



INFORMASJONSHEFTE

Sykepleierstudenter – Døgnområde 9 Akuttgeriatri og nyremedisin

KJÆRE SYKEPLEIESTUDENT

I dette heftet får du en innføring i forventninger til deg som student og pasientgruppene vi har i vår avdeling.

1.0 Velkommen til D9 Akuttgeriatri og nyremedisin

Døgnområde 9 Akuttgeriatri og nyremedisin befinner seg i fjerde etasje, oransje sone. Avdelingen består av tre tun, tun 1 og tun 2 hvor akuttgeriatri hører til, samt tun 5 som tilhører nyremedisin.

Hvert tun består av seks enerom, hvorav ett er reservert til smitte og tre er enerom konvertert til dobbeltrom.

2.0 Organisering ved Døgnområde 9 Akuttgeriatri og nyremedisin

2.1 Ledelse

Ledelsen består av avdelingssjef lege Astrid Eri-Montsma. Seksjonsleder er sykepleier AnnKatrinn Reinnel og stedfortreder er sykepleier Anniken Størkersen Norum.

2.2 Fag

Vi har en faggruppe bestående av fagutviklingsrådgiver, 2 sykepleiere, samt hjelpepleiere. Fagsykepleierne har ansvar for blant annet faglig utvikling, undervisning og forbedringsarbeid i avdelingen.

2.3 Hovedveileder

Studentansvarlig er sykepleier Marie Skaar.

2.4 Tverrfaglig samarbeid

Det jobber en rekke ulike fag- og yrkesgrupper i sykehuset og Døgnområde 9 – Akuttgeriatri og Nyremedisin. Fag- og yrkesgruppene du vil treffe i avdelingen er fysioterapeuter, ergoterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer, logoped, overleger og LIS-leger. Særlig i geriatrien jobber vi tett med fysioterapeut og ergoterapeut.

3.0 Praksisforløp

Praksisperioden foregår varer i 10 uker.

3.1 Forventninger til deg som student

Du som student har ansvar for:

- Sette deg godt inn i opplæringsplanen og bruke aktivt denne hele opplæringsperioden.
- Selv holde oversikt over hva du har gjennomgått og ikke.
- Benytte kolleger og/eller fagutviklingsrådgiver som et supplement til opplæringen.
- Ta aktivt del i opplæring og ikke observere for mye.

3.2 Forventninger til oss som praksissted

Avdelingen har ansvar for:

- Å være tilgjengelig og ivareta ny medarbeider.
- Å sikre at ny medarbeider blir tatt godt imot.
- Å sørge for kontinuitet.
- Å gi veiledning i henhold til opplæringsplanen.
- Leder har overordnet ansvar for å sikre at ny medarbeider bruker opplæringsplanen og sjekklister aktivt.
- Legge klare retningslinjer for hvilke ansvarsområder medarbeider har i avdelingen.

3.3 Turnus

Praksisperioden går over 10 uker fordelt på 320 timer. Det er veldig mye dere skal igjennom på disse 10 ukene og kontinuitet er derfor alfa omega. Dere vil ha en til to veiledere i løpet av praksisperioden, en primærveileder og en sekundærveileder.

I forkant av praksisperioden vil dere få tilsendt en turnus som i hovedsak er tilpasset deres primærveileder, men også noen vakter med sekundærveiledere. Det er **veldig viktig** at dere følger primærveileder så mye som mulig. Dersom det er vakter i tildelt turnus som absolutt ikke passer – er dere nødt til å melde ifra til seksjonsleder AnnKatrin eller stedfortreder Vyginta.

Dere skal primært ha dag- og kveldsvakt, men det anbefales å få med seg to nattevakter i løpet av praksisperioden. Vi ønsker også at dere forsøker å være med veileder en helg. Vi ønsker **ikke** at du som student skal gå dobbel vakt – dette må avtales på forhånd!

3.4 Fravær

Det er lov med en fraværsprosent på 10 % (32 timer). Dersom fravær overskrider dette – må du gå i dialog med veileder/studentansvarlig/seksjonsleder for å finne andre dager som passer. Praksislærer vil også varsles dersom dette skulle skje.

Ved fravær **må du varsle avdelingen ved å ringe på telefon 96 09 00 19** og din veileder.

3.5 Hospitering

Vi pleier å arrangere hospitering for studentene på våre to poliklinikker – geriatrisk poliklinikk, nyrepoliklinikken og dialysen.

3.5.1 Geriatrisk poliklinikk

Hospitering på geriatrisk poliklinikk går over to dager hvor dere får følge en pasient gjennom et utredningsforløp forhold til demens.

Den første dagen består av halvannen time samtale med sykepleier. Under samtalen foregår det en del kartlegging av sosiale forhold, kommunal hjelp, ernæring, falltendens og kognitive tester (MMSE, klokke, TMT A og B). Etter dette har pasienten samtale med lege i 30 minutter hvor man går gjennom eventuelle somatiske plager og gjennomfører tiordstest, somatisk- og nevrologisk undersøkelse.

Dag to består av en time sammen med sykepleier hvor man gjennomfører videre psykometrisk testing, pårørendeintervju og funksjonsvurdering. Videre har pasienten samtale med lege i en time og femten minutter hvor vurderer om det er noe psykiatriske lidelser, psykometriske tester og gjennomgang av bildediagnostikk.

På slutten av dag to vil lege vurdere om man kan konkludere med en demens eller om det er behov for videre utredning.

3.5.2 Nyrepoliklinikken

På nyrepoliklinikken og i dialysen får man en dag hvor halve dagen foregår på nyrepoliklinikken og andre halve i dialysen. Se eget skriv tilsendt på e-post for mer informasjon.

4.0 Systemer

4.1 Læringsportalen

Læringsportalen er en felles plattform i Helse Sør-Øst for utvikling og publisering av e-læringskurs, kunnskapstester, elektroniske sjekklister og klasseromkurs. Alle kursgjennomføringer loggføres og registreres i kompetanseportalen. Ledere og fagutviklingsrådgivere kan ta ut rapporter og holde oversikt på gjennomførte kurs. Læringsportalen finner du under «Snarveier - Administrasjon» på forsiden av intranett.

4.2 Kompetanseportalen

Kompetanseportalen (Dossier) er et verktøy som samler all dokumentasjon på kompetanse på et sted. Fagutviklingsrådgiver vil få tildele deg en rekke kompetanseplaner som gir deg oversikt over all relevant og/eller obligatorisk kompetanse du må gå igjennom som ansatt i Sykehuset Østfold og ansatt i Døgnområde 9 Akuttgeriatri og nyremedisin. Det er forventet at du har kommet deg gjennom de fleste av kompetanseplanene i løpet av det første året du jobber hos oss. Kompetanseportalen finner du ved å logge deg på via Personalportalen.

4.3 Synergi

Synergi er Sykehuset Østfolds rapporteringssystem for uønskede hendelser. Alle medarbeidere er pliktet til å melde fra om slike hendelser. Slike hendelser kan være relatert til pasient, HMS eller generell drift i Sykehuset. Her på Døgnområde 9 – Akuttgeriatri og Nyre melder vi alle fallhendelser som avvik. Synergi finner du under «Snarveier – Fag» på forsiden av intranett.

4.4 DIPS

DIPS er journalsystemet vi bruker i Sykehuset Østfold Kalnes. Det er i DIPS at vi finner pasientens journaler, poliklinikkhenvisninger, blodprøvesvar, blodprøverekvisisjoner og snarveier til en rekke andre systemer som brukes i pasientbehandling. Systemene man finner snarveier til her inkluderer ComPACS (EKG-database), PACS (billediagnostikk), blodbank og metavision. Det er også i DIPS at vi sender pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) til kommunehelsetjenesten.

4.5 Metavision

Metavision er systemet vi bruker for å registrere pasientens vitalia, drikke- og matinntak, diurese og en rekke andre målinger. Metavision er også systemet vi bruker når vi skal administrere- og klargjøre medisiner til alle våre pasienter. I Sykehuset Østfold bruker noe som heter lukket legemiddelsøyfe. Lukket legemiddelsøyfe innebærer at alle medisiner klargjøres og administreres ved å skanne strekkode på medisiner og strekkode på pasientarmbånd. Dette er for å sikre at riktig pasient får riktige medisiner. Bruk av lukket legemiddelsøyfe er obligatorisk!

4.6 IMATIS

IMATIS er et system som fungerer som en elektronisk tavle hvor vi har oversikt over alle pasienter i avdelingen. Det er i IMATIS at vi registrerer oss som ansvarlige for våre pasienter. Ved å registrere oss som ansvarlig for pasienter vil vi få alle telefoner og varslinger som angår valgte pasienter. IMATIS bruker vi også for å registrere spesialkost, måltidsstørrelse og mer på alle pasientene. Portør og tekniske tjenester bestilles også i IMATIS.

4.7 Elektronisk kvalitetshåndbok

Elektronisk kvalitetshåndbok (EK) er sykehusets kvalitetssystem. Medarbeider skal aktivt bruke EK som verktøy i sin utøvelse av sykepleie. Oversikt over prosedyrer som hyppig benyttes i avdelingen vil du finne nederst i dette dokumentet.

Den geriatrike pasienten

6.1 Kort om den geriatrike pasienten

Den geriatrike pasienten er svært kompleks og sammensatt. De kjennetegnes ved at de har mange sykdommer, flere enn 5 faste medisiner, de har ofte høy alder og mange har begynnende kognitiv svekkelse.

Pasientene som legges opp på vår avdeling er ofte vanskelige å diagnostisere, de har atypiske symptomer, har forvirringstilstander, økt falltendens, ernæringssvikt og infeksjoner. Det er ofte vanskelig å finne ut av, hva som er hva. Vi er nesten alltid avhengige av komparentopplysninger for å kunne fastslå tidligere funksjonsnivå. Komparentopplysninger kan være informasjon som for eksempel om administrerer pasienten medisiner selv, har pasienten hjemmesykepleie, trygghetsalarm, lager seg mat selv, bruker ganghjelpemidler, kjører bil også videre. (Wang-Hansen & Dilling, 2020)

Vi jobber svært tett med andre yrkesgrupper, pårørende og eventuelt andre for å få til en bred kartlegging av pasientene. Å jobbe med akuttgeriatrike problemstillinger er litt som å være detektiv, ofte kan være utfordrende å finne ut av hva som er hva.

6.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Kriterier for innleggelse i akuttgeriatrik seksjon er følgende:

- Pasienten er over 70 år med akutt funksjonssvikt siste 2 uker før innleggelse.
- Pasienten er hjemmeboende forut for innleggelsen med bostedsadresse i Østfold.
- Pasienten er ikke i åpenbart behov for behandling i en av organpostene (hjerne, lunge, infeksjon, nyre eller slag).

Inklusjonskriterier

1. Det skal i løpet av de siste 2 uker forut for innleggelsen ha inntruffet en forverring av:

- gangfunksjon og balanse
- kognitiv funksjon (delirium/akutt forvirring)
- væske og ernæringsstatus

2. Pasientens innleggesårsak er akutt somatisk sykdom, kombinert med minst en av følgende:

- to eller flere kroniske sykdommer
- fem eller flere faste legemidler (med unntak av salver, øyedråper og inhalasjoner)
- kliniske tegn på ernæringssvikt
- demens som tidligere ikke er utredet

Eksklusjonskriterier

- Pasienter med betydelig sykdomsbelastning og stor funksjonssvikt som er utredet tidligere, uten akutt forverring den siste uken før innleggelse.
- Pasienter med kjent utredet demenssykdom, uten akutt forverring av de kognitive symptomene siste uke.

- Pasienter med moderat til langtkommen demens og hvor innleggelsen skyldes økende atferdsvansker. For disse pasientene bør det tilstrebes en snarlig vurdering og behandling eksempelvis innen alderspsykiatrien.
- Pasienter med behov for kontinuerlig overvåkning.
- Pasienter med behov for sykehjemsplass eller som venter på dette.
- Pasienter med mistanke om hjerneslag.
- Pasienter med tegn til alvorlig depresjon - Divisjon for psykiatri.
- Terminale pasienter.

(Martinsen & Reinnel, 2018)

6.3 Den eldre pasienten

Den eldre pasienten utgjør en svært heterogen gruppe, og generalisering gir et feil bilde. WHO definerer aldersspennet fra 60 til 100 år – i dette spennet finner du svært ulike grader av aldersforandringer. De unge eldre i aldergruppen 60-75 år, er i dag som regel spreke selvhjulpne og har sjeldent behov for geriatrike legetjenester. Mennesker over 75-80 årsalderen betegnes ofte som gamle og mange av disse har aldersforandringer som er av betydning for sykdom, diagnostikk, behandling, forløp og prognose.

Den eldre pasientgruppen er like variert når det kommer til helse, livserfaring, intellektuell kapasitet, følelsesliv og sosiale forhold som andre grupper. Den eldre pasienten har levd et langt liv – livsstil, hendelser og erfaringer er svært forskjellige. Livet som har vært levd, former den gamle slik at de blir mer ulike enn personer som ikke har levd så lenge. Det er derfor viktig at vi tar hensyn til individuelle forskjeller hos gamle pasienter. (Ranhoff, 2014, s. 79)

6.3.1 Aldersforandringer

Aldersforandringer kommer snikende og gir økt disposisjon for sykdom og problemer med å klare seg i dagliglivet (funksjonssvikt). Aldersforandringer gir endringer i de fleste organer og medfører redusert reservekapasitet, og økt sårbarhet for sykdom og skader. Den typiske geriatrike pasient har både aldersforandringer, funksjonssvikt og kroniske sykdommer – men ikke alle eldre har de tre fenomenene samtidig. Å være en eldre pasient er ikke det samme som å være en geriatrik pasient. Det finnes eldre som er skrøpelige uten at de kronisk syke og har funksjonssvikt og det finnes eldre med mange sykdommer som er selvhjulpne og ikke særlig skrøpelige. Tre begreper brukes regelmessig for å beskrive gamle, sårbare pasienter: skrøpelig (frail), multisyke (de som har to eller flere kroniske sykdommer) og funksjonssvekkede (de som har svikt i én eller flere av dagliglivets funksjoner). Disse tre begrepene representerer distinkte kliniske tilstander som er beslektet og ofte opptrer samtidig. (Ranhoff, 2014, s. 79-80).

6.3.2 Skrøpelighet

Begrepet skrøpelighet brukes i dagligtale om personer som er svake og sårbare. Mellom en fjerdedel og halvparten av personer over 85 år er trolig skrøpelige og har økt risiko for fall, funksjonstap, behov for sykehjem og død. I dag bruker man vanligvis såkalte skrøpelighetsindikatorer, der ganghastighet er den mest brukte. Eldre personer som går

sakte, eller som ikke greier å gjennomføre en viss gangdistanse har økt risiko for død. I 2001 ble det definert en rekke karakteristika for skrøpeligheit hvorav man må oppfylle tre eller flere:

- Lav fysisk aktivitet
- Muskelsvakhet
- Langsom ganghastighet
- Tretthet eller lav utholdenhet
- Vekttap, uten at dette er villet (Ranhoff, 2014, s. 81)

6.3.3 Oversikt over de vanligste aldersforandringene

Etter hvert som vi eldes vil kroppen også svekkes. I starten er svekkelsene ubetydelige og har ingen konsekvenser i dagliglivet. Tempoet i aldringsprosessen øker med stigende alder. Aldring er ingen sykdom, men en normal og naturlig prosess.

Sirkulasjonssystemet

Blodårene mister noe av elastisiteten når vi blir eldre, og det øker blodtrykket. Hjerteslagene blir mindre kraftige, og hjertet pumper mindre blod ut i blodomløpet. Det reduserer blodforsyninga til kroppens organer. For å kompensere for dette øker takten (pulsene). Derfor har eldre mennesker gjerne høyere puls enn yngre. Eldre mennesker kan få en uregelmessig hjerterytme. Det vanligste er ekstraslag (ekstrasystole). Det oppleves som om hjertet hopper over et slag.

Mange eldre opplever en svimmelhetsfølelse når de reiser seg. Dette kan komme av at blodtrykket i arteriene til hjernen faller, slik at nervecellene ikke får nok oksygen når stillinga endres fra liggende eller sittende til stående stilling. I venene blir musklene og klaffene slappere, slik at tilbake strømmingen av blod til hjertet blir dårligere. Blodet hopper seg opp i venene og i vevet omkring. Beina blir da hovne, og risikoen for åreknuter, leggsår og årebetennelser øker. (Flaten, 2018)

Huden og ansiktet

Med alderen mister lærhuden kollagen og blir tynnere. Det reduserer hudens evne til å opprettholde elastisitet og fuktighet, slik at vi får rynker. Ansiktsstrukturen endres fordi beina blir skjørere og tynnere, og ansiktet framstår da som tynnere og med mindre tydelig kjeve.

Tyngdekraften trekker etter hvert både i huden og i det underliggende fett, og ansiktet «dras» nedover. Resultatet blir hengende øyelokk, poser under øynene og dobbelthake. Huden kan bli mer rødlig fordi blodårene blir mer synlige. De små kapillærene i huden mister sin elastisitet og beskyttelsen fra underhudsfettet. Dette viser seg som hudblødninger (blå flekker på huden) som senere kan bli brune og gule.

Mange eldre kan virke bleke fordi huden taper pigmentceller. Pigmentflekker oppstår der det er tap av svært mange pigmentceller (hvite flekker) eller opphopning av pigmentceller

(brune flekker). Strukturen i huden endres, og den blir grovere og tørrere. Senile vorter er utvekster som er ufarlige, og forekommer oftest på rygg og bryst hos menn. Mange eldre plages av hudkløe. Hudkløen er et resultat av tørr hud. Såpevask og frottering kan forsterke kløen fordi det fjerner det beskyttende fettlaget på huden. Eldre mennesker fryser lettere, og de tåler heller ikke varme så godt.

Underhuds fett i hele kroppen reduseres, isoleringen avtar, og hudens evne til å regulere temperaturen i kroppen fungerer dårligere. Færre svettekjertler gjør at de eldre får nedsatt evne til å regulere varmen ved svette. Risikoen for trykksår forsterkes hos eldre fordi de har lite underhuds fett som kan fungere som støtpute mellom knoklene og liggeunderlaget. Siden huden også er tørr og mindre elastisk, oppstår sår lettere. Håret blir hvitt eller grått som en følge av at pigmentceller går tapt. Håret blir tynnere, og mange mister hår. (Flaten, 2018)

Respirasjonssystemet

Nedsatt lunge- og hjertefunksjon hos eldre fører til at de lettere får dyspné (tung pust) ved fysiske anstrengelser. Lungevevet taper elastisitet. Dette fører til nedsatt ventilasjonsevne og at man lettere får infeksjoner i luftveiene. Økt infeksjonsfare i luftveiene kan også skyldes at eldre har nedsatt hosterefleks, og at flimmerhårene i luftveiene fungerer mindre effektivt. (Flaten, 2018)

Bevegelsesapparatet

Gjennom aldringsprosessen taper vi muskelmasse. Bevegelsene våre blir langsommere og mindre presise, og evnen til små bevegelser avtar. Dette gir oss mindre muskelstyrke og utholdenhet. Muskelens funksjon blir også dårligere fordi hjertet og blodåresystemet ikke lenger frakter nok næring og oksygen fram til musklene. Den fysiske formen vår (kondisjon og kapasitet) er derfor halvert når vi når cirka 70 år.

Skjelettet taper beinmasse, og dette fører til osteoporose. Osteoporose gir økt risiko for bruddskader. Leddbåndene blir mindre elastiske, og det gjør leddene mindre bevegelige. Forandringer i leddbrusken kan gi smerter, hevelse og nedsatt funksjon i ledd. Det hele kan resultere i artrose. (Flaten, 2018)

Fordøyelsessystemet

Tennene slites med alderen, og mange eldre bruker derfor proteser. Siden under-kjeven skrumper inn og bittet forandres i alderdommen, er det viktig at protesene tilpasses. Når vi blir eldre, reduseres spyttreduksjonen. Vi kan få munntørrhet, og munnslimhinnen skrumper inn. Disse forandringene kan være årsaken til at eldre lettere får sopp og andre infeksjoner i munn og svelg.

Spiserørets muskulatur reduseres med økende alder. De peristaltiske bevegelsene svekkes, og vi får svelgebesvær. Produksjonen av saltsyre og enzymet pepsin i magesekken avtar. Dette kan gjøre at sykdomsfremkallende mikroorganismer kan få grobunn. Peristaltikken i mage-tarm-kanalen reduseres. Det kan være en medvirkende årsak til at eldre bli plaget av obstipasjon. (Flaten, 2018)

Nyrene og urinorganene

Elastisiteten og muskelstyrken i urinblærens vegg svekkes, slik at blæren får mindre kapasitet og dårligere evne til å presse ut urinen og til å trekke seg sammen. Dette kan føre til at det blir resturin i urinblæren, og faren for urinveisinfeksjon øker. Økt fare for urinveisinfeksjon skyldes også tørrere og såre slimhinner i urinrøret.

Lukkemusklene i urinrøret svekkes noe slik at det kan bli vanskeligere å holde på urinen, og urininkontinens kan oppstå. Hos menn vokser prostatakjertelen. Dette kan gi plager som redusert kraft på strålen, hyppig og sterk vannlatingstrang, samt vannlating om natten. Med alderen avtar nyrefunksjonen, men nyrene har stor reservekapasitet, så dette merkes sjelden. (Flaten, 2018)

Nervesystemet

Med alderen øker tapet av nerveceller, og det blir avleiringer i hjernens blodåresystem. Hjernen trenger blod og næringsstoffer for å fungere. Når blodsirkulasjonen til hjernen blir redusert, opplever eldre mennesker en nedsatt reaksjon på stimuli. Det vil si at de trenger mer tid til å oppfatte det som skjer, og til å omstille seg. (Flaten, 2018)

Sansene

Både syn og hørsel reduseres hos de fleste med årene. For noen er sansetapene så alvorlige at livskvaliteten blir kraftig redusert. Hørselssvekkelsen starter vanligvis med at det blir vanskelig å oppfatte høye toner. Etter hvert blir det også vanskeligere å høre de lave tonene og å skille lyder fra hverandre.

Synet svekkes gradvis med årene. Det skyldes at øyets evne til å slippe gjennom og bryte lyset avtar. Det blir vanskelig å se godt på nært hold, og man blir det vi kaller langsynt. Dybdesynet påvirkes, slik at vi får problemer med å vurdere høyden på for eksempel trappetrinn og fortauskanter.

Eldre trenger mye lys for å kunne se klart, og de blir lett blendet. Fargesynet svekkes, og da spesielt mørkesynet. Det er fordi øyet har vanskelig for å oppfatte de blå og blågrønne fargetonene, og i mørket er inntrykkene for det meste i blåtoner. Med alderen produserer vi også mindre tårevæske, og dette kan øke risikoen for irritasjoner og infeksjoner i øynene. (Flaten, 2018)

Psykologisk aldringsprosess

Den psykologiske aldringa påvirkes av den enkeltes personlighet, psykiske og fysiske tilstand og livssituasjonen for øvrig. Dårlig selvoppfatning, depresjon, sykdom og det å miste ektefellen kan påvirke aldringa.

Typiske trekk ved den psykologiske aldringa er at den eldre får økt reaksjonstid, blir langsommere og mer glemsk. Spesielt svekkes korttidshukommelsen. Vi beholder evnen til å lære, så vi blir ikke dummere med alderen. Andre vanlige trekk ved psykologisk aldring er at mestringsvnen, virkelysten, initiativet og selvbildet svekkes, men dette varierer sterkt fra person til person. (Flaten, 2018)

Sosial aldringsprosess

Det å bli eldre innebærer at vi trer inn i nye sosiale roller. Med alderen kommer gjerne en serie tapsopplevelser. Vi mister arbeidet, vi taper status, og vi mister familie og venner. Den sosiale kretsen snevres inn. Mange eldre lever et rikt sosialt liv. Hvor sosiale vi blir når vi blir eldre, henger sammen med hvilke interesser vi har, helsa vår og kreftene våre – og mulighetene vi har til å delta i sosialt liv. Her spiller også økonomi og transportmuligheter inn. (Flaten, 2018).

6.4 Akutt funksjonssvikt

6.4.1 Om akutt funksjonssvikt

Akutt funksjonssvikt oppstår akutt, det vil si i løpet av opptil 1-2 uker. Det er alltid en akutt utløsende årsak, dette kan være sykdom, skade eller medikamentell påvirkning. Når det oppstår akutt funksjonssvikt er det nødvendig med rask tilgang til legeundersøkelse og det må alltid letes etter en årsak.

Årsaksmekanismene bak akutt funksjonssvikt er som regel av mer generell art enn det som ligger bak kronisk funksjonssvikt. Ofte er det generelle symptomer på sykdom som gjør den eldre hjelpetrengende – slapphet, hypoksi, delirium og anoreksi, det vil si at vedkommende ikke tar til seg mat. De vanligste sykdommene som gir funksjonssvikt er infeksjoner, hjerte- og karsykdommer, hjerneslag, blodsukkerforstyrrelser, anemi og legemiddelbivirkninger. (Ranhoff, 2014, s. 87)

6.4.2 Konsekvenser av akutt funksjonssvikt

Funksjonssvikt har en rekke negative konsekvenser for pasienten. Det å bli hjelpetrengende gir tap av frihet og autonomi. I studier av livskvalitet hos eldre er tap av funksjon nær knyttet til redusert livskvalitet. Det kan ha sammenheng med at en blir avhengig av andre for å gjøre det en vil, og at livsutfoldelsen blir redusert. Den eldre med akutt funksjonssvikt er også i større risiko for å bli sosialt isolert fordi det blir vanskeligere å komme ut og treffe venner og familie.

Funksjonssvikt medfører også økt risiko for å få akutte sykdomsepisoder og skader, med ytterligere funksjonssvikt og død. Ved akutt sykdom gir både eksisterende funksjonssvikt og akutt funksjonssvikt som følger med akutt sykdom økt dødelighet og behov for institusjonsplass. (Ranhoff, 2014, s. 87)

6.4.3 Kartlegging av akutt funksjonssvikt

Den eldre pasienten kan ha behov for hjelp til alt fra å få dekket sine grunnleggende behov til kompleks medisinsk behandling og sykepleiefaglig hjelp. Behovene varierer betydelig fra person til person, selv om helsetilstanden ikke nødvendigvis er vesensforskjellig, og de varierer også over tid. Helsepersonells kartlegging har to hovedformål; den danner grunnlaget for å kunne gi individuelt tilpasset omsorg og er nødvendig for å oppdage endringer i helsetilstanden som krevet tiltak.

Tidlig identifisering av helse- og funksjonssvikt er viktig for den videre utviklingen av pasientens helse, funksjon og livskvalitet. Dessverre er det slik at den eldre pasienten ikke blir systematisk vurdert, slik at vage symptomer blir oversett. Dette gjør at sykdom og funksjonssvikt får tid til å utvikle seg over tid, inntil det blir en akutt forverring. For å oppdage svikten er det viktig at pasienten får en systematisk og omfattende vurdering. Til å hjelpe oss med dette bruker vi en rekke standardiserte skjemaer. Skjemaene erstatter ikke kliniske vurderinger og kartlegginger, men fungerer som et supplement. (Kirkevold, 2014, s. 122).

De viktigste kartleggingsoppgavene vi gjør, kan oppsummeres i følgende punkter:

- Vitale funksjoner - har pasienten åpne luftveier, respirasjon, sirkulasjon, temperatur som er nødvendig for å opprettholde livet.
- Ivaretagelse av grunnleggende behov – næring- og væskeinntak, utskillelse av urin og avføring, fysisk aktivitet, søvn og hvile, sikkerhet m.m.
- Spesifikke symptomer på sykdom og tilstander som for eksempel ernæringsvikt, smerte, utmattelse, dyspné.
- Egenomsorg – evne til og motivasjon for å dekke grunnleggende behov og håndtere konsekvenser av sykdom.
- Fysisk funksjon – mobilitet, muskelstyrke, tretthet eller mangel på energi.
- Psykisk funksjon – kognitiv funksjon og emosjonell funksjon.
- Sosial funksjon – familieforhold, sosiale relasjoner og ensomhet.

(Kirkevold, 2014, s. 124)

6.4.4 Ulike kartleggings skjemaer og verktøy

Barthel ADL-Indeks

Barthel er et skjema som sier noe om pasientens evne til å ivareta dagliglivets aktiviteter. Dette er en enkel skala som vurderer pasientenes evne til å ivareta sin egenomsorg knyttet til ti grunnleggende behov – kontinens for avføring, urin, personlig hygiene, bruk av toalett, matinntak, forflytning mellom stol og seng, samt bevegelse innendørs, påkledning, trappegang og bading. Vi score de ulike områdene på en skala fra 0- 15 poeng, hvor høyeste skår er 100 poeng. Når vi skal bruke dette skjemaet er det viktig at vi registrerer det pasienten faktisk gjør, ikke det pasienten kan gjøre. I vår avdeling fyller pårørende ut et skjema med utgangspunkt i hvordan pasienten er hjemme og personalet fyller ut en egen versjon med utgangspunkt i hvordan pasienten er inneliggende. Ved å sammenligne poengsummen på skjemaet til pårørende og personal – kan vi få et raskt overblikk over hvor omfattende funksjonsfallet har vært. (Kirkevold, 2014, s. 125).

IQCODE

IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly) er et verktøy som kartlegger pasientens kognitive funksjon over de siste 10 årene. Dette skjemaet leverer vi ut til pårørende når pasienten legges inn hos oss. Pårørende svarer på 16 spørsmål, hvert svar gir poeng. Når pårørende leverer arket tilbake til oss, regner vi ut en skår ved å plusse sammen alle poengene hvert svar gir, for deretter å dele på antallet spørsmål de har svart på. En gjennomsnittsskår høyere enn 3,5 anses å indikere at det foreligger kognitiv svikt av en slik grad at demens kan være årsaken. Det er viktig at man forklarer pårørende hvordan man skal fylle ut skjemaet riktig! (Legeforeningen, 2022)

Komparentopplysninger

Komparentopplysninger er opplysninger fra pårørende som går mer i dybden enn IQCODE og Barthel. Pårørende har ofte en del bekymringer rundt sin nærmeste som de ikke får utdypet ved å krysse i skjemaene. Vi ønsker også å vite hvordan samarbeidet med kommunehelsetjenesten oppleves. Det kan for eksempel være om boligen til pasienten er godt tilrettelagt, om pårørende må utføre mange oppgaver for pasienten for at ting skal fungere hjemme, eller om de må være tilstede hos pasienten store deler av dagen. Å innhente komparentopplysninger kan sammenlignes litt med detektivarbeid og fordrer stor nysgjerrighet, for eksempel hvorfor pasienten har blitt som han har blitt, eller hvordan hjemmesituasjonen har blitt som den har blitt.

MMSE: Mini Mental Status Evaluering

(MMSE) måler kognitiv kapasitet på en rekke områder: hukommelse, orienteringsevne, språk og forståelse. Hos oss gjøres denne testen av ergoterapeut eller geriatrisk sykepleier. Det kreves en viss erfaring i å kunne gjennomføre testen ordentlig, men også for å kunne tolke resultatene tilfredsstillende. MMSE er en grov screeningtest og vurderingen av testresultatet gjøres ikke kun basert på totalscore. For eksempel kan en samlet skår på 28 eller høyere, som vanligvis indikerer normal kognitiv funksjon, være indikasjon på kognitiv svikt hos en person med høy intelligens. En samlet skåre mellom 25 og 27 poeng kan være en indikasjon på at kognitiv svikt foreligger, men det trengs flere undersøkelser før det kan stilles en diagnose. En skår på 24 eller lavere indikerer:

- at det foreligger kognitiv svikt og at videre undersøkelser er nødvendig for å kartlegge mulige årsaker til denne svikten, eller
- at andre forhold som sansesvikt, lese- og skrivevansker, manglende motivasjon eller lignende kan ha påvirket testresultatene negativt i betydelig grad

(Kirkevold, 2014, s. 128).

Klokketest

Klokketest fanger først og fremst opp pasientens evne til å orientere seg og handle i rom og setter samtidig krav til oppmerksomhet og tallforståelse, ikke hukommelse. Dersom motorikk og syn er intakt, klarer de fleste gamle uten kognitiv svikt å utføre denne testen korrekt. To typer feil ses hyppig hos pasienter med demens og kognitiv svikt:

- pasienten klarer å sette tallene på riktig sted, men klarer ikke å plassere viserne riktig. Denne feilen ses hyppigst ved begynnende demens eller mild kognitiv svikt.
- pasienten har store vansker med å plassere tallene på riktig sted på klokkeskiven, som tyder på mer omfattende kognitiv svikt med manglende forståelse av rom og retning og/eller planleggingsevne.

(Kirkevold, 2014, s. 128)

Kartlegging av fall og fallrisiko

Kartlegging av fall og fallrisiko er en stor del av utredningen ved mulig kognitiv svikt, da kognitiv svikt fører til glemsomhet, dårlig koordinasjon og nedsatt oppmerksomhet, og derav gir kognitiv svikt økt risiko for fall. Mange har ganghjelpemidler i eget hjem de ikke mestrer å bruke, det er for dårlig tilrettelagt for at de kan bruke rullator/EWA-stol innendørs. Det er lite lys, mange tepper og møbler som også øker fallrisikoen betraktelig. Dette er viktige aspekter å kartlegge når pasientene er inneliggende hos oss, slik at det er mulig for kommunen eller pårørende å endre i boligen slik at det er mindre risiko for at pasienten faller etter utskrivelsen. Fysioterapeuten i avdelingen jobber mye med mobilisering av pasientene, kartlegging av gangfunksjon og fallrisiko. Fysioterapeuten må vite hvordan pasientene forflyttet seg før innleggelsen for å kunne gjøre sin utredning best mulig.

Kartlegging av gangfunksjon er en viktig del av kartleggingen vi i sykepleietjenesten gjør når pasientene legges inn i vår avdeling. Vi er spesielt opptatte av om de bruker ganghjelpemidler, går uten støtte, er svimmel, ustø, har falt før innleggelse og om de føler seg utrygge.

Fysioterapeutene kartlegger ofte gangfunksjonen ved bruk av «Short Physical Performance Battery» (SPPB) – Screeningtest for fysisk funksjon hos elder. Denne består av tre deltester:

1. Statisk balanse
2. 4 m gange i vanlig tempo
3. 5 repetisjoner reise/sette seg i raskt tempo. Hver deltest scores på tid.

Tiden gjøres om til poeng (0-4) som gir en totalscore 0 til 12 poeng. Tidsbruk på testen er beregnet til 5-10 minutter. (Legeforeningen, 2022).

6.5 Delirium

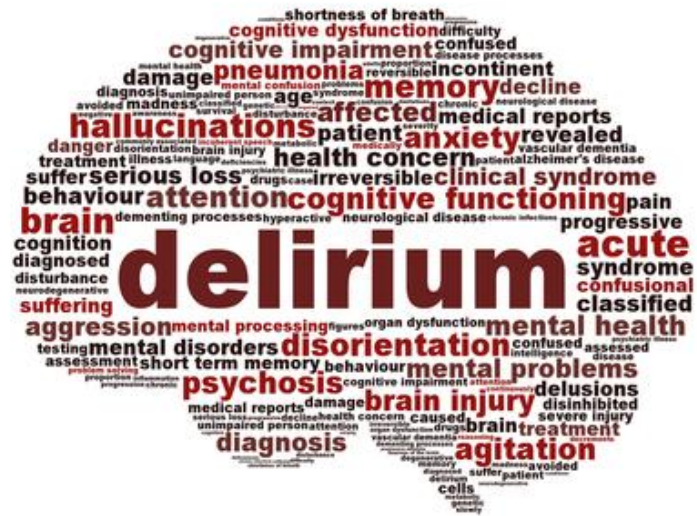
Delirium er en mental forstyrrelse som er karakterisert av forstyrrelser i bevissthet, orientering, hukommelse, tanker, evne til oppfatning og atferd. Delirium er en vanlig tilstand, men blir ofte oversett eller feildiagnostisert som demens. Tilstanden kan ligne demens, men er annerledes ved oppmerksomheten er svekket. Den oppstår akutt, oftest i forbindelse med sykdom eller skade. Delirium forekommer hos opptil 50% av eldre sykehuspasienter. Delirium er forbundet med forlenget liggetid i sykehus og økte kostnader. (Ranhoff, 2014, s. 452)

6.5.1 Hvordan arter delirium seg? Delirium kalles ofte akutt hjernesvikt. Sentrale symptomer er sviktende oppmerksomhet og konsentrasjon. I tillegg forstyrres kognitive funksjoner som korttidshukommelse. Pasienten er vanligvis ikke orientert for tid, sted eller situasjon. Feiltolkning av sanseinntrykk og psykiatriske symptomer som hallusinasjoner og paranoide forestillinger er vanlig og kan medføre agitert (utagerende) atferd. Søvnforstyrrelser ses også hos mange pasienter. Symptomene oppstår plutselig og de kan komme og gå gjennom døgnet avhengig av pasientens medisinske tilstand. Vi skiller på 3 ulike typer delirium, hyperaktivt, hypoaktivt og blandingsdelirium.

Hyperaktivt delirium er det de fleste forbinder med delirium og det som er enklest å kjenne igjen. Pasienten er ofte da psykomotorisk urolig, vandrende og auto-seponerer urinkateter og venekanyler. Mange har også paranoide hallusinasjoner. Hyperaktivt delirium kan føre til at pasienten blir utmattet, noe som ikke er forenlig med alvorlig sykdom. Det anslås at omtrent 1,6 – 22% av delirium er hyperaktive.

Hypoaktivt delirium er mer vanlig og andelen anslåes til 26 – 44%. I motsetning til hyperaktivt delirium er det vanskelig å oppdage. Pasienten ligger ofte rolig i sengen, krever ikke noe og skaper ikke urolighet i avdelingen. Det dominerende symptomet er svekket oppmerksomhet og bevissthet, samt nedsatt psykomotorisk aktivitet. Kliniske erfaringer viser at pasientene ofte har en generell stivhet i kroppen (rigiditet) og manglende bevegelser (akinesi). Hypoaktivt delirium har minst like alvorlig prognose med hensyn til dødelighet og senere funksjonsevne. Dette kan skyldes at deliriet oppdages senere og pasienten får senere behandling.

Blandingsdelirium rammer omtrent halvparten av pasientene med delirium og disse pasientene veksler mellom de to andre typene. (Ranhoff, 2014, s. 453)



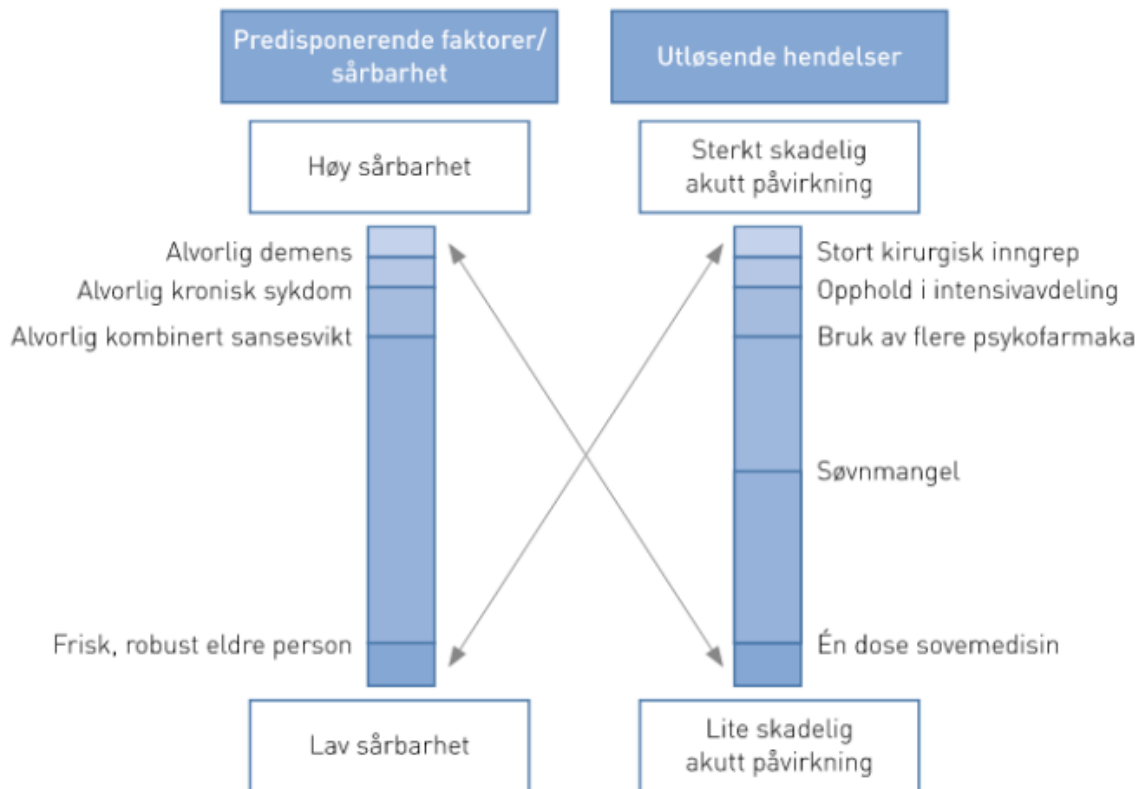
6.5.2 Hvorfor oppstår delirium?

I prinsippet kan alle rammes av delirium så lenge påkjennelsen er kraftig nok. Forekomst av delirium øker sterkt med alder og pasientens grad av skrøpelighet. Vi kan også skille mellom prevalent delirium (delirium tilstede ved innleggelse) og insident (delirium som utvikler seg underveis i sykehusoppholdet).

Risikoen for å få delirium ved akutt sykdom er knyttet til både predisponerende faktorer og til sykdomsrelaterte faktorer. Predisponerende faktorer beskriver pasientens sårbarhet. Jo mer sårbar en pasient er, desto mindre skal det til for at han eller hun får delirium. Den viktigste predisponerende faktoren er kognitiv svikt. Andre faktorer er høy alder, nedsatt sansesvikt, stort alkoholforbruk og svikt i dagliglivets aktiviteter.

Utløsende faktorer kan være akutt sykdom eller skade, men også den medisinske behandlingen og pleien. Forverring av kronisk sykdom kan også utløse delirium. Hos tidligere friske eldre er infeksjon, hjerneslag/TIA, hjertesykdom, bruk eller overforbruk av legemidler de vanligste årsakene til delirium. Hoftebrudd og subduralt hematom, stress, smerter, urinretensjon, obstipasjon og mangel på søvn er også vanlige utløsende årsaker. (Ranhoff, 2014, s. 456 – 457)

En rekke legemidler kan også utløse delirium. Polyfarmasi utgjør generelt en risiko for delirium. Alle legemidler og substanser som virker dempende på hjernen kan gi delirium. Dette gjelder spesielt sovemedisiner, beroligende og narkosemidler. Disse virker hemmende på nevronene ved at de endrer på metabolismen. Antikolinerge legemidler (nevroleptika, trisykliske antidepressiva og noen allergimidler), og noen legemidler som gir urinretensjon, dehydrering (diuretika) og blodtrykkfall (blodtrykkssenkende) kjent for å gi delirium hos eldre. Dersom det er gjort endringer i pasientens medisiner skal man alltid mistenke dette som en årsak. (Ranhoff, 2014, s. 458)



(Inouye, S. 1999)

6.5.4 Forebygging og behandling av delirium

I et sykehusmiljø er det mye aktivitet og andre faktorer som gjør at det er vanskelig til å legge til rette for god forebygging og behandling av delirium. På akuttgeriatri har vi som hovedregel at alle ikke-medikamentelle tiltak skal forsøkes først. Det er en rekke ikke-medikamentelle tiltak vi kan gjøre:

- Sørge for tilstrekkelig med ro, hvile og skjerming. Dette innebærer at tv/radio slås av og dør lukkes inntil for å minske støy fra korridor.
- Enkel, repetert og konsistent informasjon er viktig. Det er lite hensiktsmessig å bruke lang tid på å forklare hendelsesforløp eller sykdomsprosesser til pasienter med delirium.
- Personer som pasienten kjenner kan bidra til realitetsorientering og dempe angst. Pårørende bør normalt sett oppfordres til å være mye tilstede.
- Sørg for tidgivere i miljøet. Dette kan være en lett synlig klokke eller å ta opp persiener på dagtid for å slippe inn dagslys.
- Sørg for at pasienten har regelmessig vannlating og avføring. Let aktivt etter urinretensjon og obstipasjon da dette er vanlige tilstander som ofte oversees. Unngå permanent blærekateter.
- Korrigjer sansesvikt best mulig. Briller må være rene og på plass og høreapparater må ha batterier og fungere. Taleforsterker (Hørat) kan brukes dersom høreapparater ikke virker eller ikke er tilgjengelig. Det er viktig at det er godt med lys i rommet når vi skal kommunisere med pasienten.

- Mobilisere pasienten opp av seng så mye som mulig. Dette er et svært viktig tiltak som bedrer oksygeneringen av kroppen, forebygger komplikasjoner som for eksempel liggesår eller atrofi. Det vil også gjøre det enklere for pasienten å orientere seg.
- Ha sengehesten nede der dette er forsvarlig. Enkelte pasienter kan få en følelse av å bli innestengt eller holdt fanget dersom ikke får lov til å bevege seg ut av sengen.
- Påse at pasienten får i seg tilstrekkelig med mat og drikke.
- Legemiddelgjennomgang av lege for å forhindre polyfarmasi og uheldige legemidler.
- Bidra til god smertelindring i samarbeid med lege. (Ranhoff, 2014, s. 459)
- I vår avdeling tilstreber vi å plassere pasienter med delirium på pasientrom overfor indre arbeidsstasjon slik at vi enklere kan holde oversikt. Dette er rom D027 og D028 på Tun 1 og D019 og D021 på Tun 2.

Medikamentell behandling skal kun brukes ved hyperaktivt delirium der pasienten står i fare for seg selv eller andre, hvor man trenger tid til å gjennomføre en nødvendig undersøkelse, der de er til stor sjenanse i avdelingen eller for å forhindre at en alvorlig syk pasient utmatt seg selv. Målet med den medikamentelle behandlingen er å roe ned, redusere psykotiske symptomer og angst, samt regulere søvnrytme. Behandlingen skal gis i kortest mulig periode. (Ranhoff, 2014, s. 460)

6.5.5 Opplevelsen av å ha delirium

Mange pasienter kan huske hva det har gjort og sagt når de har vært i delirium. Noen pasienter beskriver det som å være i en drømmelignende tilstand, ofte med skremmende innhold som skaper uro, angst og behov for å flykte. Andre beskriver det som følelse av å stå utenfor seg selv og ikke ha kontroll over sin egen kropp. (Ranhoff, 2014, s. 455).

6.6 Kognitiv svikt

Til tross for at demens er et av ekskluderingskriteriene har vi ofte pasienter med demens innlagt i avdelingen. Helsepersonell i akuttgeriatrisk avdeling skal gjenkjenne kognitiv svikt og kunne skille mellom mild kognitiv svikt og demens, kjenne til de sykdomstegnene som karakteriserer de vanligste demenstilstandene. Dette er grunnleggende for å få en nødvendig forståelse av pasientens funksjonsnivå og utfordringene den møter i hverdagslivet. (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 408)

Kognitiv svikt er en overordnet betegnelse på mental svikt som betyr at personen har problemer med tankeprosessen. Svikt i kognisjonen kan være medfødt, men kan også oppstå i forbindelse med Parkinsons sykdom, hjerneslag, multippel sklerose (MS) eller skade. Kognitive funksjoner er evnen til å oppfatte og innhente informasjon fra verden rundt oss lagre den og planlegge og handle ut fra den informasjonen vi har. Dagligdagse gjøremål som å føre en samtale krever et finstemt samspill mellom mange ulike tankeprosesser. (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 409)

6.6.1 Mild kognitiv svikt

Mild kognitiv svikt (MKS) kan beskrives som reduksjon i kognitive prestasjoner, og er velkjent ved økende alder. Mild kognitiv svikt foreligger når forandringene er litt mer uttalt enn

forventet ved aldring, men likevel ikke fylles kriteriene for demens. Den kan presentere seg som et opplevd eller påvist hukommelsesproblem og kan ha mange ulike årsaker. Personer med mild kognitiv svikt kan utvikle en demenssykdom, men ikke alltid.

Oftest dreier MKS seg om nedsatt hukommelse eller konsentrasjonsevne, og noen ganger nedsatt evne til å tolke sanseinntrykk, vansker med å klare tempo og konsentrasjonskrevende oppgaver – særlig i forbindelse med stress. Pasienten kan også oppleve vansker med å bruke språk, å snakke, og si riktige ting i situasjoner eller å kontrollere følelser. (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 410)

6.7 Demens

Demens er en paraplybetegnelse på sykdommer som rammer flere av hjernens funksjoner. Alle demenssykdommene er progredierende, og den som rammes vil fungere dårligere og dårligere og tilslutt bli helt avhengig av hjelp. Demenssymptomene utvikler seg over tid, avhengig av hvilken sykdom som ligger til grunn. Hos enkelte kan sykdomsforløpet være kort og intenst, mens det hos andre kan strekke seg over inntil 20 år. Det finnes flere diagnostiske kriterier for demens. I Norge bruker vi systemet ICD-10 som er utarbeidet av WHO, brukt som offisiell klassifikasjon av sykdommer. I følge ICD-10 kan demens graderes på følgende måte:

- I. (1) Svekket hukommelse, især for nye data.
(2) Svekkelse av andre kognitive funksjoner.

Eksempelvis abstraksjon, dømmekraft, tenkning og planlegging.

Den kognitive svikten må influere på dagliglivets funksjoner:

- (1) Mild: Påvirker daglige aktiviteter
 - (2) Moderat: Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre.
 - (3) Alvorlig: Nødvendig med kontinuerlig pleie og overvåking.
- II. Bevart bevissthet tilstrekkelig til å bedømme punkt I.
 - III. Svekket emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd med en eller flere av følgende:
 - (1) Emosjonell labilitet
 - (2) Irritabilitet
 - (3) Apati
 - (4) Unyansert sosial atferd
 - IV. Varighet: 6 måneder eller mer.

Det er viktig å huske på at det kan være stor individuelle forskjeller. (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 411 – 412). Demensutredning foregår primært på vår geriatriske poliklinikk og ikke på sengepost, men det hender at vi får inn pasienter på sengepost for observasjon som et ledd i utredningen.

6.7.1 Ulike demenssykdommer

Demens er ikke en sykdom. Det er et syndrom og en diagnose for en rekke symptomer som kan forårsakes av ulike sykdommer og skader. Det finnes mange forskjellige former for demens og en rekke andre tilstander som kan gi demenslignende symptomer. Det er derfor viktig å få en riktig diagnose tidlig som mulig. Vi deler demenssykdommene i 3 hovedgrupper:

- Primærdegenerative sykdommer
- Vaskulær demens
- Sekundære demenssykdommer

Primærdegenerative demenssykdommer: Fellesnevneren for disse demenssykdommene er at hjerneceller skades og dør i et unormalt stort omfang. Demenssykdommene som kommer av en gradvis ødeleggelse av visse hjerneceller kalles degenerative eller neurodegenerative. Typisk for disse sykdommene er at de kommer smygende og kan ha påtatt en god stund før personen selv og omgivelsene begynner å mistenke at noe er galt. Sykdommene er progressive og personen får flere og stadig mer omfattende funksjonsbortfall. Per dags dato er det ikke mulig å behandle eller stoppe primærdegenerative demenssykdommer. Symptomer kan variere etter hvilket område i hjernen som er skadet – vi kan derfor dele inn primærdegenerative demenssykdommer i 3 undergrupper: alzheimers sykdom, frontotemporal og lewylegemedemens. (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 412).

1. Demens ved alzheimerssykdom

Om lag 60% av personer med en demenssykdom har Alzheimers sykdom. Sykdommen utvikler seg langsomt, særlig i starten og det kan ta mange år før man legger merke til at noe er galt. Ved Alzheimers sykdom er det trolig et protein i hjernen (betaamyloid) som klumper seg sammen og danner plakk – noe som fører til skader på nervecellene og påfølgende celledød.

De første symptomene på Alzheimers sykdom er redusert hukommelse og konsentrasjon. Hukommelsesproblemene handler først og fremst om problemer med å lære seg nye ting og huske praktiske forhold. Hukommelsen for det som har skjedd lengre tilbake i tid er som regel god. Risikoen for å utvikle Alzheimers sykdom øker med stigende alder. (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 413).

Symptomer	
Tidlig fase	Senere fase
<ul style="list-style-type: none">- Redusere hukommelse.- Redusert konsentrasjon.- Problemer med å lære nye ting.- Angst og uro.- Passivitet.- Irritabilitet.	<ul style="list-style-type: none">- Problemer med å tolke sanseintrykk- Følelsesmessig labilitet- Endringer i døgnrytme- Motorisk uro (vandrer)- Språkproblemer: Pasienten kan slite med å forklare seg og forstå sammenheng i kommunikasjon.

2. Frontotemporal demens

Ved denne typen demenssykdom er det særlig frontallappen som er affisert – noe som påvirker personens mentale funksjon. Frontotemporal demens opptrer gjerne i 50-70 årsalderen. De mest typiske symptomene er at personen endrer atferd og personlighet. Noen får uhemmet sosial atferd på grunn av svekket selvinnsikt, andre blir passive og kan virke deprimerte. (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 413)

Symptomer	
Tidlig fase	Senere fase
<ul style="list-style-type: none">- Mangel på initiativ: Uoppmerksomhet og mangel på gjennomføringsevne.- Dårlig evne til å løse problemer.- Endrede spisevaner.- Endrede alkohol- og røykevaner. (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2022)	<ul style="list-style-type: none">- Dårlig hukommelse- Språkfunksjon: Redusert taleflyt, uttale ord feil, miste tråden i samtalen og endre samtaleemne helt underveis eller gjenta ord flere ganger. Ved langkommet frontallappdemens mister noen pasienter språket helt.- Motoriske symptomer: muskelstivhet, treghet og skjelvinger, lignende Parkinson sykdom.

3. Demens med lewylegemer

Denne demensdiagnosen er vanligst blant de som er eldre enn 65 år. Sykdommen har fått navnet sitt av de små samlingene av proteiner i hjernen, lewy-kroppene. Demens med lewylegemer utvikler seg smygende og det er vanlig at pasientens fysiske og kognitive funksjon kan svinge fra dag til dag. Det skal utvises stor forsiktighet ved administrering av nevroleptika som for eksempel haldol da pasientene kan få alvorlige bivirkninger. (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 414)

Symptomer	
Tidlig fase	Senere fase
<ul style="list-style-type: none">- Stive muskler og langsomme bevegelser.- Dårlig nattesøvn og følelse av å være trøtt hele døgnet.- Hukommelsessvikt og ordletingsvansker	<ul style="list-style-type: none">- Synshallusinasjoner.- Problemer med avstandsbedømming. - Konsentrasjonsvansker.- Lavt blodtrykk og falltendens. (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2022) <ul style="list-style-type: none">- Vrangforestillinger.

4. Vaskulærdemens

De vanligste årsakene til vaskulær demens er store hjerneinfarkter, mange små hjerneinfarkter (multiinfarktdemens) og sykdom i arterioler dypt i hjernevevet (småkardemens). Omtrent hver femte person som rammes av demens har vaskulærdemens. Denne demensformen kan debutere plutselig og kan brått forverre seg – oftest i forbindelse med nye hjerneslag. Symptomene vil variere basert på hvor i hjernen skaden sitter. (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 414)

Symptomer	
<ul style="list-style-type: none"> - Mister evnen til å ta initiativ. - Kan fremstå passive og trege. - Hukommelsesproblemer. 	<ul style="list-style-type: none"> - Nedstemthet og depresjon - En rekke andre – avhengig av hvor skaden sitter i hjernen. (Nasjonalforeningen for folkehelsen, 2022)

Sekundærdegenerative demenssykdommer: En rekke sykdommer, skader og tilstander kan føre til demensutvikling. Eksempler kan være normaltrykkshydrocephalus, ubehandlet B12-mangel, aids, rusmisbruk – særlig langvarig og stort alkoholforbruk, hjerneskader, svulster eller encefalitt. (Skovdahl & Berentsen, 2014, s. 414).

7.0 Nyrepasienten

Typisk for nyrepasienten er svikt eller forstyrrelser i en eller flere av disse funksjonene; utskillelse av avfallsstoffer og væske, korrigerende av syre-base, korrigerende av elektrolytter, regulering av blodtrykk og blodkonsentrasjon.

Nyrepasientene er ofte multisyke og har mange restriksjoner. I hverdagen kan de ha restriksjoner på drikkeinntak og kosthold. Pasientgruppen står på mange forskjellige medisiner som må tas til måltider og andre faste tidspunkter i løpet av dagen. Pasientene behandles med medisiner frem til de får terminal nyresvikt og må starte med dialyse. Pasientene får enten HD-dialyse på poliklinikk eller PD-dialyse på sengepost. Pasienter legges inn på avdeling i denne prosessen for opplæring og igangsetting av behandlingen. PD-pasienten kan etter opplæring utføre dette i hjemmet, mens HD-dialyse må gjøres på sykehus.

Pasientgruppen kjennetegnes med dårlig matlyst, kvalme, bekninger, diare, nedsatt allmenntilstand, slapphet, tretthet og depresjon. Nyresvikt er en kronisk sykdom og pasientene beholder sykdommen ut livet. Unntaket er dersom pasienten blir nyretransplantert. Mange nyrepasienter blir nyretransplantert og kan leve et relativt normalt liv med flere restriksjoner. Dessverre er det ikke alltid nyretransplantatet fungerer optimalt og pasienten vil konverteres tilbake til dialyse. Dialyse anses som livsviktig når man først er terminal nyresyk. Dersom man velger å avslutte dialysebehandling, vil man ha kort levetid i etterkant av avsluttet behandling. Nyrepasienter er en komplisert og svært lærerik gruppe å jobbe med.

7.1 Nyrenes anatomi og fysiologi

Nyrene er et par bønneformede organer som befinner seg på hver sin side av ryggspylen. De er på størrelse som en knyttneve. Nyrene er bygd opp av en nyrebark som omgir nyren, nyremarg og nyrebekken. Nyrene har flere vitale funksjoner (se lenger ned), men den viktigste oppgaven nyrene har er å fjerne avfallsstoffer og overflødig væske fra blodet.

Filtrasjonen i nyrene gjøres i hovedsak av små enheter som kalles nefroner. Vi har ca. 1 million nefroner, men etter hvert som vi blir eldre mister vi flere av dem, noe som fører til at nyrefunksjonen avtar med alderen. Et nefron består av et kapillærnøste (glomerulus) og et rørsystem (tubuli). Kapillærnøstet finnes i **nyrebarken**, hvor kapillærveggene fungerer som en sil. Det er i disse kapillærnøstene selve filtrasjonen foregår. I tillegg til avfallsstoffer og overflødig væske, filtreres også nødvendige næringsstoffer ut av blodbanen. Store molekyler som blodlegemer og proteiner blir normalt holdt tilbake i blodbanen. Den filtrerte væsken kommer så over i rørsystemet, som fortsetter videre i **nyremargen**. Her blir nødvendig væske og næringsstoffer absorbert tilbake til blodet, mens avfallsstoffene og den overflødig væsken fraktes videre, og ender tilslutt opp i nyrebekkenet som urin. **Nyrebekkenet** samler opp urin fra hele nyren, og transporteres derfra til urinblæren via urinlederen.

Nyrenes 5 hovedfunksjoner:

1. Væskeregulering
 - Produksjon og konsentrasjon av urin
2. Elektrolyttregulering
 - Regulering av natrium, kalium, kalsium og fosfat
3. Syre/base-regulering
4. Utskillelse av avfallsstoffer
 - Utskillelse av kreatinin og karbamid
5. Aktivisering av hormoner
 - Produksjon av erythropoietin, stimulerer til dannelse av røde blodlegemer.
 - Aktivisering av vitamin D og renin/angiotensin (regulerer blodets volum og blodtrykk).

7.2 Nyresvikt

Man skiller på akutt nyresvikt og kronisk nyresvikt.

7.2.1 Akutt nyresvikt

Inntreer raskt – alt fra timer til få dager, og forekommer ofte som en komplikasjon til en annen alvorlig tilstand. Når nyren svikter, ser man at diuresen avtar og kreatinin og karbamid stiger, samt at det blir forstyrrelser i elektrolyttene.

Årsak

Prerenal ⇒ årsaken befinner seg da utenfor nyrene og urinveiene. Vanligvis er det problemer med sirkulasjonen eller blodet før det nyrene. Det kan for eksempel skyldes dehydrering, blodtap, sepsis, blokkering i blodåre, hjertesvikt, og leversvikt. Ved prerenal nyresvikt, er det i utgangspunktet ikke noe skade på nyrene. Derfor kan man med riktig behandling gjenoppta nyrenes normale funksjon, hvis ikke sirkulasjonssvikten til nyrene blir langvarig, og det oppstår varig skade på nyren.

Renal ⇒ årsaken er i selve nyren, og er den mest kompliserte formen for svikt. Eksempel: sykdom i blodårene, blodpropp i nyren, skade på nyrevev og celler, glomerulonefritt, akutt interstitiell nefritt, akutt tubulær nekrose (betennelser i nyren).

Postrenal ⇒ årsaken er avløpshinder fra nyrene, urinretensjon. Denne tilstanden kan normaliseres, med mindre avstengningen har pågått så lenge at det har oppstått varig skade på nyren. Eksempel: nyrestein, kreft i urinveiene/blære, medikamenter, forstørret prostata m.m.

7.2.2 Kronisk nyresvikt

Ved kronisk nyresvikt har det oppstått en varig nyreskade, som har pågått over tid. Nyrenes evne til å filtrere ut stoffer og dermed rense blodet, er betydelig redusert. Ved kronisk nyresvikt kan det samle seg opp farlige mengder væske, elektrolytter og avfallsstoffer i kroppen.

Årsak

- Skader på blodårene og høyt blodtrykk med nyreskade.
- Diabetes type 1 eller 2.
- Kronisk nyrebetennelse.
- Kronisk nyrebekkenbetennelse og interstitiell nefritt.
- Polycystisk nyresykdom – mange væskefylte hulrom i nyrene.

Det er forskjellige stadier av nyresvikt:

- Stadium 1 og 2 = mild grad.
- Stadium 3 = moderat.
- Stadium 4 og 5 = alvorlig.

7.2.3 Symptomer på nyresvikt

Tidlig i forløpet har man som regel ikke symptomer, og man kan være uten plager i lang tid. Etter hvert som sykdommen forverres, kommer også symptomene. Når svikten når stadium 3, begynner de fleste å få symptomer. Eksempel på symptomer:

- Slapphet – følge av anemi
- Tap av matlyst, kvalme og brekninger
- Hyppig eller sjelden vannlating
- Ødemer
- Utslett og kløe
- Hodepine
- Søvnvansker, urolige bein.
- Høyt blodtrykk
- Kortpustethet – opphopning av væske i lunger

7.2.4 Tiltak ved nyresvikt

Tiltak ved nyresvikt	
Hud	Anemi
Behandle kløe med for eksempel kremer som Eurax.	- Tilskudd av erythropoetin etter ordinasjon fra lege. - Kontroll av Hb (legeordinert). - Blodtransfusjon (legeordinert).
Væskebalanse	Målinger
- Væskerestriksjoner (legeordinert), - Måle drikke og diurese. - Daglig vekt (bruke samme vekt hver dag). - Administrere intravenøs væske (legeordinert). - Administrere vanndrivende legemidler.	- Kontroll av blodsukker og administrasjon av insulin der det er behov. - Kontroll av blodtrykk og administrasjon av blodtrykksmedisiner der det er behov. - Kontroll av elektrolytter ved blodprøver.
Elektrolytter	Ernæring og eliminasjon
- Medikamenter for å stabilisere elektrolyttverdier (kalium, magnesium etc). - Telemetrioovervåking ved hyperkalemi (i forhold til arytmier).	Følge kostplan – det er flere matvarer nyrepasientene ikke skal ha. - Forebygge obstipasjon ved hjelp av laksantia.

7.3 Kosthold ved nyresvikt

Kostholdet til nyrepasienter, er en viktig del av behandlingen. Disse pasientene trenger å begrense eller fjerne flere matvarer i kostholdet. Ved å være nøye med pasientenes kosthold, kan blodprøveverdier holdes stabile, og det er mindre behov for medikamentell behandling. På tun 5, henger det plakater om ulike kost, og hva enkelte matvarer inneholder.

Proteiner

Etttersom nyresykdom forverres, vil mer og mer protein lekke ut i urinen fra nyrene. Dette betyr at du på sikt kan gå ned i vekt og tape muskelmasse. Ofte må proteiner i kosten begrenses hos pasienter med nyresvikt, for å forsinke utviklingen av sykdommen og redusere uremiske symptomer.

Kalium

Ved nyresvikt kan utskillelsen av kalium bli redusert, som fører til forhøyet kaliumkonsentrasjon i blodet. Dette øker risikoen for arytmier. Nyrepasienter skal ha kaliumfattig kost.

Fosfat

Inntaket av dette bør begrenses – fosfatfattig kost. Nyrepasienter kan få fosfatbindere, som skal tas til hvert måltid (eks. Renvela).

Kalsium og D-Vitamin

Ved nyresvikt er det ofte redusert opptak og utnyttelse av kalsium, hovedsakelig på grunn av redusert eller manglende omdannelse av vitamin D til den aktive formen. Derfor er det viktig å tenke på at pasientene får i seg kalsiumrik mat og D-vitaminer.

Natrium

Siden nyrene ikke klarer å skille ut overflødig natrium, er det viktig at saltinntaket reduseres betydelig. For mye natrium i blodet fører blant annet til at væske holdes tilbake i kroppen, urinproduksjonen blir nedsatt og blodtrykket stiger.

7.4 Dialyse

Når nyrene ikke fungerer, terminal nyresvikt, må man få nyreerstattende behandling - dialyse. På sykehuset har vi to former for dialyse; hemodialyse og peritonealdialyse.

7.4.1 Hemodialyse

Ved hemodialyse (HD) blir blodet rensed via en dialysemaskin. Den fungerer som en «kunstig nyre». Dialysefilteret fjerner avfallsstoffer og væskeoverskudd. Hemodialyse foregår i økter på 3-5 timer, vanligvis 2-4 ganger i uka. Pasientene får et individuelt dialyseprogram og alle får en pasientansvarlig sykepleier og lege på dialyseavdelingen. Alle HD-pasienter må ha en blodtilgang, enten via en AV-fistel eller et dialysekateter.

AV-fistel: Sammensynging av en arterie og vene, fortrinnsvis på underarmen. Det dannes en stor åre med høyt trykk, som må modnes ca. 6 uker før bruk. AV-fistel foretrekkes fremfor dialysekateter pga. redusert infeksjonsrisiko. Inngrepet skjer på operasjonsstua eller kirurgisk poliklinikk. Man lytter på fistelen etter operasjon for å kontrollere at fistelen er åpen. Pasienten får Albyl E ca. 1 uke for å unngå dannelse av tromboser som kan tette fistelen. Armen hvor det er AV-fistel, skal det ikke tas blodprøver, blodtrykk ol.

Dialysekateter: Et to-løps kateter lagt i vena jugularis, innlegges på operasjon.

Permanent dialysekateter → ligger på brystet, tunnelert og suturert.

Midlertidig/akutt dialysekateter → ofte plassert ved halsen, ikke tunnelert, kan også legges i vena femoralis(lyskekateter). Alle dialysekateter er sterilt innpakket og åpnes hovedsakelig av dialysepersonell. Pasienten må bruke dusjbandasje og får ikke bade med dialysekateteret.

7.4.2 Peritonealdialyse

Ved peritoneal dialyse (PD) benyttes bukhinnen som dialysemembran. Denne type dialyse, kan utføres hjemme og gir pasienten økt fleksibilitet.

Ved PD, opereres det inn et mykt kateter inn i bukhulen hvor man skal sette inn dialysevæske (1-2 liter av gangen). Dialysevæsken inneholder glukose, og ved hjelp av osmotisk trykk, trekkes vann ut av blodbanen, og inn i buken. Jo høyere glukosekonsentrasjon i dialysevæsken, jo mer væske trekkes det. Dialysevæsken skal være inne i buken noen timer, før den tappes ut og ny dialysevæske settes inn. PD pasienter følges opp av sykepleier på poliklinikken. Det er to varianter; CAPD og APD.

CAPD: dialysen skiftes manuelt, vanligvis fire ganger i døgnet, og utføres på sengepost. Alle som har vært på kurs og hatt opplæring kan utføre dette. Når pasienter med PD er innlagt på sykehuset, er det kun CAPD som brukes.

APD: foregår kun på natten, via en maskin. Dette er en behandling som gjøres hjemme hos pasientene.

7.5 Nyretransplantasjon

Nyretransplantasjon er overføring av en frisk nyre fra et individ til et annet med en alvorlig, livstruende, kronisk nyresykdom. Nyretransplantasjon benyttes som behandling av kronisk nyresvikt, og gir en mye bedre livskvalitet for pasienten enn dialysebehandling. For samfunnet er nyretransplantasjon også mye billigere enn dialysebehandling over tid.

Nyretransplantasjon skjer på Rikshospitalet. Pasienten må gjennom et grundig opplæringsprogram hvor de blant annet lærer om sine medisiner, tegn på evt. avstøtning, måling D/D, vekt, temperatur og u-stix.

Nyretransplanterte og dialysepasienter skal alltid kontakte sengepost/nefrolog ved sykdom. De innlegges nesten alltid nyreavdelingen slik nefrologene har oversikt over behandlingen. Viktig å påse at den transplanterte får i seg sine immunsuppressive, samt rikelig med drikke.

7.6 Immunsuppressive legemidler

Immunsuppressive legemidler blir brukt som profylakse mot rejeksjon etter organtransplantasjon, og er derfor noe alle nyretransplanterte pasienter skal ha. Det er spesielt viktig at disse pasientene får medisinene sine. Følgende pasienter, eller av en annen grunn ikke kan ta medisiner per oralt, skal disse gis intravenøst.

Det er også viktig at disse medisinene gis til riktig tid. Eksempler på slike legemidler er: Ciklosporin (Sandiummun Neoral), mykofenolat (CellCept, Myfortic) takrolimus (Prograf, Advagraf, Envarsus) og everolimus (Certican). Problemet ved immundepende behandling er at den også kan dempe kroppens normale immunreaksjoner. Dette fører til at disse pasientene er mer utsatt for å få infeksjoner og noen typer kreft.

8.0 Referanser

Wang-Hansen, M.S & Dilling, B. (2020, 11. februar). Hvem er den geriatriske pasienten?. Kompetansebroen. Hvem er den geriatriske pasienten? - Kompetansebroen Kompetansebroen

Martinsen, A & Reinnel, A. (2018). Inklusjons og eksklusjonskriterier – Døgnområde 9 Akuttgeriatri. I Elektronisk Kvalitetshåndbok. Hentet 25. mai 2022 fra Inklusjon og eksklusjonskriteriere - Døgnområde 9 Akuttgeriatri (sykehuspartner.no)

Ranhoff, A. (2014). Kapittel 7: Den gamle pasienten. I K. Brodtkorp, M. Kirkevold & A.H. Ranhoff (Red.), Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (2. utg., s. 73-91). Gyldendal Akademisk.

Flaten, B. (2018, 02. februar). Naturlige aldersforandringer. NDLA – Nasjonal Digital Læringsarena. [Naturlige aldersforandringer - UTGÅTT - Helsefremmende arbeid \(HS-HEA vg2\) \(LK06\) - NDLA](#)

Kirkevold, M. (2014). Kapittel 10: Kartlegging. I K. Brodtkorp, M. Kirkevold & A.H. Ranhoff (Red.), Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (2. utg., s. 122-144). Gyldendal Akademisk.

Legeforeningen. (2022, 31. mai). Spørreskjema til pårørende. Spørreskjema til pårørende (legeforeningen.no)

Legeforeningen. (2022, 31. mai). Short Physical Performance Battery (SPPB). [sppb.pdf \(legeforeningen.no\)](#)

Ranhoff, A. (2014). Kapittel 31: Delirium (akutt forvirring). I K. Brodtkorp, M. Kirkevold & A.H. Ranhoff (Red.), Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (2. utg., s. 452 - 463). Gyldendal Akademisk.

Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. Dement Geriatr Cogn Disord 1999; 10: 393 – 400.

Skovdahl, K & Berentsen, V. (2014). Kapittel 29: Kognitiv svikt og demens. I K. Brodtkorp, M. Kirkevold & A.H. Ranhoff (Red.), Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (2. utg., s. 408 - 437). Gyldendal Akademisk.

Foreningen for folkehelse. (2022, 11. mai). Frontotemporal demens. Hentet 2. juni 2022 fra Frontotemporal demens / Frontallappdemens (nasjonalforeningen.no)

Foreningen for folkehelse. (2022, 7. april). Demens med Lewy-legemer. Hentet 14. juni 2022 fra Demens med Lewy-legemer (nasjonalforeningen.no)

Foreningen for folkehelse. (2022, 19. april). Vaskulær demens. Hentet 14. juni 2022 fra Vaskulær demens (nasjonalforeningen.no)

Kvam, M. (2020, 24. april). Nyrene. Norsk Helseinformatikk. Hentet 14. juni 2022 fra <https://nhi.no/kroppen-var/organer/nyrene/>

Kvam, M. (2020, 24. april). Nyrene. Norsk Helseinformatikk. Hentet 14. juni 2022 fra <https://nhi.no/kroppen-var/organer/nyrene/?page=3>

Holck, P. (2022, 19. mai). Nyrene. Store medisinske leksikon. Hentet 14. juni 2022 fra <https://sml.snl.no/nyrene>

Norsk helseinformatikk. (2019, 30. desember). Akutt nyresvikt. Norsk Helseinformatikk. Hentet 14. juni 2022 fra <https://nhi.no/sykdommer/nyrerurinveier/akutt-nyresvikt/akutt-nyresvikt-oversikt/?page=4>

Norsk helseinformatikk. (2021, 22. mars). Kronisk nyresvikt. Norsk Helseinformatikk. Hentet 14. juni 2022 fra <https://nhi.no/sykdommer/nyrerurinveier/kronisk-nyresykdom/kronisk-nyresvikt/>

Norsk helseinformatikk. (2021, 23. mars). Kronisk nyresykdom - symptomer og tegn. Norsk Helseinformatikk. Hentet 14. juni 2022 fra <https://nhi.no/sykdommer/nyrerurinveier/kronisk-nyresykdom/kronisk-nyresykdom-symptomer/>

Os, I. (2022, 19. april). Hemodialyse. Store medisinske leksikon. Hentet 14. juni 2022 fra <https://sml.snl.no/hemodialyse>

Waldum-Grevbo, B. (2022, 19. april). Store medisinske leksikon. Hentet 14. juni 2022 fra https://sml.snl.no/peritoneal_dialyse

Boulland, L & Vartdal, F. (2021, 11. januar). Store medisinske leksikon. Hentet 14. juni 2022 fra <https://sml.snl.no/nyretransplantasjon>

Boulland, L & Vartdal, F. (2020, 30. desember). Store medisinske leksikon. Hentet 14. juni 2022 fra https://sml.snl.no/immundepende_behandling

Norsk legemiddelhåndbok. (2018, 13. mars). Takrolimus. Hentet 14. juni 2022 fra <https://www.legemiddelhandboka.no/L18.2.3/Takrolimus>

Norsk Helseinformatikk. (2022, 16. mai). Kronisk nyresykdom – Behandling. Hentet 14. juni 2022 fra <https://nhi.no/sykdommer/nyrerurinveier/kronisk-nyresykdom/kronisk-nyresykdom-behandling/?page=2>

Veien til helse. (2020, 3. mai). Alt du trenger å vite om ernæring og nyresvikt. Hentet 14. juni 2022 fra <https://veientilhelse.no/alt-du-trenger-a-vite-om-ernaering-og-nyresvikt/>

Helsebiblioteket. (2021, 31. august). Nyresykdom, kronisk. Hentet 14. juni 2022 fra <https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/nyrer-og-urinveier/kronisk-nyresykdom>