

Legemiddelbruk hos eldre

Delirium

Personlighetsforstyrrelse

Rus

- ◆ **ABC fagdag, Grimstad, 7. mars 2019**
- ◆ **Allan Øvereng, Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse**

Bruk

- ◆ Halvparten av alle reseptbelagte legemidler skrives ut til eldre
- ◆ Eldre bruker flere legemidler en noen gang og forbruket øker

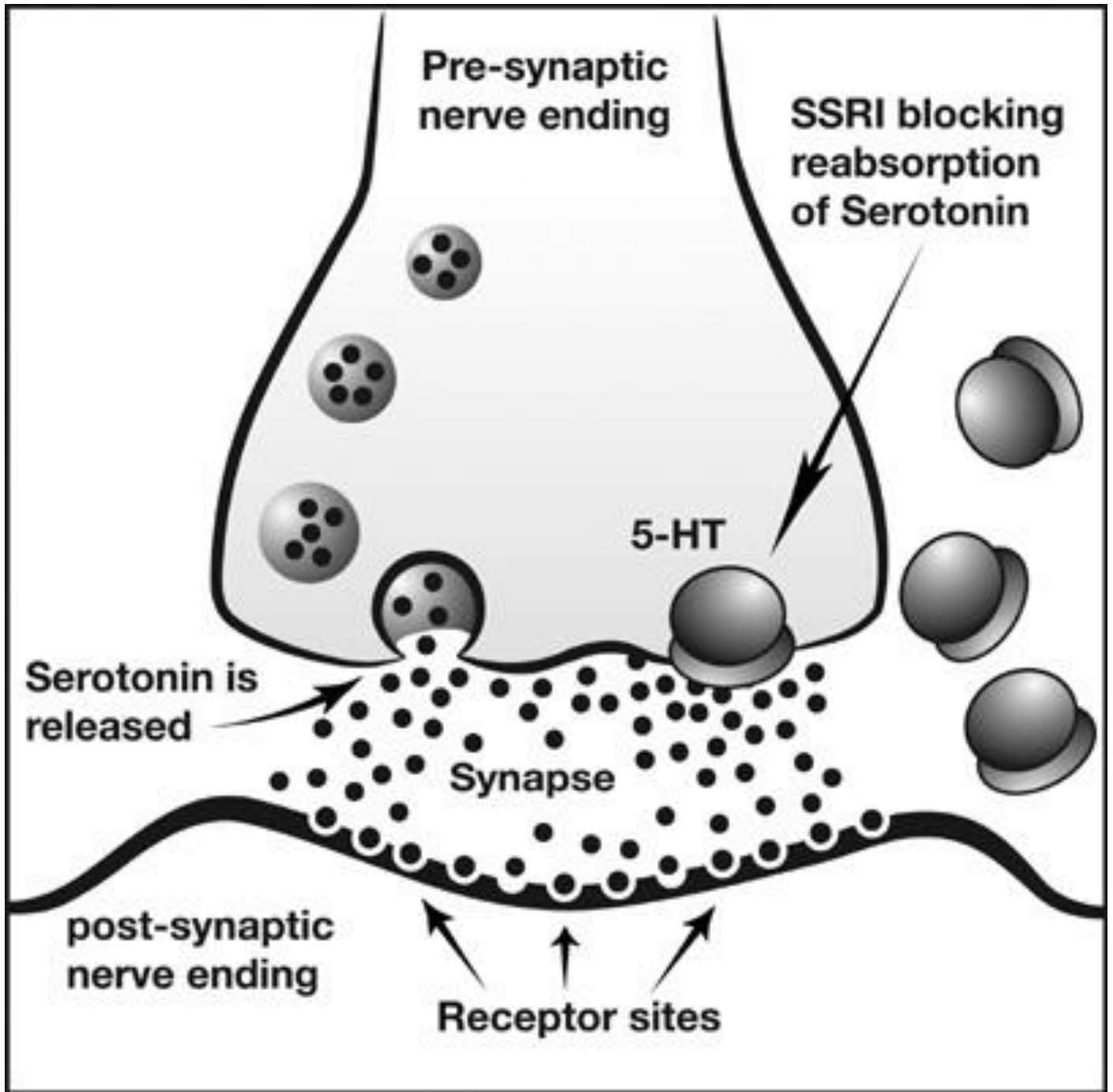
Aldring

- ◆ Påvirker effekten av legemidler
- ◆ Oftest sterkere effekt
- ◆ Utilstrekkelig utprøving på eldre



Farmakodynamikk

- ◆ Farmakodynamikk: Hvordan legemiddelet virker på kroppen
- ◆ Antagonister: Blokkerer kroppens reseptorer
- ◆ Agonister: Stimulerer reseptorene på samme måte som kroppens egne signalstoffer slik at cellene blir mer aktive



Farmakokinetikk - hvordan kroppen håndterer legemiddelet

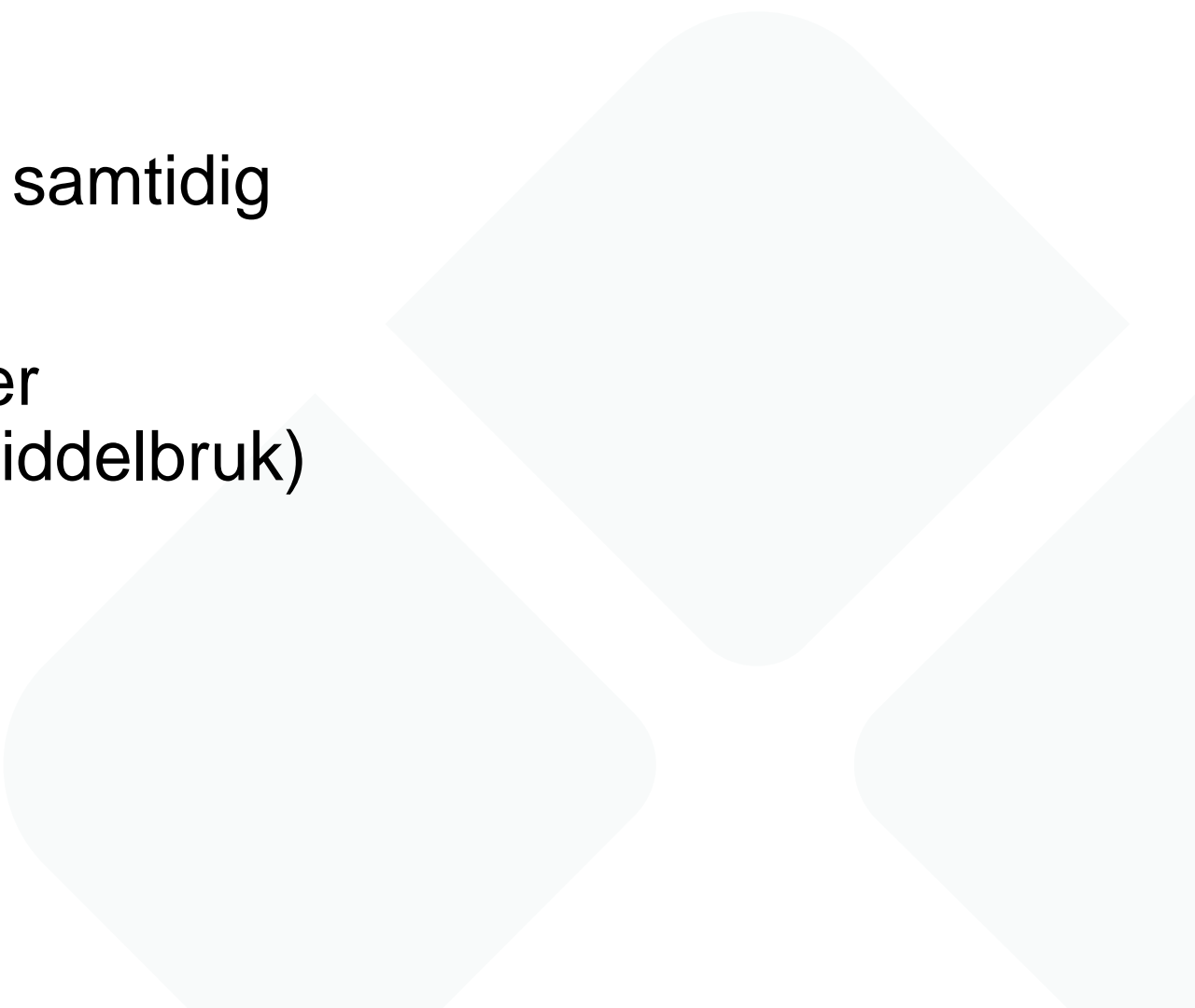
Aldring:

- Nedsatt blodgjennomstrømning i tarmen
- Mer fett
- Mindre vann
- Redusert nyrefunksjon

Interaksjon


- ◆ Samtidig inntak av et annet legemiddel, rusmiddel eller næringsmiddel -> effekten endres
 - ◆ **Farmakodynamiske interaksjoner:** forsterker eller svekker effekt
 - ◆ **Farmakokinetiske interaksjoner:** endrer opptak, transport, nedbrytning eller ekskresjon

Polyfarmasi

- ◆ Bruk av fem eller flere legemidler samtidig
 - ◆ Bruk av flere legemidler enn det er indikasjon for (unødvendig legemiddelbruk)
- 

Polyfarmasi

Vanlige problemer:

- overdosering
 - unødvendig legemiddelbruk
 - uhensiktsmessig valg av legemiddel
 - underbehandling
 - utilsiktede interaksjoner
 - dårlig etterlevelse
- 

Polyfarmasi

Forhøyet risiko for:

- ♦ fall
- ♦ hospitalisering
- ♦ død
- ♦ nedsatt funksjonsnivå
- ♦ økt skrøpelighet
- ♦ dårligere ernæringsstatus

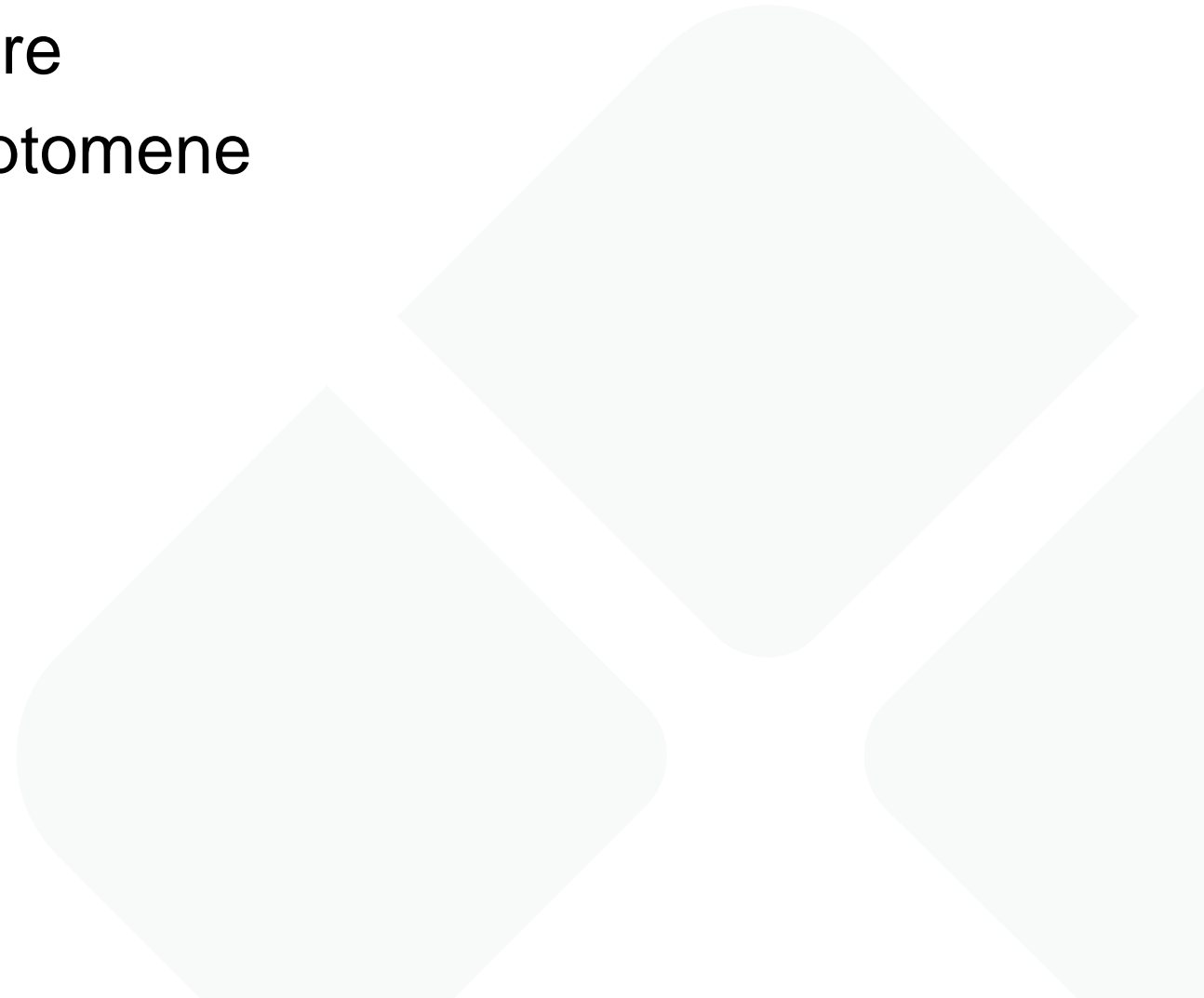


Dårlig etterlevelse

- ◆ Uklar hensikt
- ◆ Opplever ikke effekt
- ◆ Opplever bivirkning
- ◆ Kommunikasjonsproblemer, muntlig, skriftlig
- ◆ Uklarhet om bruk
- ◆ Smak, lukt, vond å svelge etc
- ◆ Komplisert medisinregime – polyfarmasi
- ◆ Fysiske, eller praktiske hindringer
- ◆ Oppleveres kostbart
- ◆ Kognitiv svikt

Bivirkninger

- ◆ høyere bivirkningsrisiko hos eldre
- ◆ mer sårbare for bivirkningssymptomene
- ◆ fører til sykehusinnleggelseser



De vanligste legemiddelgruppene

- ◆ Blodfortynnende midler
- ◆ Vanndrivende midler
- ◆ Blodtrykksmidler
- ◆ Kolesterolsenkende midler
- ◆ Lettere smertestillende midler
- ◆ Antibiotika
- ◆ Astma og KOLS- midler
- Diabetesmidler
- Midler mot lavt stoffskifte
- Vitamin/mineraltilskudd
- Midler mot forstoppelse
- Antidepressiva
- Sovemedisiner
- Beroligende medisiner

Psykofarmaka

5 % av hjemmeboende eldre, og mer enn 30 % av alle sykehjemspasienter bruker tre eller flere psykofarmaka samtidig

Spesifikke forskrivningskriterier pga alvorlige bivirkninger og fare for vanedanning

For eksempel:

- Svekket kognisjon

- Redusert muskelstyrke

- Trøtthet

- Fall

- Brudd

Bruk av psykofarmaka hos sykehjemsbeboere

Helvik, Benth, Wu, Engedal & Selbæk, 2017

- ◆ Høyt forbruk, uavhengig om demens eller ikke
- ◆ Aggresjon, irritabilitet og hallusinasjoner: større sannsynlighet for bruk
- ◆ Bedring i symptomene over tid; fortsatt bruk
- ◆ Bivirkningene ved langtidsbruk:
 - ◆ raskere utvikling av demens
 - ◆ høyere risiko for slag
 - ◆ fall
 - ◆ død

Legemidler og hoftebrudd

Birkeland Waade, Molden, Martinsen, Hermann & Hylene Ranhoff, 2017

- ◆ 63% av hoftebruddpasienter hadde sederende medikamenter i blod
- ◆ Hyppigst: sovemedisiner
- ◆ 7.6 % hadde drukket alkohol

Antikolinerge preparater

Antidepressiva

Antipsykotika

Antihistaminer

Legemidler mot urininkontinens

Risiko for perifere bivirkningssymptomer ved bruk av antikolinerge legemidler – **kan mistolkes som aldersrelaterte plager og føre til ytterligere medisinerings**

Legemidler mot demens

Stabilisere hele eller deler av symptombildet hos noen pasienter i en tidsbegrenset periode

Acetylkolinesterasehemmere (KEH): reduserer nedbryting av acetylkolin. Bedrer kognisjon? LBD?

Memantin: Bedrer funksjon?

Bivirkninger?

NPS og psykofarmaka i Norge

Selbæk, Kirkevold, Engedal. IJoGer Psych, 22 2007

- ◆ 81% demens
- ◆ 72% klinisk relevant NPS
- ◆ Psykotrop medisin til 75% av personene med demens
- ◆ Sammenheng mellom type medisin og symptom
- ◆ Systematiske programmer for å øke kunnskap i evaluering og behandling av disse symptomene er nødvendig

Medikamentell behandling av NPS

- ◆ Lite effektivt
- ◆ Zyprexa og Risperdal har best dokumentert effekt, men beskjedne, og med fare for slag
- ◆ Demensmedisin bør prøves ut
- ◆ Benzo kun kort tid eller som eventuelt ved angst
- ◆ All psykoaktiv medisiner mot nevropsykiatriske symptomer bør prøveseponeres hver 3 måned

Psykose ved demens

- ◆ Oftest synshallusinasjoner
- ◆ Vage vrangforestillinger (sjalusi, tyveri) ofte med bakgrunn i nedsatt orientering og hukommelse
- ◆ Lewy legeme demens(LBD); syns-, hørselshallusinasjoner og vrangforestillinger
- ◆ **OBS!**
 - ◆ Pasienter med LBD tåler dårlig antipsykotika.
 - ◆ Mistolking, sansesvikt, forvirring, angst kan ligne psykosesymptomer
 - ◆ Delirium er svært vanlig hos personer med demens og kan gi psykosesymptomer

Vanlige utløsende årsaker:

- ◆ Legemidler (de fleste påvirker hjernen)
- ◆ Infeksjoner (UVI, lungebetennelse)
- ◆ Brudd
- ◆ Kirurgi, anestesi
- ◆ Urinretensjon og obstipasjon
- ◆ Dehydrering og elektrolyttforstyrrelser
- ◆ Hjerteinfarkt, arytmier
- ◆ Hjerneslag
- ◆ Lungeemboli/KOLS
- ◆ Endokrinologiske tilstander
- ◆ Stress (?)

Risikofaktorer:

- Hjernesykdom/skade/svikt
- Alder
- Akutt stress – fysisk og psykisk
- Kroppslig sykdom
- Skjørhet (frailty)
- Polyfarmasi
- Sansesvikt

Behandling av delirium

- ◆ Kroppslig undersøkelse til man finner årsaker
- ◆ Behandle bakenforliggende årsak(er)
- ◆ Forebygge komplikasjoner – grunnleggende sykepleie
- ◆ Medisinsanering
- ◆ Regulering av stimuli (skjerming)
- ◆ Smertebehandling
- ◆ Pårørendeveiledning
- ◆ Medikamentell behandling ved farefull atferd, sterk psykisk smerte eller uhåndterlig søvnproblem
- ◆ Skadeforebygging - overvåking

Behandling av depresjon

- ◆ Psykoterapi
- ◆ Medisiner - SSRI, TCA
- ◆ ECT
- ◆ Støttesamtale
- ◆ Opplæring (KID)
- ◆ Obs fysisk sykdom, sanser, aktivitet, nettverk, medikamenter, alkohol, søvn, støtte/omsorg og livskrise

Depresjon

<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-retningslinje-for-diagnostisering-og-behandling-av-voksne-med-depresjon-i-primer-og-spesialisthelsetjenesten/voksne-med-moderat-til-alvorlig-depresjon>

- ♦ Mild: Antidepressiver anbefales ikke. Obs søvn, angstmestring, fysisk aktivitet, eventuelt enkle psykologiske intervensjoner som strukturerte problemløsningsteknikker
- ♦ Moderat: Antidepressiver bør vurderes når depresjonen ikke responderer på ikke-medikamentelle tiltak og pasienten er motivert for medikamentell behandling, og hos pasienter som tidligere har hatt moderate og alvorlige depresjoner
- ♦ Strukturert psykologisk behandling bør alltid tilbys pasienter som ikke mottar, eller som ikke ønsker, behandling med antidepressiver.
- ♦ Alvorlig: Kombinere strukturert psykologisk behandling med bruk av antidepressiver. ECT

Aldring hos personer med psykoselidelse

- ◆ Pasienter/brukere med alvorlige psykoselidelser kan være plaget av symptomer gjennom hele livet
- ◆ Positive psykosesyntomer blir mindre fremtredende
- ◆ Negative og kognitive symptomene blir mer dominerende
- ◆ Nedsatt funksjonsevne fører ofte til økt behov for omsorg og pleie og hyppigere tilsyn fra primærhelsetjenesten
- ◆ Evaluering av legemiddelbehandling regelmessig med tanke på bivirkninger og interaksjoner
- ◆ Funksjonssvikt kan skyldes bivirkninger av legemidler
- ◆ Noen kan oppnå betydelig bedring av livskvaliteten ved å senke/fjerne antipsykotiske legemidler

Behandling med legemidler

- ◆ Graden av subjektiv lidelse
- ◆ Kan vurderes indirekte; søvn, matinntak og hvorvidt pasienten handler på bakgrunn av forestillingene
- ◆ Effekt av legemiddelbehandling; indirekte mål trolig bedre enn tilstedeværelsen av psykotiske fenomener
- ◆ Økt sannsynlighet for ekstrapyramidale bivirkninger
- ◆ Obs Parkinsons sykdom, demens med Lewy-legemer, hjerte/kar sykdom

Antipsykotisk medikamentell behandling

- ◆ Antipsykotisk effekt
- ◆ Dempende effekt
- ◆ Bivirkninger: (individuelle, doseavhengige)
 - ◆ Treghet, stivhet, skjelving (parkinsonisme)
 - ◆ Kroppslig uro (akatisi)
 - ◆ Ufrivillige bevegelser (tardive dyskinesier)
 - ◆ Treghet (akinesi)
 - ◆ Muskelkramper (akutte dystonier)
 - ◆ Malignt nevroleptikasyndrom
 - ◆ Antikolinerge bivirkninger
 - ◆ Hjerte og kar
 - ◆ Vektøkning

Angst

Benzodiazepiner; har vært brukt i flere ti-år mot angstlidelser.

- Kan kun brukes i korte perioder
- Eldre bør bruke lave doser og helst i akutte situasjoner
- ♦ 65 år og over = 15-20% bruker benzodiazepiner
- ♦ 12.3% av de eldre i Norge bruker benzodiazepiner og Z-hypnotika på en upassende måte (Neutel, C. Ineke; Skurtveit, Svetlana; Berg, Christian Lie, 2012)

Angst

Annen medikamentell behandling;

- ◆ Lyrica (antiepileptika)
- ◆ Buspiron (anxiolytika)
- ◆ Naturmiddel som for eks Kava Kava og Baldrian (Valeriana)

Sovemedisiner

Z –hypnotika, innsovningstabletter, har kort virketid og brukes oftest til eldre. Bivirkning: fare for fall.

De som ikke hadde demens brukte i større grad sovemidler over lang tid enn beboere som hadde demens. (Helvik, Benth, Wu, Engedal & Selbæk, 2017)

<http://tidsskriftet.no/2006/11/legemidler-i-praksis/er-z-hypnotika-bedre-og-tryggere-sovemedisiner-enn-benzodiazepiner>

Vanedannende legemidler

- ◆ Benzodiazepiner
 - ◆ Angstdempende midler
 - ◆ Stesolid, Valium, Vival, Diazepam, Sobril, Xanor, Rivotril
 - ◆ Sovemidler
 - ◆ Apodorm, Mogadon
- ◆ z-hypnotika
 - ◆ Imovane, Stilnoct, Zopiklon, Zolpidem
- ◆ Andre sedativa
 - ◆ Heminevrin
- ◆ Analgetika
 - ◆ Opioider

Alkohol i kombinasjon med vanedannende legemidler

- Alvorlige bivirkninger allerede ved lavt til moderat alkoholinntak
- Endret metabolisme av alkohol – høyere konsentrasjon i blodet
- Endret metabolisme av legemidlene – høyere konsentrasjon i blodet
- **Alkohol skal ikke kombineres med vanedannende legemidler**

(Anne Helvik, Psyk-IT, 2017)

Delirium (Lipowski)

- ◆ Et organisk hjernesyndrom karakterisert ved sviktende oppmerksomhet, forstyrret søvn/våkenhetsrytme og endret psykomotorisk atferd.
- ◆ Tilstanden begynner plutselig og er av kort varighet.

Delirium

Delir

Konfusjon, akutt konfusjon

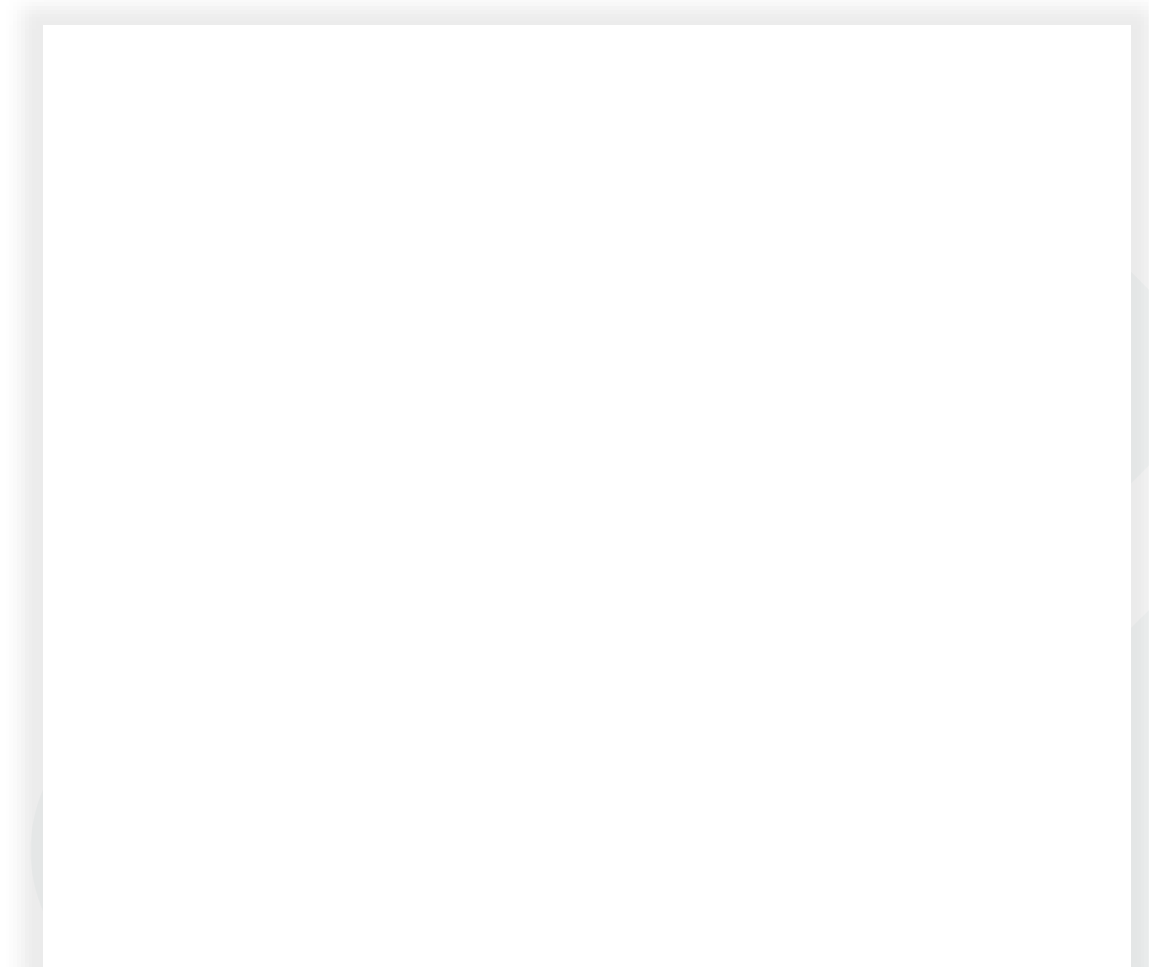
Akutt forvirring

Akutt hjernesvikt

Organisk hjernesyndrom

Postoperativ psykose

Intensivpsykose



Delirium

- ◆ Svikt i oppmerksomhet
- ◆ Nedsatt bevissthet
- ◆ Øket eller minsket aktivitet
- ◆ Brå debut
- ◆ Svingende forløp
- ◆ Fysisk årsak
- ◆ Reversibelt
- ◆ Høy dødelighet



Forekomst av delirium: (Waller, tidsskriftet 2013)

- ◆ Øker med alderen
- ◆ 65 år eller eldre innlagt i sykehus: 11 – 42%
- ◆ Akuttinnlagte med demens: 50%
- ◆ Hoftebrudd: 50%
- ◆ 65 + år i intensivavdelinger: 70% eller mer
- ◆ Generell prevalens: 20%
- ◆ Feil og underdiagnostikk?

Hva skjer i hjernen?

- ◆ Dårlig oksygentilførsel
 - ◆ Kolinerg svikt (acetylcholin)
 - ◆ Stresshormon (kortisol)
 - ◆ Inflammasjon
-
- ◆ Sammenhengene er usikre



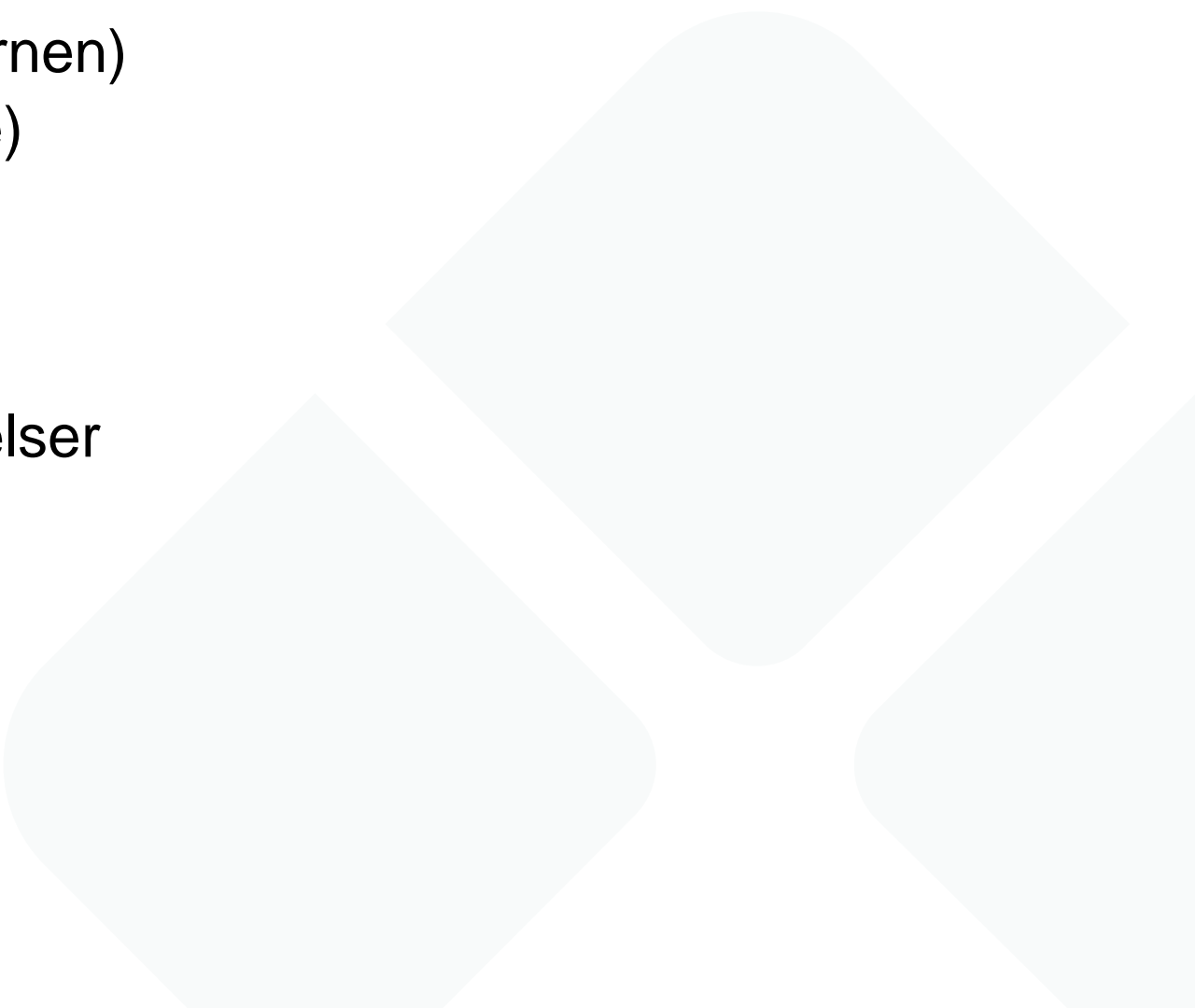
Økt aktivitet – hyperaktivt delirium

- ◆ Varierende oppmerksomhet og våkenhet
- ◆ Uro
- ◆ Håndterer omgivelsene - for eksempel veneflon, kateter
- ◆ Demenssymptomer
- ◆ Forvirring
- ◆ Hallusinasjoner
- ◆ Vrangforestillinger
- ◆ Skaderisiko

Nedsatt aktivitet – hypoaktivt delirium

- ♦ Passiv, ofte sengeliggende
 - ♦ Treghet
 - ♦ Svarer lite eller forvirret
 - ♦ Komplikasjoner ved sengeleie
 - ♦ Kan lett overses
 - ♦ Dårlig prognose
-
- ♦ Ofte blanding av økt eller nedsatt aktivitet (hypo-/hyperaktivt delirium)

Vanlige utløsende årsaker

- ◆ Legemidler (de fleste påvirker hjernen)
 - ◆ Infeksjoner (UVI, lungebetennelse)
 - ◆ Brudd
 - ◆ Kirurgi, anestesi
 - ◆ Urinretensjon og obstipasjon
 - ◆ Dehydrering og elektrolyttforstyrrelser
 - ◆ Hjerteinfarkt, arytmier
 - ◆ Hjerneslag
 - ◆ Lungeemboli/KOLS
 - ◆ Endokrinologiske tilstander
- 

Risikofaktorer

- ◆ Hjernesykdom/skade/svikt
- ◆ Alder
- ◆ Akutt stress – fysisk og psykisk
- ◆ Kroppslig sykdom
- ◆ Skjørhet (frailty)
- ◆ Polyfarmasi
- ◆ Sansesvikt



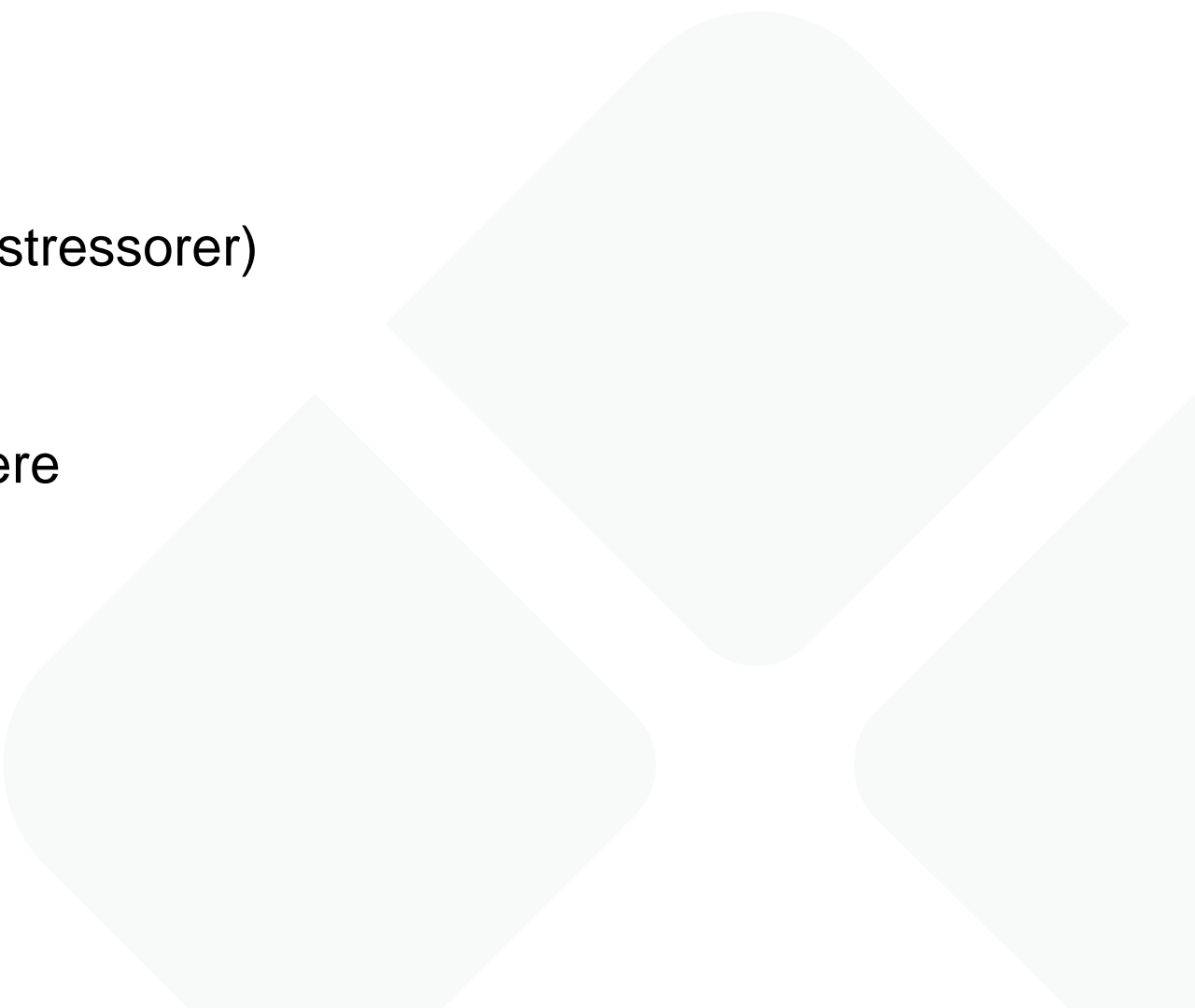
Delirium, konsekvenser

- ◆ Høy dødelighet
- ◆ Flere trykksår, fall, skader
- ◆ Lengre sykehusopphold
- ◆ Økt risiko for å; komme på sykehjem
utvikle demens
utvikle nytt delirium

Diagnose

- ◆ Nylig forverring av:
 - ◆ Oppmerksomhetsevne
 - ◆ Kognitiv fungering
- ◆ Nylig endring i:
 - ◆ Søvnmonster
 - ◆ Atferd
- ◆ Vurdering av risiko- og årsaksfaktorer:
 - ◆ CAM – Confusion Assessment Method
 - ◆ 4AT
 - ◆ Døgnrytmeskjema

Sykehistorie

- ◆ Komparentopplysninger:
 - ◆ Endring i fysisk og psykisk funksjon
 - ◆ Rusmidler
 - ◆ Nylige hendelser (flytting, tap, andre stressorer)
 - ◆ Sykdom:
 - ◆ Kronisk, nå, nylig gjennomgått, tidligere
 - ◆ Medisiner:
 - ◆ Nye
 - ◆ Feilmedisinering?
 - ◆ Etterlevelse? (compliance)
- 

Sjekk først:

- ◆ Temperatur
- ◆ Puls
- ◆ Blodtrykk
- ◆ Urin
- ◆ Bevegelighet
- ◆ Styrke
- ◆ Lammelser
- ◆ Pust
- ◆ Smerter
- ◆ Blære
- ◆ Tarm

Behandling av delirium

- ◆ Kroppslig undersøkelse til man finner årsaker
- ◆ Behandle bakenforliggende årsak(er)
- ◆ Forebygge komplikasjoner – grunnleggende sykepleie
- ◆ Medisinsanering
- ◆ Regulering av stimuli (skjerming)
- ◆ Smertebehandling
- ◆ Pårørendeveiledning
- ◆ Medikamentell behandling ved farefull atferd, sterk psykisk smerte eller uhåndterlig søvnproblem
- ◆ Skadeforebygging - overvåking

Forebygging

- ◆ Oppmerksomhet på risikofaktorer
- ◆ Væske og ernæring
- ◆ Vannlating og forstoppelse
- ◆ Sanser
- ◆ Pust
- ◆ Infeksjon
- ◆ Mobilisering
- ◆ Smerter
- ◆ Medikamentbruk
- ◆ Søvn
- ◆ Rusmidler
- ◆ Hensiktsmessig stimulerings- og aktivitetsnivå

Definisjon

- ◆ **Personlighet** kan defineres som en sum av stabile mønstre i måten et menneske føler, reagerer og tenker om seg selv og omverden.
- ◆ Dette gir væremåte og atferd.

Definisjon

- ♦ **Selvfølelse** kan defineres som evnen til å kjenne og vurdere egne ønsker, behov, forventninger og handlingsferdigheter.
- ♦ **Identiteten** er knyttet til en mer stabil og symbolsk form for selvoppfatning. (Monsen, 1990)

Personlighetsforstyrrelse

- ◆ Er en gruppe psykiske sykdommer, kjennetegnet ved avvik i personlighetstrekk som viser seg i form av urimelige reaksjoner i sosiale og personlige situasjoner.
- ◆ Noen forstyrrelser er mildere og andre mer alvorlige.

Personlighetsforstyrrelser

- ◆ Er vanlig forekommende hos eldre, men er lite undersøkt.
- ◆ Spesielt mangler longitudinelle undersøkelser og behandlingsstudier rettet mot personlighetsforstyrrelser.

Forekomst av personlighetsforstyrrelser hos eldre

- ◆ Varierer fra 3 til 13 % (van Alphen et al., Curr Psychiatry Rep, 2015)
- ◆ 8 % blant 65+ i USA, tvangspreget PF hyppigst (Schuster et al., Am J Geriatr Psychiatry 2013)
- ◆ Forekomsten av personlighetsforstyrrelse er større blant de som mottar helsehjelp enn ellers i eldrebefolkningen, oppimot 30-50 % (?) hos innlagte pasienter ved psykiatrisk avdeling (van Alphen et al, Curr Psychiatry Rep 2015, Rao Int J Geriatr Psychiatry, 2003)

Personlighetsforstyrrelser iht. ICD-10

- ◆ Sykdom som ikke direkte kan tilskrives hjerneskade, hjernesykdom eller annen psykisk sykdom
- ◆ Holdninger og atferd som ikke er i harmoni med omgivelsene
- ◆ Atferdsmønsteret er vedvarende og omfattende, ikke begrenset til episoder med psykisk sykdom
- ◆ Debut i barne-/ungdomsårene og fortsetter i voksen alder
- ◆ Forstyrrelsen fører til betydelig personlig lidelse (som kan bli mer tydelig etter hvert i forløpet)
- ◆ Vanligvis forbundet med yrkesmessige og sosiale problemer

Symptomer

Paranoid:

sårbarhet for krenkelseser, mistenksomhet og tendens til å oppfatte handlinger som fiendtlige og hånfulle.

Schizoid:

kjennetegnes ved tilbaketrekking fra følelsesmessig, sosial og annen kontakt med andre.

Symptomer

Dyssosial:

likegyldighet overfor sosiale forpliktelser og manglende forståelse for andres følelser.

Emosjonell ustabil:

svingende og ustabil stemningsleie, eksplosiv og konfliktsøkende atferd. Deles in i den impulsive typen med manglende impulskontroll og den ustabile med forstyrrelser i selvbildet, mål og indre verdier.

Symptomer

Dramatiserende:

framstår med overfladiske og labile følelser, selvdramatiserende og viser mangel på hensyn til andre.

Tvangspreget:

kjennetegnes ved perfektjonisme, usikkerhet, overdreven samvittighetsfull og opptatt av detaljer.

Symptomer

Engstelig: personen er anspent, engstelig, usikker og føler seg mindreverdige. Lengsel etter å bli likt og akseptert, overfølsom for avvisning og kritikk.

Avhengig: passiv tillit til at andre tar alle avgjørelser og har frykt for å bli sviktet og forlatt, følelser av hjelpeløshet og inkompetanse.

Blandede: viser ikke noen spesifikke av de nevnte mønstre

3 symptomgrupper blant eldre (Sadavoy 1987 i Evang, 2010)

- ◆ Avvikende samspillsmønstre
- ◆ Somatisk og hypokondrisk bekymring
- ◆ Depressiv tilbaketrekning

Symptomer

- ◆ Forenklet kan en oppsummere at symptomene ved personlighetsforstyrrelser kan knyttes til relasjonsproblemer.

Personlighetsforstyrrelse og depresjon

- ◆ Personlighetsforstyrrelser;
 - ◆ hos eldre og depresjon forekommer ofte i kombinasjoner
 - ◆ er en negativ prognostisk faktor for behandling av depresjon (Newton-Holmes et al., J Pers Disord 2014)

Genetisk disposisjon, arv og miljø

- ♦ Arv, miljø og gener er vevd sammen i et meget komplisert nettverk.
- ♦ «Vi vet i dag at det er en sammenheng mellom neurotransmittere, hormoner, peptider, enzymer og personlighet/personlighetsforstyrrelser»

Torgersen, 2008)

(J Pers Disord 2012 Dec; 26 (6).848-66 referert i

Forklaringsmodeller

En mulig forklaringsmodell for utvikling av personlighetsforstyrrelse er å tolke det som en ensidig strategiutvikling, altså en lite fleksibel måte å handle på ovenfor noe som skjer.

En måte å forstå utvikling av personlighetsforstyrrelser på er at strategiene blir brukt ut i fra angst og er tvangspreget, altså uavhengig av hva som er hensiktsmessig.

Psykodynamiske fenomener

- ◆ **Projektiv identifikasjon;** «vanskelige» følelser som pasienten føler på som pårørende/personale ubevisst beskyldes for å ha.
- ◆ **Overføring;** følelsen til personen som behandles, i forhold til behandleren sin (sterkt positiv eller negativ)
- ◆ **Motoverføring;** behandlerens ubevisste reaksjoner ovenfor personen som behandles, særlig ovenfor personens egen overføring.

Personal og pårørende

- ◆ Kan oppleve seg utfordret og egne samspillsevner blir satt på prøve
- ◆ Blir «bærere» av følelser som personen med personlighetsforstyrrelse ikke makter å bære alene
- ◆ Refleksjonsgruppe

Miljøterapi

- ◆ **Hovedmålene i avdelingen eller i hjemmet:**
 - ◆ Hjelp pasienten til å leve med og mestre sin personlighetsmessige sårbarhet
 - ◆ Skape rammer for pasienten som fører til forutsigbarhet og trygghet på avdelingen
 - ◆ Hjelp personalet i å ivareta sin egen rolle i samspillet med pasientene
- ◆ **Individuell pleieplan er viktig**

Strategier

- ◆ Avledning gjennom aktivitet
- ◆ Avledning gjennom sosial kontakt
- ◆ Avspenning
- ◆ Å berolige sansene

Grensesetting

- ◆ Nødvending når atferden blamerer pasienten, krenker andres rettigheter eller skader pasienten/andre
- ◆ Innebærer tydelighet om hva som er akseptert/ikke akseptert
- ◆ Innebærer tydelighet om tiltak hvis grensene brytes
- ◆ Må ha et langsiktig og pedagogisk formål
- ◆ Bør skje på en respektfull, ivaretagende og affektnøytral måte

Fremgangsmåte ved grensesetting:

- ◆ Få oversikt over situasjonen – fra pasientens, personalets og omgivelsens synsvinkel
- ◆ Anmod pasienten om å endre atferd
- ◆ Forklar tydelig hvilke tiltak som gjøres hvis atferd ikke endres
- ◆ Iverksett tiltak på en vennlig og bestemt måte
- ◆ Snakk sammen, etter at pasienten roet seg
- ◆ Skap en atmosfære av støtte, ivaretagelse og trygghet ved fare for forverring. Å konfrontere eller presse kan i slike situasjoner virke anti terapeutisk

Rusmidler

- ◆ Alkohol
- ◆ Tobakk
- ◆ Medisiner
- ◆ Illegale stoffer
- ◆ Kombinasjoner



Vanedannende legemidler

Benzodiazepiner

- ◆ Angstdempende midler
Stesolid, Valium, Vival, Diazepam,
Sobril, Xanor, Rivotril
- ◆ Sovemidler
Apodorm, Mogadon

z-hypnotika

Imovane, Stilnoct, Zopiklon,
Zolpidem

Andre sedativa

Heminevrin

Analgetika

Opioider

Reseptregisteret:

- ◆ Samtidig bruk av flere vanedannende legemidler er vanlig hos eldre
- ◆ Opioider kan gi kognitive effekter og bidra til utvikling av delirium, øke risikoen for fall, spesielt i kombinasjon med benzodiazepiner og andre psykotrope legemidler og alkohol

Sovemidler, z-hypnotika

- ◆ Brukes over lang tid og i et stort omfang
- ◆ Ikke i samsvar med godkjent indikasjon
- ◆ Ikke i overenstemmelse med anbefalingene i veilederen for vanedannende legemidler

Alkohol i kombinasjon med vanedannende legemidler

(Anne Helvik, Psyk-IT, 2017)

- ◆ Alvorlige bivirkninger allerede ved lavt til moderat alkoholinntak
- ◆ Endret metabolisme av alkohol – høyere konsentrasjon i blodet
- ◆ Endret metabolisme av legemidlene – høyere konsentrasjon i blodet
- ◆ Alkohol skal ikke kombineres med vanedannende legemidler

Eldres (60+) alkoholbruk (KORFOR, 2015)

- ◆ Færre avholdne
- ◆ Eldre drikker oftere enn tidligere
- ◆ Avtar med økende alder
- ◆ Moderate mengder
- ◆ Mer liberalt nå
- ◆ 3,1% av 60+ har risikofylt forbruk av alkohol
- ◆ Alkoholrelaterte dødsfall høyest blant menn 60 – 70 år
- ◆ Underrapportering, maskert av somatisk og psykiatrisk sykkelighet
- ◆ Risikofaktorer; økt sårbarhet og tapsopplevelser
- ◆ Samfunnsmessige konsekvenser: økt bruk av helsetjenester, ulykker, skader, vold, omsorgssvikt og redusert arbeidsevne

Alkoholrelaterte problemer – tjenestetilbud og kompetansebehov (KORFOR 2015)

- ◆ Tjenestene vegrer seg for å ta opp alkoholbruk
- ◆ Glidende overganger mellom vanlig bruk og litt for mye/litt for ofte
- ◆ Alkoholbruken til de som befinner seg i litt for mye/litt for ofte ligner bruken til ansatte i tjenestene (95% bruker alkohol)
- ◆ Sykehus; ruskonsulentordning?
- ◆ Screening – vanskelig å innføre – casefinding er bedre?
- ◆ Tverrfaglig spesialisert rusbehandling; ikke eldre
- ◆ Omsorgstjenester bør inkluderes i kartlegging

Pragmatisk case-finding hos fastlegen (Gilje Lid, demens & alderspsykiatri, Nr. 3, 2017)

Når det er klinisk relevant – noe har allerede skjedd

- ◆ For eksempel søvnevansker, angst/depresjon, tapsopplevelser, ulykker, svimmelhet, slapphet, ensomhet, hjerterytmeforstyrrelser, høyt blodtrykk, gjentatte infeksjoner, forhøyete leverprøver


Når det er relevant av andre grunner – forebyggende

- ◆ Myndighetsutøvelse (førerkort), samtaler om helse og livsstil, livsfaseendringer (pensjonering)

Perspektiver på alkoholavhengighet (Wählin, 2015)

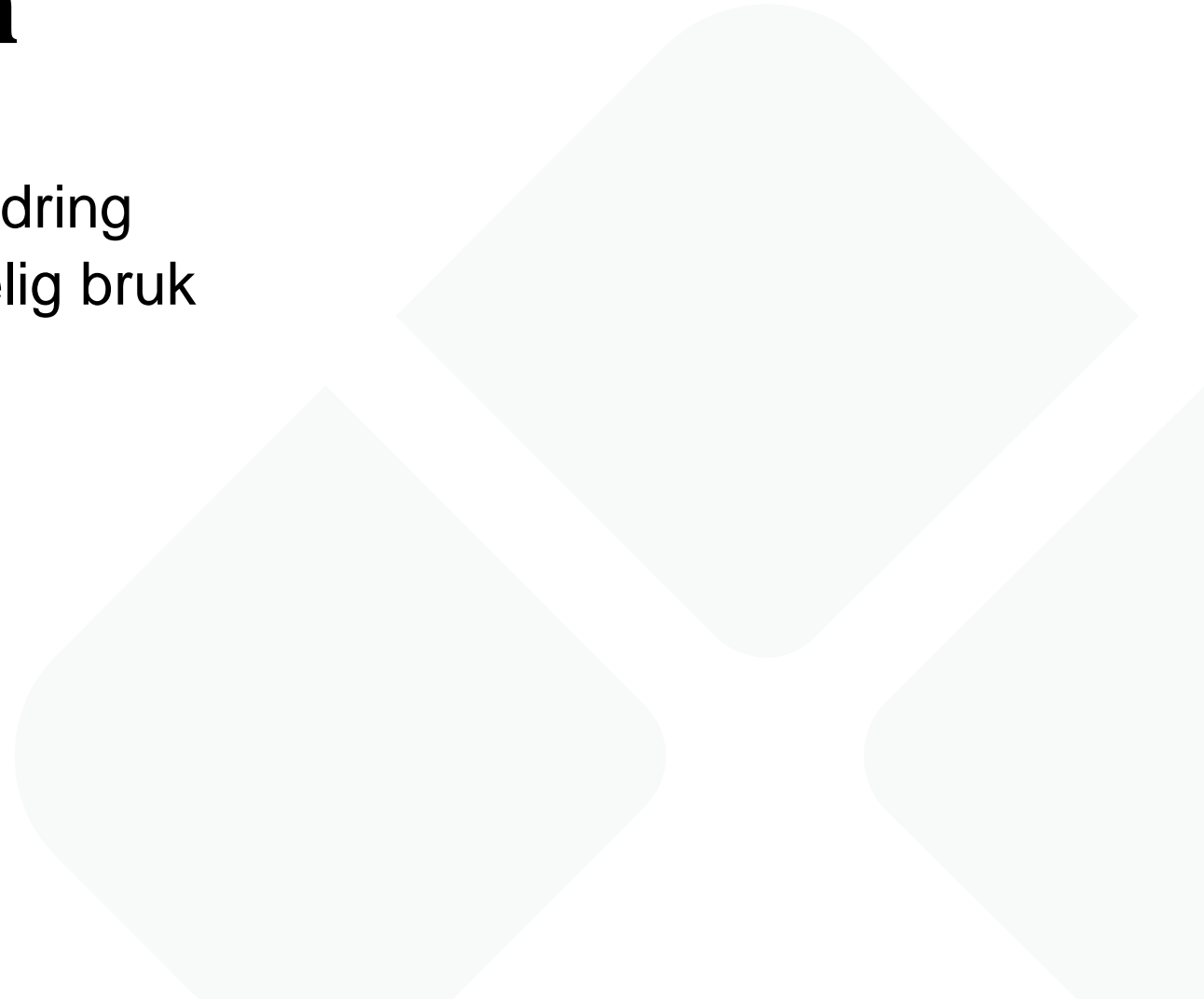
- ◆ Moralsk utfordring
- ◆ Sykdom som skyldes alkoholens giftighet
- ◆ Sykdom i viljen
- ◆ Psykologisk problem
- ◆ Sosialt problem
- ◆ Undertrykkelse
- ◆ Den pårørendes problem, medavhengighet
- ◆ Folkehelseproblem
- ◆ Medisinsk eller psykiatrisk sykdom
- ◆ Overdrevet interesse
- ◆ Livsstil

Rus

- ◆ Avhengighet
 - ◆ Risikofull bruk
 - ◆ Å ta det opp
 - ◆ AUDIT og DUDIT
 - ◆ Oppfølging og motivasjon
- 

Ulike typer problem

- ◆ Avhengighet
- ◆ Pågående skadelig bruk pluss aldring
- ◆ Aldring pluss begynnende skadelig bruk
- ◆ Ikke skadelig bruk pluss aldring



Utfordringer

- ◆ Behandlingsnihilisme – alderisme
- ◆ Casefinding og ansvar: Fastleger, hjemmebaserte tjenester, sykehus – lite tradisjon, hemmes av moral?
- ◆ Media; «rødvin er sunt for hjerne/hjerte»
- ◆ Positiv diskriminering «fordi de/vi har fortjent det»
- ◆ Større avhengighet av proxy data og biologiske data
- ◆ Eldres holdninger til alkohol – privat, moral

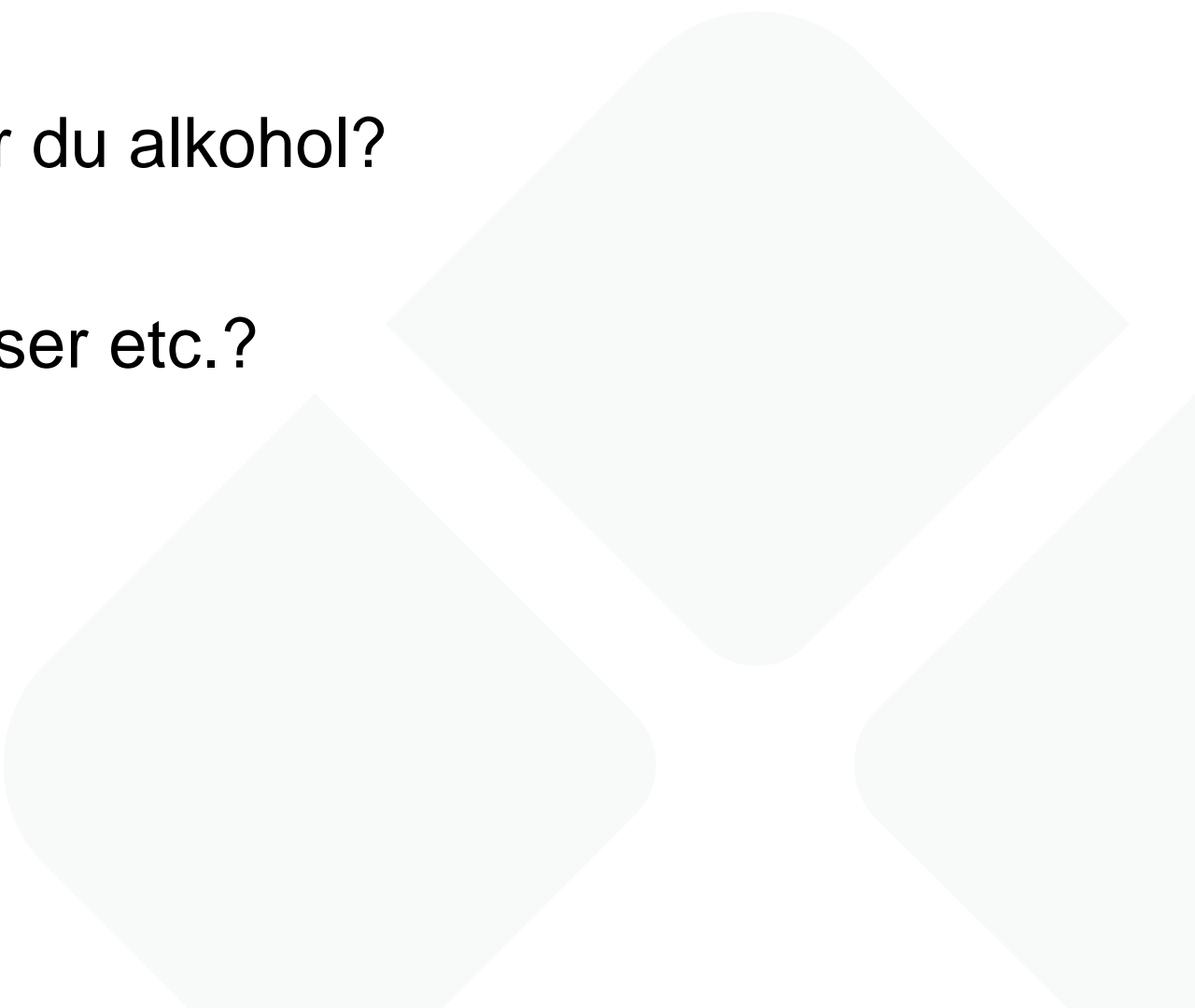
Utfordringer

- ◆ Sårbarhet, krenkbarhet
- ◆ Underbehandling av psykiske sykdommer, selvmedisinering
- ◆ Sykehus; mental svikt/psykiatri – kronisk eller forbigående – hyppig forekommende, men sjeldent vurdert
- ◆ Samhandling i tjenestene, tverrfaglighet, nettverk og samarbeid
- ◆ Kombinasjonsbruk ifm tvilsomme indikasjoner for benzodiazepiner, smertestillende, sovemedisiner og psykofarmaka

Snakk om alkohol

- ◆ Spør om konsum
- ◆ Spør etter personens tanker om alkoholbruk
- ◆ Tilby AUDIT
- ◆ Snakk med personen om sammenheng med aktuell sykdom, plage eller bekymring

Spør om konsum

- ◆ Hvor mange dager i uka drikker du alkohol?
 - ◆ Hva drikker du da?
 - ◆ Hvor mange glass, flasker, bokser etc.?
- 

Spør etter personens tanker om alkoholbruk

- ◆ Synes du at det av og til blir for mye?
- ◆ Tenker du i blant at du burde begrense bruken?
- ◆ Har du noen gang tenkt på om mindre alkohol kunne hjelpe på dine plager?
- ◆ Du er jo bevisst på helsen din. Har du tenkt på å begrense alkohol også?
- ◆ Hvilke fordeler ser du ved å begrense alkohol?
- ◆ Tilby AUDIT

Søvn og eldre

- ◆ Sover ikke mindre, men kvaliteten er endret (flåte biologiske rytmer)
- ◆ Trenger en lur
- ◆ Ofte subjektiv opplevelse av søvnproblem
- ◆ Fysisk og psykisk sykdom og legemidler disponerer
- ◆ Behov for lys
- ◆ Innsovningsvansker
- ◆ REM-søvn-forstyrrelse
- ◆ Tidlig oppvåkning
- ◆ Stressless legs
- ◆ Søvn apné
- ◆ Søvnhygiene; døgnrytme, stress før søvn, kaffe, te, tobakk, alkohol, sovemidler og soverom