterapeutforbund. Psykomotorisk fysioterapi [Internett]. Oslo: Norsk Fysioterapeutforbund; [siteret 7. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://fysio.no/psykomotorisk-fysioterapi> (nedlastet 23. februar 2023).
15. Bergland A, Olsen CF, Ekerholt K. The effect of psychomotor physical therapy on health-related quality of life, pain, coping, self-esteem, and social support. Physiother Res Int. 2018;23(4): e1723. DOI: DOI: [10.1002/pri.1723](https://doi.org/10.1002/pri.1723)
16. Quintet. Smertelindring & muskeltrening [Internett]. Bergen: Quintet; 2022 [hentet 1. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://quintet.no/vaare-fagomraader/smertelindring-muskeltrening/>
17. Felleskatalogen. Qutenza [Internett]. Oslo: Felleskatalogen; 2021 [hentet 22. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/qutenza-gruunenthal-568999>
18. Felleskatalogen. Sativex [Internett]. Oslo: Felleskatalogen; 2021 [hentet 22. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.felleskatalogen.no/medisin/sativex-gw-pharma-578991>
19. Niknejad B, Bolier R, Henderson CR, Delgado D, Kozlov E, Löckenhoff CE, et al. Association between psychological interventions and chronic pain outcomes in older adults: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2018;178(6): 830. DOI: [10.1001/jamainternmed.2018.0756](https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2018.0756)
20. Vicente-Mampel J, Gargallo P, Bautista IJ, Blanco-Giménez P, de Bernardo Tejedor N, Alonso-Martín M, mfl. Impact of pain neuroscience education program in community physiotherapy context on pain perception and psychosocial variables associated with it in elderly persons: a randomized controlled trial. Int J Environ Res Public Health. 2022;19(19): 11855. DOI: [10.3390/ijerph191911855](https://doi.org/10.3390/ijerph191911855).

21. Strand BH, Berg CL, Syse A, Nielsen CS, Skirbekk VF, Totland TH, et al. Helse hos eldre i Norge [Internett]. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022 [hentet 23. november 2022]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/eldre/>