

# Akutt funksjonssvikt

## Et lite innblikk i hvordan vi tenker

07.04.22 1400 – 1445

Astrid Eri-Montsma

Overlege i geriatri

Sykehuset Østfold

Avdelingssjef geriatrisk og endokrinologisk avdeling

Avdelingssjef nyremedisinsk avdeling



# Oppsett

- Hva er geriatri ?
- Intro Geriatrisk avdeling
- Hva er en geriatrisk vurdering ?
- Hva er akutt funksjonssvikt ?
  - Kriterier for innleggelse ved akuttgeriatrisk avdeling
  - Arbeidsmåte akuttgeriatrisk avdeling
  - Eksempler

# Hva er geriatri ?

- «Geriatri er den medisinske spesialiteten som omfatter fysiske, psykiske, funksjonelle og sosiale aspekter ved behandlingen av eldre pasienter. Spesialiteten inkluderer behandling av eldre pasienter ved akutte og kroniske sykdommer, forebyggende arbeid, rehabilitering og omsorg ved livets slutt inkludert palliativ behandling.»

Geriatrici – en medisinsk lærebok  
Torgeir Bruun Wyller

# Akuttgeriatrik (og nyremedisinsk) sengepost

5 overleger i geriatri, 6 LIS-2 og 2 LIS-1 i rotasjon,  
1 LIS-3

Sykepleiere og helsefagarbeidere (50/50)

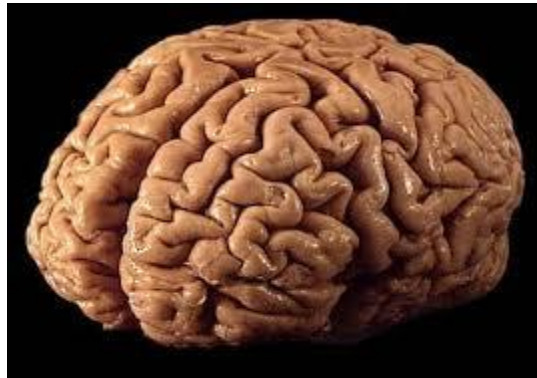
- 18 senger oppe på døgnet 9
  - Høyt belegg (115-122 %)
  - Stort press på minst mulig ikke medisinsk nødvendig liggetid = lavest mulig liggetid



# Samarbeid

- Ingen yrkesgruppe kan alene yte tilstrekkelig god hjelp til gamle med sammensatte helseproblemer
- Man må samarbeide sammen i et tverrfaglig team og aktivt utnytte hverandres kompetanse

# Vårt viktigste arbeidsredskap



Det er lov til å bruke hodet !

## Fru A (1)

- Fru A, 92 år
- Bor hjemme
- Ser dårlig, lett forvirret
  
- Har falt, kommer inn i akuttmottaket

R/

Furix 40 mg x 1 po

Albyl E 75 mg x 1 po

Enalapril 10 mg x 1 po

Imdur 30 mg x 1 po

Kaleorid 750 mg x 3

Lab:

Natrium 130, Kalium 5,7

Kreatinin 250, Karbamid 30

CK 5000

# Bred geriatrisk vurdering

CGA = Comprehensive geriatric assessment

- Ikke en definert metode
- Systematisk tilnærming til pasienten





# Vanlige komponenter i en bred geriatrisk vurdering (1)

- Fysisk helse
  - Komorbiditet
    - Akutte og kroniske sykdommer
  - Polyfarmasi
    - Kritisk gjennomgang av alle medikamenter
  - Ernæringsstatus og appetitt
  - Hudproblemer
  - Smerter



# Vanlige komponenter i en bred geriatrisk vurdering (2)

- Funksjon
  - Funksjon i dagliglivet
    - Komparente opplysninger
    - Barthel
  - Mobilitet og gangfunksjon
  - Eliminasjon
    - Urin (retensjon?), avføring
  - Hørsel/syn



# BARTHEL ADL-INDEKS

Mahoney FI, Barthel DW. Maryland State Med J 1965;14:61-65.

Denne norske versjonen er redigert i 2008 av Ingvild Saltvedt, Jorunn L. Helbostad, Unni Sveen, Pernille Thingstad, Olav Sletvold og Torgeir Bruun Wyllér på grunnlag av flere tidligere norske oversettelser og med hovedvekt på originalpublikasjonen fra 1965.

Navn: \_\_\_\_\_

J.nr.: \_\_\_\_\_

Fødselsår/dato: \_\_\_\_\_

Dato utfylt: \_\_\_\_\_

Utfylt av: \_\_\_\_\_

## GENERELT

Barthel ADL-indeks er først og fremst beregnet på å bli brukt av sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter i deres daglige kontakt med pasientene. Det skal registreres hva pasienten faktisk gjør, ikke hva man tror vedkommende kan mestre. Skår representerer grad av uavhengighet av hjelp fra annen person. Hvis det er nødvendig med tilsyn, er personen **ikke** uavhengig, men hvis en aktivitet mestres med hjelpemidler er personen uavhengig i denne aktiviteten. For personer uten vesentlig mental svikt (MMSE > 20) og i en stabil klinisk situasjon, er egenrapportert Barthel vanligvis pålitelig. For øvrig kan man som regel regne med at en skår basert på familie og andre med nær kjennskap til personen også er pålitelig.

### 1. Spising

- 2 Helt selvhjulpen. Kan bruke nødvendige hjelpemidler og spiser innen rimelig tid
- 1 Behov for noe hjelp, f.eks. til å skjære opp maten
- 0 Helt avhengig av hjelp

### 2. Bading/dusj

- 1 Helt selvhjulpen
- 0 Trenger hjelp

### 3. Personlig hygiene

- 1 Selvhjulpen. Klarer å vaske ansiktet, kjemme håret, pusse tennar og barbere seg
- 0 Trenger hjelp til en eller flere oppgaver

### 4. Påkledning

- 2 Selvhjulpen i av- og påkledning. Klarer selv glidelås, knapper og skolisser
- 1 Trenger hjelp, men klarer halvparten innen rimelig tid
- 0 Trenger hjelp til mer enn halvparten

### 5. Tarmkontroll

- 2 Kontinent. Klarer selv evt. å sette stikkpille/klyx
- 1 Nedsatt kontroll og enkelte "uhell" eller trenger hjelp til evt. å sette stikkpiller/klyx
- 0 Helt inkontinent eller hyppige "uhell"

### 6. Blærekontroll

- 2 Kontinent. Holder seg evt. tørr ved bruk av uridom eller mestrer bruk av kateter på egen hånd
- 1 Nedsatt kontroll og enkelte "uhell" eller holder seg tørr med uridom eller kateter, men trenger hjelp for å bruke dette
- 0 Helt inkontinent eller trenger permanent kateter

### 7. Toalettbesøk

- 2 Selvhjulpen ved toalettbesøk eller bruk av toalettstol. Ordner klær, tørker seg, spylar toalettet eller tømmer bekket
- 1 Trenger hjelp til forflytning, klær, tørke seg
- 0 Kan ikke bruke toalett

### 8. Forflytning mellom seng og stol

- 3 Selvhjulpen. Klarer også å låse rullestol og bevege fotstøtte
- 2 Klarer forflytningen med litt hjelp eller tilsyn
- 1 Kan sitte, men må ha mye hjelp ved forflytning
- 0 Kan ikke sitte. Sengeliggende

### 9. Mobilitet

- 3 Klarer å gå 50 meter, kan bruke støkk eller krykker, men ikke annet ganghjelpemiddel
- 2 Kan gå 50 meter med rullator og/eller støtte/tilsyn av en person
- 1 Kan ikke gå, men kan kjøre rullestol uten hjelp 50 meter
- 0 Kan ikke kjøre rullestol uten hjelp

### 10. Trappgang

- 2 Selvhjulpen. Kan evt. bruke ganghjelpemidler
- 1 Trenger hjelp/tilsyn av en person
- 0 Kan ikke gå i trapp

**Sumskår (maksimal skår 20 poeng)**

- Sengepos ten bruker en til 100 i stedet
- Helt lik, men 0 - 5 og 10 poeng

# Vanlige komponenter i en bred geriatrisk vurdering (3)

- Psykisk helse
  - Kognitiv funksjon
    - Delirium
    - Kognitiv svikt (IQCODE)
    - Demens
  - Depresjon
  - Angst



- Informasjon fra pårørende
- IQ-CODE
- > 3,5 er ofte tegn til kognitiv svikt

	1	2	3	4	5
1. Huske ting i forhold til familie og venner, f. eks. yrke, fødselsdager og adresser?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
2. Huske ting som nylig har hendt?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
3. Huske samtaler noen dager etterpå?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
4. Huske hvilken dag og måned det er?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
5. Huske egen adresse og telefonnummer?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
6. Huske hvor ting vanligvis er oppbevart?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
7. Huske hvor ting ligger selv om de ikke er lagt på vanlig sted?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
8. Vite hvordan en bruker kjente husholdningsapparater?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
9. Lære seg å bruke et nytt redskap eller apparat i huset?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
10. Lære seg nye ting i sin alminnelighet?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
11. Følge handlingen i en bok eller på TV?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
12. Ta avgjørelser i hverdagen?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
13. Håndtere penger ved innkjøp?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
14. Ta hånd om personlig økonomi, pensjon, bank o.s.v.?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
15. Regneferdigheter i dagliglivet, f. eks. å vite hvor mye mat en skal kjøpe inn, hvor lang tid det går mellom besøk fra familie og venner o.s.v.?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
16. Bruke sin intelligens til å forstå ting som skjer og resonnere fornuftig?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre

# Vanlige komponenter i en bred geriatrisk vurdering (4)

- Sosiale forhold
  - Pårørende/sosialt nettverk
  - Bolig
    - Bor alene eller sammen med noen ?
  - Behov for hjelp i hjemmet
  - Bilkjøring og våpen



## Fru A (1)

- Fru A, 92 år
- Bor hjemme
- Ser dårlig, lett forvirret
  
- Har falt, kommer inn i akuttmottaket

R/

Furix 40 mg x 1 po

Albyl E 75 mg x 1 po

Enalapril 10 mg x 1 po

Imdur 30 mg x 1 po

Kalorid 750 mg x 3

Lab:

Natrium 130, Kalium 5,7

Kreatinin 250, Karbamid 30

CK 5000

## Fru A (2)

- Fysisk helse
  - Fallvurdering (Ort BT, Fysio)
  - Hyponatremi
  - Hyperkalemi
  - Akutt nyresvikt
  - Rabdomyolyse
  - Kroniske sykdomer
    - Angina/hjertesvikt ?
  - Medikamentgjennomgang
  - Ernæring
- Funksjon
  - Innhente opplysninger om funksjonsnivå
  - Barthel
  - Sanser
  - Blærescanning for å utelukke retensjon

R/

Furix 40 mg x 1 po

Albyl E 75 mg x 1 po

Enalapril 10 mg x 1 po

Imdur 30 mg x 1 po

Lab:

Natrium 130, Kalium

5,7

Kreatinin 250,

Karbamid 30

CK 5000



## Fru A (2)

- Psykisk helse
  - Kognitiv svikt ?
  - Innhenting av komparente opplysninger
  - Ev tester som MMSE, klokke etc
- Sosiale forhold
  - Bor alene ?
  - Hvor skal hun skrives ut til ?
  - Kjører ikke bil

## Akutt funksjonssvikt (1)

- Nyoppstått eller økning av **BEHOV FOR HJELP** i dagliglivets aktiviteter (ADL)
- Tidsforløp: **DAGER TIL 1-2 UKER**
- Det er pasientens **FUNKSJONSEVNE** som er **ENDRET**

## Akutt funksjonssvikt (2)

- Hyppig grunn til innleggelse
  - Av eldre innlagt akutt på med. avdelinger har 43-55% et funksjonstap de to siste ukene før innleggelse

## Akutt funksjonssvikt (3)

- Innlegges under forskjellige diagnoser
  - Causa socialis
  - Hjerneslag?
  - Redusert allmenntilstand
  - Dehydrering
  - Medisinsk vurdering
  - Ernæringssvikt
  - .....

## Vanlige symptomer på akutt funksjonssvikt

- Mental svikt
  - delirium (akutt forvirring)
- Fall og falltendens
- Inkontinens
- Mobilitetsproblemer
  - kommer ikke ut av sengen, kan ikke gå til toalettet
- Dehydrering/Ernæringssvikt
  - får ikke i seg vått eller tørt
- Ofte forskjellige kombinasjoner av disse

# Kriterier for innleggelse (1)

- > 70 år med akutt funksjonssvikt
  - i løpet av de siste to ukene forut for innleggelsen har inntruffet en sikker forverring av
    - Kognitiv funksjon (delirium/ akutt forvirring)
    - Gangfunksjon/ balanse (nyoppstått/ forverret)
    - Væske eller ernæringsstatus

## Kriterier for innleggelse (2)

- Pasienten skal være over 70 år med akutt somatisk sykdom kombinert med minst en av følgende
  - To eller flere kroniske sykdommer
  - Fem eller flere faste legemidler
  - Kliniske tegn på ernæringssvikt
  - Demens som ikke tidligere er utredet
- For begge kategorier gjelder at det ikke skal foreligge et åpenbart behov for behandling i en av organpostene

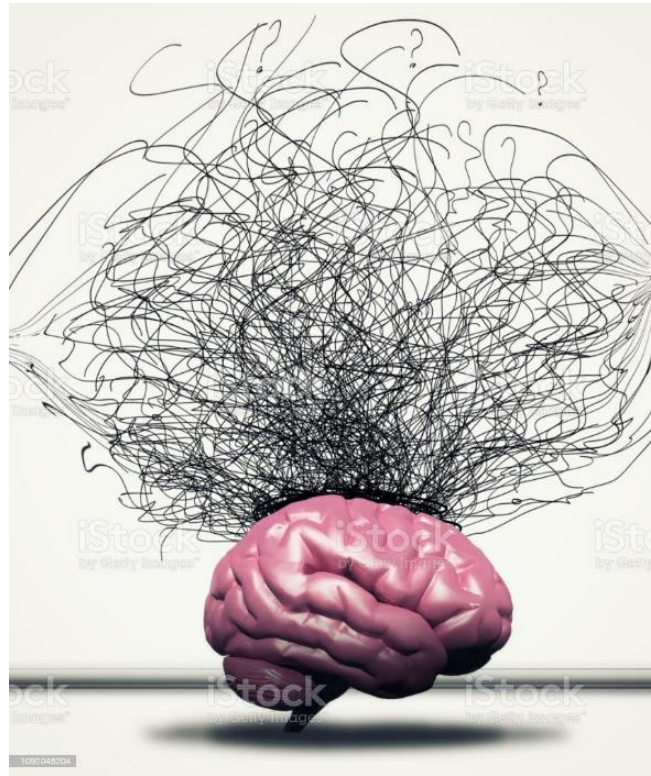
# Hva driver vi med

## Puslespillet

- Akutte plager ?
- Kroniske plager ?
- Ernæring ?
- Fysisk funksjon ?
- Kognitiv funksjon ?
- Kan pasienten klare seg hjemme ?
- /Omsorgsnivå ?
- Medikamenter ?
- Samtykkekompetanse / bruk av tvang ?






# Hvordan skape orden i kaosen ?



# Risikotavlen i dag

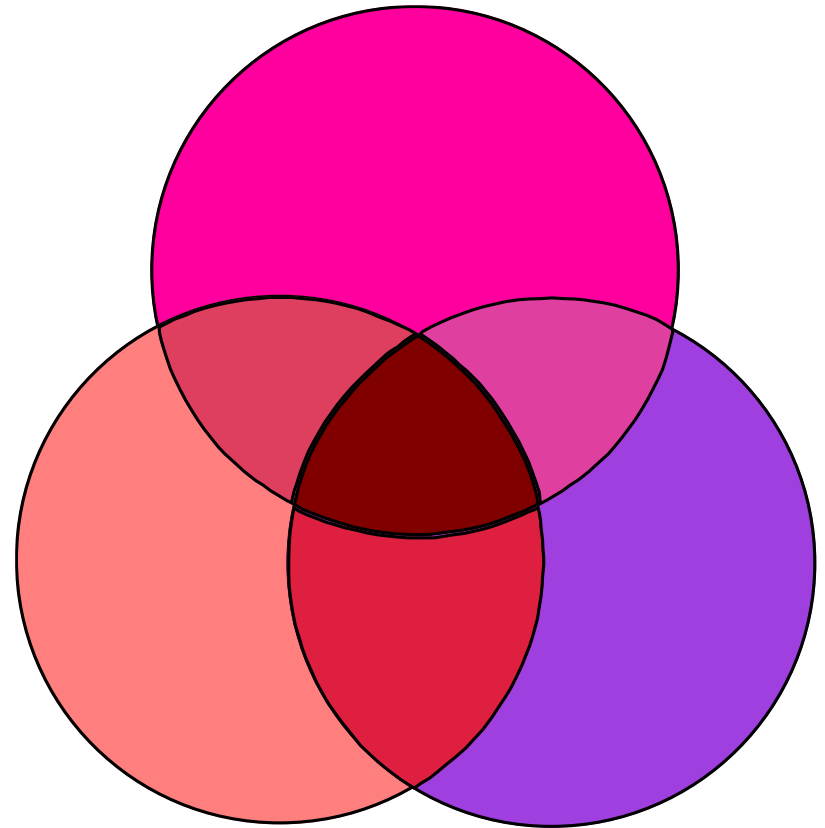
RISIKO AKUTTGERIATRI															
SENG ▲	K/A	TUN	PROBLEMST	ERN.SCREEN	KOST	ERNÆRING	VÆSKE	NEWS	IQCODE	KOMPAR	PREBARTHEL	BARTHEL	SKRØPELIGHET	URINKAT	PLO
D001	K 89 år	Tun 1	Hyponatremi, dekubit...	✓	Findelt	Kostliste	Drikkeliste Max 1500 ml	1 gang pr vakt	✓	10/02 11:10	PRE	✓ <sup>25</sup>	7	✓	
D002	M 82 år	Tun 1	Sepsis	✓ <sup>3</sup>	Energi- og nær	Ingen tiltak	Ingen tiltak	1 gang pr vakt	✗	08/02 16:07	✗	✓ <sup>45</sup>	6	✓	SM 02/02 09:21
D006	M 75 år	Tun 1		✓ <sup>2</sup>		Ingen tiltak	Ingen tiltak		✓	15/02 17:36	PRE	✓ <sup>100</sup>		✓	
D024	K 96 år	Tun 1	Hyperkalemi. Akutt ny...	✓ <sup>3</sup>	Diabetes	Kostliste	Drikkeliste	2 ganger pr vakt	✓ <sup>4</sup>	12/02 18:55	PRE	✓ <sup>75</sup>		✓	
D024-02	K 76 år	Tun 1		✓ <sup>2</sup>					✓	14/02 13:04	PRE	✓ <sup>80</sup>			
D026	K 92 år	Tun 1	Urosepsis	✓ <sup>4</sup>	Energi- og nær	Kostliste	Drikke og diure	2 ganger pr vakt	✓	14/02 14:00	PRE	✓ <sup>60</sup>		✓	SM 14/02 14:30
D026-2	K 80 år	Tun 1	Synkope	✓ <sup>1</sup>		Ingen tiltak	Ingen tiltak	1 gang pr vakt	✓	11/02 14:25	PRE	✓ <sup>95</sup>	4	✓	
D027	K 93 år	Tun 1		✓					✓	16/02 10:19	PRE	✓			
D028	K 87 år	Tun 1	Nyresvikt,LE	✗		Kostliste	Drikkeliste	1 gang pr vakt	✓	07/02 14:27	PRE	✓ <sup>8</sup>	6	✓	SM 07/02 10:04

# Risikotavlen

RISIKO AKUTTGERIATRI																
SENG ▲	SKRØPELIGHET	URINKAT	PLØ	KOMMUNE	HØY FALLRISIKO	OKSYGEN	SAMSTEMMING	ERGO	FYSIO	TVERRFAGLI...	AB I.V	ANTIKOAG.	DEKUBITUS	AVFØRING	ANNET	SJEKKLISTE
D001	7	✓		SARPSBORG KOMMUNE	✓	✓	✓	✗	✗							
D002	6	✓	SM 02/02 09:21	Fredrikstad kommune	✓	✓	✓	✗	✓		✓ Klinda	✗ Eliquis	✓	10/02 11:30		
D006		✓					✓	✓	✓							
D024		✓		Fredrikstad kommune	✓	✓	✓	✓	✓		✓	✓	✓			
D024-02				SARPSBORG KOMMUNE			✓	✓	✓							
D026		✓	SM 14/02 14:30	SARPSBORG KOMMUNE	✓	✓	✓	✓	✓		✓ Ampikgenta	✓ Eliquis, paus	✓			
D026-2	4	✓			✓	✓	✓	✓	✓		✓ Selexid	✓	✓			
D027				SARPSBORG KOMMUNE			✓	✓	✓							
D028	6	✓	SM 07/02 10:04	RAKKESTAD KOMMUNE	✓	✓ >90% MAX	✓	✗	✓		✓	✓ Fragmin	✓			

# Når gamle blir hjelpetrengende - *sykdom eller aldring ?*

- Akutt funksjonssvikt er alltid sykdom
- Kronisk funksjonssvikt er
  - kroniske sykdommer
  - senfølge av skader og sykdommer
  - aldring
- Ofte akutt på toppen av kronisk



# Den eldre pasienten (1)

- Uspesifikke symptomer på sykdom
- Multimorbiditet og polyfarmasi
- Akutt på kronisk
- Blanding av sykdom og fysiologiske forandringer

## Den eldre pasienten (2)

- Feiltolkes ofte som uttrykk for økt behov for pleie
- Tåler dårligere ytre påkjenninger for sykdom
- Redusert reservekapasitet

# Typiske symptomer kan mangle

- Infeksjoner uten feber
- Hjerteinfarkt uten brystmerter
- Appendisitt uten buksmerter

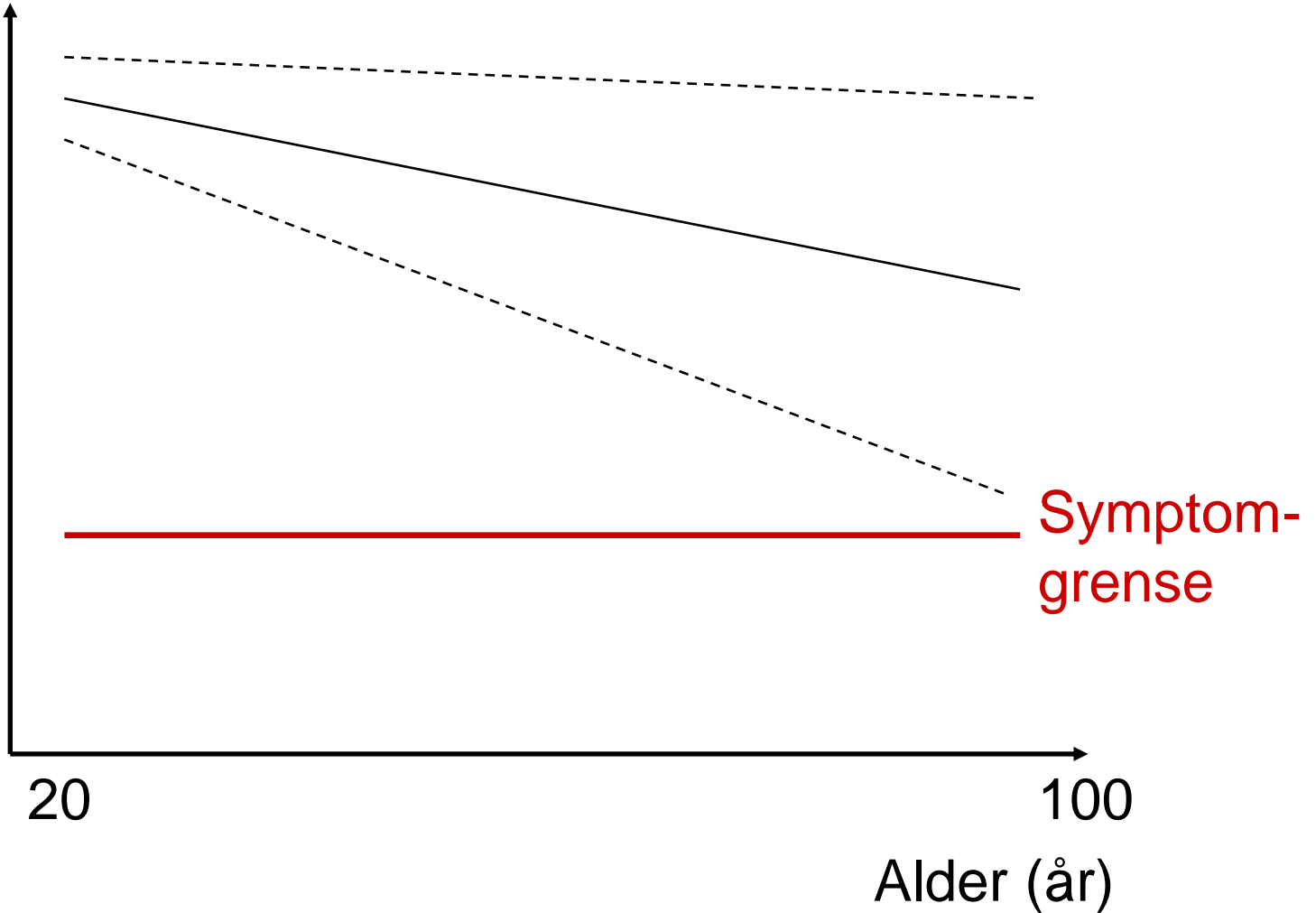
# Symptomer fra det organet der reservekapasiteten er mest svekket

- Forvirring
  - Kognitiv svikt
- Forverrede slagsymptomer
  - Hjerneslag tidligere
- Falltendens
  - Gangproblemer tidligere



# En (over)forenklet modell for aldring

Organreserver

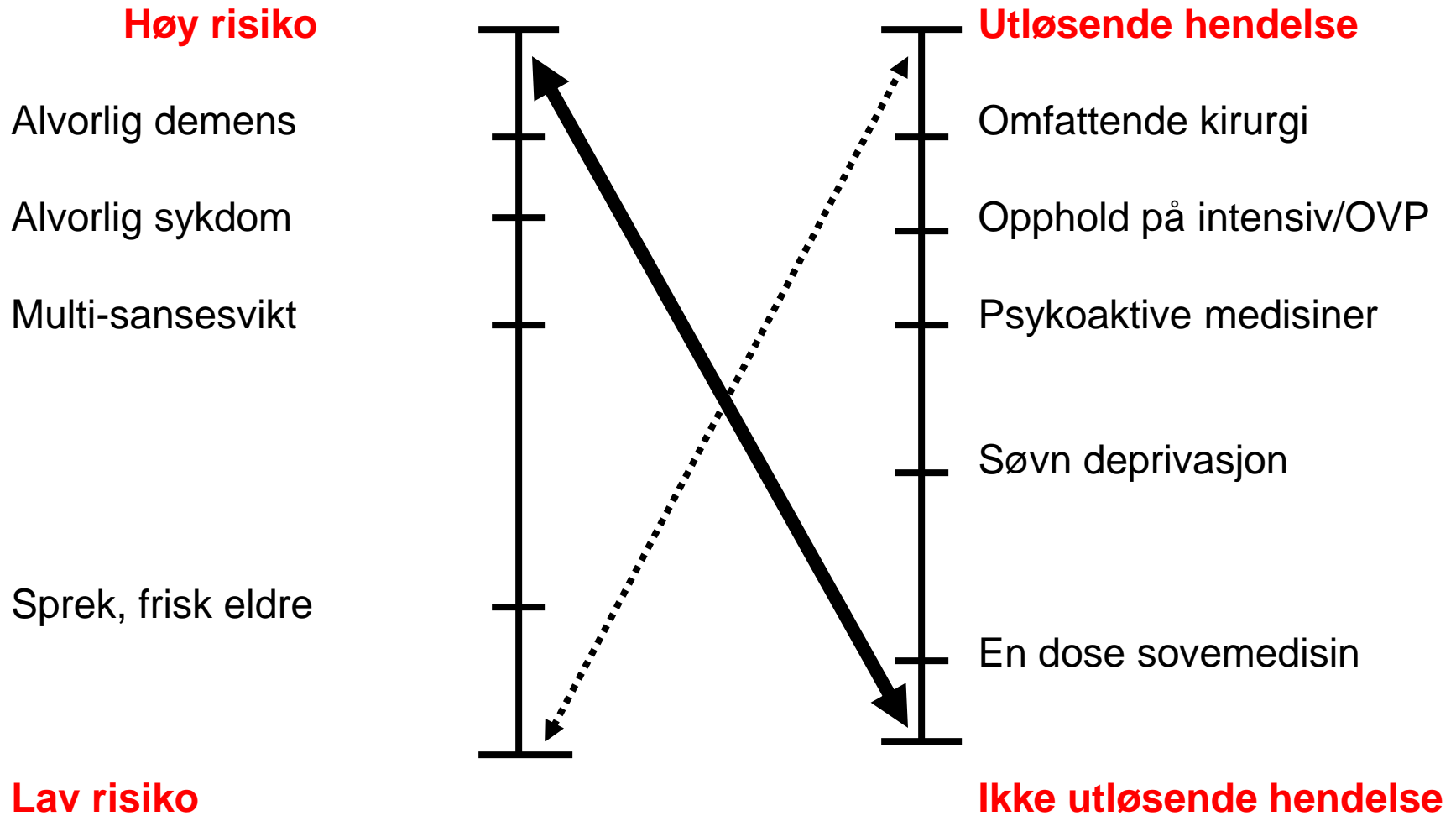


# Typiske årsaker til akutt funksjonssvikt

- Infeksjon
  - Lungebetennelse
  - Urinveisinfeksjon
- Legemidler
- Hjerteinfarkt
- Lungeemboli
- Hjerneslag
- Hjerterytmeforstyrrelser
- Urinretensjon
- .....



# Risiko og utløsende hendelse - delirium



# I akuttmottaket

- Anamnese
  - Ofte vanskelig
  - Komparente opplysninger !
    - Hvor stort er funksjonsfallet ?
- Klinisk undersøkelse
  - Somatisk
  - Nevrologisk (så godt det lar seg gjøre)
  - Mobiliseringsforsøk !
- Setter i gang eventuell behandling
- Medikamentgjennomgang
  - Fjern alt pasienten ikke trenger !

# Supplerende diagnostikk

- Lab
  - Hb, hvite, trombocytter
  - CRP, Na, K, Kreat, Karbamid
  - Ev andre elektrolytter: fosfat, magnesium
  - Leverstatus
  - Lav terskel troponin
- EKG
- Røntgen thorax
- Lav terskel CT Caput
  - Blødninger har store konsekvenser

# Noen pasienter fra akuttgeriatriisk sengepost

# Funksjonssvikt 1

- 84 år gammel kvinne
- Familie/sosialt
  - Selvhjulpen, ingen offentlig hjelp
- Tidligere sykdommer
  - AF
  - Diabetes mellitus
  - Ekko Cor: stor venstre ventrikkel med lett hypokinesi
  - 2 x Lårhalsbrudd
- Aktuelt
  - Pasienten legges inn etter at hun har falt hjemme. Ukjent hvor lenge hun har ligget. Smerter i venstre hofte. Benekter hjertebank eller brystmerter. Ileluktende urin.

# Funksjonssvikt 1

- Kliniske funn
  - BT 168/19, puls 120, T 36,6
  - Cor: ua
  - Pulm: mulig noe lyder over høyre lunge basalt
  - Abdomen/Eks: ua
- Medikamenter
  - Metformin 500 mg x 1 , Burinex 1 mg x 1, Carvedilol 12,5 mg x 2, Furix 25 mg x 1
- Supplerende funn
  - Lab: CRP 55, hvite 16,1, Hb 15,7, glukose 9,6, CK 1057
  - Urinstix: +2 blod, +2 proteiner, pos nitritt



# Funksjonssvikt 1

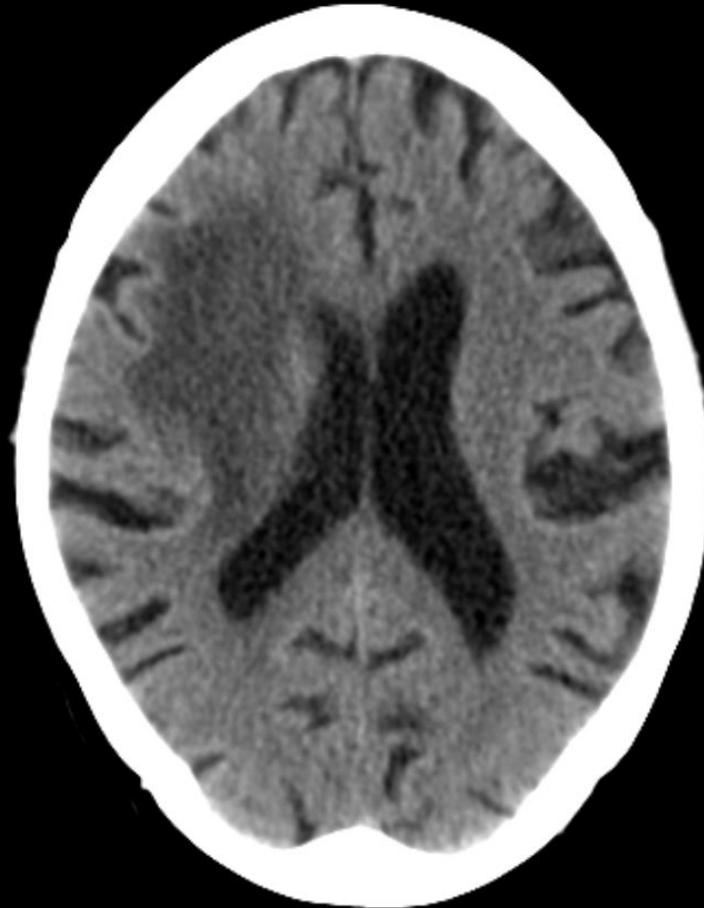
- Konkludert med urinveisinfeksjon og startet med Selexid iv
- Spørsmål
  - Hvor mange eldre damer har ABU ?
    - > 20 % av de > 80 som bor hjemme
    - 50 % av de som bor på sykehjem
- Neste dag på sengepost
  - Pasienten har et skjevt ansikt
  - Nedsatt kraft venstre side

# Akutt funksjonssvikt – 1

- Komparente opplysninger
  - Pasienten har fallert kognitivt siste 2 måneder, mer passiv og virker avflatet, pårørende lurte på om hun var deprimert
  - Siste måned dårligere til bens, fall.
- CT Caput

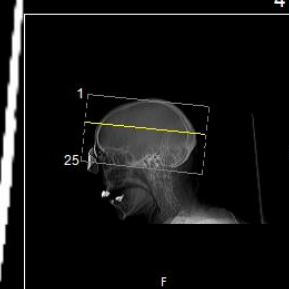
Gantry: -9,5°  
Time: 875 ms  
Snitt: 5 mm  
Couch: 70  
Pos: HFS  
FoV: 216 mm

C: 35,0, W: 70,0  
C=35,0, W=70,0 1/16  
↓ ↑



F: UB  
120 kV  
340 mAs  
Image no: 15  
Bilde 11 av 25  
02.12.2015 10:10:09

P



L

4

P

F

Hjernesvulst med omringende ødem

# Akutt forvirring – 1

- Kvinne 85 år, hjemmeboende
- Fall, FCF, operert
- Noe forvirret på ortopedien
- Overført til ortogeriatrien
- Klinkende klar på morgenen
  
- Bestilt CT caput

# ••• SYKEHUSET I ØSTFOLD

## Akutt på kronisk subdural blødning

### Overføres Riksen for operasjon



# Akutt funksjonssvikt – 2

- Falltendens
- Ingen andre plager
- Virker mer sløv og fjern
  
- Relevante medikamenter
  - Lyrica 450 mg x 2
  - Escitalopram 10 mg x 1
  - Oxycontin 40 mg x 2
  - Oxynorm 10 mg vb inntil x 4
  - Zopiclone 3,75 mg x 1

# Akutt funksjonssvikt – 2

- Hypotensiv, forvirret – legges inn med væske iv
- På post
  - Trappet ned medisinene til
    - Lyrica 150 mg x 2
    - Durogesic 12 ug
  - Ernæringssonde
- Pasienten kom seg betraktelig, nærmest smertefri, gå uten støtte, fikk tilbake matlysten og begynte å spise

# Hva er viktig i primærhelsetjenesten ?

- Ofte bør disse legges inn
- Tidkrevende da det krever en bred tilnærming
- Vanskelig grunnet diffuse symptomer
  
- Komparente opplysninger !
  - Hvor stort er funksjonsfallet ?
  - Er det et funksjonsfall ?
  
- Mobiliseringsforsøk !
  - Hvorfor kan de ikke gå ?



# Pause 15 min

- Spørsmål ?
- Oppstart 1500



# Akutt forvirring / Delirium

Litt om Utagerende atferd

1500 – 1545 (1600)



# Oppsett

- Akutt forvirring
  - Kriterier delirium
  - Risikofaktorer/utløsende årsaker
  - Konsekvenser av delirium
  - Medikamentell behandling
  - APSD
  - Kort om samtykkekompetanse og bruk av tvang

# Delirium - Den sårbare hjernen

Mindre i stand til å  
tilpasse seg  
endringer



# Delirium

- Forstyrrelse i **oppmerksomhet, våkenhet og kognisjon** som enten **fluktuerer** eller kommer **akutt**, skyldes **somatisk sykdom** og **ikke** lar seg forklare av underliggende kognitiv svikt

Sigurd Evensen. Når hjernen svikter – delirium og motoriske subtyper. Indremedisinen 3, 2020

# Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak

- 118 pasienter  $\geq 75$  år som ankom ti norske akuttmottak 14. mars 2018 mellom kl 8 og 22
- Screeningverktøyet **4AT** ble brukt
- Delirium: 20 (17 %)
- Annen kognitiv svikt: 36 (30 %)

Sigurd Evensen et al. Tidsskr Nor Lægeforen 2019, 139(6)

# Forekomst av delirium hos eldre (65+)

- 1 - 2 % i befolkningen
  - 29 - 64 % i medisinske og geriateriske avd.
    - 18 - 35 % ved ankomst (prevalens)
    - 11 - 29 % oppstått under oppholdet (insidens)
- 1,5 x økt risiko for død i året etter innleggelse

Sharon K Inouye et al. Delirium in elderly people. Lancet 2014; 383: 911-22.



- Lira (lat): Åkerfure;  
spor
- De lirium: Fra  
sporene; avsporet



# Hvordan finne ut om de har avsporet ?

- Komparent
  - Komparent
  - Komparent
  - Komparent
- 
- Det er stor forskjell på en dement mann i omsorgsbolig som har hjemmesykepleie x 4 og
  - En 90 åring som kjører bil, er sekretær for Rotary og har ingen hjelp
  - I akuttmottaket kan de se like ut !!!

# Diagnosekriterier (DSM 5)

- **A. Forstyrret oppmerksomhet og bevissthet**
- **B. Rask utvikling** (timer til dager), representerer en **endring** og har tendens til å **fluktuere**
- **C. Forstyrret kognisjon eller persepsjon**
- **D. Forstyrrelsene i kriteriene A og C blir ikke bedre forklart** av en allerede kjent sykdom
- **E. Fysiologisk konsekvens** av medisinsk tilstand, rusmidler/legemidler, abstinens, annen toksisk påvirkning eller har multiple årsaker

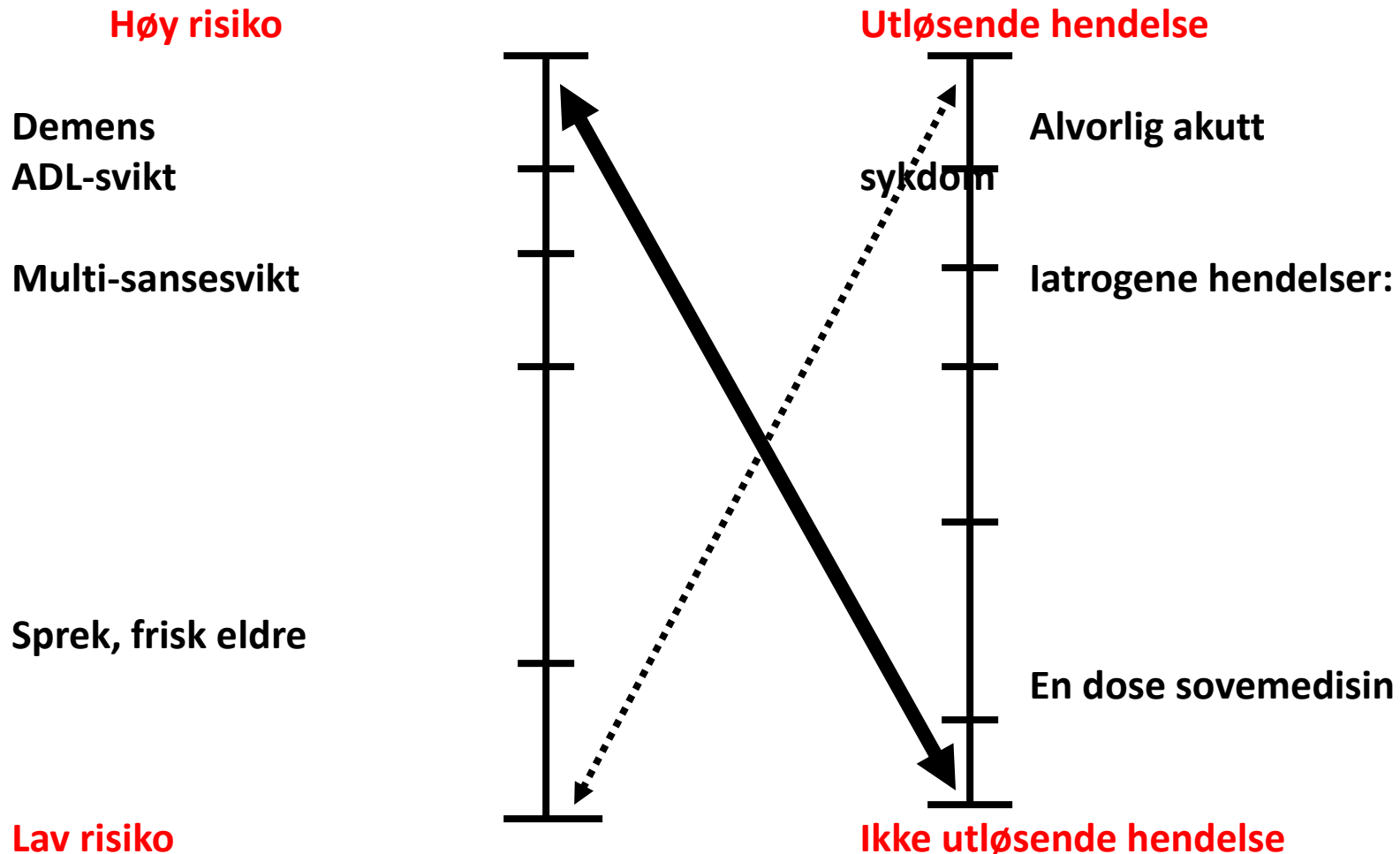
# Kjernesymptomer

- Oppmerksomhetssvikt
  - Snakker seg bort, mister tråden i egen setning
  - Klarer ikke samarbeide om undersøkelse (puste med åpen munn, test av øyemotilitet)
  - Sovner under samtale, ofte midt i egen setning
- Kognitiv svikt
  - Ikke orientert for tid, sted, situasjon
  - Mestrer ikke vante oppgaver
  - Språkvansker. Stotrete, usammenhengende tale

## Andre symptomer

- Endret døgnrytme, ofte mest uro på kveld/natt
- Hallusinasjoner, illusjoner
- Vrangforestillinger
  - Holdes innesperret
  - Forgiftes med medisiner
- Stor redsel, uro, sinne
- (Kan ligne APSD – atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens)

# Risiko og utløsende hendelse – delirium



# Kasuistikk - 1

- 1-sengen:
  - 82 år gammel kvinne
  - Opr. hoftefraktur 2 dager siden
  - I natt rebelsk, hallusinert, rev ut venflon og urinkateter, prøvde å klatre over sengegjerdet.
  - Fikk til sammen 2 mg Haldol, 5 mg Stesolid og 50 mg Nozinan før hun sovnet.

## Kasuistikk - 2

- 2 sengen:
  - 82 år gammel kvinne,
  - opr. hoftefraktur 2 dager siden.
  - Småslumrer, lar seg bare delvis vekke, svarer i hytt og vær.
  - Sykepleier: Ingen problemer.



## Screening for delirium og kognitiv svikt

(etikett)

Pasientens navn: \_\_\_\_\_

Fødselsdato: \_\_\_\_\_

Pasientnummer: \_\_\_\_\_

---

Dato: \_\_\_\_\_ Tidspunkt: \_\_\_\_\_

Testen er utført av: \_\_\_\_\_

# 4AT

### [1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvning ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvning < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormal(t)	4

### [2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller flere/ikke testbar	2

### [3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember"  
Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgir 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom)	2

### [4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon  
(F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt  
1-3: mulig kognitiv svikt  
0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er ufullstendig)

4AT SKÅR

#### VEILEDNING

Versjon 1.2. Informasjon og nedlasting: [www.the4AT.com](http://www.the4AT.com)

Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangs-vurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt for en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselsnedsettelse, dysfasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.

**Årvåkenhet:** Endret nivå av årvåkenhet er sannsynligvis delirium i en generell sykehus-setting. Hvis pasienten viser betydelig endret årvåkenhet ved undersøkelsen, sett skår 4 på dette punktet.

**AMT4 (Forkortet mental vurdering - 4):** Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett for 4AT. **Akutt endring eller fluktuierende tilstand:** Fluktuerende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuerende tilstand indikerer delirium. For å avdekke hallusinasjoner og/ eller paranoide tanker, spør pasienten spørsmål som: "Er du bekymret for hva som skjer her?"; "Er du redd for noe eller noen?"; "Har du sett eller hørt noe uvanlig?"

© 2011-2014 MacLulach, Ryan, Cash; 2015 norsk versjon: Geir V. Berg (RN, MScN, DrPH), Eirik Rønn-Sjøengen (RN, MScN, PhD), Arvid Al-Fajati (MD), Catherine de Groot (Psyogeront, MSc), og Signe Evensen (MD, PhD-student). Susan Javel (RN) ansvarlig for lokale oversettelser.



## 4AT – Screeningverktøy for delirium og kognitiv svikt

- Rask førstegangsvurdering av delirium og kognitiv svikt
- Screening for delirium: [1] og [4]
- Screening for underliggende demens: [2] og [3]
  
- $\geq 4$ : Mulig delirium og/eller kognitiv svikt
  - Mer detaljert vurdering kan være nødvendig før diagnose settes
  
- 1-3: Mulig kognitiv svikt uten pågående delirium
  - Mer detaljert vurdering er nødvendig
  
- 0: Delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig
  - Men – mulig delirium hvis informasjon under punkt 4 er ufullstendig

# Ulike typer delirium

## Hyperaktivt

- Formålsløse bevegelser (plukkete)
- Urolig, vandrer, drar i katetre og venfloner osv.
- Kan være aggressiv
- Bedre prognose?

## Hypoaktivt

- Sengeliggende
- Stille, trett, sløv
- Sovner under stell og undersøkelse
- Sovner midt i egen setning
- Dårligere prognose?

# Risikofaktorer

- Høy alder (> 65 år)
- Kognitiv svikt
- Tidligere delirium
- Komorbiditet
- Depresjon
- TIA eller slag
- Sansesvikt
- Polyfarmasi

# Utløsende faktorer ?

- Alt mulig!!
  
- Spesielt tenk på
  - Infeksjon ?
  - Hjerneslag/TIA ?
  - Hjerteinfarkt / hjertesvikt ?
  - Medisiner ?
  - Diverse
    - Blæreretensjon ?
    - Smerter ?

# Delirium vs Demens

- DELIRIUM

- Brå debut
- Fluktuerende forløp
- Varer fra timer til måneder
- Forstyrret døgnrytme
- Nedsatt bevissthet
- Redusert hukommelse
- Desorganisert tenkning
- Oftere visuelle hallusinasjoner

- DEMENS

- Stabilt forløp
- Varer over tid, mer enn 6 måneder
- Normal eller forstyrret døgnrytme
- Klar bevissthet
- Sterkt redusert hukommelse
- Redusert tenkning

# Diagnostikk/Behandling (1)

- Se problemet !!
- Finne mulig årsak
  - Tenk bredt
- Behandle årsak
- Null ut all medikasjon som ikke er nødvendig her og nå!

# Håndtering av delirium

1. Forebygge
2. Utrede, behandle og korrigere ALLE aktuelle somatiske tilstander
3. Miljøtiltak
4. Legemidler



# Kan delirium forebygges?

- Ulike program har dokumentert effekt av
  - Orientering
  - Aktivitet og søvn
  - Tidlig mobilisering
  - Mindre psykofarmaka
  - Ernæring og hydrering
  - Eliminasjon
  - Briller og høreapparat
- Eldrevennlig sykehus!



# Utredning

Sharon K Inouye et al. Delirium in elderly people. Lancet 2014; 383: 911-22

- Anamnese
  - Kognitiv funksjon til vanlig
  - Nye/aktuelle tilstander
  - Legemidler (beroligende)
  - Alkohol
  - Smerte
  - Tørste
  - Eliminasjon
- Vitalia (NEWS)
- Klinisk undersøkelse
- Lab
  - Blod og urin
- CT (MR) av hjernen
- (EEG)

## Fru B (1)

- Fru B, 82 år
- Bor alene,  
hjemmesykepleie x 2
- Legges inn grunnet akutt  
forvirring
- Fra tidligere noe kognitivt  
sviktende

R/

Paralgin forte x 4 po

Atarax 10 mg x 2 po

Valium 5 mg x 2 po

# Miljøtiltak

- Fjerne unødvendige katetre, alarmer, overvåkningsutstyr osv. – hvis forsvarlig
- Enerom. Lys om dagen. Stille og mørkt om natta.
- Kjent personale. 1:1-oppfølging!
- Spille på pårørende
- Tilrettelagt mat og drikke
- Skjerme den hyperaktive (TV, radio, skravling ...)
- Stimulere den hypoaktive

## Fru B (2)

- Tidligere sykdommer
  - Falt for 2 uker siden, muskelsmerter og oppstart Paralgin forte
  - Angstplager over flere år – Valium
  - Noe kløe – Atarax
- I mottaket
  - Tydelig forvirret med nedsatt bevissthet – delirium
  - Ingen fokus for infeksjon, normalt BT og organundersøkelse

## Fru B (3)

- Akutt forvirring sannsynlig grunnet medisiner, mulig i kombinasjon med smerter
  - Paralgin forte – endres til paracetamol 1 g x 3
  - Atarax seponeres
  - Valium seponeres – startes opp med lav dose haldol 1 mg til natten grunnet hallusinasjoner
- Skrives ut til sykehjem, skal til geriatrik poliklinikk for demens utredning.
  - Ev senere Exelon

# Somatisk avklaring

- Lete etter og behandle utløsende årsaker
  - Infeksjoner
  - Hjerteinfarkt. Lungeemboli
  - Bivirkning av legemidler
  - Obstipasjon. Urinretensjon
  - Intrakraniell patologi (hjerneslag, subduralt hematom)
- Korrigere andre forhold som kan tenkes å bidra
  - Smerter
  - Dehydrering
  - Elektrolyttforstyrrelser
  - Unødvendige / ugunstige legemidler

# Legemiddelbehandling



# Legemiddelbehandling

- Ingen psykofarmaka vil korrigere «grunntilstanden» i hjernen!
- Alle legemidler har potensielt alvorlige bivirkninger (falltendens ...)
- Legemidler skal kun brukes i en kort periode (noen få dager)
- Svært begrenset dokumentasjon
- Acetylkolinesterasehemmere har ikke vist effekt



# Legemiddelbehandling

- **Haloperidol** (dopaminblokkerene effekt i CNS)
  - 0,25 – 0,5 mg x 2 (po, iv, im) i 3 - 5 dager
  - Max døgndose: 3 mg! (Obs antikolinerg effekt)
  - Profylaktisk effekt er ikke dokumentert
  - Obs ekstrapyradimale bivirkninger
  - Alternativer til haloperidol
    - Risperidone 0,25 - 0,5 mg x 2 (po, im). Max døgndose: 3 mg
    - Olanzapin 2,5 - 5 mg vesp (po, sl, im). Max døgndose: 20 mg
    - Kvetiapin 25 - 50 mg vesp (po). Max døgndose: 50 mg

Sharon K Inouye et al. Delirium in elderly people. Lancet 2014; 383: 911-22.

# Legemiddelbehandling

- **Benzodiazepiner**

- Har ikke vist effekt ved delirium. Kan forverre delirium!
- Skal ikke bråseponeres hos pasienter som står på dette fast
- Ved mye angst: **Oksazepam** (Sobril) 10 - 25 mg inntil x 3
- Krisesituasjoner: **Diazepam** (Stesolid) 10 mg iv/im

- **Klometiazol** (Heminevrin)

- 300 – 600 mg for søvn
- Noen få dager ved stabil hjerte-/lungefunksjon
- Rask tilvenning

- **Deksmedetomidin** (Dexdor)

- 0,7 µg/kg/time (0,2 – 1,4 µg/kg/time) for å oppnå ønsket sedasjonsnivå

# Behandling

Sharon K Inouye et al. Delirium in elderly people. *Lancet* 2014; 383: 911-22.

- Reduser eller seponer psykoaktive legemidler:
  - Antikolinerge
  - Beroligende
  - Opioider
- Behandle akutte medisinske tilstander:
  - Infeksjoner
  - Hypoksi
  - Hydrering, ernæring
  - Elektrolyttforstyrrelser
- Reorientering:
  - Pårørende
  - Briller, høreapparat
- Trygg mobilisering
  - Unngå sengealarmer ...
- Normaliser søvn-våkenhetsrytme
  - Oppe og våken om dagen
  - Stille og mørkt om natta
- Haloperidol
  - 0,25 – 0,5 mg x 2 po/im

# ELISA

- **Eliminasjon**

- Urin

- Retensjon?
- Fjerne permanent blærekateter?!

- Obstipasjon?

- **Legemidler**

- Sep. ikke-nødvendige
- Sep./red. antikolinergika, sedativa og opioider
- Vurder haloperidol

- **Infeksjon?**

- **Smerter?**

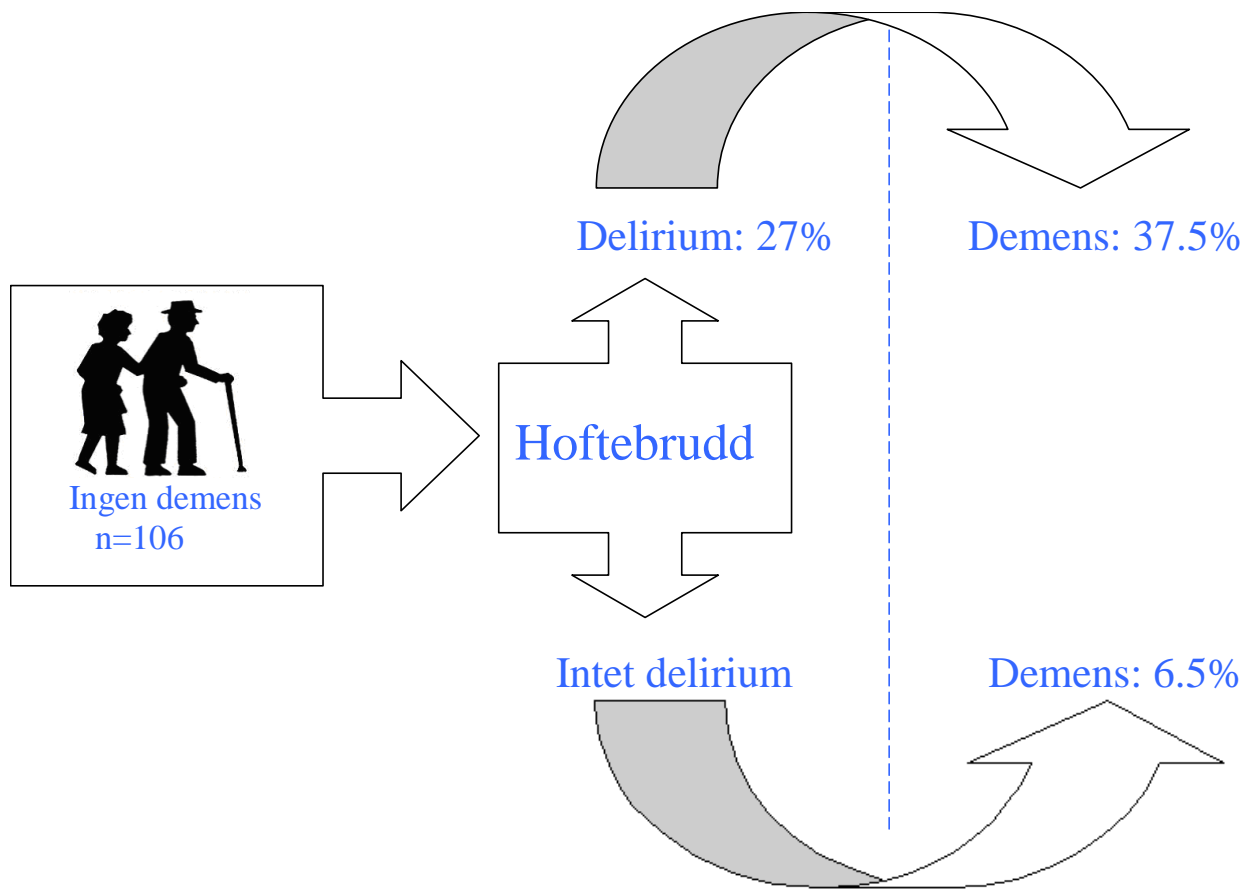
- Gi paracetamol

- **Annet?**

- Utløsende tilstander
- Fjerne overvåkingsutstyr
- Fjerne stimuli (TV, radio, alarmer, skravling)

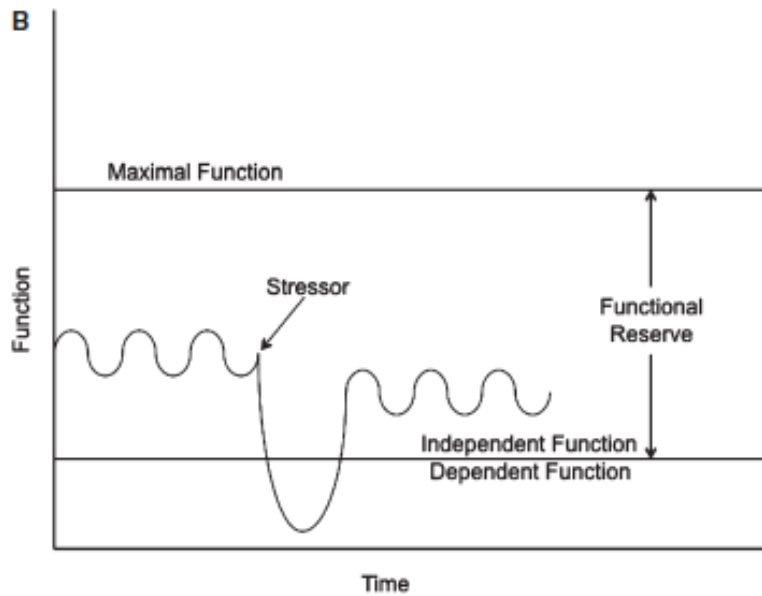
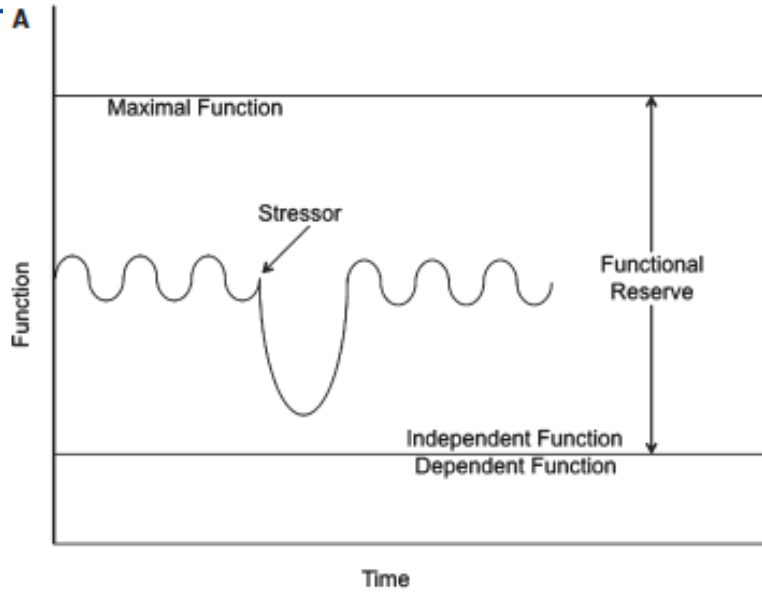
# Konsekvenser av delirium? (bilde lånt fra Maria Krogseth)

- Økt liggetid, økte kostnader (Rudolph JL et al. Am J Med. 2007, Franco K et al. Psychosomatics, 2001)
- Økt risiko for demens (Lundstrøm et al. J Am Geriatr Soc. 2003)
- Økt risiko for forverring av kjent demens (Fong et al. Neurology, 2009)
- Økt risiko for å komme på institusjon (Witlox et al. JAMA 2010)
- Økt risiko for funksjonstap (Marcantonio et al. J Am Geriatr Soc. 2000)
- Assosiert med økt dødelighet (Witlox et al. JAMA 2010)



**Etter 6 måneder**

$p < 0.001$



- IQ-CODE
- Brukes ved geriatriisk sengepost
- Screening i forhold til kognitiv svikt
- > 3,5 er ofte tegn til kognitiv svikt

	1	2	3	4	5
1. Huske ting i forhold til familie og venner, f. eks. yrke, fødselsdager og adresser?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
2. Huske ting som nylig har hendt?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
3. Huske samtaler noen dager etterpå?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
4. Huske hvilken dag og måned det er?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
5. Huske egen adresse og telefonnummer?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
6. Huske hvor ting vanligvis er oppbevart?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
7. Huske hvor ting ligger selv om de ikke er lagt på vanlig sted?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
8. Vite hvordan en bruker kjente husholdningsapparater?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
9. Lære seg å bruke et nytt redskap eller apparat i huset?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
10. Lære seg nye ting i sin alminnelighet?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
11. Følge handlingen i en bok eller på TV?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
12. Ta avgjørelser i hverdagen?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
13. Håndtere penger ved innkjøp?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
14. Ta hånd om personlig økonomi, pensjon, bank o.s.v.?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
15. Regneferdigheter i dagliglivet, f. eks. å vite hvor mye mat en skal kjøpe inn, hvor lang tid det går mellom besøk fra familie og venner o.s.v.?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre
16. Bruke sin intelligens til å forstå ting som skjer og resonnere fornuftig?	Mye bedre	Litt bedre	Ikke særlig forandret	Litt verre	Mye verre



## Hva med førerkortet ?

- Ved akutt forvirring gi karantene inntil ny vurdering (ofte etter 1-3 måneder)
  - Hos fastlege
  - Ved geriatrik poliklinikk – kan henvises (som oftes bør fastlege vurdere først)
  - Ingen melding til fylkesmannen
  - Muntlig beskjed til pasient + ofte pårørende
  - Journalføring

# Take home message

- Tenk på det
- Prøv å finn årsaken
- Null alle medikamenter de ikke trenger
- Hvis det er behov for medikamenter – gjør det enkelt
- Spørsmål ?

# Nevropsykiatriske symptomer

- Atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens = APSD
- Stor variasjon blant de med demens
  - 10 – 70 % vrangforestillinger
  - 5 – 80 % depressive tegn

# APSD (1)

- Depresjon
- Angst og katastrofereaksjon
- Vrangforestillinger, illusjoner og hallusinasjoner
  - Manglende forståelse ?
- Personlighetsendring
- Apati, interesseløshet, rastløsthet, motorisk atferd
  - Slutte med hobbyer, følger ikke med i samtaler etv
  - Rastløsthet; savn til vanlig aktivitet

## APSD (2)

- Irritabilitet og aggressivitet
  - Grad av demens, type demens, personlighet, manglende forståelse av egen svikt, sviktende samhandling
- Repeterende handlinger, roping og klamring
  - Lider pasienten under det ?
  - Selvstimulering ? Form for kommunikasjon ?
- Forandret døgnrytme
  - Ofte mye passivitet på dagtid

# Behandling

- Hvorfor ?
  - Finner man en utløsende årsak ?
    - Akutt
      - Somatiske årsaker
    - Mer over tid
      - Smerter
      - Obstipasjon
      - Urinretensjon
      - Medikamenter ?
      - Depresjon ?

# Behandling av atferdsforandringer?

- Ikke formindret bevissthet
- Del av en demens sykdom
- Utelukke somatisk årsak
- Behandle atferden med medikamenter ?
- **NEI**

# Behandling av atferdsforandringer ?

- Miljømessige tiltak er viktigst!
- Årsak ? (prøve og feile en grei strategi)
  - Smertelindring
  - Antidepressiva ?
- Hvis medikamenter må prøves:
  - Ebixa har vist effekt i noen studier
    - Eneste medikament
  - Kan prøve seg frem
    - Kort periode med antipsykotika
  - Individuelt!
  - Bivirkninger!
  - God dokumentasjon av eventuell effekt
  - Regelmessig vurdering av indikasjon



# Samtykkekompetanse

- **Pasienten har innsikt og er i stand til å vurdere konsekvensen av sine valg** etter at tilstrekkelig informasjon er gitt
  - Evnen til å uttrykke et valg
  - Evnen til å forstå informasjon som er relevant i beslutningen om helsehjelp
  - Evnen til å anerkjenne denne informasjonen i sin egen situasjon, spesielt i forhold til ens egen lidelse og de mulige konsekvensene av de ulike behandlingsoalternativene
  - Evnen til å resonnerer med relevant informasjon i en avveining av de ulike behandlingsoalternativene

# Samtykkekompetanse er ikke ja/nei

- Samtykkekompetanse må vurderes ved hvert spørsmål
  - Samtykkekompetanse for økonomi ?
  - Samtykkekompetanse i forhold til bosted ?
  - Samtykkekompetanse i forhold til behandling etc
- Ikke samtykkekompetent på et området er ikke permanent !

# Pasientrettighetsloven 4A – 01.jan 2009

Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen

- Virkeområdet
  - All helsehjelp som ytes av helsepersonell hos de uten samtykkekompetanse og som motsetter seg hjelpen
  - Somatisk helsehjelp

# Hvis en tenker på å måtte bruke tvang..

Er alle tillitsskapende tiltak prøvd ? – og hva er nå dette ?

- God informasjon
- Tid
- Tilrettelegge forholdene slik at pasienten kan klare mest mulig selv, øke mestring
- Rolige omgivelser, trygghet
- Kjennskap til pasienten (avhengig av stabilt personale)
- Veiledning av helsepersonell
- Kartlegging av årsaker
- Samarbeid med pårørende
- Litt om gangen
- Gradvis tilvenning

## Fru B, 87 år

- Innlagt etter hypotermi, forvirret
- Ved innhenting av komparente opplysninger sviktende kognisjon > 1 år
  
- Vanskelig på hjerte, overføres til geriatri
- Nekter å spise, drikke, bli undersøkt, få medisiner

## Fru B, 87 år

- 1e kveld på sengepost står hun i 7 timer
  - Vi har en plan
  - Alle er med på det
  - Vil snakke med politiet, men de er sikkert utkledd
- Neste dag
  - Nekter å ha dyne, pute eller laken
  - Sitter på tvers på madrassen med væska under armen og nekter alt
  - Mener bestemt vi har en plan og er skuespillere

## Fru B

- Får ikke tatt blodprøver
- Får ikke gitt henne AB (mistenkt mulig pneumoni)
- Sier hun er kidnappet

# Skal vi bruke tvang ?

-



# Når kan en bruke tvang ?

- MÅL: Gjøre det som er best for pasienten
- Veie forhold opp mot hverandre
  - ”Nødvendig helsehjelp”
    - Hva skjer hvis dette ikke blir gjort ?
    - Skader det pasienten ?
    - Kan pasienten lide under det ?
  - Det å utføre tvang ovenfor noen
    - Oppheve autonomien
    - Pasienten kan føle seg truet, oppleve det som traumatisk
    - Hvor skånsomt kan det gjøres ?
- I hvilket favør faller vektskålen ?



# Kasus - 1

- 80 år gammel kvinne, under utredning for demens.
- Avlastningsopphold sykehjem
- Der er hun vandrende, ønsker å reise hjem, ytret dødsønske.
- Dette er spesielt ille når ektefellen nettopp har gått fra avdelingen
- Normal lab
- Urinprøve: pos nitritt, 1+ hvite
- Melder ikke om symptomer

# Kasus – 1

- Ingen effekt av Selexid (!)
- Mistenker årsak overflytning til sykehjem
- Settes inn på Ebixa
- Venter i 10 dager på sykehjem!

## Kasus – 3

- 84 år gammel kvinne, akutt forvirret
- Ingen lokaliserende plager
- Ingen funn ved undersøkelse annet enn forvirring
- Lab: Na 119
- Urin Na 27, Osmol 250
- Medisiner: Cipralex 10 mg

## Kasus – 3

- Mistenker dehydrering – Får NaCl 1000 ml - 87 ml / time (Beregnet ut fra formel)
- Cipralex nulles da man har SIADH i bakhodet
- Na neste dag 120 – 122 – 119
- Ny Urin Na : 80
- SIADH : Væskerestriksjon på 1000 ml
- Na 120 – 123 – 128 - 130
- NB Samsca

# TAKK FOR MEG

- Spørsmål ?