



ABC Demens (del 2) 2018



Peter Bekkhus-Wetterberg

Spesialist i geriatri

Overlege, Hukommelsesklinikken

Temaer i dag (etter hva vi rekker)

- Kort repetisjon av demenssykdommer
- Atferdsproblemer ved demens
- Smertevurdering og –behandling ved demens
- Søvnproblemer
- Depresjon / demens



Demens

Kort repetisjon fra sist 😊

Demens



- Demens er ikke én sykdom
- Mange sykdommer kan føre til demens
 - (Alzheimer, Lewylegemesykdom, Pannellappsdemens... etc)
- Demenssykdom er at hjerneceller dør, hvilket fører til skader i hjernen
- Ved ulike typer av demenssykdommer blir det skader i ulike deler av hjernen



«Kognitiv svikt», hva er det?

- Hukommelsessvikt
- Svikt i orientering i omgivelsene
- Svikt i oppfatning og tolkning av sanseinntrykk
 - Syn, hørsel, følelsessans
- Språksvikt
 - Tale, forståelse, lesing, skriving
- Svikt i enkel problemløsning
- Atferdsforstyrrelser
 - Vite hvordan man skal opptre i ulike situasjoner

Andre årsaker til kognitiv svikt enn demenssykdom

- Skader etter blodpropper eller blødninger i hjernen (vaskulær demens)
- Skader etter ulykker med slag mot hodet
- Hjernesvulster, ondartede og godartede
- Normaltrykkshydrocefalus
- Epilepsi
- Allmenn sykdom
 - Leversvikt, hypercalcemi, hypotyreose...
- Infeksjoner i hjernen
- etc...

Mål med utredning



- Finne ut av om det er demenssykdom eller en annen årsak til kognitiv svikt
- Diagnostisere en spesifikk årsak til demens
- Vurdere grad av demens og behandlings- og omsorgstiltak

Demenssykdommer



- De vanligste

- Alzheimers sykdom, typisk
- Demens med Lewy-legemer
- Vaskulær demens
- Frontotemporal demens, atferdsvarianten

- Mer uvanlige

- Parkinsons sykdom med demens
- Posterior kortikal atrofi
- Primær progressiv afasi
- Alkoholdemens

Alzheimers sykdom



- Begynner typisk med svikt i hukommelse
 - Svikt i innlæring og i gjenkalling av nylig innlært informasjon.
- Etter hvert tilkommer
 - Språkproblemer: Svikt i ordfinning mest fremtredende
 - Sviktende orientering i omgivelsene
 - Synsproblemer: Svikt i synsforståelse, gjenkjenning av ting og ansikter, bildetolking, lesing
 - Svikt i organisering, planlegging, initiative (eksekutiv funksjon)

En typisk Alzheimerpasient ved diagnosetidspunktet

- 2-5 års sykehistorie
- Ingen nevrologiske symptomer
 - Lammelser, balanseproblemer, synsforstyrrelser
- Hallusinasjoner eller vrangforestillinger er uvanlige
- Hukommelsesproblemer som gir praktiske vansker i hverdagen dominerer symptom bildet
- Tydelige vansker med innlæring og gjenkalling ved testing
- Kan i tillegg ha lette tegn til andre typer av kognitiv svikt
- Sykdomsinnsikt, men bagatelliserende



Demens med Lewy-legemer

- Kognitiv svikt
 - Oppmerksomhetsproblemer, treghet og uttalte romlige problemer, og hukommelsessvikt
- Psykiatriske symptomer
 - Fremfor alt hallusinasjoner
- Parkinsonsymptomer
 - Mest stivhet og gangvansker, lite skjelving
- Søvnvansker
 - Urolige drømmer. Søvnighet på dagtid.
- Andre problemer
 - Lavt blodtrykk, besvimelser, bevisstløshet

Vaskulær demens



- **Strategisk infarktdemens**
 - Ett infarkt som er så strategisk plassert at det alene gir demens
- **Multi-infarktdemens**
 - Flere infarkt som til sammen gir demens
- **Subkortikal demens**
 - Vaskulære skader i små blodkar med hvitsubstans- og basale ganglieskader
- **Vaskulær demens pga skader etter hjerneblødning**

Atferdsvarianten av frontotemporal demens

- Passivitet, apati, manglende interesse
 - Kan forveksles med depresjon
- Hemningsløshet, impulsivitet, perseverasjon
 - «Barnslig atferd», upassende seksuelle bemerkninger eller vitser
 - Overdreven pengebruk, eller hamstring
 - Tvangspregede, faste rutiner, ensporet
 - Sære matvaner
 - Manglende hygiene
- Tap av primære emosjoner
 - Glede, sorg, frykt, sinne, overraskelse, avsky
- Tap av sosiale emosjoner
 - Sjenanse, skyldfølelse, sympati, empati, medfølelse, omsorg, kjærlighet (for nærmeste pårørende, barn, barnebarn, husdyr)

Posterior kortikal atrofi, PCA

- Skader i bakre deler av hjernen
 - Vanligvis enten Alzheimers sykdom eller Demens m Lewy-legemer
- Gradvis tiltakende svikt i evnen til å tolke synsinntrykk, å lese og å utføre praktiske handlinger
 - Ofte sein diagnose, går til optiker og øyelege
- Problemer med å gjenkjenne gjenstander og ansikter, bedømme avstand og hastighet.
- Hoderegningsvansker
 - Problemer med å håndtere penger
- Apraksi
 - Enkle bevegelser, bruke redskaper (f eks bestikk, saks eller briller).
- Problemer med å sette seg på en stol, å gå nedover en trapp
- Vansker med høyre og venstre
- Ofte godt bevart hukommelse og språk tidlig i sykdommen



Primær progressiv afasi

- Uvanlige demensformer, der språklige vansker er det tydeligste symptomet og det som gir vansker i dagliglivet
- Hukommelse, orienteringsevne og atferd lite påvirket
- Finnes ulike typer, ulike bakenforliggende sykdommer

Alkoholdemens



- Etter tungt alkoholmisbruk i minst 5 år
 - Typisk at pasienten blir gradvis bedre fungerende når alkoholinntaket opphører
- Problem med innlæring og gjenkalling av nytt materiale
- Emosjonell avflating, nedsatt dømmekraft, abstraksjonsproblemer
- I tillegg ofte motoriske symptomer med gangforstyrrelse og dårlig balanse
- Nerveskader i bein og armer er også vanlig



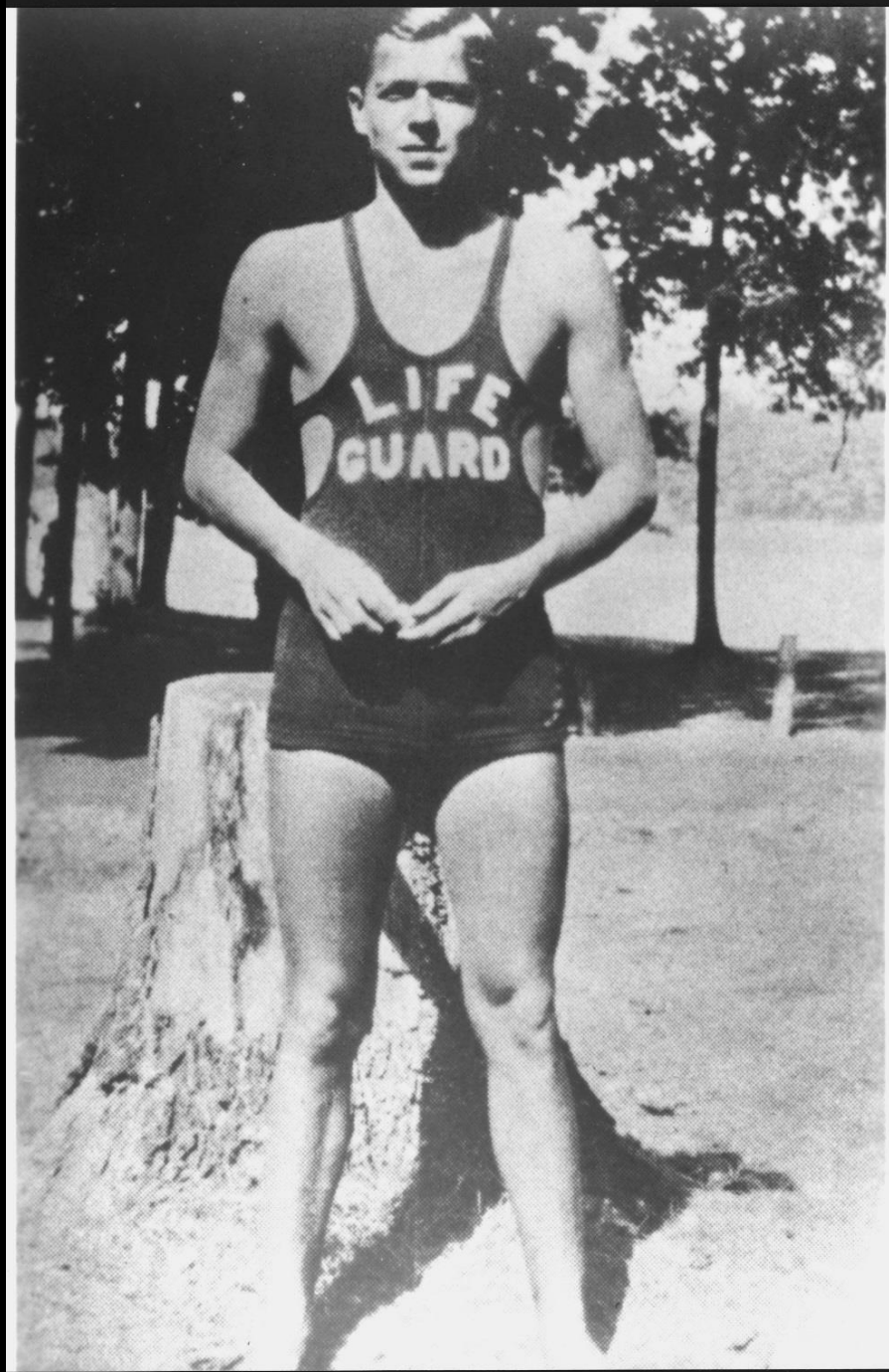
Utfordrende atferd ved demenssykdommer



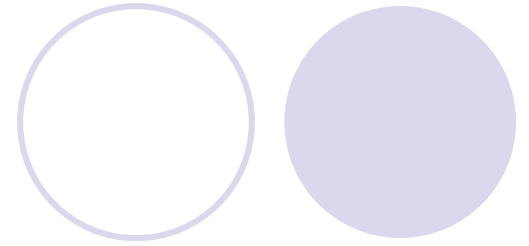
Historien om å bli
transportert til et
fremmed sted

Hvilke minner huskes best og lengst?

- Det man opplever ved cirka 15-25 års alder



Når da blir nå



● Ronald Reagan

- Badevakt, livredder mellom 15 og 22 år
- Reddet 77 personer



Selvet: Hvem jeg er i forhold til omverdenen

Det jeg oppfatter, og det jeg tenker, blir tolket ut ifra min selvopplevelse

Selvet blir kontinuerlig oppdatert

Hver episode som blir lagt til min hukommelse, blir også lagt til mitt selv



Selvet forts.

- Nye kunnskaper eller erfaringer endrer hvordan jeg forholder meg til verden
- Jeg "oppdateres", men jeg er like fullt "meg"



Selvet ”går ut på dato”

- Oppdateringen av selvet forutsetter at man har en normal evne til å lagre nye fakta i hukommelsen
- Ved demens er det problemer med innlagring av nye fakta (jeg går ut på dato)



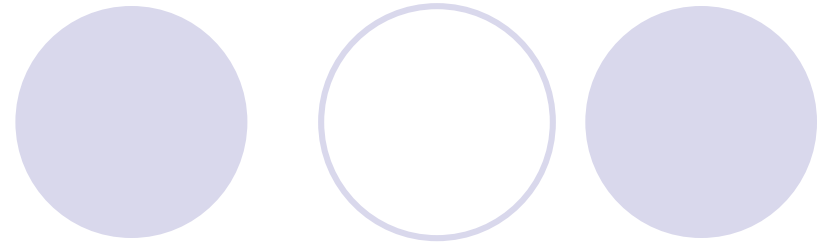
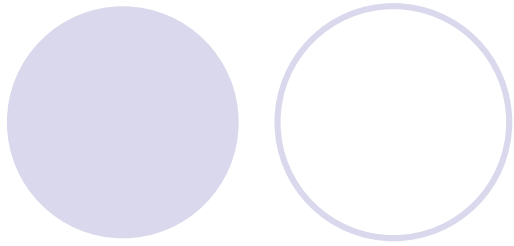
Selvet ”går ut på dato” forts

- Ved fremskreden demens svekkes også langtidshukommelsen
 - De ferskeste minnene ”falmer” fortst
- Personen oppleves som enda mer utdatert
- Men personen oppfatter sitt selv som like ekte som vi oppfatter vårt selv

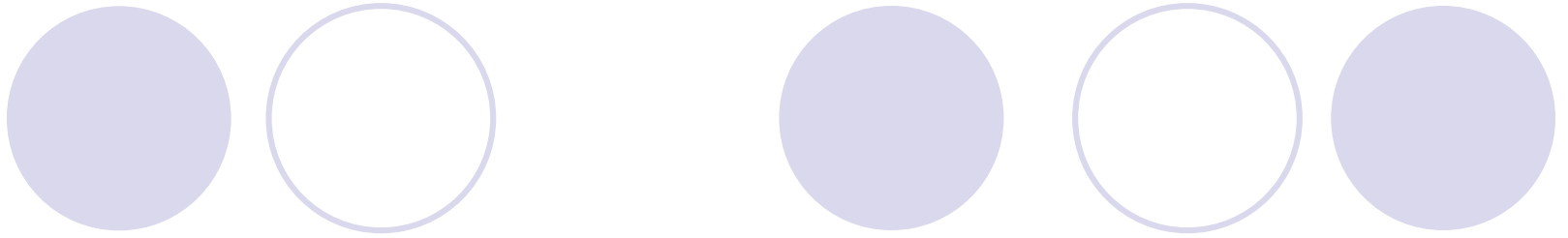


Forhold som truer identitet

- Et svekket selv gir uro, angst og bekymring



- Hvordan skal vi få personen med demens til å ha et godt selv?



- Selvet styrkes gjennom repetisjon og styrking av minner
- Vi er våre fortellinger og minner

Kartlegg personens bakgrunn

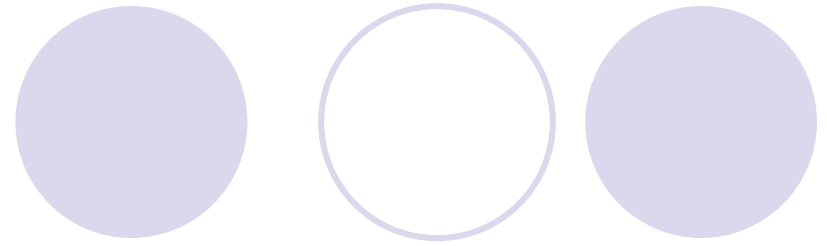
- Foreldre og søsken
- Skolegang
- Arbeid
- Bosted
- Ektefelle(r) og litt om de(n)
- Barn
- Interesser
- Vaner



Livshistorien

- Minnene er der, men kommer ikke alltid fram om vi ikke gjør noe aktivt for å få tak på dem
- Kan man livshistorien så kan man få tak i minnene

Livshistorien forts



- Fotoalbum med gjentakende beskrivelser
 - Historie i bokform
- Lokalhistoriske bøker og filmer



APSD

- Atferdsproblemer og psykiske symptomer ved demens
- Norsk oversettelse av BPSD =
"Behavioural and psychological symptoms of dementia"
- Amerikansk litteratur bruker ofte
"agitation", som er én del av APSD

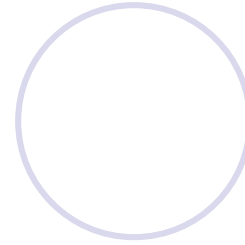
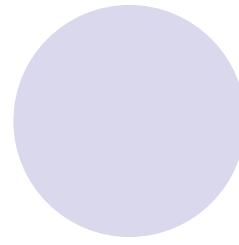
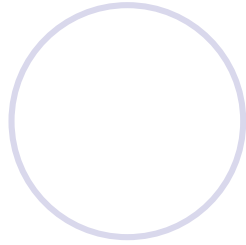
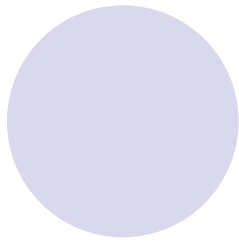
Hva inngår i begrepet APSD?

1. Vrangforestillinger
2. Hallusinasjoner
3. Agitasjon/aggresjon
4. Depresjon/dysfori
5. Angst
6. Oppstemthet/eufori
7. Apati/Likegyldighet
8. Manglende hemninger
9. Irritabilitet/Labilitet
10. Avvikende motorisk atferd
11. Søvnforstyrrelser
12. Problemer med appetitt og spiseatferd

Inndeling fra Neuropsychiatric Inventory, NPI

Forskjell mellom APSD og andre symptomer ved demens

- Svikt i intellektuelle funksjoner utvikles som regel likt for alle pasienter
- Atferdsproblemer opptrer i ulik grad i ulike stadier, og hos ulike pasienter
- En del får aldri atferdsproblemer



Strategi ved håndtering av APSD

APSD: Strategi ved håndtering

Trinn 1

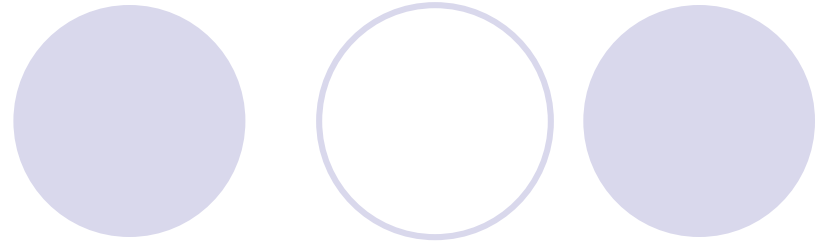
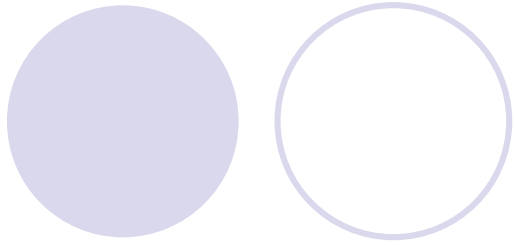
Utelukk somatiske årsaker først

- Vanligste årsak er smerte eller ubehag
 - Vanlige vondter, ryggvondt, hodepine
 - Urinveis- og andre infeksjoner
 - Forstoppelse
 - Leddsmerter
 - Frakturer
 - Angina
 - etc.

APSD: Strategi ved håndtering

Trinn 2

- Beskriv og mål de symptomer som man ønsker å behandle
- Prøv behandling
- Kontrollere eventuell effekt på symptomene
- *Prøv ikke-farmakologiske tiltak først.*



APSD

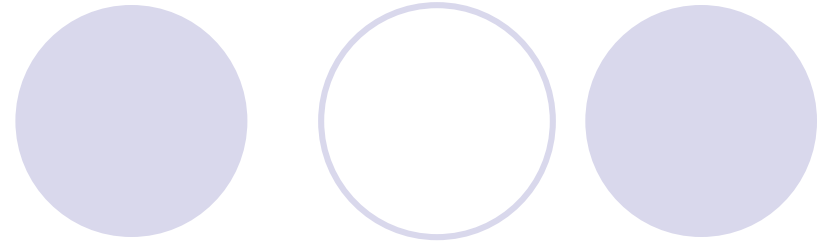
Ikke-medikamentell behandling

Å forstå atferden til personer med demens



- Hvordan er det å ha alvorlig demens?
- Verden er vanskelig å forstå
 - Du vet ikke hvor du er
 - Alt er ukjent
 - Det folk sier er ubegripelig
 - Du blir ikke forstått selv

”Jeg vil gå hjem”



- Der vet jeg hvor jeg er
- Der er alt kjent
- Der forstår jeg hva folk sier
- Der blir jeg selv forstått



Hvordan forholde seg
til personer med demens

Kontakt

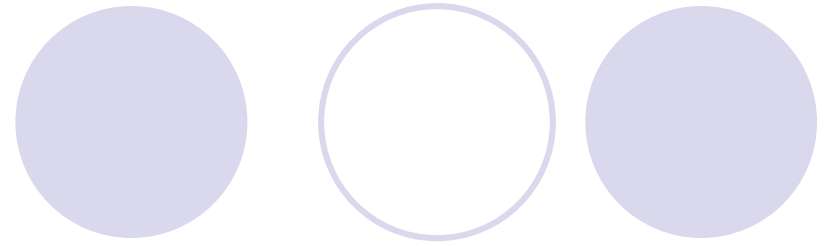
- Ta tydelig, men forsiktig kontakt
- Presentér deg – ikke spør ”kjenner du meg?”

Optimal kommunikasjon



- Rene briller
- Høreapparat med batteri, uten voks
- Nedsatt hørsel og syn gir sterkt øket risiko for vrangforestillinger og hallusinasjoner

Høflig samtale

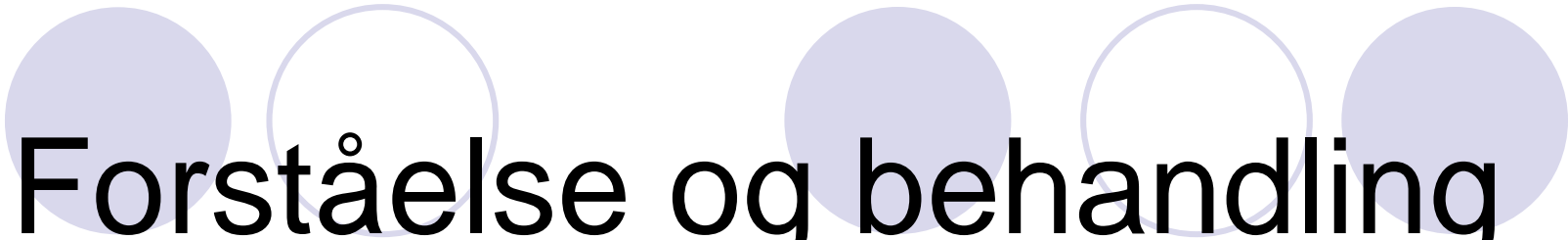


- Ikke korrigere – åpne for samtale
- Ikke argumentere om fakta
- Ved konflikt – skift tema eller gå ut



Personer med demens er ikke barn

- De kan ikke lære
- De kan ikke oppdras
- De blir ikke flinkere med tiden



Forståelse og behandling av atferdsproblemer ved demens

Basert på Jiska Cohen-Mansfields
arbeider og modeller

Atferdstyper



- Tre hovedtyper
 1. Fysisk ikke-aggressiv
 2. Fysisk aggressiv
 3. Verbal/vokal
 - Ikke-aggressiv
 - Aggressiv
- Delirium, vrangforestillinger, hallusinasjoner, angst og depresjon er relaterte, men separate begreper

Utilfredsstilte behov

- Personer med demens har normale behov
- Også sterkt reduserte individer har "høyere" behov
 - Sosial kontakt
 - Stimulanse

Eksempel på utilfredsstilte behov

- Smerte og fysisk ubehag
- Psykisk ubehag
- Behov for sosial kontakt
- Behov for annet fysisk miljø
- Feilaktig nivå av stimulering (for høy / for lav)

Kobling mellom atferdstype og behov

- Verbal atferd
 - Fysisk ubehag, ensomhet, lidelse
- Fysisk ikke-aggressiv atferd
 - Ikke relatert til lidelse.
 - Adaptiv atferd for å få stimulanse
 - Koblet til bedre helse og bedre appetitt
- Aggressiv atferd
 - Vanskeligst å forklare
 - Noen ganger fysisk ubehag, forsøk å kommunisere



Mulige årsaker og tiltak for ulike typer agitasjon



1. Verbal/vokal atferd

Verbal agitasjon

Smerte,
ubehag?

Behov for sosial
kontakt?

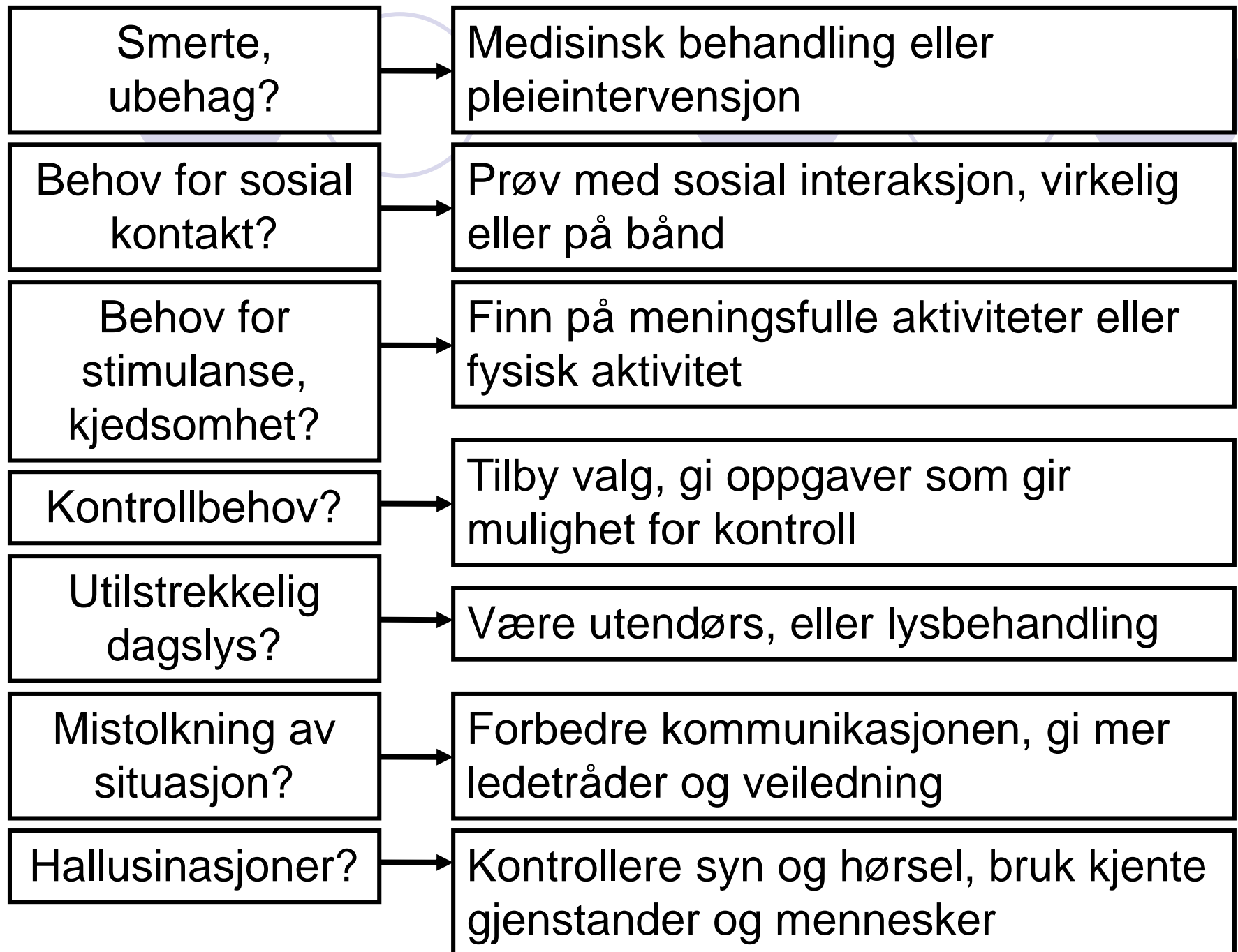
Behov for
stimulanse,
kjedsomhet?

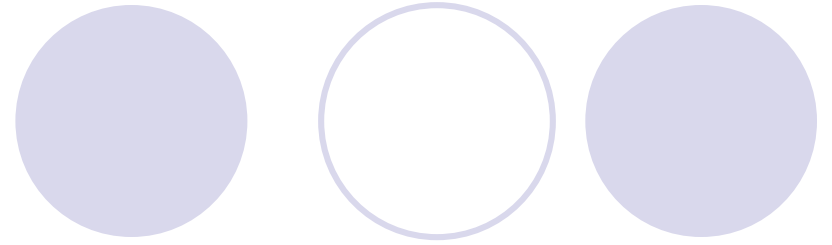
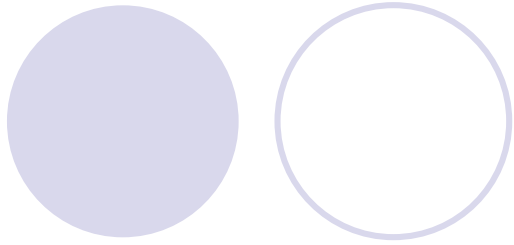
Kontrollbehov?

Utilstrekkelig
dagslys?

Mistolkning av
situasjon?

Hallusinasjoner?





2. Aggressivitet



Aggressivitet

Smerte,
ubehag?

Prøver å nekte
personlig stell?

Hallusinasjoner,
vrangforestillinger?

Blir personen
plaget av en
annen beboer?

Følelse av at den
personlige sfære blir
invadert?

Aggressivitet

Prøver å formidle ubehag?

Prøv å forandre omgivelsene til å bli mer behagelige

Hallusinasjoner, vrangforestillinger?

Kontrollere syn, hørsel og andre grunner til misforståelser

Følelse av at den personlige sfære blir invadert?

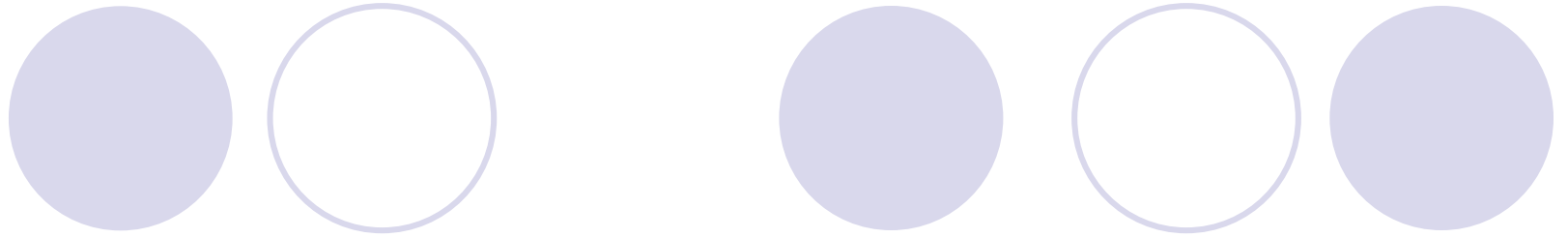
Prøv andre måter å tilnærme seg personen

Blir personen plaget av en annen beboer?

Forsøk å skille personer som utløser atferden, fra hverandre

Prøver å nekte personlig stell?

Forsøk andre måter eller tidspunkter å utføre stell



3. Fysisk ikke-aggressiv atferd

```
graph TD; A[Fysisk ikke-aggressiv atferd] --- B[Akatisi?]; A --- C[Virker pasienten bekymret, opprørt?]; A --- D[Trenger pas stimulering, aktivitet?]; A --- E[Er atferden forstyrrende for andre?];
```

Fysisk ikke-aggressiv atferd

Akatisi?

Virker pasienten
bekymret, opprørt?

Trenger pas
stimulering, aktivitet?

Er atferden forstyrrende
for andre?



Fysisk ikke-aggressiv atferd

Akatisi?

Forandre medisineringsen

Virker
pasienten
bekymret,
opprørt?

Leter pasienten etter et
hjem?

Skap hjemligt
miljø

Er personen rastløs, virker
han å lete etter noe?

Gi menings-
full aktivitet

Opplever personen
ubehag?

Prøv å fjerne
ubehaget

Fysisk ikke-aggressiv atferd

Trenger pas
stimulering, aktivitet?

Bekymring for personens
sikkerhet?

Store lukkede
områder,
sikkerhetstiltak,
kamouflerte dører

Går pas inn til og
forstyrrer andre?

Prøv å skape
andre områder der
pas kan vandre

Er atferden
forstyrrende for
andre?

Prøv å forandre
personalets attityder, eller
kanalisere atferden på
andre måter

Behov \ Evne	Sosial kontakt	Familie / hjem	Stimulanse	Fysisk aktivitet	Meningsfull aktivitet
Syn	Familievideo Speil Video av noen som taler til en	Familievideo Familiealbum Mer besøk av familie	Gamle filmer Utsikt til aktivitet Bevegelige ting Blomster Sortering	Dans	Verksted
Hørsel	Parvis sosial kontakt Gruppeaktivitet Lydbånd med noen som taler til en	Telefonsamtale m familie Lydbånd m familie Simulert nærvær	Lydbøker Quiz Kortspill Individuelt tilpasset musikk	Bevegelse til musikk	Høre på gudstjeneste eller religiøs musikk
Bevegelse	Arrangere besøk (kaffe) Gå på gudstjeneste		Gyngestol	Vandring i beskyttet område Gå ut	Montering Matlaging Simulert arbeidsplass
Berøring	Myke dukker Massasje	Bruke ting fra hjemmet	Massasje Boblebad	Håndtere ulike materialer Aktivitetsforkle	Ta hånd om et dyr



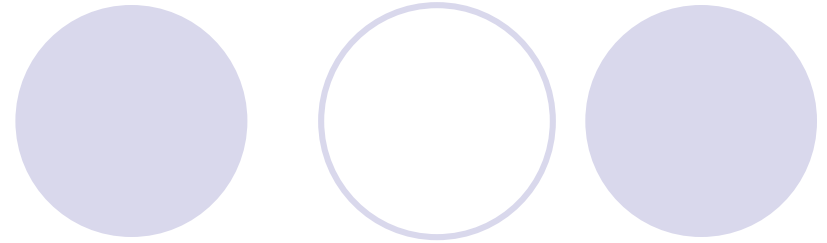
Eksempel på tiltak

DVD-filmer



- Langsomme naturprogram
- Gamle spillefilmer
- Stumfilmer
- (Lokal-)historiske filmer
- Akvarium

Simulert nærvær



- Ved moderat – svær demens
 - Video- eller lydbåndopptak av samtale om hendelser fra fortiden med pauser for respons fra pasienten.
 - Pasientene lytter gjerne til opptakene mange ganger uten å miste interessen.

Legg til rette for atferden

- Minimere risiko
- Kamuflere dører
- Aktivitetsforkle eller duk

Fysisk trening



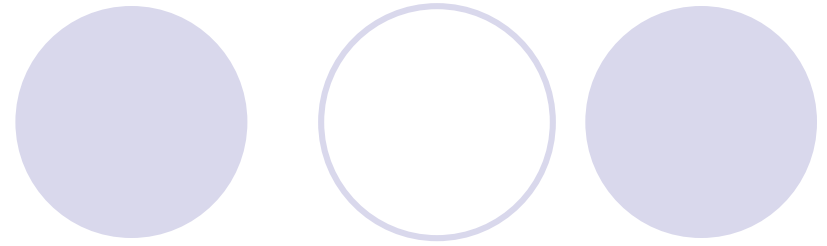
- Fra enkle stretchøvelser til turer og mosjonssykling.
- Minsker uro og gir bedre søvn.

Miljøtiltak

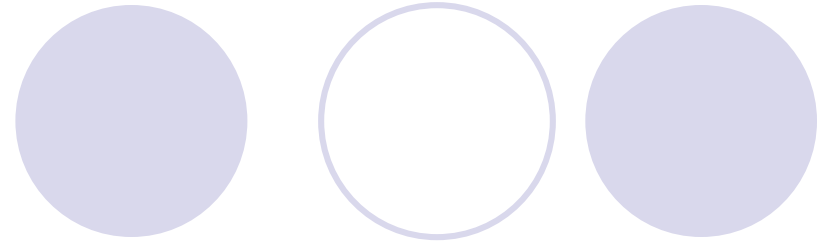
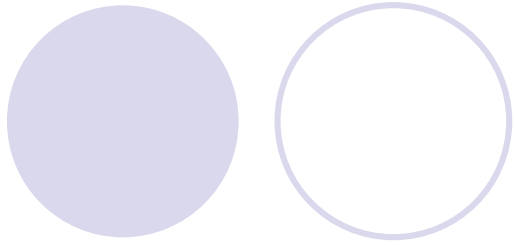


- Beroligende lyd: Rennende bekk, bølger, fuglesang
 - Det finnes CD-er med bakgrunnslyder
- Kjæledyr, akvarier
- Unngå over- eller understimulerende miljø

Sammenfatning



- Empati og forståelse av personens verden er viktig
- Man kommer langt med vanlig høflighet
- Behandlingen skal baseres på at personen med demens har det bra her og nå



**Medikamentell
behandlung**

Indikasjoner for psykofarmakabehandling ved demens

- Depresjon
- Vrangforestillinger og hallusinasjoner
- Aggresjon
- Agitasjon, uro og angst
- Søvnforstyrrelser

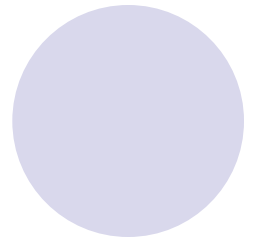
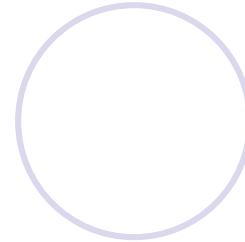
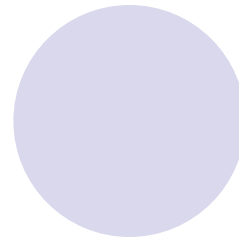
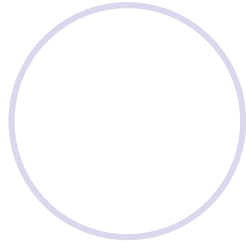
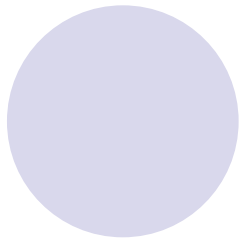
Ikke indikasjon for psykofarmakabehandling ved demens

- Roping uten påvisbar fysisk årsak
- Vandring
- Upassende atferd, f eks avkledning
- Psykotiske symptomer uten subjektive plager

Nevroleptika



- Nevroleptika mot agitasjon og uro ved demens er dårlig dokumentert og har lite effekt sammenlignet med placebo
- Ved psykotiske syndromer, overvei risperidon, ellers skal disse unngås

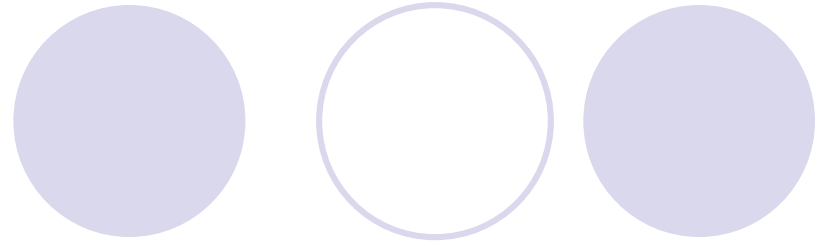
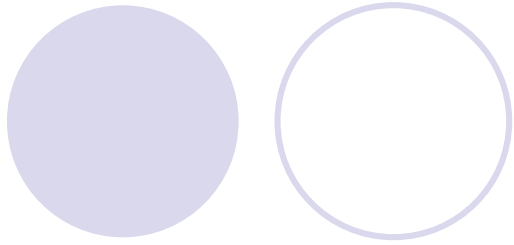


Vurdering og behandling av smerte hos eldre og hos personer med demens

Peter Bekkhus-Wetterberg, overlege
Geriatrisk avdeling
Oslo universitetssykehus, Ullevål

Geriatric Giants





Smerte hos eldre



Behandlingsmål hos eldre

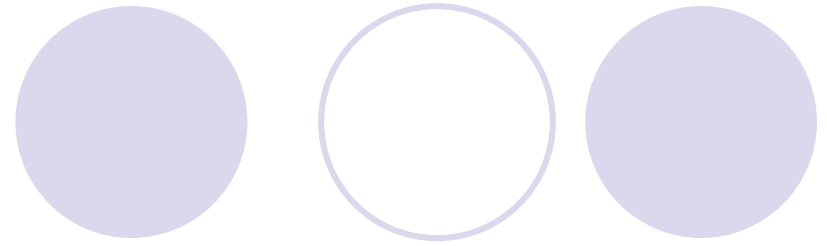
- Ikke fullstendig smertefrihet
- Ikke lavest mulige dose

- Men
 - Opprettholde og forbedre livskvalitet og funksjon
 - Fredelig søvn
 - Smertefrihet i hvile
 - Aktivitet ikke påvirket av smerte

Nøkkelpunkter ved vurdering av smerte hos eldre pasienter

- Ord som “brenning”, “ubehag”, “mauring”, “sårhet” etc, kan også bety smerte
 - Bruk pasientens uttrykk!

Smerteutredning



- Vurdering av kognitiv funksjon skal inngå i utredningen
- En enkel fysisk funksjonstest bør også inngå, f.eks. “Timed Up and Go” (TUG)
Fra sittende skal man reise seg opp, gå tre meter, snu, gå tilbake og sette seg ned.
- Pasientens egen beskrivelse av smerten skal dokumenteres



Måling av smerte

ESAS

1. Smerte i ro
2. Smerte ved bevegelse
3. Slapphet
4. Kvalme
5. Tungpust
6. Munntørrhet
7. Matlyst
8. Angst / uro
9. Trist / deprimert
10. Alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag?

Hvordan har du det i dag?

Fødselsnr.

Navn

Dato Tidspunkt

Smerte – i ro

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Smerte – ved bevegelse

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Slapphet

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Kvalme

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Tungpust

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Munntørrhet

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Matlyst

Normal 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Angst /uro

Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Trist/deprimert

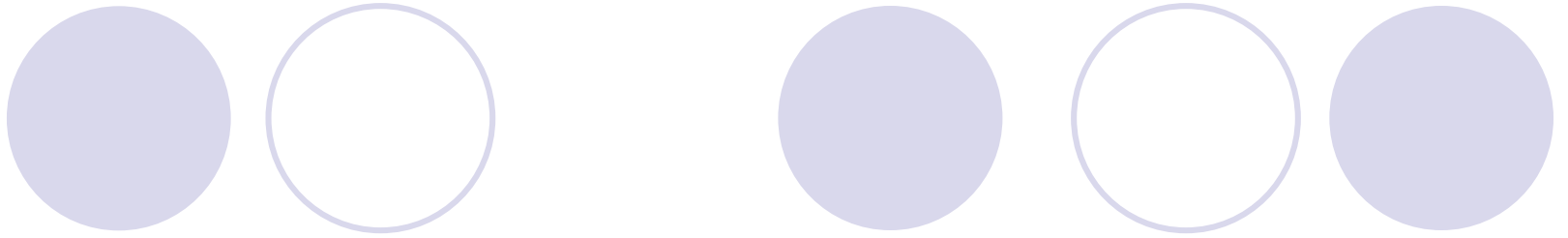
Ingen 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Alt tatt i betraktning, hvordan har du det i dag?

Bra

Bra 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Verst tenkelig

Utfyllt av



Demens og smerte

Sykehjemsstudie fra Bergen

- 125 pasienter ved tre ulike sykehjem
- 54 med demens, 30 med kognitiv svikt og 17 kognitivt intakte.
- Ved behovsmedisin ("eventuelt"), ble gitt sjeldnere til pasienter med diagnostisert demens.
 - 33% kogn intakte, 12% demente ($p = 0.05$)
- Ikke forskjell for fast medisin

“Smerte er det som en person sier at det er, og den eksisterer når personen som opplever smerte, sier at han har smerte.”

McCaffery og Beebe (1999)



Smerte

- Smerte er en ubehagelig opplevelse assosiert med aktuell eller mulig vevsskade, eller beskrevet som slik skade
- Smerte kan verken bevises eller motbevises.
- Smerteintensiteten har ikke direkte sammenheng med skadens størrelse eller alvorligheten av sykdom. McCaffery og Beebe (1999)

Språkproblemer hos personer med demens

- Språkproblemer til pasienter med demens utvikler seg slik at det oppstår svikt i forståelse av talt og skrevet språk.
- Etter hvert vil taleflyten bli borte, og pasienten sier kun enkeltord og en del av setningene.
- Derfor får tonefall, ansiktsuttrykk, kroppsholdning og bevegelser større betydning enn innholdet i det pasienten sier.


Evaluering av smerte ved alvorlig demens, hvorfor er det vanskelig?

- Pasienter har dårlig hukommelse, dårlig språk og mangler refleksjon over smerte.
- Alvorlig demente pasienter med kreft får ofte mindre smertelindring enn andre i samme situasjon.
- Mange sykehjemspasienter har kronisk smerte
- Pain avoidance effect – Forsøk på å unngå smerte fører til apati/sløvhets
- Smerteatferd kan ligne på demensatferd

Forskningsresultater



- Pasienter med demens lever med smerter, og får ofte ikke nok smertelindring.
- Smerte er et stort problem på sykehjem i Norge
 - 27 til 84 % av dem som bor på sykehjem har smerter
- Helsepersonellets evne til å gjenkjenne smerte hos demente er ikke tilfredsstillende.
- En rapport fra Sosial- og helsedirektoratet fra 2010 sier
 - ”Manglende evne til å identifisere smerter hos personer med demens er åpenbart en viktig årsak til underbehandling”



Hvordan kan vi oppdage smerter hos personer med demens?

Tradisjonell smertevurdering

- Observasjon
- Kjennskap til pasienter
- Samarbeid med pårørende
- Forsøk med medikamenter

MOBID- 2 SMERTESKALA

Systematisk smertevurderingsverktøy

Mobilisation-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) smerteskala er et instrument for å kartlegge smerte hos pasienter med demens.

- Instrumentet består av to deler.
- Del 1 brukes til å kartlegge smerter i muskler og skjelett
- Del 2 brukes til å finne smerter i andre deler i kroppen.

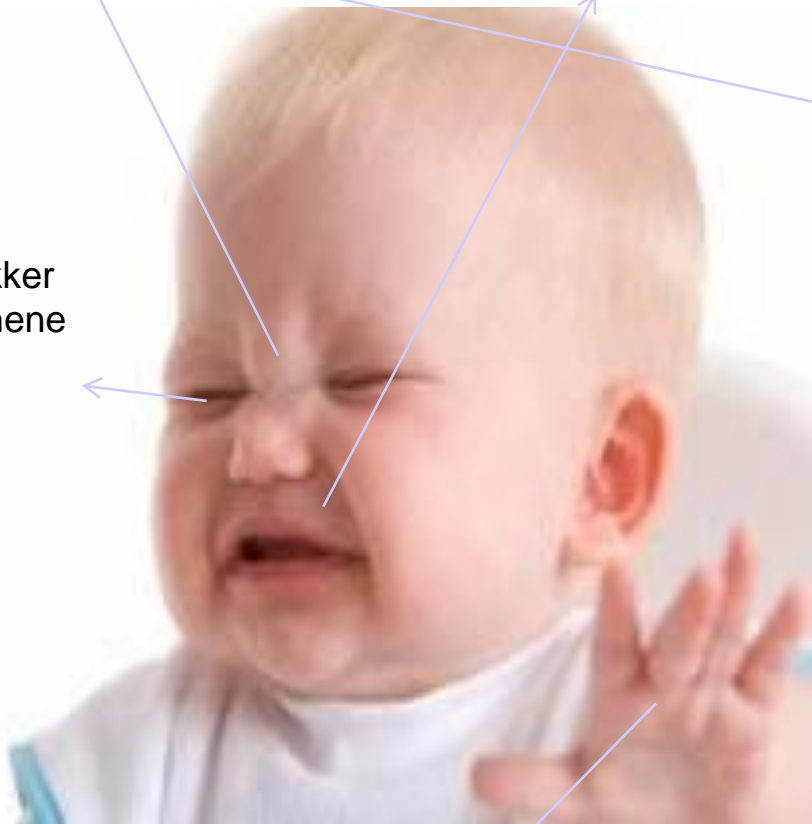
Rynker pannen

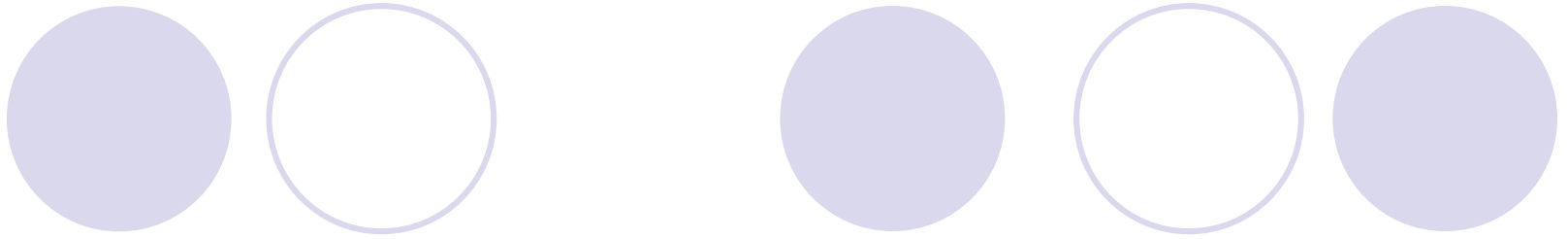
Lager grimaser

Lukker
øynene

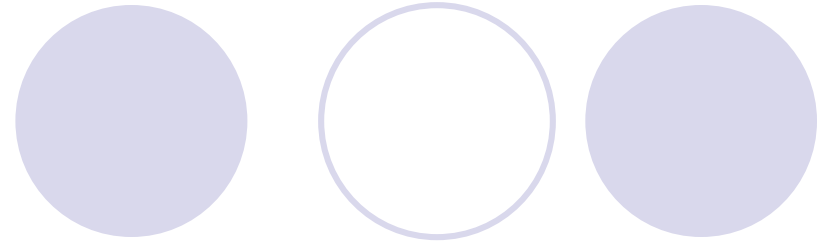
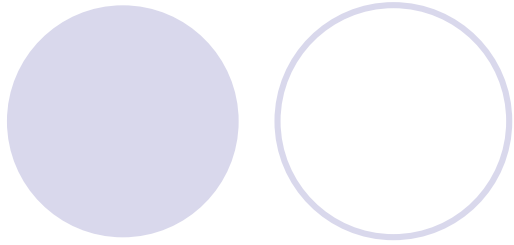
Skyver fra seg

skriker





- En informant sier:
- “Når vi steller dem, kommer det ofte ansiktsuttrykk som grimaser og lukking av øynene. Siden uttrykkene forsvinner så fort, pleier vi ikke å knytte dette til smerte. Når vi bruker MOBID-2, observerer vi all atferd nøye.”



- En annen informant:
- *“Vi trenger ikke å gå rundt med skjemaet for å krysse på det. Hvis vi har skjemaet i bakhodet, kan vi vurdere bedre når vi ser en atferdsforandring hos en pasient.*

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION – OBSERVATION – BEHAVIOUR – INTENSITY – DEMENTIA

Pasientens navn:

Dato:

Tid:

Avdeling:

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd



Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte

Smertelyd
«Aul»
Stønner
Ynker seg
Gisper
Skriker

Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene

Avvergereaksjon
Stivner
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pusten
Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0–10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DIN(E) OBSERVASJONER

1. Led til å åpne begge hender

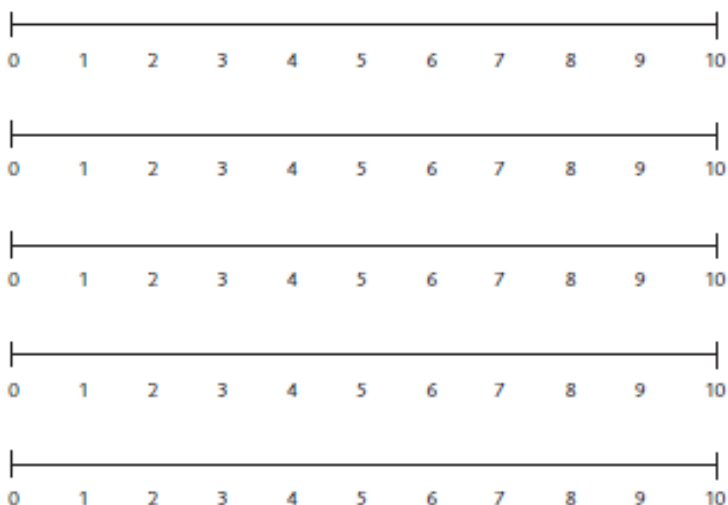
0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

2. Led til å strekke armene mot hodet

3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofterledd

4. Led til å snu seg i sengen til begge sider

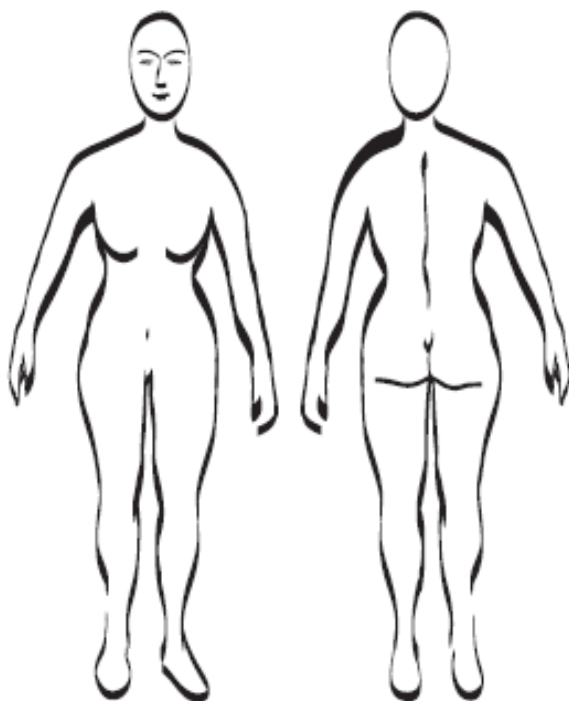
5. Led til å sette seg opp på sengekanten



Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

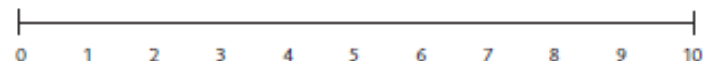
Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt.
Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd
(smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



6. Hode, munn, hals



0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte



7. Bryst, lunge, hjerte



8. Mage – øvre del



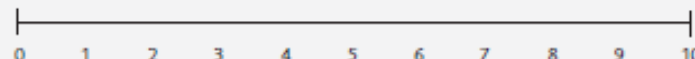
9. Bekken, mage – nedre del



10. Hud, infeksjon, sår



Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet



Smerteskalaen MOBID-2

APPENDIX

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1-5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte



Smertelyd
vokale
Stønner
Vokser seg
Gjuper
Seiler



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker pannen
Stammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
Stønner
Bedykker seg
Skryter fra seg
Endringer i pust
Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DINE(O) OBSERVASJONER

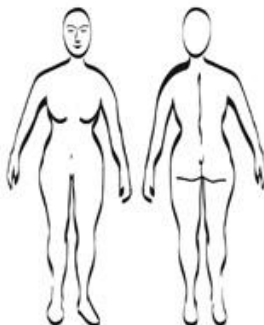
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIX

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Smerteskalaen MOBID-2

APPENDIX

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1-5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte



Smertelyd
«Aua»
Stønner
Viker seg
Gjiper
Seiler



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker på tann
Stammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
Stønner
Beskytter seg
Skryter fra seg
Endringer i pust
Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DINE(O) OBSERVASJONER

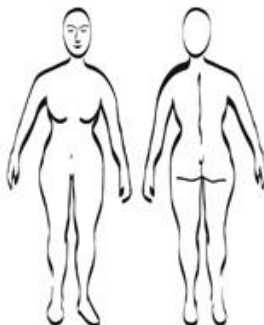
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIX

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykke. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



Observasjon	Smerteintensitet (0-10)
6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Smerteskalaen MOBID-2

Instruksjoner



- Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell.
- Observer pasienten før du starter mobilisering.
- Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1–5) med forsiktighet.
- Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd.
- Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse.

Smerteskalaen MOBID-2

APPENDIX

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1-5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse.

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte



Smertelyd
vokale
Stønner
Vokser seg
Gjuper
Seiler

Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker på tann
Stammer munnen
Lukker øynene

Avvergereaksjon
Stønner
Beklyper seg
Skryter fra seg
Endringer i pust
Krymper seg

SETT **HERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DINE(O) OBSERVASJONER**

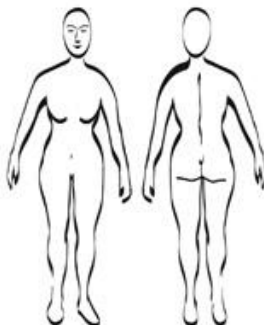
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIX

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



Observasjon	Smerteintensitet (0-10)
6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon:
smertelyd, ansiktsuttrykk og
avvergereaksjon, som kan være
relatert til smerte



Smertelyd

«Aul»
Stønner
Ynker seg
Gisper
Skriker



Ansiktsuttrykk

Grimaserer
Rynker pannen
Strammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon

Stivner
Beskytter seg
Skyver fra seg
Endringer i pusten
Krymper seg

Smerteskalaen MOBID-2

APPENDIX

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1-5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergeresjon, som kan være relatert til smerte



Smertelyd
vokale
Stønner
Vokser seg
Guper
Seiler



Ansiktsuttrykk
Grimaser
Ryker pannen
Stammer munnen
Lukker øynene



Avvergeresjon
Stønner
Bedykker seg
Skryter fra seg
Endringer i pust
Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DINE(O) OBSERVASJONER

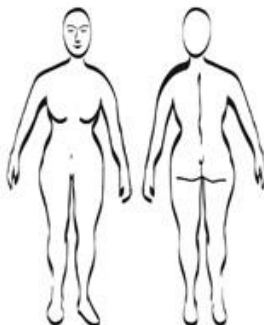
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergeresjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIX

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergeresjon)



Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

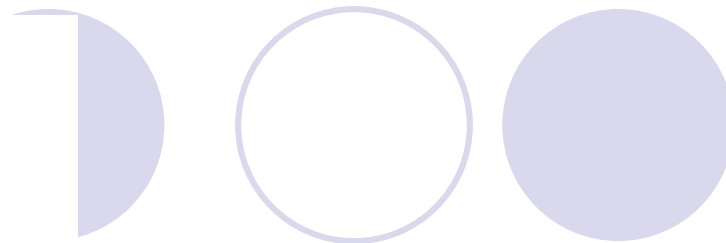
6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd;
tolk styrken av smerteintensitet og sett
kryss på linjen 0–10



0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte



Smerteskalaen MOBID-2

APPENDIX

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1-5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte



Smertelyd
vokale
Stønner
Vokser seg
Gisper
Skriker



Ansiktsuttrykk
Grimaser
Ryker på tann
Stammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
Stønner
Bekymrer seg
Skryter fra seg
Endringer i pust
Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DINE(O) OBSERVASJONER

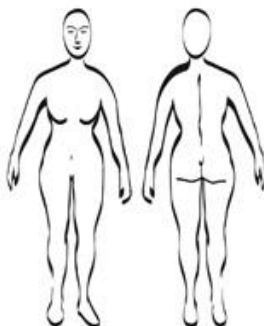
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIX

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



6. Hode, munn, hals

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

7. Bryst, lunge, hjerte

8. Mage - øvre del

9. Bekken, mage - nedre del

10. Hud, infeksjon, sår

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



1. Led til å åpne begge hender

2. Led til å strekke armene mot hodet

**3. Led til å bøye og strekke ankler,
knær og hofterledd**

4. Led til å snu seg i sengen til begge sider

5. Led til å sette seg opp på sengekanten

De fem bevegelsene



Led pasienten til å:

1. åpne begge hender
2. strekke armene mot hodet
3. bøye og strekke ankler, knær og hofterledd
4. snu seg i sengen til begge sider
5. sette seg opp på sengekanten

Smerteskalaen MOBID-2

APPENDIX

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1-5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse.

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte



Smertelyd
 «Au!»
 Mønner
 Viker seg
 Gisper
 Skriker

Ansiktsuttrykk
 Grimaserer
 Riper på pannen
 Spennes munnen
 Lukker øynene

Avvergereaksjon
 Slipper
 Røddler seg
 Skyver fra seg
 Endringer i pustefrekvens
 Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DINE(O) OBSERVASJONER

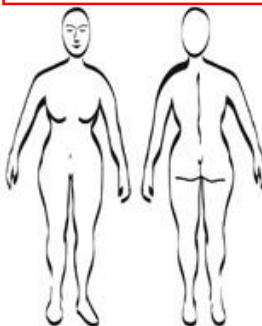
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIX

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



6. Hode, munn, hals

7. Bryst, lunge, hjerte

8. Mage - øvre del

9. Bekken, mage - nedre del

10. Hud, infeksjon, sår

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte

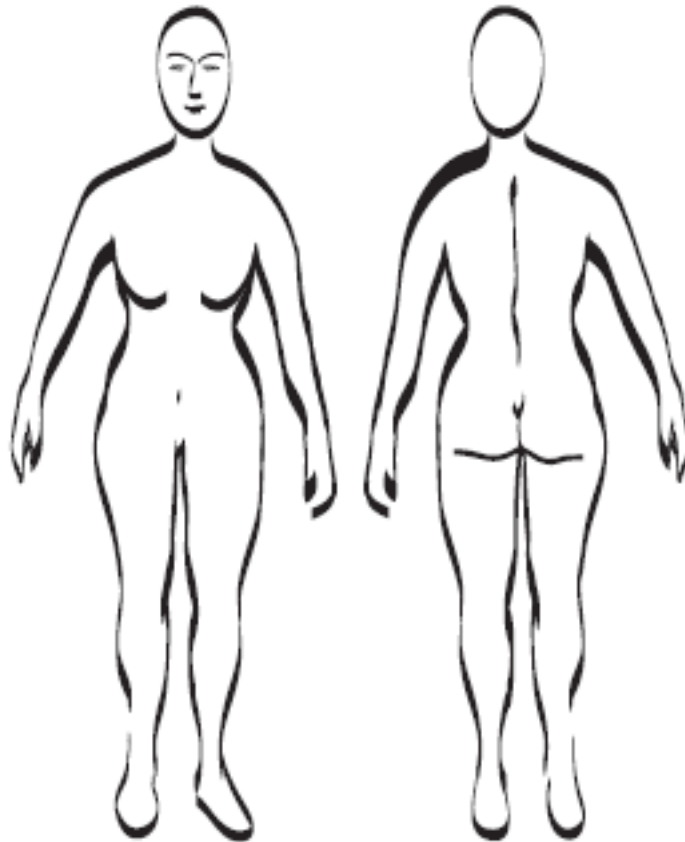
6. Hode, munn, hals	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Smerteatferd

**Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt.
Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd
(smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)**



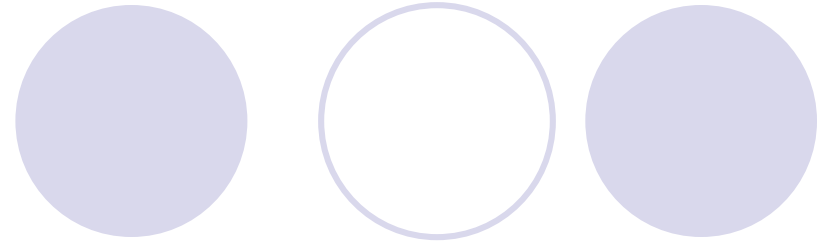
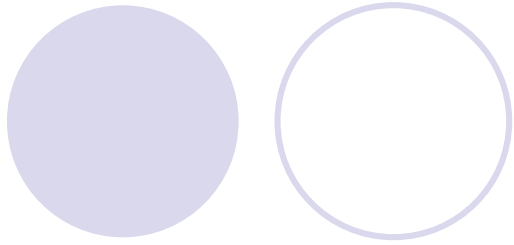
6. Hode, munn, hals

7. Bryst, lunge, hjerte

8. Mage – øvre del

9. Bekken, mage – nedre del

10. Hud, infeksjon, sår



- **Hode, munn, hals**
- **Bryst, lunge, hjerte**
- **Mage – øvre del**
- **Bekken, mage – nedre del**
- **Hud, infeksjon, sår**

Smerteskalaen MOBID-2

APPENDIX

MOBID-2 smerteskala

MOBILISATION - OBSERVATION - BEHAVIOUR - INTENSITY - DEMENTIA

Pasientens navn: _____ Dato: _____ Tid: _____ Avdeling: _____

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd relatert til muskulatur, ledd og skjelett under morgenstell. Observer pasienten før du starter mobilisering. Forklar forståelig det du vil gjøre. Led pasienten, og gjennomfør bevegelsene (1-5) med forsiktighet. Stopp bevegelsen om du observerer smerteatferd. Fyll ut skjemaet umiddelbart etter hver bevegelse:

Smerteatferd

Sett et eller flere kryss for hver observasjon: smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon, som kan være relatert til smerte



Smertelyd
vokale
Stønner
Vokser seg
Gjuper
Seiler



Ansiktsuttrykk
Grimaserer
Ryker på tann
Stammer munnen
Lukker øynene



Avvergereaksjon
Stønner
Beklyper seg
Skryter fra seg
Endringer i pust
Krymper seg

Smerteintensitet

Basert på observert smerteatferd; tolk styrken av smerteintensitet og sett kryss på linjen 0-10

SETT GJERNE FLERE KRYSS I RUTEN(E) FOR DINE(S) OBSERVASJONER

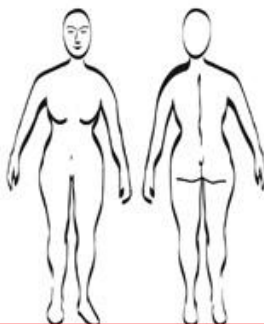
Observasjon	Smertelyd	Ansiktsuttrykk	Avvergereaksjon	Smerteintensitet (0-10)
1. Led til å åpne begge hender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
2. Led til å strekke armene mot hodet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
3. Led til å bøye og strekke ankler, knær og hofteledd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
4. Led til å snu seg i sengen til begge sider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
5. Led til å sette seg opp på sengekanten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

APPENDIX

Vær oppmerksom på pasientens smerteatferd, som kan være relatert til indre organer, hode og hud. Smerte kan oppstå på grunn av en sykdom, sår, infeksjon eller ulykker. Inkluder alle dine observasjoner fra i dag og de siste dagene (siste uken).

Smerteatferd

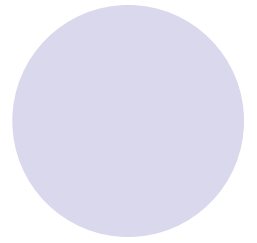
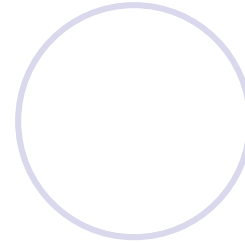
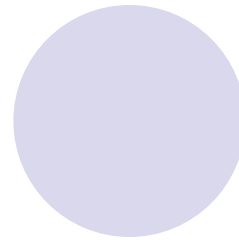
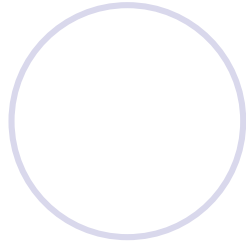
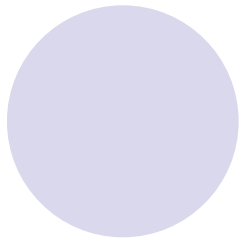
Bruk front- og baksiden av kroppstegningen aktivt. Sett kryss for dine observasjoner relatert til smerteatferd (smertelyd, ansiktsuttrykk og avvergereaksjon)



6. Hode, munn, hals	0 er ingen smerte, 10 er verst tenkelig smerte
7. Bryst, lunge, hjerte	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
8. Mage - øvre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
9. Bekken, mage - nedre del	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
10. Hud, infeksjon, sår	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Basert på alle observasjoner gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



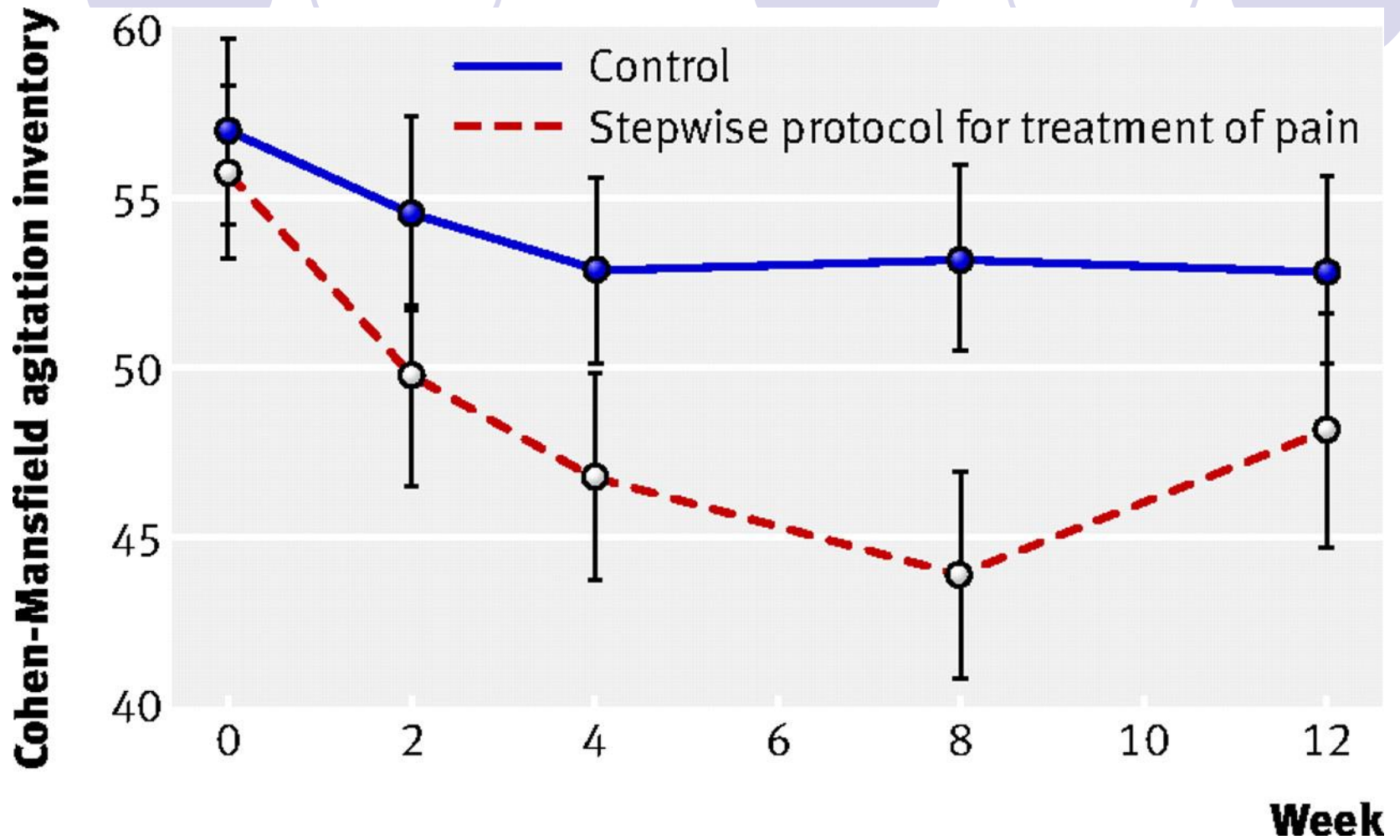
- **Basert på alle observasjoner, gi en helhetlig vurdering av pasientens smerteintensitet**

Systematisk smertebehandling hos demenspasienter

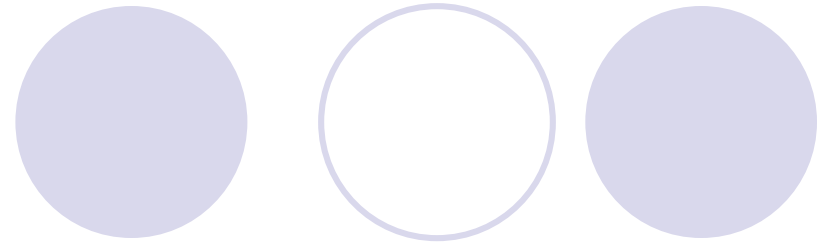
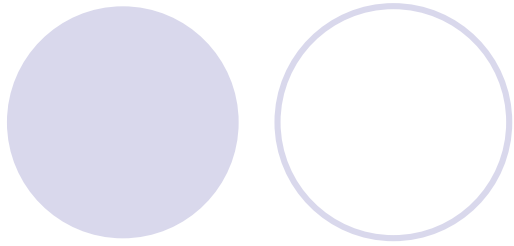
(n=175)

	n	%
● 1 Paracetamol. Maksdose 3 g/d	120	(69)
● 2 Morfin 5 mg x 2, maksdose 20 mg/d	4	(2)
● 3 Norspan plaster 5 µg/t, maks 10 µg/t	39	(22)
● 4 Pregabalin 25 mg x 1, maks 300 mg/d	12	(7)

Fig 2 Cohen-Mansfield agitation inventory poeng, med 95% konfidensintervaller



Husebo B S et al. BMJ 2011;343:bmj.d4065



Behandling av smerte hos eldre

Ikke-farmakologisk behandling av smerte

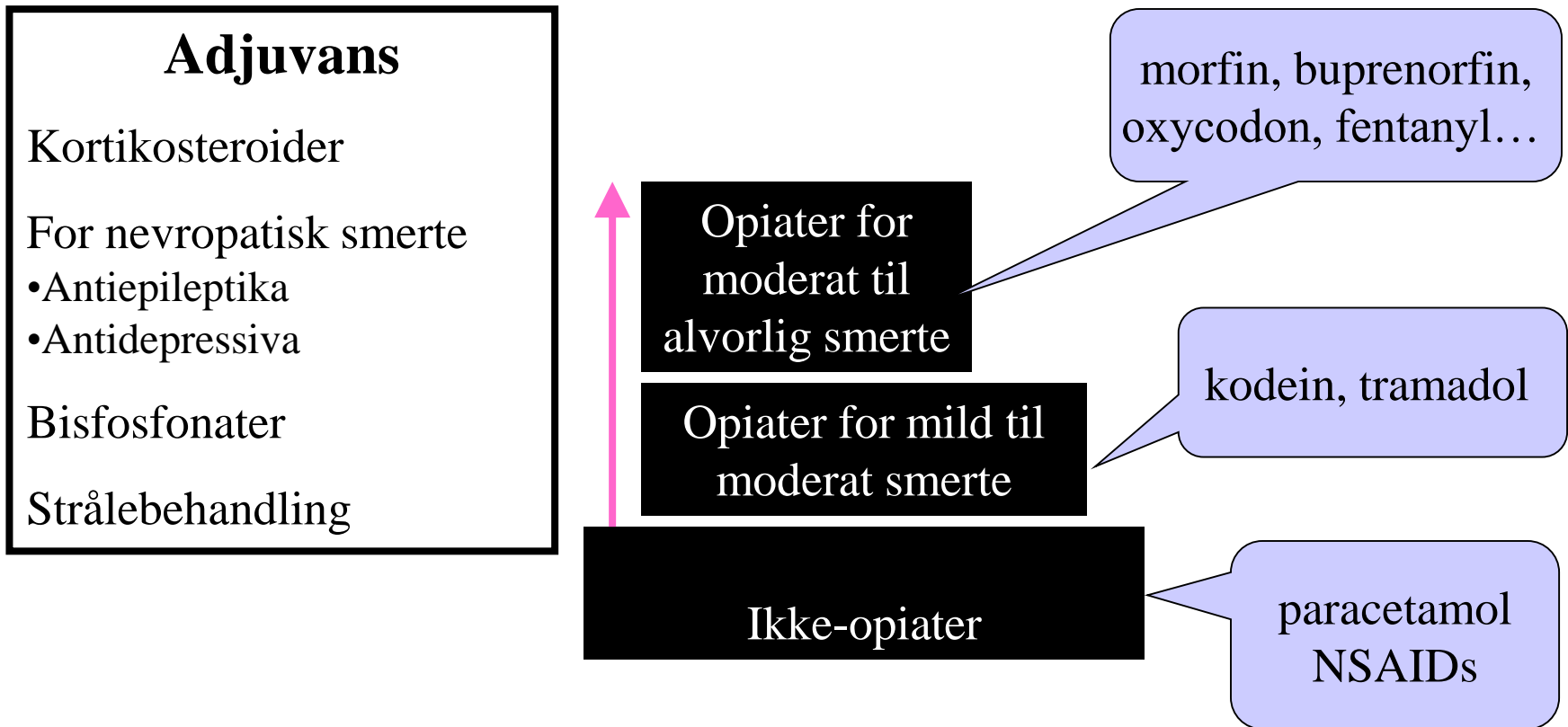
- Det som oftest blir forskrevet er det som eldre liker dårligst (medisiner, trening og øvelser)
- Eldre foretrekker massasje, lokalbehandling (varme, kulde), samt kognitive strategier som sosiale sammenkomster, besøke naboen, musikk, bønn og humor.

Gloth FM. J Am Geriatr Soc. 2001 Feb;49(2):188-99.
Lansbury. Disabil Rehabil. 2000; 22(1-2):2-14.



Farmakologisk behandling av smerte

The WHO pain ladder



The WHO pain ladder

Adjuvans

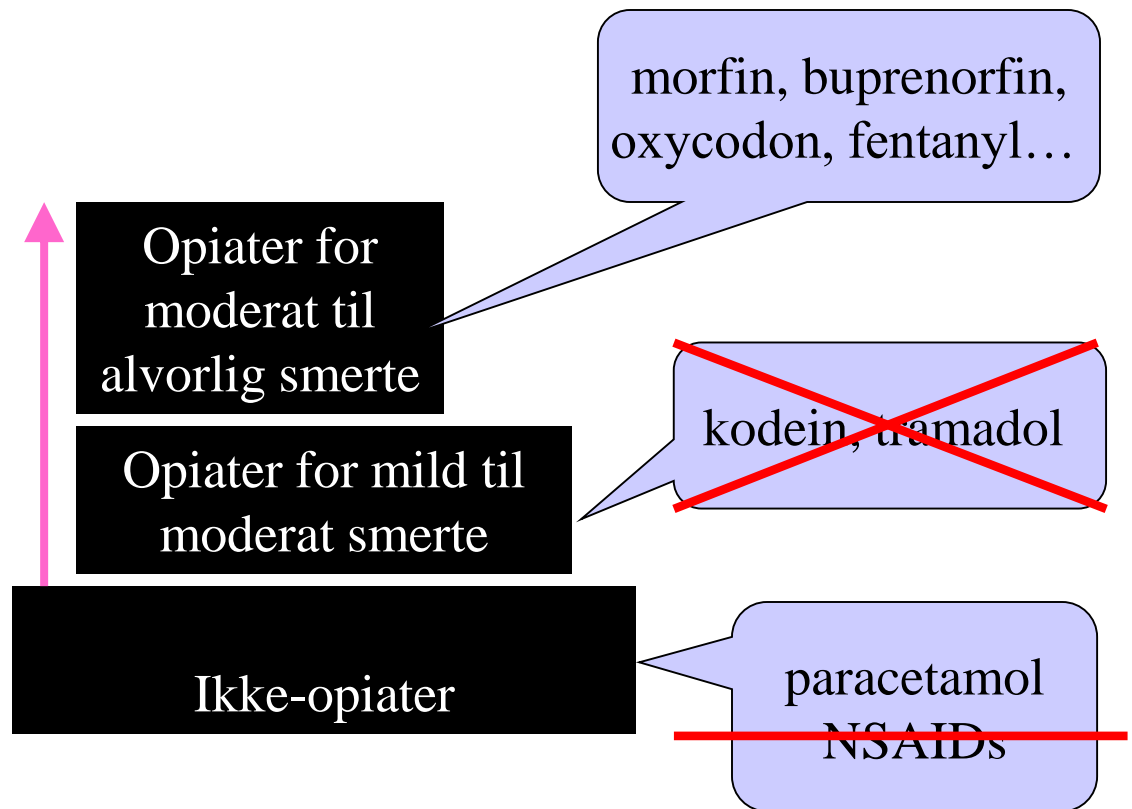
Kortikosteroider

For nevropatisk smerte

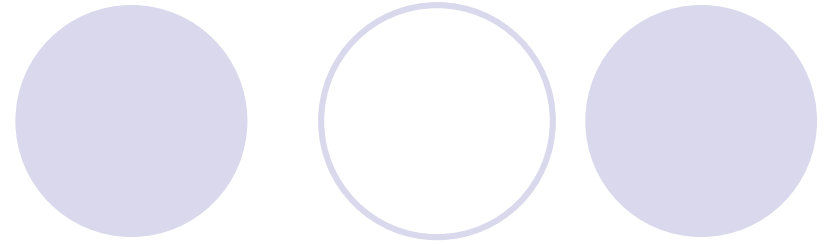
- Antiepileptika
- Antidepressiva

Bisfosfonater

Strålebehandling



Ikke-opiater til eldre



- NSAIDs og selektive COX-2-hemmere
- Paracetamol



«NSAIDs»

- Diklofenak, Cataflam, Dicuno, Modifenac, Voltaren, Voltarol, Arthrotec
- Piroksikam, Brexidol
- Meloksikam
- Ibuprofen, Brufen, Ibumax, Ibumetin, Ibux, Nurofen
- Naproksen, Napren-E, Proxan, Vimovo
- Ketoprofen, Orudis, Ketesse, Orodek

«NSAIDs»



- Diklofenak, Cataflam, Dicuno, Modifenac, **Voltaren, Voltarol**, Arthrotec
- Piroksikam, **Brexidol**
- Meloksikam
- Ibuprofen, Brufen, Ibumax, Ibumetin, **Ibux**, Nurofen
- Naproksen, **Napren-E**, Proxan, Vimovo
- Ketoprofen, Orudis, Ketesse, Orodek

NSAIDs



- Bivirkninger

- Nedsatt nyrefunksjon
- Utløser hjertesvikt
- Hyperkalemi
- Gastrointestinale sår og blødning
- Hjertekarsykdommer
- Hjerneslag
- Kognitiv dysfunksjon

NSAIDs

- Bivirkningsfrekvensen generelt høy hos eldre
- Mage-tarm-(GI)-blødning som bivirkning er mye vanligere hos eldre enn hos yngre
- GI-blødning kan komme uten forvarslar

NSAIDs og GI-blødning

- NSAIDs gir et diffust blodtap fra magetarmkanalen, også uten sår i magesekk eller duodenum¹
- NSAIDs alene gir fire ganger økt risiko for blødende magesår²

1. Hedenbro JL, Wetterberg P, et al. Gastrointest Endosc. 1988;34(3):247-51.

2. Hernandez-Diaz S. Arch Intern Med 2000;160:2093-9.

NSAIDs og blødende magesår

- NSAIDs alene gir fire ganger økt risiko for blødende magesår
- NSAIDs + kortison øker den risikoen fire ganger igjen¹ (=16 ganger)
- NSAIDs + antidepressiva (SSRI) = 12-15 ganger økt risiko²
- NSAIDs + Albyl eller Marevan etc = 10-15 ganger økt risiko³

1. Lanza FL. Am J Gastroenterol. 1998;93:2037-467

2. Dalton SO. Arch Intern Med 2003;163:59-64

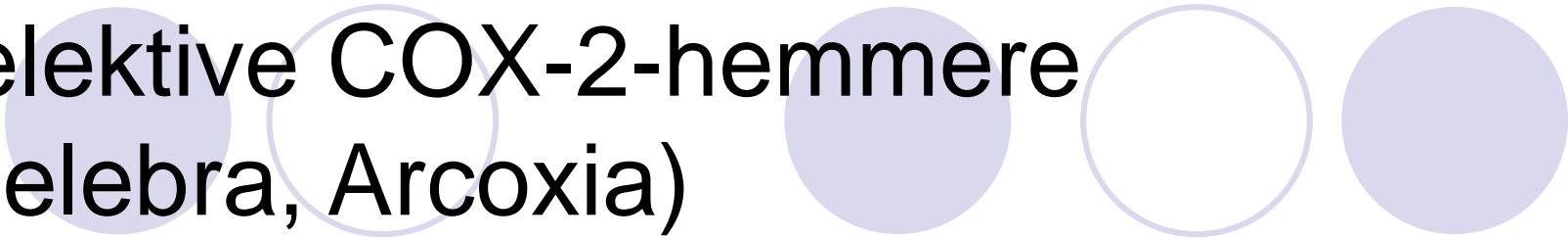
3. Hernandez-Diaz S. Arch Intern Med 2000;160:2093-9.

NSAIDs



- Like god effekt som paracetamol
 - Muligens noe bedre effekt ved inflammatorisk smerte
- Når der er identifiserbar inflammasjon (betennelse) kan et NSAID være et alternativ

Selektive COX-2-hemmere (Celebra, Arcoxia)



- Likverdig smertestillende effekt som ikke-selektive NSAIDs
- Redusert risiko for GI-erosjoner og blødning
 - GI-sikkerheten blir betydelig dårligere ved samtidig bruk av lavdose ASA
 - Celecoxib (Celebra) er nå på vei tilbake igjen

Paracetamol



- Førstehåndspreparat ved mild-moderat muskuloskeletal smerte når inflammasjon ikke er et problem
- Relativt ugiftig
- Maksdose 4000 mg/d (evt 2000-3000 mg/d)
- NB! kombinasjonspreparater + vedbehovsmedisin kan gi for høye døgndoser!

A decorative graphic at the top of the slide consists of two rows of circles. The top row has a solid light purple circle on the left and an outlined light purple circle on the right. The bottom row has a solid light purple circle on the left, an outlined light purple circle in the middle, and a solid light purple circle on the right.

Paracetamol

- Tak-effekt

- Ikke bedre smertestilling ved «for høye» doser

- Kombinasjon med NSAID gir ikke bedre effekt

- Kan øke effekten av warfarin (Marevan)

- Sjeldne bivirkninger

- Kronisk bruk kan gi nyreskader

- Leverskader forekommer, spesielt ved samtidig alkoholbruk (“2-3 drinks per day”)



Opiater og opioider

Preparatnavn

- **Kodein**: Paralgin/Pinex forte og major
- **Tramadol**: Nobligan, Tradolan, Tramagetic
- **Tapentadol**: Palexia
- **Morfin**: Dolcontin, Morfin, Morfin-Skopolamin
- **Oksykodon**: OxyContin, OxyNorm , Targiniq
- **Ketobemidon**: Ketorax, Ketogan
- **Petidin**
- **Fentanyl**: Actiq, Durogesic, Fentanyl HEXAL
- **Buprenorfin**: Norspan, Temgesic (og Subutex)

Kodeinpreparater

- Paralgin forte

- 30 mg kodein + 400 mg paracetamol

- "2 tabl hver 4. time" = 4,8 g paracetamol/d !!

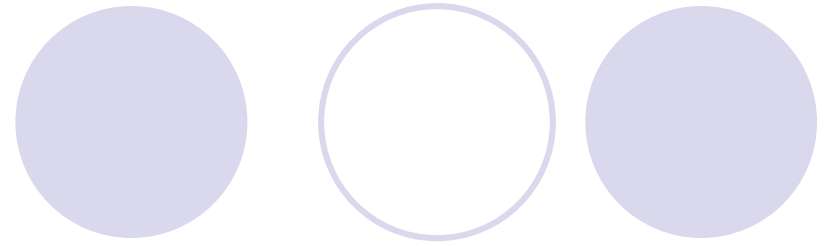
- Pinex forte

- 30 mg kodein + 500 mg paracetamol

- "2 tabl (n)til x 4" = 4 g paracetamol/d

Kun for kortvarig, akutt behandling
(enkeldoser). Bør unngås til eldre.

Kodeinpreparater



- Kodein må omvandles til morfin for effekt
 - 15% av befolkningen kan ikke dette
- Kodein har ceilingeffekt
- Én tablett P forte tilsvarer omtrent 5 mg morfin peroralt
 - Men med rask og kort effekt ("kick")
- P forte kan ikke gi jevn smertestillende effekt over døgnet

Tramadol (*f eks Nobligan, Tramagetic*)

- Er også en «prodrug» som må metaboliseres før den får effekt
- Effekt på serotonerg og noradrenerg transmisjon i tillegg til opiateffekt
- Serotonerg overstimulering kan forekomme
- Ceilingeffekt

”Sterke” opiater



- Opiater er grunnsteinen i behandling av cancersmerte
- Begynner å bli alt mer brukt også ved kronisk ikke-malign smerte
- Langtidsbruk av opiater er betydelig mindre farlig enn langtidsbruk av NSAID

Morfin



- Fortsatt førstevalg ved akutte sterke smerter!
- Ca 70% “first pass” effekt i lever ved peroral dosering
- Metaboliseres i lever til
 - inaktiv metabolitt, morfin-3-glukuronid, nevrotoksisk
 - aktiv metabolitt, morfin-6-glukuronid
 - begge metabolitter skilles ut renalt
- Clearance
 - redusert med alder og svært avhengig av nyrefunksjon



Oksykodon (*Oxycontin*, *Oxynorm*)

- Lengre halveringstid enn morfin
 - 4 versus 2 timer
- Sammenlignbar dose \approx 50% av morfin
- Mindre nyreavhengig eliminasjon
- Oxycontin – depot-tablett
- Oxynorm – hurtigvirkende
 - 5mg \approx 10mg morfin tablett
 - 10mg \approx 20mg morfin tablett

Buprenorfin



- Tilgjengelig i lavdose (Norspan plaster)
 - Doseres uavhengig av nyrefunksjon
 - Plasteret skiftes hver 7. dag
- Effekten kommer gradvis i løpet av 2-3 døgn
 - NB! Ved akutte smerter trengs ved-
behovsmedisin i tillegg

Buprenorfin (Norspan) plaster

- 5 µg/t tilsvarer omtrent
 - 2 P forte / døgn
 - 10 mg morfin peroralt / døgn
 - 5 mg oksykodon peroralt / døgn
 - 100 mg tramadol peroralt / døgn

Tapentadol

A decorative graphic at the top of the slide consists of two rows of circles. The top row has two circles: a solid light purple one on the left and an outlined light purple one on the right. The bottom row has three circles: a solid light purple one on the left, an outlined light purple one in the middle, and a solid light purple one on the right.

- Palexia depot
- Opioid effekt og noradrenerg effekt
- Elimineres via nyrene
- 50 mg Palexia \approx 10 mg oxykodon
- Mindre GI-bivirkninger enn oxykodon

Sammenligning døgndoser peroralt / transdermalt

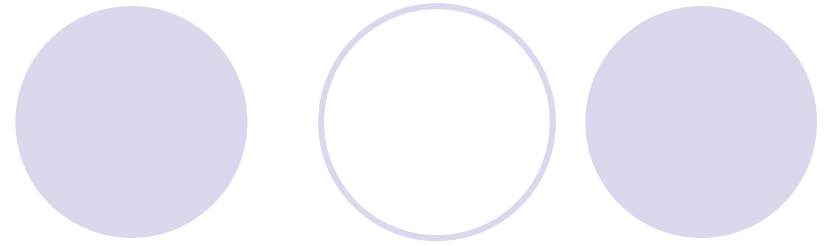
P forte	Buprenorfin	Tramadol	Morfin	Oxykodon	Tapentadol
2 tabl	5 µg/t	100 mg	10 mg	5 mg	
4 tabl	10 µg/t	200 mg	20 mg	10 mg	
8 tabl	20 µg/t	3-400 mg	40 mg	20 mg	100 mg
			80 mg	40 mg	200 mg
			160 mg	80 mg	400 mg
			320 mg	160 mg	
			640 mg	320 mg	

Avhengighet



- Frykten for avhengighet og misbruk hos eldre er overdreven
- Erfaringsmessig ikke et problem hos eldre uten tidligere misbruk
- Utilstrekkelige doser er et større problem

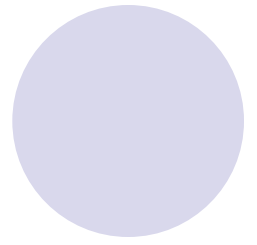
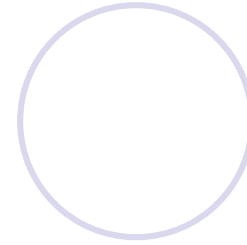
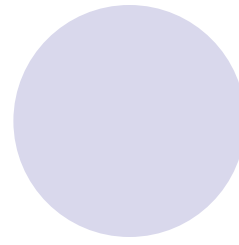
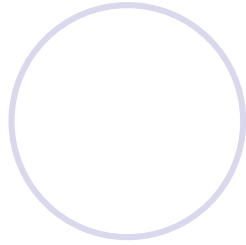
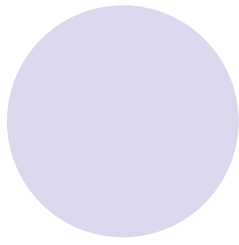
Opiatobstipasjon



- Skal forebygges
- Kontaktlaksantia må ofte brukes
 - Laxoberal® dråper
 - Andre kontaktlaksantia
 - Dulcolax® / Toilax® (inneholder begge samme stoff)
 - Sennapreparater: Pursennid®, Senokot®, X-prep®
- Targiniq® (oxykodon + naloxon) kan være et alternativ

Geriatric Giants





Søvnproblemer hos eldre

Peter Bekkhus-Wetterberg

Søvn og aldring



- Vanskeligere å sove sammenhengende gjennom natten
- Vanskeligere å holde seg våken om dagen
- Om lag halvparten av personer over 65 år rapporterer søvnplager



Konsekvenser av søvnplager

- Økt risiko for psykiske lidelser
- Redusert kognitiv funksjon
- Hukommelsesproblemer
- Mestringsproblemer

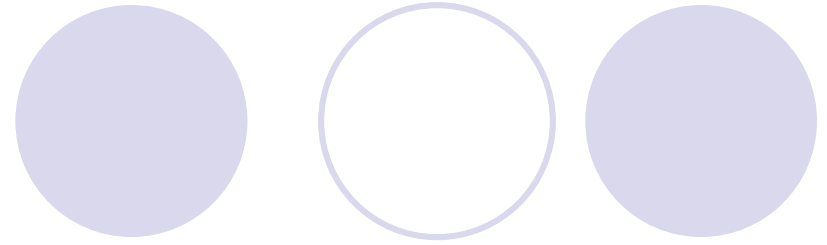
- Hos personer med demens er søvnproblemer ofte årsak til plassering på sykehjem

Søvntyper



- Dyp søvn (1-3 eller 4 stadier)
 - Viktigst
 - Oftest første del av natten
 - Blir mindre med årene
- REM-søvn
 - Drømmesøvn
 - Oftest siste del av natten
 - Kan man klare seg uten

Søvnforstyrrelser



1. Insomni
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

1. Insomni

1. **Insomni**
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

- Dårlig / lite søvn til tross for at betingelser for god søvn er til stede
- Ofte knyttet til samtidig
 - Depresjon
 - Smerter (f eks leddplager)
 - Følger av hjerneslag
 - Demens
 - Hjerte-lungesykdom
 - Vannlatingsproblemer
 - Reflukssykdom
 - Medikamentbruk...

1. Insomni

1. **Insomni**
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

- Dårlig / lite søvn til tross for at betingelser for god søvn er til stede
- Ofte knyttet til samtidig
 - Depresjon
 - **Smerter (f eks leddplager)**
 - Følger av hjerneslag
 - Demens
 - Hjerte-lungesykdom
 - **Vannlatingsproblemer**
 - Reflukssykdom
 - Medikamentbruk...

Insomni, behandling



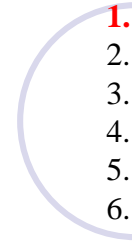
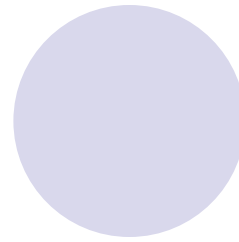
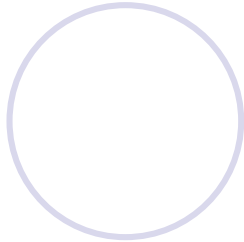
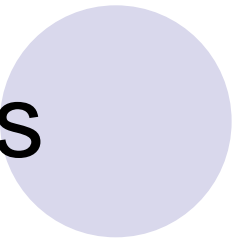
- Behandle både insomnien og "den andre" tilstanden
- Ikke-medisinsk søvnbehandling!

Bevist effektiv behandling



1. Sterkt lys, helst sollys, særlig om morgen/formiddag
2. Fysisk og sosial aktivitet om dagen
3. Så lite tid i sengen som mulig om dagen
4. Så lite lyd og lys som mulig om natten

Lys



1.

Insomni

2.

Døgnrytmeforstyrrelser

3.

Bevegelsesforstyrrelser

4.

Pusteforstyrrelser

5.

Hypersomni

6.

Parasomnier

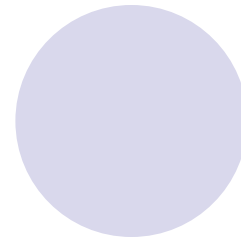
- Mange sykehjemsbeboere er lite eksponert for lys
- God lyseksponering på dagtid =
 - Lengre sammenhengende søvn
 - Færre oppvåkninger om natten og bedre døgnrytme
 - Effekten mest uttalt hos dem med alvorlig demens

Aktivitet

1. **Insomni**
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

- Mange studier viser positiv effekt av fysisk aktivitet
 - Enkle øvelser, Treningssykkel, Tai Chi...
- Kombinert fysisk og sosial aktivitet
 - Gir mer dyp søvn og bedre hukommelsesfunksjon

Sove middag?



1. **Insomni**
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

- Overdreven soving på dagtid
 - Gir dårligere livskvalitet
 - Gir større hjelpebehov

Natrutiner

1. **Insomni**
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

- Studie viser at lyd og lys er hyppigste årsak til oppvåkning om natten
- Aktiv begrensning av lys og støy om natten gir forbedret søvn

Medikamentell behandling av insomni

- Medikamenter for søvn har dårlig effekt hos eldre, særlig ved demens
- Søvnen forbedres ofte dersom man tar bort psykofarmaka
- "Z-preparater" ikke bedre enn "BZ"

Medikamentell behandling av insomni

- Studier viser at
 - Det er lite sammenheng mellom bruk av sovemidler og søvnkvalitet hos sykehjemspas
 - Én studie viser forstyrrelse av døgnrytme ved bruk av sovemidler
 - En annen studie viser at pas beveger seg mindre i søvnen (risiko for decubitus øker)



GABA

1.

Insomni

2.

Døgnrytmeforstyrrelser

3.

Bevegelsesforstyrrelser

4.

Pusteforstyrrelser

5.

Hypersomni

6.

Parasomnier

- GABA (gamma-amino butyric acid)
- Det viktigste inhibitoriske (dempende) signalstoffet i hjernen
- Tre reseptortyper: GABA A, B og C
- De fleste beroligende midler virker ved å forsterke GABAs effekt på A-reseptoren

Benzodiazepiner, "BZ"



- alprazolam (Xanor)
- diazepam (Vival, Valium, Stesolid)
- flunitrazepam (Rohypnol, Flunipam)
- nitrazepam (Mogadon, Apodorm)
- oxazepam (Sobril, Alopam)

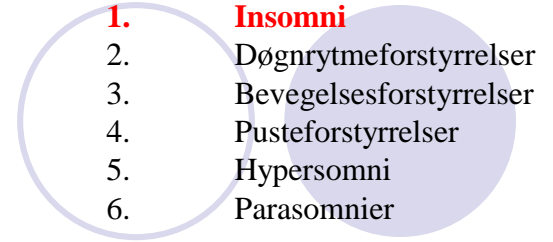
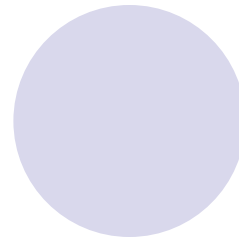
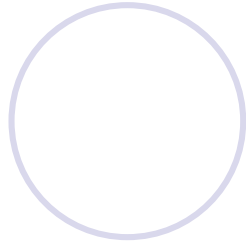
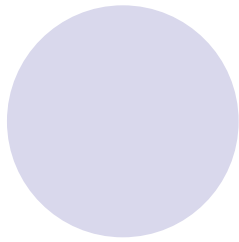
Benzodiazepiner

1. **Insomni**
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

- alprazolam (Xanor)
 - diazepam (Vival, Valium, Stesolid)
 - flunitrazepam (Rohypnol, Flunipam)
 - nitrazepam (Mogadon, Apodorm)
 - oxazepam (Sobril, Alopam)
- De rødmerkede bør unngås hos eldre

Effekt av benzodiazepiner

- Benzodiazepiner virker GABA-forsterkende ved å binde seg til reseptorer som er en del av GABA_A-reseptoren
- To sentrale reseptortyper (BZ₁ og BZ₂)
 - BZ₁-reseptorene finnes i områder av hjernen som regulerer søvn og våkenhet
 - BZ₂-reseptorer finnes i områder for kognitive og psykomotoriske funksjoner
- En perifer reseptortype (BZ₃), i muskulatur



- Benzodiazepiner binder seg til alle BZ-reseptorene
- Søvnngivende, angstdempende og krampeløsende effekt
- Benzodiazepiner har vanligvis lange halveringstider, i motsetning til z-hypnotika

”Z-hypnotika”

- Zopiklon (Imovane)
- Zolpidem (Stilnoct)
- Zaleplon (Sonata) *finnes ikke i Norge*

1. **Insomni**
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

Z-hypnotika

1. **Insomni**
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

- Zopiklon binder seg til både BZ₁- og BZ₂-reseptorene
 - Zopiklon likner derfor benzodiazepinene effektmessig
- Zolpidem og zaleplon binder mer selektivt til BZ₁-reseptorene
 - Mangler krampeløsende og muskelavslappende egenskaper i vanlige doser

Virkestoff	Salgsnavn	Halveringstid i eliminasjons-fase (timer)	Binding til benzodiazepin-reseptorer	
			BZ1	BZ2
Diazepam	Vival, Apozepam, Valium, Stesolid	70-100	+	+
Nitrazepam	Apodorm, Mogadon	15 - 40	+	+
Flunitrazepam	Rohypnol, Flunipam	20 - 30	+	+
Oxazepam	Sobril, Alopam	10 - 15	+	+
Zopiklon	Imovane, Zopiclone Zopiklon, Zopiclon	3,5 - 6	+	+
Zolpidem	Stilnoct, Zolpidem	1 - 4	+	-
Zaleplon	Sonata (Markedsføres ikke i Norge)	1	+	-

Andre hypnotika

1. **Insomni**
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

- **Heminevrin (klometiazol)**
 - Virker også på GABA-systemet
 - Raskt innsettende effekt
 - Halveringstid 4-8 timer

 - Mulige bivirkninger: Forkjølelleslignende tilstand, respirasjonshemming

Ulemper med GABA-aktive midler

- Som regel rask tilvenning til effekten
- Negativ effekt på mental funksjon
- Negativ effekt på balanse, fallrisiko

- Lite beviser for at de faktisk påvirker søvnen positivt

Andre hypnotika

1. **Insomni**
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

- Melatonin i depotform (Circadin)
 - "Naturlig" behandling
 - Individuell respons
 - Ingen gode studier på eldre
 - Ingen negativ effekt på kognisjon eller fall

Andre hypnotika

1. **Insomni**
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

- Noen ganger brukes også antihistaminer eller nevroleptika
 - Vallergran, Atarax
 - Nozinan (skal ikke brukes til eldre eller ved demens)
 - etc...
- Ingen fordeler, mer bivirkninger

2. Døgnrytmeforstyrrelser



- Døgnrytmen forandres med alderen
 - Tidligere oppvåkning
 - Tidligere trett om kvelden

Døgnrytmeforskyvning

1. Insomni
2. **Døgnrytmeforstyrrelser**
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

- Døgnrytmen kan forskyves med lysbehandling
- 10 000 lux i 30 minutter
 - Lysbehandling om kvelden gjør at man sover lengre om morgenen
 - Lysbehandling om morgenen gjør at man våkner tidligere neste dag

3. Bevegelsesforstyrrelser



- Fremfor alt "Restless legs"
 - Ubehagelige fornemmelser i beina som lindres av bevegelse
 - Opptrer i hvile eller inaktivitet, særlig om kveld og natt

Behandling av restless legs

1. Insomni
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. **Bevegelsesforstyrrelser**
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. Parasomnier

- Behandles fremfor alt med parkinsonmedisin (dopaminerge preparat)
 - Viktigste bivirkninger er mareritt og hallusinasjoner!

4. Pusteforstyrrelser



- Snorking

- Ikke farlig, men kan være tegn på obstruktiv søvnapnoe

- Sentral søvnapnoe

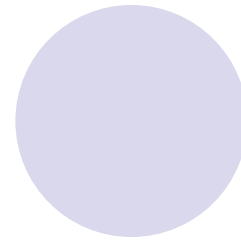
- Pustestopp pga hjerneskader (oftest slag), eller hjertesvikt

Sentral søvnapnoe

1. Insomni
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
- 4. Pusteforstyrrelser**
5. Hypersomni
6. Parasomnier

- Vanlig hos sykehjemspasienter, særlig dem med demens (cirka 50%)

5. Hypersomnier



1. Insomni
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
- 5. Hypersomni**
6. Parasomnier

● Narkolepsi

- Sjelden tilstand
- Begynner oftest i yngre alder

6. Parasomnier

1. Insomni
2. Døgnrytmeforstyrrelser
3. Bevegelsesforstyrrelser
4. Pusteforstyrrelser
5. Hypersomni
6. **Parasomnier**

- Søvnngjengeri
- Nattskrek
- Mareritt
- REM-søvnstøtforstyrrelse (RSBD)
 - Vanligst hos eldre
 - Man "agerer sine drømmer"
 - Hyppigere ved demens med Lewy-legemer, Parkinsons sykdom og lignende tilstander



REM-søvnstørrelsesforstyrrelse

Typisk for

- Parkinsons sykdom (med demens)
- Demens med Lewy-legemer

Behandles med

- Klonazepam (Rivotril)
- Parkinsonmedisin eller melatonin kan også prøves

Anbefalt lesing

Fetveit A, Bjorvatn B. "Søvnforstyrrelser hos eldre".
Tidsskr Nor Legeforen 2009;129:2004-6.

Bloom HG, et al. "Evidence-based
recommendations for the assessment and
management of sleep disorders in older
persons". J Am Geriatr Soc 2009;57(5):761-89.

Demens versus depresjon og annen psykiatrisk sykdom

Peter Bekkhus-Wetterberg
Overlege, Hukommelsesklinikken
OUS Ullevål

Kognitiv svikt ved psykiske lidelser

- Kognitiv svikt beskrevet ved
 - Depresjon
 - Psykoser av ulike typer, særlig schizofreni
 - PTSD
 - etc, etc...



Reell svikt, eller dårlig samarbeid?

- Vanskelig å vurdere
- Dårlig samarbeid utelukker ikke reell svikt

”Psykisk” eller ”organisk”?

- Enten – eller: er egentlig feil spørsmål
- Noen ganger får tiden vise
- ”Sedetan-tabletter”

Tidligsymptomer ved nevrologiske sykdommer og demens

- Kan være lette, diffuse og forbigående
- Tretthet, svimmelhet, hodepine
- Problemer på arbeidsplassen, mobbing
- Utbrenthet

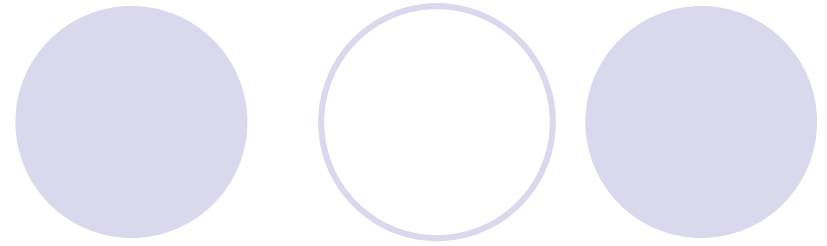
Indikasjoner på hjernesykdom ved tester

- Kan være små og subtile
 - Man skal kopiere en figur og tenger den rotert
 - Perseverasjonstegn f eks ved skriving

Postmannen kom med mangefor-
sendelser.

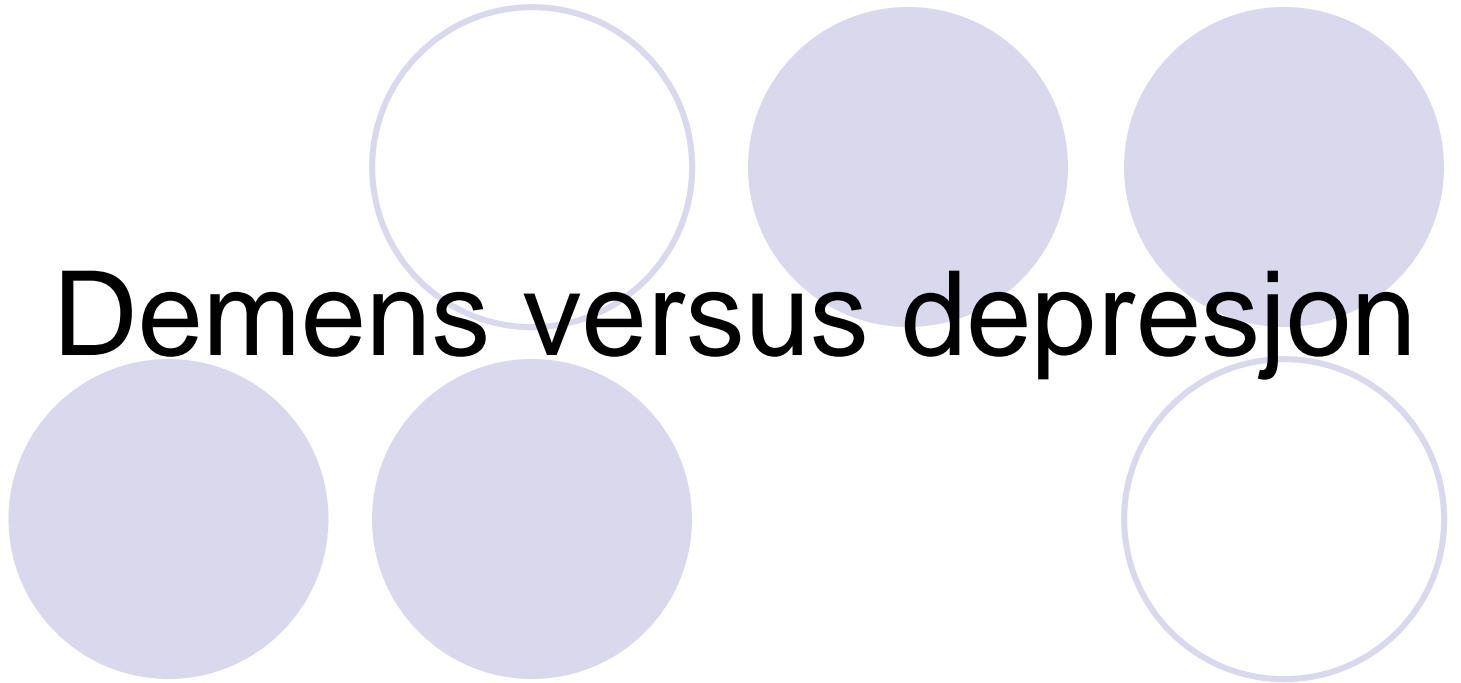
Jeg har fotten n nu sykkel

”Organisk mønster”



- Problemer som tyder på skade på én side av hjernen («lateraliserte» utfall)
 - Språkforstyrrelser
 - «Visuospatiale» (rom-retning) problemer
- Nylæring og gjenkalling er vanskeligere enn gjenkalling av gamle minner
- Gode evner kontrastert med vansker med enkel oppmerksomhet og innlæring

Demens versus depresjon





Høna eller egget?

- Depresjon med demens?
- Demens med depresjon?
- Depresjon som årsak til demens?
- Demens som årsak til depresjon?

Depresjon med kognitive symptomer

- Depresjon kan gi "demenslignende" symptomer.
- Hos eldre angis det at opp til 20% kan ha kognitive symptomer ved depresjon.
- Brukte å kalles "pseudodemens", nå oftere "demenssyndrom ved depresjon".

Depresjon med kognitive symptomer

- Typiske funn er svikt i oppmerksomhet, tempo, innlæring og gjenkalling
- Dette hører ikke til bildet ved depresjon:
 - Visuospasiale vansker
 - Språkforstyrrelser

Depresjon med kognitive symptomer

- De kognitive symptomene forbedres ofte ved behandling av depresjonen
- Mer enn halvparten av eldre pasienter med depresjon med kognitiv svikt, utvikler imidlertid demens over tid.
- En studie viste at 89% hadde utviklet demens etter 18 års oppfølging.



Demens med depresjon

- Depressive symptomer er vanlige ved demens
- Ved vaskulær demens like vanlig som etter hjerneslag (~50%)
- Ved Alzheimers sykdom regner man med at 30% har noen grad av depresjon noen gang under forløpet



Hvordan gjenkjenne depresjon hos en pasient med demens?

- Noen kan selv rapportere symptomer som mangel på mening og glede.
- De kan føle at livet er et ork og gi uttrykk for at de ønsker å dø.
- Andre har en atferd som avslører tristhet, nedsatt interesse, mangel på energi
- Gråt, søvnforstyrrelser, nedsatt matlyst og vekttap
- Andre er mer preget av irritasjon, sinne og mistenksomhet
- Kroppslige plager i form av smerter og forstoppelse forekommer også

Hvordan få mistanke om depresjon?

- "Føler du deg ofte trist eller deprimert?"
 - Svar "ja" har 85% sensitivitet og 65% spesifisitet for depresjon.

Hvordan få mistanke om depresjon?

1. Er du stort sett tilfreds med livet ditt?
 2. Kjeder du deg ofte?
 3. Føler du deg ofte hjelpeløs?
 4. Foretrekker du å bli hjemme fremfor å gå ut og gjøre nye ting?
 5. Føler du deg ganske nytteløs som du er nå?
- ≥ 2 "depressive" svar: sens 97%, spes 85%



GDS kortversjon

1. Er du stort sett fornøyd med livet ditt?
2. Har du sluttet med mange av dine tidligere aktiviteter og interesser?
3. Synes du livet ditt føles tomt?
4. Kjeder du deg ofte?
5. Er du oftest i godt humør?
6. Er du redd det vil skje deg noe forferdelig?
7. Er du for det meste glad?
8. Føler du deg ofte hjelpeløs?
9. Sitter du heller hjemme enn går ut og finner på nye ting?
10. Synes du at du har mer problem med hukommelsen enn de fleste?
11. Synes du det er herlig å leve akkurat nå?
12. Føler du deg ganske nytteløs når du er som du er nå?
13. Føler du deg full av energi?
14. Synes du situasjonen din er håpløs?
15. Tror du at de fleste andre har det bedre enn du?

Mer enn 5 poeng gir mistanke om depresjon

Cornell scale for depression in dementia

- **A Stemningsleie**

- Engstelse
- Tristhet
- Mangel på reaksjon på positive hendelser
- Irritabilitet.

- **B Atferdsforstyrrelser**

- Agitasjon
- Retardasjon
- Tap av interesse.

- **C Fysiske symptomer**

- Nedsatt matlyst
- Vekttap
- Mangel på energi
- Multiple kroppslige symptomer

- **D Sykliske funksjoner**

- Døgnvariasjon i stemningsleie
- Vanskelig for å sovne
- Mange oppvåkninger i løpet av natten
- Våkner tidlig om morgenen

- **E Forstyrrelse av forestillinger**

- Suicid
- Lav selvfølelse
- Pessimisme
- Syntyne vrangforestillinger

Forskjeller demens/depresjon

Demens	Depresjon
Snikende debut	Mer presis debut
Ingen tidl psykiatriske sykdommer	Depresjon i anamnesen
Skjuler sine problemer	Fremholder sine problemer
"Nesten rett" eller forklarende svar	"Vet ikke" – svar
Stemningsleie skifter fra dag til dag	Døgnvariasjon i stemningsleie
Stabil kognitiv svikt	Varierende kognitiv svikt
Anstrenger seg for å lykkes, ubekymret når hun misslykkes	Anstrenger seg mindre, bekymret når hun misslykkes
Nedsatt hukommelse mest uttalt for nylige hendelser	Nedsatt hukommelse for "alt". Ledetråder hjelper.
Hukommelsestapet kommer først	Depresjonen kommer samtidig eller før problemene med hukommelsen
Koblet til svekket sosial funksjon	Koblet til angst og uro

Relasjon depresjon-demens

- Vanlig:

- Depresjon som fører til kognitive symptomer som redusert hukommelse
- Depressive symptomer som ledd i en demenssykdom
- Depresjon ved cerebrovaskulær sykdom

- Uvanlig

- Depresjon som eneste forklaring til en fullt utviklet demens med multiple kognitive problemer
- Alvorlig depresjon som komplikasjon til Alzheimers sykdom



Praktiske konsekvenser

- Overvei muligheten for depresjon hos eldre pasienter med lette hukommelsesproblemer
- Ved demensutredning: Vurder alltid om pasienten har tegn både til depresjon og demens
- Behandle depresjonen, men legg til kolinesterasehemmere ved begynnende demens
- Overvei å behandle med et antidepressivum over lang tid