



ÄLVSBYNS
KOMMUN

2012-08-13

ICKE FARMAKOLOGISKA ÅTGÄRDER -

vid smärta, oro, depression, sömn och BPSD

Sammanställt av
Samuel Karlsson sjukgymnast,
Älvsbyns Kommun

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Smärta.....	4
Oro.....	5
Depression.....	5
Sömn.....	6
BPSD.....	6
Referenser:.....	8

BAKGRUND

Detta dokumentets uppkomst kommer ut Regeringens satsning på ett bättre liv för sjuka äldre. Läkemedelsanvändningen har ökat under de senaste 20 åren. Individer och då i synnerhet äldre personer löper en ökad risk att drabbas av biverkningar av del läkemedel som individen använder. Fel läkemedelsanvändning försämrar livskvaliteten och kan i värsta fall orsaka skada. I Norrbotten samverkar landstinget och kommunerna för att uppnå God och säker läkemedelsanvändning hos de äldre innevånarna i länet. Den gemensamma visionen är "Trygga äldre i Norrbotten – ett gemensamt ansvar".

Målet för satsningen när det gäller läkemedelsbehandling är. Rätt läkemedelsbehandling och läkemedelshantering för äldre. Detta innebär att äldres läkemedelsbehandling ska följa Socialstyrelsens indikatorer för god läkemedelsterapi samt att antalet äldre som drabbas av läkemedelsrelaterade problem ska minimeras. Följande ska uppnås i varje län: Minska användningen av olämpliga läkemedel, Minska olämpliga läkemedelskombinationer, Minska användningen av antipsykotiska läkemedel

Som ett komplement till att undvika olämpliga läkemedel och att äldre ska få en god läkemedelsbehandling så ger detta dokument tips på icke farmakologiska åtgärder vid smärta, oro, depression, sömn, och beteendemässiga och psykiska symptom vid demenssjukdom (BPSD)

Referenserna är hämtade ut PubMed

SMÄRTA

Traditionell kinesisk akupunktur: Traditionell kinesisk akupunktur (TCM) har visat sig bra för att minska på smärta hos personer med artros. Man har däremot inte sett någon skillnad gällande funktion mellan behandlingsgrupperna och placebogrupperna (1). Akupunktur (västerländsk) har god effekt på minskad smärta hos personer med långvariga ryggvärkssmärter (2). Man har även sett på förbättrade funktioner efter akupunkturbehandling hos personer med långvariga ryggvärkssmärter. För akupunktur mot långvarig ländryggssmärta finns måttligt starkt vetenskapligt underlag (2).

TENS: TENS visade sig inte ha någon effekt mot artros gällande funktion eller smärta men man hänvisar till att fler och bättre studier måste göras gällande TENS och artros (1). TENS minskar smärta direkt efter behandling vid akuta ryggvärkssmärter jämfört med placebogrupper (2).

TENS visar en bättre effekt än placebo behandling, dvs ingen stimulering, vid behandling av långvarig ryggsmärta (2). Både högfrekvent samt lågfrekvent TENS har positiv effekt vid knäledsartros gällande minskad smärta (3).

Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att dra slutsatser om effekten av TENS vid nacksmärta och generaliserad smärta (2).

Taktil massage: En studie visade att taktil massage hade positiva effekter gällande minskad smärta hos patienter med reumatism (4). En annan studie visade signifikanta förbättringar på 11 av 14 parametrar varav smärta var en, hos deltagare som mottagit taktil massage inom primärvården (5).

Mobilisering: Mobilisering vid adhesiv kapsulit "frusen axel" enligt Maitland, Mulligan och Kaltenborns tekniker har visat sig ge goda effekter på minskad smärta och ökad rörlighet i glenohumeralleden (GH-leden), (6, 7, 8).

Kinesiotape: Två studier visade på positiva effekter av behandling med kinesiotape vid impingement syndrom dvs inklämning av muskelsenor i GH-leden (i axelleden) gällande minskad smärta och ökad rörlighet (9, 10).

Träning/ mobilisering: Träning i kombination med mobilisering/traktion har visat sig ge en förbättrad funktion, ökad styrka, samt minskad smärta hos personer med höftledsartros. För detta finns Evidensgrad 2, dvs. Måttlig hög evidens. (11). Träning har också visat sig effektivare än

farmakologisk behandling gällande minskad smärta vid artros. Man har även sett positiva långtidseffekter vid träning i motsatts till farmakologi som NSAID preparat (6-18mån), (12, 13).

ORO

Kognitiv beteende terapi: Kognitiv beteende terapi (KBT) har visat sig vara effektivt för att minska oro. Två studier visade på en minskad oro hos personer med KOL, som fick genomföra KBT behandlingar under 4v resp. 8V (14, 15).

Sångträning: Lord et al. (2010) visade i sin studie på en signifikativ förbättring gällande minskad oro/ångest hos de patienter som genomförde sångträning (16).

Taktil massage: En svensk studie (17) visade att taktil massage minskade oro hos patienter med långt framskriden cancer i livets slut. Den taktila massagens positiva effekt på oro sker genom att hormonet/transmittorsubstansen oxytocin frisattes och gav en avslappning hos patienterna.

Värmebehandling: En annan svensk studie visade att värmebehandling kan minska oro hos personer med Alzheimers sjukdom, genom att hormonet/transmittorsubstansen oxytocin frisattes och gav en avslappning hos patienterna (18).

DEPRESSION

Kognitiv beteende terapi: KBT samt avslappningsövningar har visat sig vara effektiva för att behandla generaliserat ångestsyndrom. Efter en månads uppföljning hade gruppen som fick avslappningsövningar ett bättre resultat, medan efter fem månader var de likvärdiga (19).

Avslappningsövningar: Ayers et al (2007) undersökte evidensbaserade psykoterapi behandlingar mot ångest bland äldre. Man kom fram till att avslappningsövningar och KBT har det mest långvariga stödet mot generaliserad ångest i senare delen av livet. Det visade sig också vara en kostnadseffektiv behandlingsmetod (20).

SÖMN

Information: Information om grundläggande faktorer som har en inverkan på sömnen, exempelvis undervisning om effekterna av koffein, tobak, alkohol och läkemedel (21). Ett vanligt förekommande hjälpmedel för att samla in och strukturera information är användandet av en sömndagbok (21).

Musik: Lugn musik (efter tycke och smak) i samband med sänggåendet. Musikens tempo skall vara samma eller något lägre än hjärtats normala slagfrekvens, så att pulsen och andningsfrekvensen sänks (22, 23).

Fysisk aktivitet: Fysisk aktivitet (gärna utomhus) har visat sig ge en bättre sömn och minskad depression hos personer med Alzheimers (24).

Bolltäcke: En studie av Hvolby och Bilenberg (2010) visar att användande av bolltäcke är en effektiv metod vid behandling mot sömnproblem. Detta bland annat genom att insomningstiden förkortas. Bollarnas tyngd påverkar centrala nervsystemet genom att skapa tryck (25).

Basal kroppskänedom: En studie visade att patienter inom psykiatrisk öppenvård, efter 3-månaders behandling med basal kroppskänedom fick bättre sömn, kroppskänedom och rörelsekaraktär (26).

BPSD

Icke farmakologiska interventioner skall vara första åtgärder vid BPSD och mediciner skall endast användas om inte dessa åtgärder ger effekt.

Fysisk aktivitet: En undersökningsstudie visade på hög evidensgrad av regelbunden måttlig fysisk aktivitet som en positiv faktor mot depressiva symtom hos personer med Alzheimers demens (27). Studien visade även att man under 10v kan minska depression hos dessa genom övervakad träning (27). Två artiklar (28, 29) visade att genom att röra på kroppen och vara fysiskt aktiv kunde BPSD påverkas både genom att lugna agiterande beteenden samt stimulera passiva beteende hos demenssjuka personer. I studien av Sung et al. 2006 (29) framkom att rörelseträning i grupp (stretchning, koordination, rytmiska rörelser, balans), 30 minuter två gånger i veckan, signifikant minskade agitationsnivå både under och efter träningen i jämförelse med en kontrollgrupp.

Taktil massage: I en randomiserad studie delade man in äldre försökspersoner med svår demens och inslag av BPSD, där den ena gruppen blev behandlade med taktil massage och den andra gruppen fick normal omvårdnad utan taktil massage. Interventionsgruppen fick taktil massage

30min, fem gånger per vecka under sex veckor, totalt 30 behandlingar. Man kom fram till att interventionsgruppen hade efter sex veckors behandling lägre stressnivåer samt en minskad aggresivitet än kontrollgruppen som inte fick taktill massage (30).

Handmassage: Två studier (31, 32) fann att 10 minuters handmassage gav en signifikant minskning gällande verbalt agiterat beteende och fysiskt icke-aggressivt beteende. Däremot fann de ingen signifikant minskning vad gällde fysiskt aggressivt beteende. Handmassagen administrerades under tio minuter, fem minuter på vardera hand.

Musik: Svansdottir & Snaedal 2006 (33) fann att musik var en effektiv metod för att minska vissa BPSD-symptom för patienter med Alzheimers sjukdom.

Även två andra studier (31, 32) visade att musik var en effektiv metod mot BPSD där deltagarna lyssnade på ett stycke lugnande musik under 10 minuter. Musiken hade ett långsamt tempo och spelades inte högre än att samtal samtidigt kunde föras.

Snoezelen: Två studier undersökte snoezelen metoden och visade på signifikant förbättring vad gäller apatiskt beteende, anständigt beteende, upproriskt beteende, aggressivt beteende och depressivt beteende. Deltagarna var också gladare, relaterade bättre till vårdarna, svarade mer på tilltal och talade själva både mer och med mer normala meningar, var mindre inaktiva och uttråkade samt mindre negativa och uppvisade mindre ovilja (34, 35).

REFERENSER:

1. Hawker GA, Mian S, Bednis K, Stanaitis I. Osteoarthritis year 2010 in review: non-pharmacologic therapy. *Osteoarthritis Cartilage*. 2011 Apr;19(4):366-74. Epub 2011 Feb 13.
2. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. 2006. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering.
3. Osiri M, Welch V, Brosseau L, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation for knee osteoarthritis (Cochrane Review). Oxford: Update Software; 2001.
4. Bergsten U, Petterson I, Arvidsson B. Perception of tactile massage as a complement to other forms of pain relief in rheumatic disease. *Musculoskeletal care*. 2005; 3: 157-167.
5. Andersson K, Törnkvist L, Wändell P. Tactile massage within the primary health care setting. *Complementary Therapies in Clinical Practice*. 2009; 15: 158-160.
6. Yang J I, Chang C W, Chen S Y, Wang S F, Lin J J. Mobilization techniques in subjects with frozen shoulder syndrome: Randomized multiple-treatment trial. Department of physical medicine and rehabilitation, National taiwan university hospital. 2007;87(10):1307-15.
7. Vermeulen H M, Rozing P M, Obermann W R, le Cessie S, Vliet Vlieland T P M. Comparison of high-grade and low-grade mobilization techniques in the management of adhesive capsulitis of the shoulder: randomized controlled trial. Department of Physical Therapy, Leiden University Medical Center, the Netherlands. *Phys Ther*. 2006;86(3):355-68.
8. Ankit S, Ashok S, Shaila S, Parag S. Randomised controlled study of Mulligan's vs. Maitland's mobilization technique in adhesive capsulitis of shoulder joint. *Indian journal of physiotherapy and occupational therapy - An international journal*. 2011;5(4):12-15.
9. Thelen MD, Dauber JA, Stoneman PD. The clinical efficacy of kinesiotape for shoulder pain: a randomized, double-blinded, clinical trial. *Journal of Orthopedic and Sports Physical Therapy*. 2008;38(7):389-95.
10. Hsu YH, Chen WY, Lin HC, Wang WT, Shih YF. The effects of taping on scapular kinematics and muscle performance in baseball players with shoulder impingement syndrome. *Journal of Electromyography and Kinesiology*. 2009;19:1092-99.

11. W.F.H. Peter, M.J. Jansen, E.J. Hurkmans, H. Bloo, L.M.M.C.J. Dekker-Bakker, R.G. Dilling, W.K.H.A. Hilberdink, C. Kersten-Smit, M. de Rooij, C. Veenhof, H.M. Vermeulen, I. de Vos, J.W. Schoones, T.P.M. Vliet Vlieland. Physiotherapy in hip and knee osteoarthritis: Development of a practice guideline concerning initial assessment. Treatment and evaluation. *Acta reumatol port.* 2011;36:268-281
12. Ettinger WH Jr, Burns R, Messier SP, Applegate W, Rejeski WJ, Morgan T, et al. A randomized trial comparing aerobic exercise and resistance exercise with a health education program in older adults with knee osteoarthritis. The fitness arthritis and seniors trial (FAST). *JAMA* 1997;277(1):25-31.10.
13. van Baar M, Assendelft W, Dekker J, Oostendorp R, Bijlsma J. Effectiveness of exercise therapy in patients with osteoarthritis of the hip or knee: a systematic review of randomized clinical trials. *Arthritis Rheum* 1999;42(7):1361-9.
14. Kunik, ME., Veazey, C., Cully, JA., Soucek, J., Graham, DP., Hopko, D., Carter, R., Sharafkhaneh, A., Goepfert, EJ., Wray, N & Stanley, MA. (2008). COPD education and cognitive behavioral therapy group treatment for clinically significant symptoms of depression and anxiety in COPD patients: a randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 38, 385-96.
15. Howard, C., Dupont, S., Haselden, B., Lynch, J. & Wills, P. (2010). The effectiveness of a group cognitive-behavioural breathlessness intervention on health status, mood and hospital admissions in elderly patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Psychology, Health & Medicine*, 15(4): 371:85.
16. Lord, V., Cave, P., Hume, VJ., Flude, EJ., Evans, A., Kelly, JL., Polkey, MI. & Hopkinson, NS. (2010). Singing teaching as a therapy for chronic respiratory disease – a randomised controlled trial and qualitative evaluation. *BMC Pulmonary Medicine*, 10:41: 1-7.
17. Alexandersson, M., Dahlén, C., Johansson, I., Petersson, I., & Langius, A. (2003). Taktill massage som komplement i omvårdnadsarbetet i palliativ vård. *Vård i Norden*, 23(1), 27-30.
18. Uvnäs-Moberg K. Oxytocin may mediate the benefits of positive social interaction and emotions. *Psychoneuroendocrinology* 1998;23(8):819-35.)
19. Arntz, A. (2003). Cognitive therapy versus applied relaxation as treatment of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 633–646.

20. Ayers CR, Sorrell JT, Thorp SR, Wetherell JL. Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychol Aging*. 2007 Mar;22(1):8-17.
21. Hoch, C.C., Reynolds III, C.F., Buysse, D.J., Monk, T.H., Nowell, P., Begley, A.E., Hall, F., & Dew, M.A. (2001). Protecting Sleep Quality in Later Life: A Pilot Study of Bed Restriction and Sleep Hygiene. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 56B, (1), 52-59
22. Lai, H.L., & Good, M. (2005). Music improves sleep quality in older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 49, (3), 234-244
23. Mornhinweg, G.C., & Voignier, R.R. (1995). Music for sleep disturbance in the elderly. *Journal of Holistic Nursing*, 13, 239-247
24. McCurry, S.M., Gibbons, L.E., Logsdon, R.G., Vitiello, M.V., & Teri, L. (2005). Nighttime Insomnia Treatment and Education for Alzheimer's Disease: A Randomized, Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 793-802
25. Hvolby, A & Bilenberg, N (2010) Use of Ball Blanket in attention-deficit/hyperactivity disorder sleeping problems. *Nord J Psychiatry*. Vol 65. No 2. 2011: 90-94
26. Gyllensten AL, Hansson L, Ekdahl C. Outcome of Basic Body Awareness Therapy. A randomised controlled study in psychiatric outpatient care. *Advances in Physiotherapy*. 2003; 5: 179-190
27. Knöchel C, Oertel-Knöchel V, O'Dwyer L, Prvulovic D, Alves G, Kollmann B, Hampel H. Cognitive and behavioural effects of physical exercise in psychiatric patients. *Prog Neurobiol*. 2012 Jan;96(1):46-68.
28. Buettner L & Fitzimmons S. Recreational therapy exercise on the special care unit: Impact on behaviors. *Am J Rec Therapy* 2004 Fall: 8-24.
29. Sung H-C, Chang S-M, Lee W-L & Lee M-S. The effects of group music with movement intervention on agitated behaviors of institutionalized elders with dementia in Taiwan. *Compl Ther Med* 2006; 14:113-119.
30. Mizue Suzuki, Asami Tatsumi, Toshiko Otsuka, Keiko Kikuchi, Akiko Mizuta, Kimiko Makino, Akie Kimoto, Kiyoe Fujiwara, Toshihiko Abe, Toshihiro Nakagomi, Tatsuya Hayashi and Takayuki Saruhara. Physical and Psychological Effects of 6-Week Tactile Massage on Elderly Patients With Severe Dementia. *Am J alzheimers dis other demen* 2010 25: 680

31. Hicks-Moore, S.L. & Robinson, B.A. (2008). Favorite music and hand massage: Two interventions to decrease agitation in residents with dementia. [Elektronisk version]. *Dementia*, 7(1), 95-108.
32. Remington, R. (2002). Calming Music and Hand Massage With Agitated Elderly. *Nursing Research*, 5(51), 317-323.
33. Svansdottir, H.B. & Snaedal, J. (2006). Music therapy in moderate and severe dementia of Alzheimer's type: a case-control study. *International Psychogeriatrics*, 18(4), 613-621.
34. Van Weert, JCM, van Dulmen AM, Spreeuwenberg PMM, Ribbe MW & Bensing JM. Behavioral and mood effects of Snoezelen integrated into 24-hour dementia care. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:24-33.
35. Baker R, Bell S, Baker E, Gibson S, Holloway J, Pearce R, Dowling Z, Thomas P, Assey J, Wareing LA. A randomized controlled trial of the effects of multi-sensory stimulation (MSS) for people with dementia. *Br J Clin Psychol*. 2001 Mar;40(Pt 1):81-96.