



Den gamle mannen og vannglasset : Dehydrering og kognitiv svikt på sykehjem

Kandidatnummer 130
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 10 117
Dato: 18.04.2017

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato : 18.04.2017
Tittel: Den gamle mannen og vannglasset: Dehydrering og kognitiv svikt på sykehjem.	
<p><u>Problemstilling:</u> <i>Hvordan kan sykepleier bidra til å identifisere og behandle dehydrering hos pasienter med kognitiv svikt i sykehjem?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske perspektivet i denne oppgaven er sykepleiers behandlende funksjon, i tillegg til Virginia Henderson syn på sykepleierens funksjon.</p> <p><u>Metode:</u> Denne oppgaven er en litterær oppgave, hvor jeg har forsøkt å finne svar på problemstillingen jeg har valgt ved hjelp av eksisterende fag- og forskningslitteratur.</p> <p><u>Drøfting:</u> I drøftingsdelen forsøker jeg å finne ut hvordan sykepleier kan identifisere dehydrering med de virkemidlene som er tilgjengelige på sykehjem, herunder sykehistorie, legemiddelgjennomgang, observasjoner, kartlegging av drikke og diurese, vitale målinger og blodprøver. Videre diskuterer jeg de etiske og juridiske utfordringene som kan oppstå rundt undersøkelse og behandling av pasienter med kognitiv svikt. Jeg diskuterer det å drikke mer, fordeler og ulemper med intravenøs og subkutan væskebehandling, og hvilken rolle og ansvar sykepleier har i forhold til disse.</p> <p><u>Konklusjon:</u> For å identifisere dehydrering hos eldre finnes det i dag ingen enkel og universell metode som er lett tilgjengelig på sykehjem. Sykepleier er avhengig av grundig klinisk kartlegging, god kjennskap til pasienten, sykehistorie og legemidlene de bruker. Det er store etiske og juridiske utfordringer i forhold til samtykke, og det stilles store krav til sykepleier i forhold til dette. Det finnes gode behandlingsalternativer for rehydrering tilgjengelig på sykehjem, men hvilket som er riktig er helt avhengig av pasient og situasjon. Et fokus på pasienten som helhet er viktig, og å ikke bli for fokusert på et enkelt element.</p>	

(Totalt antall ord: 261)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Valg av tema	1
1.2 Problemstilling	2
1.3 Avgrensning	2
1.4 Disposisjon	3
2. Metode	4
2.1 Litteratur	4
2.2 Søkeord og avgrensninger	5
2.3 Kildekritikk	5
3 Teoretisk rammeverk	8
3.1 Sykepleierens behandlende funksjon	8
3.2 Virginia Henderson	8
3.3 Kunnskapsbasert praksis	9
3.4 Etiske og juridiske hensyn	9
3.5 Den gamle pasienten	10
3.6 Kognitiv svikt	11
3.6.1 Demens og mild kognitiv svikt.....	11
3.6.2 Delirium.....	12
3.7 Dehydrering	12
3.7.1 Symptomer på dehydrering.....	12
3.7.2 Konsekvenser av dehydrering.....	13
3.8 Kartlegging	13
3.8.1 Væskebehov	13
3.8.2 Blodprøver	14
3.8.3 Vitale målinger og sentralt venetrykk.....	15
3.8.4 Diurese	15
3.8.5 Hud og slimhinner.....	16
3.8.6 Aktuelle legemidler.....	16
3.10 Behandling	17
3.10.1 Økt væskeinntak per os.....	17
3.10.2 Intravenøs væskebehandling	17
3.10.3 Subkutan væskebehandling	18
4. Drøfting	19
4.1 Hvordan identifisere dehydrering på sykehjem	19
4.1.1 Sykehistorie.....	20
4.1.2 Systematisk og veldokumentert kartlegging.....	22
4.2 Hvordan bidra til riktig behandling av pasienten	23
4.2.1 Væske per os	26
4.2.2 Intravenøs og subkutan væskebehandling.....	27
5. Konklusjon	29
6. Kilder	31

1. Innledning

1.1 Valg av tema

Samhandlingsreformen har økt kravene til kommunene ved å flytte behandlingsansvar over fra sykehus til kommunene. Med dette har det kommet et økt krav til kompetanse i sykehjemmene, og et ønske om å redusere antallet sykehusinnleggelser ved å behandle tilstander som kan behandles lokalt (Brodtkorb & Ranhoff, 2014). Internasjonale studier antyder at cirka en tredjedel av alle sykehjemsbeboere til en hver tid er mildt dehydrert (Gaspar, 2011). Dehydrering er i seg selv dårlig nytt for livskvalitet, og kan føre til organskader, redusert funksjon, delirium og død hos eldre mennesker (Stubberud, 2013). Som en komplikasjon ved annen sykdom kan det i følge en forskningsartikkel øke dødeligheten ved sykehusinnleggelse med hele seks ganger. En gjennomgang av 10 millioner amerikanske pasientjournaler, avdekket at 17% av alle eldre pasienter som ble innlagt på sykehus med dehydrering som primærdiagnose døde innen 30 dager (El-Sharkawy et al, 2015).

Bakgrunnen for at jeg ønsker å se nærmere på dette tema er blant annet at jeg i praksis på sykehjem så mye usikkerhet rundt væskebehov og tiltak når beboeren ikke klarte å drikke nok selv med lett tilgjengelig drikke, opplæring og motivasjon. Samtidig ser jeg på min jobb på post for akutt geriatri, hjerte og slag at en stor andel geriatriske pasienter kommer fra sykehjem med dehydrering i tillegg til funksjonssvikt eller infeksjoner. På sykehuset opplever jeg at behandlingen av dehydrering prioriteres høyt, og at intravenøs væskebehandling ofte er en del av behandlingen for akutt syke eldre. Jeg ønsker å utforske hvilke muligheter sykepleiere har på sykehjem for å forhindre skader som følge av dehydrering, og hvilke utfordringer som som kan oppstå relatert til dette temaet. På sykehjem har en ikke samme legedekning som på en somatisk avdeling, så sykepleier har et stort ansvar når det kommer til å avdekke forverring av helsetilstanden (Hauge, 2014). Kognitiv svikt kan påvirke evnen til å innta væske og evnen til å forstå viktigheten av å opprettholde væskebalansen, hvilket betyr at sykepleier ikke kan regne med at pasienten selv sørger for å si ifra om noe er galt. På bakgrunn av dette vil jeg skrive om observasjoner, kartlegging, tiltak og behandling relatert til dehydrering blant kognitivt svekkede pasienter på sykehjem. Jeg ønsker at min fremtidige yrkesutøvelse skal være kunnskapsbasert. Et krav for dette er et kunnskapsnivå angående væskeinntak som gjør at jeg i min fremtidige yrkesutøvelse kan bidra til å best mulig ta vare på pasientenes helse uten at dette går på bekostning av deres menneskeverd og autonomi (Mikkelsen & Hage, 2013). Mitt formål med denne oppgaven er å innhente kunnskap som i

fremtiden kan hjelpe meg å utøve sykepleie som sikrer en god og verdig alderdom, og forhindrer unødvendig skade og død hos eldre i sykehjem.

1.2 Problemstilling

Utifra tema har jeg valgt denne problemstillingen:

"Hvordan kan sykepleier bidra til å identifisere og behandle dehydrering hos pasienter med kognitiv svikt i sykehjem?"

1.3 Avgrensning

I denne oppgaven skal jeg fokusere på sykepleierens behandlende funksjon, og kommer da ikke til å gå nærmere inn på de andre sykepleiefunksjonene. Særlig forebygging kunne vært aktuelt å ta med i en større oppgave, men jeg ønsker å fokusere på pasienten som allerede er dehydrert (Nortvedt & Grønseth, 2015). Jeg har valgt å fokusere på sykehjemspasienter med kognitiv svikt i denne oppgaven, da denne gruppen mennesker har andre utfordringer relatert til væskeinntak og egenomsorg enn kognitivt friske mennesker (Skovdahl & Berntsen, 2014). Væskebehandling av døende mennesker har vært omdiskutert. Selv om tema er relevant, har jeg har ikke tenkt å omtale denne problemstillingen da de etiske utfordringene blir for omfattende for en oppgave av dette omfanget (Grov, 2014). Av samme grunn har jeg valgt å ikke ta med pasient- og brukerrettighetsloven §4-9, som omhandler den døende pasientens rett til å nekte å motta helsehjelp, da det å definere en døende pasient i forhold til dehydrering er for omfattende for denne oppgaven (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016). Jeg har også valgt å utelukke psykoser fra årsaker til kognitiv svikt, da dette viker for langt fra delirium og demens med tanke på årsak og behandling (Ranhoff, 2014). Jeg kommer ikke til å inkludere utfordringene med væske og hjertesvikt, da behandling og komplikasjoner blir for stort i omfang for en oppgave fokusert på dehydrering (Ørn & Brunvand, 2015). På grunn av påvirkningen dehydrering har på nyrene, er det mange legemidler som blir påvirket av dehydrering gjennom redusert clearance. Det er også mange legemidler som kan gi eller oppkast og diaré, som kan føre til dehydrering. På grunn av oppgavens omfang har jeg valgt å bare omtale de mest aktuelle legemidlene på sykehjem (Spigset, 2014). Jeg har i denne oppgaven valgt å bruke Henderson, og hennes 14 grunnleggende behov. Da væskebehov og

væskeinntak er mitt fokus kommer jeg ikke til å nevne de resterende 13 grunnleggende behovene i noe særlig grad. Jeg har heller ikke inkludert næring, da jeg som sagt vil fokusere på drikke. Jeg kunne også gjerne skrevet en hel oppgave bare om pårørende til mennesker med kognitiv svikt, men har i denne oppgaven valgt å ikke fokusere på sykepleiers ansvar ovenfor dem, selv om de er nevnt flere ganger som en ressurs (Henderson, 2011).

1.4 Disposisjon

I kapittel to gjør jeg rede for metode og kilder brukt i oppgaven. I kapittel tre gjør jeg rede for det teoretiske grunnlaget for denne oppgaven, derunder sykepleierens behandlende funksjon, Virginia Hendersons syn på grunnleggende behov og sykepleierens funksjon, relevante lover og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Jeg vil også her presentere teori rundt eldre, kognitiv svikt og dehydrering. I kapittel fire vil jeg drøfte mine teoretiske funn i lys av Hendersons syn på sykepleiers funksjon, sykepleierens behandlende funksjon, gjeldende lover og etiske hensyn. I kapittel fem vil jeg oppsummere drøftingsdelen og forsøke å komme med en konklusjon.

2. Metode

Denne oppgaven er skrevet med litterær oppgave som metode. Det vil si at jeg tar utgangspunkt i eksisterende litteratur for å belyse og drøfte min problemstilling. Jeg valgte tema på bakgrunn av opplevelser i praksis, og utforsket tema ved å gå gjennom faglitteratur som omhandler tema. På bakgrunn av dette kunnskapsgrunnlaget, kunne jeg søke data og innhente data som var relevant for å svare på min problemstilling. For å vurdere kildene jeg har funnet har jeg brukt Dallands kapittel om kildekritikk (Dalland, 2012).

2.1 Litteratur

Jeg har funnet mye faglitteratur i tidligere pensum, da dette i stor grad er mitt kunnskapsgrunnlag som sykepleierstudent. Hovedkilde for teori om geriatri er *Geriatrisk sykepleie* (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2014). Da dette var hovedboken vi hadde på pensum om geriatri, var det denne boken jeg tok utgangspunkt i for å søke litteratur. *Sykepleieboken 1* (Holter & Mekki, 2013) har vært en god kilde til grunnleggende teori om sykepleie og teori om sykepleie ved dehydrering, temperaturregulering, vannlating og sirkulasjonssvikt. *Sykdom og behandling* (Ørn, Mjell & Bach-Gansmo, 2014) brukes som kilde for sykdommer, osmolalitet, dehydrering og elektrolyttforstyrrelser. *Klinisk sykepleie 1 og 2* (Almås, Stubberud & Grønseth, 2015) anvendes blant annet for å beskrive sykepleierens behandlende funksjon og sykepleie ved delirium. *Legemidler og bruken av dem* (Nordeng & Spigset, 2014) er min kilde for informasjon om legemidler og farmakologi. Wyllers *Frisk* (Wyller, 2014) hovedkilde når det kommer til anatomi og fysiologi, herunder en del stoff om aldersforandringer. Relevant lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er hentet fra lovdata (Lovdata, 2017) og NSF's hjemmesider (Norsk sykepleierforbund, 2016). For ytterligere tolkning av lovverk har jeg brukt Molvens *Sykepleie og jus* (Molven, 2009). Prosedyrer relatert til perifert venekateter, subkutan væskebehandling og infusjoner er hentet fra PPS/VAR healthcare (VAR healthcare, 2017). Retningslinjer og anbefalinger fra helsedirektoratet er hentet fra helsedirektoratets hjemmesider. Virginia Hendersons *Sykepleiens natur* (Henderson, 2011) er kilde på Virginia Hendersons teorier om sykepleierens funksjon.

På bakgrunn av gjennomgang av faglitteraturen, og i hovedsak *Geriatrisk sykepleie* (2014), kunne jeg spisse søket mitt etter nye kilder. I hovedsak ønsket jeg å finne artikler og forskning

som belyste sammenhengen mellom geriatri og dehydrering mer i dybden. Jeg ønsket også å finne forskning som satte dehydrering i en større sammenheng enn bare den konkrete fysiologiske utfordringen, spesielt med tanke på allmentilstand, livsutfoldelse og livskvalitet. Samtidig ønsket jeg å få klarhet i nøyaktig hvilke handlingsalternativer som var tilgjengelige for sykepleiere på sykehjem, og hva som fungerer. Jeg fant dessverre ingen kilder på hvordan pasienter med kognitiv svikt selv opplever dehydrering.

2.2 Søkeord og avgrensninger

Jeg har i hovedsak søkt etter kilder i Cinahl, Swemed+, Pubmed, Google Scholar, Sykepleien forskning, helsedirektoratet og folkehelseinstituttet. Cinahl er der jeg har funnet artiklene jeg har endt opp med å bruke i oppgaven.

Søkeord jeg har benyttet er aged, aged 80 and above, hydration, dementia, dehydration, fluid therapy, nurse, nursing, hypodermoclysis, intravenous, intravenøs, dehydrering, væskebehandling, sykepleie, sykehjem. Jeg har brukt begrensningene "peer reviewed" og "any author is nurse" i kombinasjon med begrenset tidsrom ved flere av søkene på Cinahl. Søkeordene har hovedsakelig blitt kombinert med AND, for å begrense søkene da det er mye forskning relatert til eldre, og dehydrering er et tema som ikke bare gjelder eldre. Alle artiklene er gitt ut i vitenskapelige tidsskrifter eller fagtidsskrifter enten innen sykepleie eller legevitenskap. Jeg har også søkt opp kilder etter å ha funnet dem gjennom andre artikler eller bøker. Jeg har ikke brukt noen av dem i oppgaven, men de har vært nyttige for å undersøke kunnskapsgrunnet for de artiklene jeg har valgt.

2.3 Kildekritikk

Cinahl er den databasen jeg har endt opp med å bruke mest. Det er en database for medisinske artikler som er anbefalt av og tilgjengelig gjennom skolens bibliotek. Alle artiklene jeg har valgt å bruke er på engelsk, og har blitt oversatt til bruk i oppgaven av meg selv. Det er derfor mulig at det finnes feiltolkninger i oppgaven. Jeg har fokusert på kvantitativ forskning, men bruker også én artikkel med kvalitativ forskning. Jeg har i hovedsak søkt etter og brukt artikler som er nyere enn 2011. Artikkelen "Nursing practice and oral fluid intake of older people with dementia" (Ullrich & McCutcheon, 2008) er unntaket og er skrevet i 2008. Det er en studie fra et sykehjem i Australia, der de så på tiltak og kunnskap relatert til væskeinntak. Det er en liten studie, med bare 10 pleiepersonell, men funnene i studien støttes av

eksisterende forskning. Det er en for liten studie for å trekke generelle konklusjoner, men jeg velger å bruke den da den er nyttig som et eksempel. Den er også fagfelleurdert og gitt ut i *Journal of clinical nursing*.

Forskningsartikkelen "Hydration and outcome in older patients admitted to hospital (The HOOP prospective cohort study)" (El-Sharkawy et al., 2015) er en kvalitativ studie av endring i dødeligheten hos eldre som er dehydrert ved innleggelse på sykehus. Selv om studien ikke er fra sykehjem anser jeg det som relevant for oppgaven at dehydrering ved innleggelse øker sjansen for å dø ved en sykehusinnleggelse. Pasienter som var forventet å dø av andre årsaker innen 3 måneder ble ekskludert fra studien. Studien er fagfelleurdert.

"Use of hypodermoclysis to manage dehydration" (Scales, 2011) er skrevet av en sykepleier og er en fagartikkel som omhandler subkutan væskebehandling som alternativ til intravenøs væskebehandling. Det virker å mangle nyere forskning på dette området, men teknikken er godt utforsket og dokumentert i eldre forskning. Til sammenligning er det heller ikke mye nyere forskning på intravenøs væskebehandling, antageligvis da disse teknikkene er godt utforsket. Prosedyren er beskrevet i PPS, eller VAR healthcare som det heter nå (VAR healthcare, 2017). Jeg velger å bruke artikkelen, da den er såpass relevant for min oppgave, er skrevet av en sykepleier og gitt ut i et velrenommert sykepleietidsskrift gitt ut av Britiske Royal college of Nursing (RCN).

"Water-loss (intracellular) dehydration assessed using urinary tests: how well do they work? Diagnostic accuracy in older people." (Hooper et al., 2016) er en kvalitativ forskningsartikkel der de undersøkte om det fantes en enkel urinprøve som kunne oppdage dehydrering hos eldre pasienter på sykehjem. Den er fagfelleurdert og forelagt en etisk komité.

"Comparisen of four standards of determining adequate water intake of nursing home residents" (Gaspar, 2011) er en oversiktsartikkel som omhandler forskjellige metoder for å regne ut væskebehovet til sykehjemsbeboere. Den er fagfelleurdert og utgitt i *Research & theory for Nursing practice*, som sikter seg inn på å være internasjonalt relevant for sykepleie. Forskningen den er basert på er også utgitt i anerkjente sykepleietidsskrifter.

Artikkelen "Effectiveness of interventions to indirectly support food and drink intake in people with dementia" (Bunn et al., 2016) er en oversiktsartikkel som hadde som mål å

vurdere 43 forskjellige studier relatert til tiltak for å bedre mat og væskeinntak på sykehjem. Studien er fagfellevurdert. Jeg fant flere forskningsartikler relatert til tiltak vedrørende mat og drikke, men som denne studien konkluderer med var de alle utført på for liten skala og med for uklare resultater til å si noe generelt om ernæringstiltak.

Artikkelen "Because we see them naked – nurses experience in caring for hospitalized patient with dementia: considering artificial nutrition and hydration" (Bryon, Dierckx, De Casterlé & Gastemans, 2012) er en kvalitativ forskningsartikkel basert på intervju som ville undersøke hvordan sykepleiere opplevde å gi demente pasienter på sykehus væskebehandling og parental ernæring. Studien er fra Belgia og fra et sykehus, men jeg føler allikevel at de etiske utfordringene, og påvirkningen disse har på sykepleierne er relevante også på Norske sykehjem.

Siden jeg selv jobber med akutt syke eldre, og er svært opptatt av dette tema vil mine personlige meninger kunne farge valg av kilder og hvordan oppgaven er skrevet.

3 Teoretisk rammeverk

3.1 Sykepleierens behandlende funksjon

Sykepleierens ansvar og funksjonsområder kan deles inn i 7 delfunksjoner. Disse er forebyggende og helsefremmende funksjon, behandlende funksjon, lindrende funksjon, rehabiliterende eller habiliterende funksjon, administrative funksjon, den undervisende funksjon og den fagutviklende funksjon. For å svare på min problemstilling har jeg valgt å fokusere på behandlende funksjon, men som Nordtvedt og Grønseth påpeker er et tegn på god klinisk sykepleie evnen til å kombinere alle disse funksjonene, og et ensidig fokus på bare en funksjon vil si at sykepleier ikke ivaretar sitt faglige ansvar. Sykepleierens behandlende funksjon innebærer å observere pasienten, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere tiltak innen pleie og omsorg. Det innebærer også å bistå legen med å gjennomføre medisinsk utredning og behandling, samt observere og dokumentere effekten av medisinsk behandling (Nortvedt & Grønseth, 2015, s. 21).

3.2 Virginia Henderson

Sykepleiers enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig.

- Virginia Henderson (Henderson, 2011, s. 45)

Slik forsøkte Henderson i sin tid å definere sykepleierens funksjon. Hun nevner Florence Nightingales teori om at sykepleier skal stille pasienten i en best mulig stand slik at naturen kan helbrede pasienten som sentral for hennes egen forståelse av sykepleierens funksjon, og det kan du se i hennes tanker om pasienten som helhet. Henderson mente at det var sykepleiers ansvar å sørge for at pasientens grunnleggende behov var dekket, basert på vurderinger gjort av sykepleier på bakgrunn av gode observasjoner og et solid kunnskapsgrunnlag. Hun spesifiserer også at sykepleier ikke skal stille diagnoser, forordne behandling eller komme med prognoser, da dette er legens ansvarsområde. Hun understreker at samspillet mellom lege og sykepleier er avgjørende for å gi pasienten den beste pleie og behandling (Henderson, 2011). Virginia Henderson definerer det å drikke og spise som en av hennes 14 grunnleggende behov, men var samtidig opptatt av å påpeke at ekte mennesker var

mye mer kompliserte enn en liste med behov. Hun har allikevel forsøkt å beskrive denne kompleksiteten ved å inkludere det hun kaller ”forhold av permanent karakter som påvirker grunnleggende behov”, slik som alder, demens eller andre kroniske sykdommer (Mathisen, 2013, s. 157). Det er viktig å se hver pasient som et individ, og huske at behov og viktigheten av det enkelte behov varierer fra person til person. Hun tillegger også sammenhengen mellom det psykosomatiske og det fysiske er avgjørende for god sykepleie (Henderson, 2011).

3.3 Kunnskapsbasert praksis

Punkt 1.1 yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere sier sykepleie skal være begrunnet i forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Norsk sykepleierforbund, 2016). Yrkesutøvelse som baserer seg på disse tre formene for kunnskap kaller vi kunnskapsbasert praksis (Mikkelsen & Hage, 2013).

3.4 Etiske og juridiske hensyn

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er basert på ICNs retningslinjer, og er skrevet av rådet for sykepleieretikk. I følge yrkesetiske retningslinjer har sykepleier et ansvar for å være oppdatert og begrunne sine handlinger både faglig, etisk og juridisk, og har en plikt til å fremme helse og forebygge sykdom. Sykepleier har et ansvar for å være oppdatert på forskning, og for å anvende denne forskningen i sin yrkespraksis. Sykepleier skal også sørge for at pasienten ikke blir krenket, og at deres autonomi og verdighet blir ivaretatt. (Norsk sykepleierforbund, 2016).

Helsepersonelloven kapittel 2 omfatter blant annet faglig forsvarlighet, og spesifiserer at legen har beslutningsansvaret i medisinske spørsmål om undersøkelser og behandling, som i denne oppgavens sammenheng vil det si diagnose og ordinering av urinprøver, blodprøver, væskebehandling og elektrolytter (Helsepersonelloven, 2017). De fleste leger er deltidsansatt på norske sykehjem, og er avhengig av sykepleierens observasjoner og vurderinger for å stille diagnoser og ordinere undersøkelser og behandling (Hauge, 2014). Helsepersonelloven er også relevant på flere andre punkter, deriblant taushetsplikt, dokumentasjon, øyeblikkelig hjelp og informasjon til pasienten (Helsepersonelloven, 2017).

Forskriften om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene fra 2003 omhandler personer som mottar pleie- og omsorgstjenester i kommunen og spesifiserer at kommunen har ansvar for å dekke

grunnleggende behov hos de som mottar disse tjenestene. De viktigste punktene for denne oppgaven er at kommunen er ansvarlig for at pasienten får tilstrekkelig mat og drikke, og tilstrekkelig tid og hjelp til å spise og drikke. Den spesifiserer også viktigheten av autonomi og medbestemmelse (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 1 gir befolkningen en lovfestet rett på nødvendig helsehjelp. Dette er relevant fordi loven også omfatter sykehjemspasienter. Kapittel 3 gir pasienten rett til å medvirke i valg av undersøkelse- og behandlingsmetoder, som også er viktig når det er flere alternativer til behandling. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4 omhandler samtykke og samtykkekompetanse, og er svært viktig i all samhandling med pasienter. Mest relevant for denne oppgaven er krav om samtykke ved all helsehjelp. Pasienter med psykiske forstyrrelser som gjør at pasienten ikke kan forstå hva det innebærer å samtykke kan fratras samtykkekompetansen, noe som kan være aktuelt ved noen tilfeller av kognitiv svikt. Er dette tilfelle skal det begrunnes faglig og skriftlig, og snarest legges frem for pårørende. I mangel av pårørende skal det legges frem for annet kvalifisert helsepersonell. Pasient og brukerrettighetsloven kapittel 4A omhandler helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetansen som motsetter seg helsehjelpen. Målet med loven er å beskytte pasienten og forebygge unødvendig bruk av tvang. Dette kapitlet er svært relevant for min oppgave på grunn av utfordringene med kognitiv svikt og samtykkekompetanse (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016).

3.5 Den gamle pasienten

Eldre mennesker er ikke en monoton gruppe, men en gruppe mennesker med stor variasjon i fysisk og mental funksjon, personligheter og antall kroniske sykdommer (Ranhoff, 2014). Med høy alder kommer en rekke aldersforandringer og økt risiko for en rekke sykdommer (Mensen, 2014). Tørstefølelsen blir redusert med alderen, i tillegg til evnen til å ta vare på eget væskebehov som følge av funksjonssvikt og immobilitet (Brodtkorb, 2014).

Flere faktorer fører til at de eldre får svekket homøostase, som er en betegnelse på kroppens evne til å opprettholde en balanse av temperatur, blodtrykk, væske og elektrolytter under påvirkning fra ytre og indre faktorer. Huden får mindre fettpolstring med alderen, noe som medfører mindre elastisk hud, dårligere isolering mot kulde og varme, og redusert evne til å ta

opp vann. Nyrenes funksjon reduseres, og ved fylte 70 år er nyrenes kapasitet redusert til 70%. Ved dehydrering vil nyrenes funksjon påvirkes i større grad enn hos unge mennesker, grunnet eldre menneskers svekkede homøostase (Mensen, 2014).

Skrøpeligheit er et begrep som brukes om 50 til 25 prosent av mennesker over 85 år. Hvordan denne gruppen defineres varierer, men felles er redusert fysisk funksjon og da særlig ganghastighet. Skrøpelige eldre er da enda mer utsatt for sykdom, skader og ytterligere redusert fysisk funksjon enn "friske" eldre. Hovedårsaken til skrøpeligheit er naturlige aldersforandringer i tillegg til sykdommer og skade, som for eksempel hjertesvikt og hoftebrudd. Skrøpelige mennesker er ekstra utsatt for blant annet delirium, ernæringssvikt, legemiddelbivirkninger, nyresvikt og dehydrering (Ranhoff, 2014). På grunn av de eldres reduserte evne til å kompensere for ytre påvirkning, kan relativt beskjedne tilstander som en mild dehydrering få større konsekvenser. Dette er naturligvis negativt for pasienten, men på den andre siden betyr dette at ved å fjerne denne ytre påvirkningen, kan pasienten i mange tilfeller gjenvinne sin tidligere funksjon med rask og god behandling (Wyller, 2014).

3.6 Kognitiv svikt

Kognitiv svikt er en samlebetegnelse for redusert kognitiv funksjon, altså evnen til å tenke. Kognitiv svikt kan være medfødt, oppstå som følge av sykdom eller skade i hjernen, eller oppstå akutt i form av delirium (Skovdahl & Berentsen, 2014).

3.6.1 Demens og mild kognitiv svikt

Kronisk kognitiv svikt deles gjerne inn i mild kognitiv svikt og demens. Mild kognitiv svikt beskrives som når reduksjonen i kognitiv funksjon overstiger hva som er forventet ved aldring, men ikke oppfyller kriteriene for å diagnostisere demens. Demens ikke en sykdom i seg selv, men en sekkebetegnelse på en rekke tiltagende sykdommer som rammer hjernens funksjon, definert utifra felles symptomer. I Norge benyttes det WHO-utviklede systemet ICD-10 for å stille diagnosen. Dette systemet vektlegger svekket hukommelse, redusert kognitiv funksjon, emosjonelle forstyrrelser og symptomenes varighet for å klassifisere demens. Alvorligheten av symptomene varierer utifra hvor fremskreden sykdommen er og hvilken type demens det er. Mange har problemer med problemer med egenomsorg i en eller annen form. Det er cirka 71 000 mennesker med diagnosen demens i Norge, og mange av de mest alvorlig rammede menneskene bor på sykehjem (Skovdahl & Berentsen, 2014).

3.6.2 Delirium

Delirium er en akutt kognitiv svikt som oppstår ved fysisk eller psykisk belastninger som for eksempel sykdom, skade eller traumer. Høy alder, demens, underernæring, og kroniske sykdommer er predisponerende for å utvikle delirium. Utløsende årsak til delirium er som regel fysisk, som for eksempel nylig gjennomgått kirurgi, nyresvikt eller hypotensjon (Stubberud, 2015). Delirium er ofte et symptom på en alvorlig underliggende sykdom eller skade, og må tas på alvor. Hyperaktivt delirium er det letteste å oppdage, da pasienten gjerne er motorisk urolig, vandrer og er utagerende. Hypoaktivt delirium, som er den vanligste formen er vanskeligere å oppdage da pasienten blir mindre aktiv og trekker seg inn i seg selv. Systematisk observasjon og god oversikt over funksjon og sykehistorie er avgjørende, i tillegg til kartleggingsverktøyet CAM, eller Confusion Assessment Method (Ranhoff, 2014).

3.7 Dehydrering

Når kroppen har for lite vann kaller vi denne tilstanden dehydrering. Den vanligste formen for dehydrering er isoton dehydrering, der man har tapt like deler vann og natrium, for eksempel ved å drikke mindre enn man skiller ut gjennom perspirasjon, respirasjon og diurese over tid. Ved overdosering av slyngediuretika kan man få hypoton dehydrering, der man har skilt ut for mye natrium gjennom diuresen. Osmolaliteten i blodet synker og væske trekkes fra blodet over til cellene ved hjelp av osmose, noe som fører til lavere blodvolum (Gøransson & Flesland, 2015). Dehydrering deles inn i lett, moderat og alvorlig dehydrering, avhengig av størrelsen på væskeunderskuddet. Et væskeunderskudd på under 50 ml/kg er en mild dehydrering, 50 til 100 ml/kg er en moderat dehydrering og et tap på over 100 ml/kg er en alvorlig dehydrering (Stubberud, 2013, s. 417)

3.7.1 Symptomer på dehydrering

Det første symptomet hos friske mennesker er gjerne tørste. Andre symptomer er redusert venefylde, redusert diurese, stående hudfold, kalde ekstremiteter og ortostatisk hypotensjon (Gøransson & Flesland, 2015). Tapet av væske vil gi utfall i vekt. Er vekttapet under 5% av kroppsvekten kan det være et tegn på mild dehydrering, 5-10% en moderat dehydrering og over 10% en alvorlig dehydrering. Respirasjonsfrekvensen vil øke for å kompensere for reduksjonen av sirkulerende blod. Psykisk vil pasienten bli slappere og til slutt apatisk

(Stubberud, 2013). For eldre mennesker enten med eller uten demens kan det føre til delirium (Ranhoff, 2014).

3.7.2 Konsekvenser av dehydrering

Urinveisinfeksjoner, fall, delirium, funksjonssvikt, legemiddelkomplikasjoner og obstipasjon er noen av de mulige konsekvensene ved dehydrering (Gaspar, 2011). Alvorlig dehydrering kan føre til hypotensjon (Stubberud, 2013, s. 416). Hypotensjon kan føre til akutt prerenal nyresvikt. Blir ikke hypotensjonen behandlet, vil iskemi føre til nekrose i tubuli, og det kan oppstå en kronisk renal nyresvikt (Gøransson & Larsen, 2015). Hypotensjon kan også føre til hypovolemisk sjokk (Landfald & Ytrehus, 2015, s 263). Hypovolemisk sjokk vil si at reduksjonen i blodvolum gjør da at kroppen ikke klarer å opprettholde tilstrekkelig sirkulasjon, og fører til en systemisk iskemi. Sjokk har en dødelighet på 35-90%, avhengig av type sjokk (Ørn, 2015). En engelsk studie antyder at eldre pasienter som er dehydrert ved innleggelse på sykehus, har en 6 ganger større sjanse for å dø under sykehusoppholdet enn pasienter som ikke er dehydrert, uavhengig av primærdiagnose (El-Sharkawy et al., 2015).

3.8 Kartlegging

For å sikre at lege blir kontaktet og korrekte tiltak blir iverksatt så tidlig som mulig er det viktig med regelmessig og systematisk kartlegging av kliniske observasjoner. For å tidlig avdekke endringer i helsetilstanden til eldre pasienter må sykepleier kjenne normalverdiene til pasienten, samt ha god oversikt over pasientens sykehistorie. (Kirkevold, 2014).

3.8.1 Væskebehov

Et vanlig menneske mister mellom 800 og 1000 milliliter væske i døgnet gjennom hud og ekspirasjon. I tillegg vil et menneske med normalt fungerende nyrer produsere minimum 400 milliliter diurese for å skille ut salter og avfallstoffer (Gøransson & Flesland, 2015, s. 543). Friske voksne vil produsere mellom 1 og 2 liter diurese i døgnet med adekvat væsketilførsel (Stubberud, 2013). 1500 ml bør være minimum væskeinntak uavhengig av vekt og høyde for å forhindre dehydrering (Gaspar, 2011). Retningslinjer for sykepleie ved akuttgeriatrisk enhet sier væskeinntaket må være på minimum 1200 milliliter (Ranhoff, 2014, s. 232). Statens ernæringsråds retningslinjer sier at de eldre skal ha 30 ml/kg væske per døgn, regulert for

sykdom og aktivitetsnivå (Helsedirektoratet, 2013). Ved feber vil væskebehovet øke med 10% per grad over 37 °Celsius (Stubberud, 2013).

Et alternativ for å regne ut væskebehovet er å ta 75% av 1600 milliliter/m² kroppsoverflate, en metode som ifølge Gaspar er den mest nøyaktige med hensyn til undervekt og overvekt.

Kritikken mot denne metoden er at det er vanskeligere å regne ut. Gaspar har utviklet et nomogram (fig.01) for å gjøre denne prosessen lettere i praksis. Trekk en rett linje mellom høyde og vekt, og du vil markere pasientens kroppsoverflate og væskebehov på skalaen i midten (Gaspar, 2011).

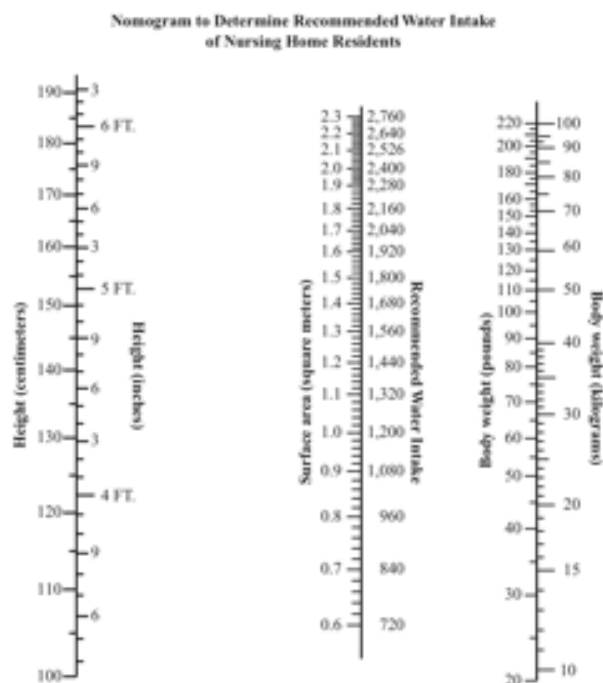


Fig. 01 (hentet fra Gaspar, 2011)

3.8.2 Blodprøver

Kravet om faglig forsvarlighet innebærer at å ordinere invasive undersøkelser som blodprøver er legens ansvarsområde, men sykepleier er gjerne den som utfører prøvetakingen (Molven, 2009). Osmolalitet er en viktig indikator på dehydrering. Osmolalitet er antallet osmotisk aktive partikler i serum. serumosmolalitet og skal ligge mellom 281 og 295 mos-mol/kg H₂O (Gøransson & Flesland, 2014, s. 542). Serumkonsentrasjon av natrium, kalium, hemaglobin, urinsyre og kreatinin, samt glomerulær filtrasjonsrate (heretter omtalt som GFR) kan brukes til å påvise dehydrering, i tillegg til å si noe om det er en isoton, hypoton eller hyperton dehydrering (El-Sharkawy, 2015). Hos eldre er serumkonsentrasjon av kreatinin mindre viktig

enn kreatininclearance, da redusert muskelmasse som følge av økt alder vil føre til naturlig redusert mengde kreatinin i blodet (Spigset, 2014). Dårlig regulert diabetes type 1 kan insulinmangel føre til dehydrering ved polyuri, som vil si at kroppen øker utskillelsen av diurese for å kompensere for økt PH i blodet. Hos eldre pasienter med diabetes type 2 kan også dårlig regulert diabetes med høyt blodsukker føre til økt osmolalitet i blodet, som kan føre til osmotisk diurese, som også vil føre til polyuri (Jensen, 2015). Ved hypovolemisk sjokk som er så alvorlig at det fører til metabolsk acidose vil dette påvises ved å måle pH i arterielt blod (Stubberud, 2013, s. 420).

3.8.3 Vitale målinger og sentralt venetrykk

Sentralt venetrykk er en bra indikator på mengden sirkulerende væske, men for å få et nøyaktig mål av dette på det benyttes et sentralt venekateter, som er relativt uvanlig å se utenfor sykehus. Et systolisk blodtrykk på under 90 mm Hg kombinert med andre symptomer (sparsom diurese, rask respirasjon og puls over 120) antyder det dekompanerte stadiet av hypovolemisk sjokk, som betyr at kroppen ikke lenger klarer å opprettholde sirkulasjonen (Stubberud, 2013, s. 416-420). Et fall i systolisk blodtrykk på over 40 mm Hg i forhold til beboerens habituelle systoliske blodtrykk kan også antyde hypovolemisk sjokk (Ørn, 2015, s. 99).

Modified early warning score (heretter omtalt som MEWS) er et verktøy for systematisk observasjon av vitale målinger som blodtrykk, puls, temperatur, bevissthet, diurese og respirasjon. Målet med MEWS er å tidlig avdekke svikt i grunnleggende behov og alvorlig sykdomsutvikling, og er godt egnet til å avdekke forstyrrelser i sirkulasjonen. Ved en score på 4 eller mer skal sykepleier rapportere til en lege for å sikre rask og effektiv behandling (Stubberud, 2013).

3.8.4 Diurese

Ved dehydrering vil det normalt være redusert GFR, som fører til redusert produksjon av diurese. Dette vil si at vil redusert mengde og økt konsentrasjon av diurese kan si noe om hydreringstilstanden. Kartlegging av mengden diurese er en viktig del av et væskeregnskap (Stubberud, 2013). Konsentrasjon, farge og osmolalitet på diuresen har vist seg å være

upålitelige indikasjoner på dehydrering hos eldre mennesker, da andre sykdommer, aldersforandringer og legemidler har for stor påvirkning på disse målene (Hooper et al, 2016).

3.8.5 Hud og slimhinner

Hos friske mennesker vil dehydrering føre til redusert elastisitet i huden, og du vil få det vi kaller stående hudfold (Stubberud, 2013). Hos eldre mennesker vil dette være en upålitelig parameter da eldre er naturlig mindre elastisk i huden (Scales, 2011). Slimhinner for eksempel i munnhulen vil være tørrere enn ellers, og kroppstemperaturen vil synke. Øynene vil også bli mer innsunkne. Kapillær fyllingstid over 2 sekunder kan i lag med andre symptomer antyde det kompenserende stadiet av hypovolemisk sjokk (Stubberud, 2013).

3.8.6 Aktuelle legemidler

Pasienter på sykehjem bruker gjerne 5-6 legemidler daglig, og bruken av legemidler må kontinuerlig vurderes. Redusert nyrefunksjon som følge av dehydrering vil forlenge halveringstiden av legemidler som skilles umetabolisert ut via diuresen. Dette gjelder særlig legemidler med lav terapeutisk bredde, som for eksempel Digoksin. Redusert sirkulasjon kan også gi leveren problemer med å metabolisere legemidler (Spigset, 2014).

3.8.6.1 Diuretika

Diuretika er legemidler som øker utskillelsen av væske gjennom nyrene ved å hindre reabsorpsjon av natriumklorid (heretter brukes NaCl). Diuretika senker blodtrykket ved å redusere mengden sirkulerende væske. Tiazider og slyngediuretika kan forårsake dehydrering. Kaliumsparende diuretika hindrer at for mye kalium blir skilt ut gjennom nyrene, og øker faren for hyperkalemi ved dehydrering (Ørn, 2014).

3.8.6.2 Andre blodtrykksenkende medikamenter

ACE-hemmere og angiotensin II blokkere er vanlige legemidler ved sirkulasjonsforstyrrelser hos eldre. Disse senker blodtrykket, og kan ved overdosering eller i kombinasjon med dehydrering gi akutt nyresvikt (Spigset, 2014).

3.8.6.3 Laksantia

Laktulose er et vannbindende laksantia, som virker ved å hindre reabsorpsjon av væske fra tarmen og dermed gjøre avføringen mykere. Ved overdosering er diaré en vanlig bivirkning (Spigset, 2014).

3.10 Behandling

Behandlingen ved dehydrering er å rehydrere pasienten. Stubberud beskriver behandlingen som tredelt:

- 1. Å dekke det løpende normale eller basale væskebehovet*
- 2. Å dekke tidligere væsketap eller udekket væskebehov*
- 3. Å dekke pågående væsketap*

(Stubberud, 2013, s 425)

Dette kan gjøres ved å drikke, eller å tilføre væske per os. Når dette ikke er mulig eller er tilstrekkelig kan en lege forordne væskebehandling for å dekke væskebehovet. Sykepleier vil da være ansvarlig for å administrere væskebehandlingen (Stubberud, 2013).

3.10.1 Økt væskeinntak per os

Å dekke væskebehovet ved å drikke mer er den vanligste behandlingen for dehydrering (Stubberud, 2013). Det er en sykepleieroppgave å legge en plan for å få dekket væskebehovet, men som ofte vil det være hjelpepleiere og ufaglærte sin oppgave å følge opp planen og motivere til økt væskeinntak (Hauge, 2014).

3.10.2 Intravenøs væskebehandling

Intravenøs væskebehandling gjøres ved å tilføre væske gjennom et perifert venekateter (heretter omtalt som PVK) i en perifer vene, som oftest i armer eller hender. Innleggelse av PVK er en aseptisk prosedyre, som rekvireres av lege. Mulige komplikasjoner er flebitt, hematom, lekkasje, venøs spasme, tromboflebitt og trombose (VAR healthcare, 2017). Hvilken type infusjonsvæske som blir benyttet er avhengig av hva legen forordner ut ifra

hvilken type dehydrering det er og eventuelle medfølgende elektrolyttforstyrrelser.

Infusjonsvæsker blir gjerne delt inn i krystalloider, kunstige og kjemiske kolloider og isotone karbohydratløsninger. Ringer-acetat er en hyppig brukt krystalloid løsning ved dehydrering.

Kolloider som albumin og plasma er infusjonsvæsker med store proteiner som øker omsolaliteten i serum. Disse blir brukt når blodet ikke klarer å holde væsken og det siver ut i omkringliggende vev. Avhengig av elektrolyttforstyrrelser kan elektrolytter som kalium, kaliumklorid, natrium og magnesium tilsettes infusjonsvæsken (Stubberud, 2013). Ubalanse i serumkonsentrasjon av natrium, kalium, kalsium og magnesium er potensielt livstruende (Gøransson & Flesland, 2015).

3.10.3 Subkutan væskebehandling

Subkutan væskebehandling er et alternativ til intravenøs væskebehandling, der det benyttes en Butterfly-kanyle for å administrere infusjonen gjennom underhuden. Også dette er en aseptisk prosedyre som må rekvireres av lege. Det oppstår sjelden komplikasjoner ved subkutan væskebehandling, men det kan oppstå ødemer, infeksjoner, smerter og betennelsesreaksjoner (VAR healthcare, 2017). Dette er et alternativ for rehydrering der venetilgangen er dårlig. En stor italiensk studie fant ut at en infusjon med 500 milliliter 0.9 mg/ml saltløsning over 3 timer var helt absorbert 1 time etter infusjonen var ferdig. En infusjonshastighet på 2 milliliter per minutt er maksimale anbefalte hastighet for subkutane infusjoner. Samme innstikksted kan brukes til infusjon av opptil 2000 milliliter væske før du må finne et nytt, men bare 1500 milliliter per døgn (Scales, 2011).

4. Drøfting

I denne delen av oppgaven skal jeg forsøke å drøfte meg frem til et svar på problemstillingen *"Hvordan kan sykepleier bidra til å identifisere og behandle dehydrering hos beboere med kognitiv svikt i sykehjem?"*. Denne problemstillingen er todelt, så jeg vil først prøve å finne ut hvilke metoder og hvilken kunnskap en sykepleier må inneha for å bidra til å identifisere dehydrering. Jeg har søkt opp forskning og litteratur, og vil nå vurdere dette opp mot hverandre for å finne reelle handlingsalternativer som kan brukes i praksis (Mikkelsen & Hage, 2013). Før du kan behandle, må du innhente samtykke (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016). Derfor vil jeg se på de juridiske og etiske utfordringene rundt tiltak og behandling. For å finne ut hvordan sykepleier kan bidra til å behandle dehydrering skal jeg ta for meg fordeler og ulemper med de tre alternativene jeg har funnet i teorien.

Henderson sier at når pasienten ikke selv evner å opprettholde sine grunnleggende behov, er det sykepleierens oppgave å midlertidig hjelpe pasienten med å opprettholde disse frem til pasienten gjenvinner evnen. Nettopp denne helhetstanken virker å ha vært sentral for Henderson, denne ideen om at sykepleier i hovedsak skal hjelpe pasienten med å komme tilbake til det stadiet der de kan hjelpe seg selv. Som hun så fint sier det skal sykepleier blant annet være den bevisstløses bevissthet (Henderson, 2011, s.46). I denne oppgavens sammenheng kan det da kanskje sies å være sykepleiers oppgave å være den demente pasientens kognitive funksjon, eller den dehydrerte pasientens evne til å drikke.

4.1 Hvordan identifisere dehydrering på sykehjem

Både Kirkevold (2014) og Wyller (2014) påpeker viktigheten av å tidlig oppdage endringer i helsetilstanden til eldre pasienter. Grunnet eldre menneskers komorbiditet og svekkede homøostase kan problemer som ville være bagatellmessige for en yngre pasient få store konsekvenser hos en eldre pasient. Symptomene kan ofte være vage og skjult bak naturlige aldersforandringer og andre diagnoser, men konsekvensene av å la symptomene utvikle seg til en akutt tilstand kan bli alvorlige for den eldre pasienten (Wyller, 2014). Det er flere kliniske observasjoner som kan bidra til å identifisere dehydrering, men felles for alle disse er at du er avhengig av referanseverdier fra når pasienten er frisk. For å identifisere dehydrering er det altså ikke nok å iverksette kartlegging ved mistanke om sykdom, men det må kartlegges systematisk og regelmessig (Kirkevold, 2014). Hooper et al. (2016) peker i konklusjonen av sin studie at dehydrering blant eldre er så utbredt at det hadde vært svært gunstig om det

hadde vært en enkel test for å identifisere dehydrering, men det var på det tidspunktet fortsatt avhengig av grundig kartlegging og en inngående kjennskap til den enkeltes sykehistorie. Scales (2011) mener også at sykehistorie og god kjennskap til pasienten er avgjørende for å identifisere dehydrering før det utvikler seg til en akutt tilstand. Dersom sykepleiers observasjoner og kartlegging avdekker et behov som det ikke er faglig forsvarlig at sykepleier håndterer alene, må det samarbeides med kvalifisert personell, i dette tilfellet en lege (Molven, 2009). De fleste sykehjemsleger er deltidsansatt på sykehjemmet, og er avhengig av sykepleiers observasjoner og kliniske blikk for å fatte beslutninger (Hauge, 2014).

4.1.1 Sykehistorie

Helsedirektoratet (2017) påpeker at for å gi tilstrekkelig pleie og omsorg til pasienter med demens er det viktig å tilpasse tilbudet til hver enkelt pasient, da behov og utfordringer i denne pasientgruppen er utrolig individuelle. Demens er som nevnt tidligere ikke en diagnose, men en samling symptomer. Utfordringer relatert til væskeinntak vil variere fra person til person, hvilken form for demens de har, og i hvor framskreden den er (Skovdahl & Berentsen, 2014). Mange med diagnosen demens vil ha problemer med å kommunisere sine behov, for eksempel om de ønsker drikke. De kan også feiltolke tørst som noe helt annet, eller simpelthen glemme å drikke. For noen kan de motoriske egenskapene som er nødvendig for å drikke være tapt eller redusert, og for andre kan apraksi, eller handlingssvikt, gjøre at de har glemt hvordan de skal bruke et glass eller en kopp. Psykiske symptomer eller atferdsforstyrrelser som oppstår som følge av demens kan også stå ytterligere i veien for pasientens egenomsorg eller evne til å kommunisere sine behov, og kan også maskere endret atferd som følge av somatisk sykdom. Pasienter med demens har som regel liten kontroll over eget væskeinntak, så det er viktig at helsepersonell kartlegger hvor mye væske de faktisk får i seg (Skovdahl & Berentsen, 2014). Delirium, som kan kalles en biologisk psykose, kan ha mange av de samme symptomene som demens, og kan ofte være første symptom på somatisk sykdom (Ranhoff, 2014). Delirium kan altså være årsak til dehydrering, men også et symptom på dehydrering (Stubberud, 2015). Pasienter med demens er ofte mer utsatt for delirium, men det kan være vanskelig å skille disse to tilstandene fra hverandre, som ofte fører til at delirium ikke oppdages. CAM er her et bra redskap, spesielt hos pasienter uten demens da mange av punktene kan være til forveksling like symptomer på demens, med unntak av at det har oppstått en akutt endring i mental funksjon eller atferd. Har pasienten en demensdiagnose er man altså avhengig av gode regelmessige observasjoner og en god kjennskap til pasientens

kognitive funksjon for å avdekke delirium. Tyder CAM på delirium må den underliggende årsaken identifiseres og behandles (Ranhoff, 2014).

Som Stubberud (2013) påpeker vil væskebehovet øke med 10% per grad celcius, da enten på grunn av feber eller høy romtemperatur. Feber vil øke perspirasjonen for å kjøle ned huden, men det er også vanlig at pasienter med feber drikker mindre på grunn av redusert allmentilstand. Eldre mennesker er som nevnt mer sensitive overfor høye og lave temperaturer da det isolerende fettlaget under huden er redusert (Mensen 2014). Feber kan ha mange årsaker, som for eksempel infeksjoner, kreft, allergi, åpne sår og inflammatoriske sykdommer. For å få en nøyaktig måling av kjernetemperaturen det best å måle rektalt. Øregangen er ofte brukt, men mistenkes å være litt unøyaktig da disse målingene ofte ligger litt under målinger tatt rektalt (Stubberud, 2013). Feber eller høy romtemperatur kan altså medvirke til eller forårsake dehydrering, og vil være viktige observasjoner for å tidlig identifisere dehydrering.

En sykepleier på et sykehjem må ha god kjennskap til medikamentene som brukes av pasientene, og det gjelder også når det er mistanke om dehydrering. En del av sykepleiers behandlende funksjon er å administrere legemidler, samt observere effekten av disse (Nordtvedt, 2015). Mange symptomer på dehydrering kan også forårsakes av legemiddelbivirkninger hos eldre, inkludert delirium eller deliriumlignende symptomer (Spigset, 2014). Både diuretika, ACE-hemmere og Angiotensin II blokkere kan alene forårsake dehydrering ved for store doser eller i kombinasjon med lavt væskeinntak. Om noen av disse brukes i kombinasjon med hverandre vil interaksjonen øke sjansen for dehydrering, og i noen tilfeller elektrolyttforstyrrelser. Dette gjelder spesielt ved doseøkning eller oppstart av bruk (Ørn, 2014). Endringer i dose som følge av midlertidig redusert nyre- og leverfunksjon vil være spesielt viktig ved legemidler med liten terapeutisk bredde (Slørdal & Spigset, 2014, s. 52). Legemidler som Digoksin, cytostatika og warfarin kan få svært alvorlige bivirkninger om halveringstiden øker som følge av redusert clearance gjennom nyrene. Om dehydreringen er så alvorlig at det fører til hypotensjon, vil redusert blodtilførsel føre til redusert leverfunksjon, og dermed redusert metabolisme av legemidler i leveren. De fleste legemidler metaboliseres i leveren i større eller mindre grad, og vil da få redusert effekt (Spigset & Slørdal, 2014). Som nevnt i teoridelen kan overdosering av laksantia vil også kunne gi løs avføring eller diaré, som er en vanlig årsak til dehydrering (Gøransson & Flesland, 2015, s. 543). Bruken av laksantia er utbredt på sykehjem (Spigset, 2014), og

felleskatalogen sier at det anbefales å drikke mellom 1,5 og 2 liter daglig under behandlingen med preparater som består av laktulose (Felleskatalogen, 2017). Legemidler kan altså ha en stor rolle i både årsaksforhold og konsekvensene av dehydrering, og bør vurderes nøye ved mistanke eller påvist dehydrering. Forskning antyder at kunnskapen om legemidler og bruken av dem ikke er god nok blant sykepleiere i norske sykehjem, og at den tverrfaglige jobben med å følge opp bruken av legemidler er for dårlig (Hauge, 2014, s. 272).

4.1.2 Systematisk og veldokumentert kartlegging

Kartlegging av drikke og diurese er kanskje det viktigste redskapet vi har for å avdekke dehydrering (Stubberud, 2013). Er det mistanke om dehydrering vil det da være hensiktsmessig å måle døgndiuresen. Oliguri eller anuri er tegn på hypotensjon, som kan være et symptom på en alvorlig dehydrering. Polyuri kan være forårsaket av dårlig regulert diabetes melitus. Har pasienten kateter er dette fort gjort, ellers må pasienten urinere i bekken eller urinflaske for å måle døgndiurese eller timediurese. Er pasienten inkontinent eller av andre grunner avhengig av bleier kan vekten på bleiene måles (Fredriksen & Arneberg, 2013). Hos friske pasienter vil farge, lukt og konsentrasjon kunne indikere dehydrering, men som Hooper et al. (2016) oppdaget i sin studie var disse parametrene for unøyaktige for bruk i diagnostisering hos eldre. I den studien var riktignok målet å finne en standardisert test for å identifisere dehydrering blant eldre. Grunnen til at det ikke var nøyaktig var den store variasjonen i diagnoser og medikamenter som hadde påvirkning på disse parametrene.

Helsedirektoratets *plan for god ernæringspraksis* nevner utregning av tilstrekkelig væskeinntak som et mål for å vurdere ernæringsbehov, da for å hindre dehydrering og opprettholde allmenntilstanden (Helsedirektoratet, 2016). Her nevnes 30 milliliter per kilo som standard, men denne metoden argumenterer Gaspar (2011) for at ikke tar godt nok hensyn til svært undervektige eller overvektige pasienter. Da underernæring er en stor utfordring blant eldre sykehjemsbeboere ifølge Helsedirektoratet (2016) vil dette kunne være relevant her. Gaspar anbefaler å regne ut væskebehov basert på kroppsoverflate, eller i det minste ha et minimum på 1500 milliliter uavhengig av vekt. Å bruke nomogrammet Gaspar har utviklet gjør det mye lettere å regne ut et nøyaktig væskebehov (Gaspar, 2011). Om pasienten drikker mindre enn væskebehovet vil dette over tid kunne føre til dehydrering

(Helsedirektoratet, 2016). Væskebehovet vil som sagt også påvirkes av andre faktorer som temperatur, feber og legemidler.

Kliniske tegn på svikt i sirkulasjonen er blant annet lavt blodtrykk, økt puls, dypere respirasjon og økt respirasjonsfrekvens. For å kartlegge dette anbefaler både Kirkevold (2014) og Stubberud (2013) kartleggingsverktøyet MEWS. Kirkevold påpeker at mange Eldres referanseverdier kan vike fra normalen, og i tillegg at mindre endringer enn det som er normalt i befolkningen kan tyde på alvorlig sykdom. Derfor anbefaler hun å systematisk kartlegge de samme områdene, men at i stedet for å kontakte lege ved en score på 4 eller mer, bør det hos eldre og spesielt skrøpelige pasienter hovedsakelig brukes skjønn og klinisk erfaring med pasientgruppen (Kirkevold, 2014, s.134-135). Hvis vi tar kriteriene for hypovolemi, ser vi for eksempel at i tillegg til et systolisk blodtrykk under 90 mg/Hg vil et blodtrykksfall på over 40 mg/Hg indikere hypovolemi (Ørn, 2015, s. 99). Som diskutert tidligere blir inngående kjennskap til diagnoser og legemidler avgjørende for å tolke kliniske tegn. Vitale målinger er altså ikke nok i seg selv for å identifisere dehydrering, men regelmessig kartlegging er sentralt for å oppdage endringer i helsetilstanden. MEWS virker ikke å være feilfritt, men som Kirkevold skriver er ikke målet med kartleggingsverktøy å standardisere sykepleie, men å systematisere kartleggingen (Kirkevold, 2014). Forskning viser at vitale målinger ikke dokumenteres godt nok i norske sykehjem, og at målingen av disse er ustrukturert og uregelmessig (Hauge, 2014, s. 272).

Det aller sikreste tegnet på en dehydrering er å måle mengden vann som sirkulerer i blodet ved hjelp av en blodprøve, altså å måle plasmaosmolaliteten. Andre målinger som kan si noe om årsaksforhold eller eventuelle medfølgende elektrolyttforstyrrelser er serumkonsentrasjon av Natrium, Kalium, Glukose og Magnesium. Disse vil også være viktige målinger med tanke på valg av eventuelle infusjonsvæsker (Gøransson & Flesland, 2015). Lav serumkonsentrasjon av Hemoglobin kan indikere at et væsketap kommer av blodtap heller enn en dehydrering. Både ordinering av blodprøver, diagnose, vurdering av årsak og behovet for infusjoner er legeoppgaver (Stubberud, 2013)(Helsepersonelloven, 2017).

4.2 Hvordan bidra til riktig behandling av pasienten

Norske kommuner er i følge kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) ansvarlig for at pasientenes grunnleggende behov blir ivaretatt, herunder drikke og ernæring.

Den spesifiserer også at pleiepersonell har en plikt til å bruke den tiden de trenger for å ivareta pasientens fysiologiske behov. Det er en del av sykepleiers behandlende funksjon å planlegge, iverksette og evaluere tiltak relatert til pasientens grunnleggende behov (Nortvedt, 2015, s. 21). For Henderson er det helt sentralt å hjelpe pasienten med å få dekket de grunnleggende behov, eller som nevnt tidligere, å være den dehydrerte pasientens evne til å drikke. Hun understreker også at det er sykepleiers rolle å bistå legen i behandling av pasienten (Henderson, 2011, s. 46-47). All behandling og undersøkelse er ifølge pasient- og brukerrettighetsloven §4-1 avhengig av samtykke fra pasienten. Samtykket kan gis verbalt eller nonverbalt, om det er tydelig hva de mener. Samtykke er avhengig av at pasienten mottar og forstår informasjon om pasientens helsetilstand og behandlingens form, virkning og bivirkninger. §3-2 sier at pasienten har rett til å nekte å motta informasjon. Hvis pasienten samtykker og forholdene tilsier det skal også pårørende informeres om behandling og helsetilstand jmf §3-3. Dette avhenger naturligvis av at pasienten samtykker til at pårørende informeres (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2016). Molven (2009) påpeker at kravet om at pasienten forstår og tar en avgjørelse på bakgrunn informasjonen angående virkning og bivirkning øker i takt med risikoen involvert (Molven, 2009, s. 160). Dette vil i praksis si at det er viktigere at pasienten forstår virkning og bivirkning av behandlingen ved for eksempel en infusjon som inneholder kalium enn ved en blærescanning. Henderson var opptatt av at for å forstå hva pasienten ønsker og føler, må sykepleier observere hele pasienten og gi av seg selv. Uten at pasienten føler at du er oppriktig interessert i han eller hennes beste, vil det ofte kunne oppstå problemer med å avdekke hva pasienten egentlig ønsker (Henderson, 2011) Dette gjelder spesielt hos pasienter med kognitiv svikt, da det i utgangspunktet er vanskelig å klargjøre hva pasienten forstår og ønsker (Ranhoff, 2014). Både demens og delirium kan utarte seg med manglende språk, manglende språkforståelse, redusert oppmerksomhet, manglende evne til å forstå sin egen helsesituasjon og psykiske forstyrrelser (Skovdahl, 2014). Det er viktig å ta seg den tiden som trengs for å kommunisere med mennesker med kognitiv svikt, og ikke få pasienten til å føle seg utilstrekkelig. Ranhoff anbefaler også å sikre rene briller og fungerende høreapparat. Skriftlige kilder eller nære pårørende som kjenner pasienten godt, kan være et alternativ hvis det ikke lykkes å kommunisere konstruktivt med pasienten (Ranhoff, 2014, s 229). Ved alvorlig dehydrering er et vanlig symptom redusert bevissthet, som også vil problematisere innhenting av samtykke (Stubberud, 2013). Uavhengig av utfordringer med kommunikasjon, skal altså et informert samtykke innhentes før behandling kan starte så lenge pasienten vurderes som samtykkekompetent.

Helsepersonelloven (2017) §7 sier at hvis pasienten er bevisstløs eller er tilstanden livstruende og pasienten ikke har avklart på forhånd om de ønsker behandling eller ikke kan pasienten behandles eller undersøkes uten samtykke. Denne paragrafen vil bare være aktuell i uavklarte situasjoner med et tilfelle av alvorlig dehydrering med hypovolemisk sjokk (Stubberud, 2013). Pasient- og brukerrettighetsloven (2016) §4-3 sier at er ikke pasienten på grunn av fysiske eller psykiske forstyrrelser i stand til å forstå hva samtykket omhandler, kan det bortfalle helt eller delvis. Da skal det begrunnes skriftlig og legges frem for pasient og pårørende, eventuelt kvalifisert helsepersonell i mangel på pårørende. Er pasienten fratatt samtykkekompetanse skal samtykke innhentes fra oppnevnt verge (§ 4-7) eller nærmeste pårørende (§3-1), men ifølge §4A-3 skal helsehjelpen da anses som nødvendig, og det skal være vesentlig fare for helseskade for å legitimere bruk av tvang. Om det er fare for helseskade skal det også vurderes om helsehjelpen er for det beste for pasienten, eller om pasienten kan snarlig gjenvinne sin samtykkekompetanse. Denne paragrafen vil være aktuelt ved demens og spesielt delirium, der det varigheten og symptomene på den kognitive svikten kan er akutt og kan gå over. Samtidig er delirium et tegn på akutt sykdom, og underliggende årsak må behandles raskt. Stubberud skriver at ved delirium bør tvang være siste utvei, og at er det viktig å beskytte pasientens integritet og mot krenkende tvangshandlinger (Stubberud, 2015). Som spesifisert i §4A-1 er hensikten med kapitlet å hindre unødvendig bruk av tvang. Henderson (2011) mente at hvis pasienten ikke selv er i stand til å forstå, delta eller godta det som gjøres, er det egentlig bortkastet, da pasientens bedring er avhengig av at pasienten selv forstår og ønsker å endre sin egen situasjon. Samtidig nevner Henderson at tvungen væskebehandling i noen tilfeller kan berettiges hvis du ser på sammenhengen mellom sinn og kropp (Henderson, 2011, s. 40).

§4 i helsepersonelloven (2017) legger frem et krav om at hjelpen skal være omsorgsfull, som vil si at sykepleier er lovpålagt å opptre på en slik måte at pasientens verdighet ikke blir krenket. Hvert tilfelle må vurderes nøye og helhetlig, med pasientens beste i fokus. Det er viktig å huske at å berøve pasienten for autonomi og verdighet i seg selv kan forårsake delirium (Stubberud, 2015). Sykepleiere har et etisk ansvar for å unngå unødvendig bruk av tvang og krenkelse av pasienten. Samtidig har de et ansvar for å forebygge sykdom og hindre lidelse (Norsk sykepleierforbund, 2016). Det store spørsmålet blir ofte når er krenkelse eller tvangsbruk nødvendig, eller i det hele tatt berettiget. Alle kildene jeg har funnet virker enige

om at temaet er utrolig sammensatt, hver situasjon er unik og hver pasient er sitt eget individ med alt det innebærer. Jevnt over er det sjelden tvang er berettiget, og når det er berettiget er det først etter en grundig tverrfaglig vurdering, og i tett samarbeid med pårørende. I bunnen av hele problemstillingen angående samtykke og tvang synes det å ligge en grunnleggende konflikt mellom sykepleiers etiske og juridiske plikt til å respektere og kjempe for pasientens autonomi og integritet, og sykepleiers plikt til å hindre sykdom og lidelse. En kvalitativ forskningsartikkel av Bryon, Dierckx, De Casterlé, og Gastmans (2012) så på sykepleiernes reaksjon på å administrere kunstig ernæring og væskebehandling til kognitivt svekkede pasienter. Det de fant ut var at flere sykepleierne syntes det var svært utfordrende og problematisk for dem personlig å administrere denne behandlingen. Artikkelen peker på at sykepleiernes deltagelse i beslutningsprosessene relatert til behandlingen kunne være viktig for at sykepleierne skulle føle seg komfortabel med behandlingen. Flere sykepleiere følte at legene ikke hadde det samme helhetlige synet på pasienten (Bryon et al., 2012). Hauge (2014) understreker også at sykepleiere opplever det som en smertefull påkjenning å måtte ty til tvang, og at det blir utført mange ulovlige tvangstiltak i Norske sykehjem (Hauge, 2014, s. 275).

4.2.1 Væske per os

Den vanligste måten å erstatte væsketap på er å drikke vann, eller å tilføre vann per os (Stubberud, 2013, s. 425). Det er viktig å alltid vurdere pasientens egne ressurser før sykepleier prøver å hjelpe til med få dekket grunnleggende behov. Kan pasienten ordne opp i dette på egenhånd, skal sykepleier legge til rette for dette (Henderson, 2011). Dette er ikke behandling som må ordineres, men et tiltak sykepleiere kan iverksette på eget initiativ etter selvstendige observasjoner. Dette er i tråd med Hendersons syn på utøvelse av sykepleie, der sykepleiers funksjon er å hjelpe pasienten med å opprettholde sine grunnleggende behov (Henderson, 2011). Sykepleiers behandlende funksjon innebærer også ansvar for tiltak innen pleie og omsorg av grunnleggende behov (Nortvedt & Grønseth, 2015, s. 21). Sykepleier kan delegere dette ansvaret, så lenge det er forsvarlig. Sykepleier kan ikke delegere oppgaver som er gitt av lege. Det er også sykepleiers plikt å sørge for at hjelpepleiere og ufaglærte innehar tilstrekkelig informasjon og opplæring for å følge opp tiltaket (Molven, 2009). Ifølge en studie fra et Australsk sykehjem er det i hovedsak hjelpepleiere og ufaglærte som får ansvaret for å motivere til væskeinntak og ernæring. Grunnet mangelfull kommunikasjon av viktigheten av hydrering og klare retningslinjer angående væskeinntak fant studien at

væskeinntaket var for dårlig. Det var også dårlig praksis med å kartlegge væskeinntak (Ullrich & McCutcheon, 2008). Dette er kun et enkelt sykehjem i Australia, men det samsvarer med mine egne opplevelser fra praksis. Norsk forskning viser at også i Norge er det utfordringer med kontinuitet i pleien på sykehjem grunnet dårlige dokumentasjonsrutiner og mangelfull kartlegging (Hauge, 2014, s. 272). Ifølge en systematisk analyse av 43 forskningsartikler relatert til mat- og væskeinntak på sykehjem, finner Bunn et al. (2016) at det mangler god nok forskning på generelle tiltak som øker væskeinntaket per os.

4.2.2 Intravenøs og subkutan væskebehandling

En sentral del av sykepleiers behandlende funksjon er å assistere legen i prosedyrer og behandling (Nordtvedt, 2015, s. 21). Er ikke pasienten selv i stand til å dekke væskebehovet og tidligere væsketap, kan legen ordinere væskebehandling (Stubberud, 2013, s. 425). Mengde og type av infusjonsvæske samt metode for administrasjon bestemmes av legen, men oppgaven å administrere væskebehandlingen blir gjerne delegert til sykepleier (VAR healthcare, 2017). Selv om legen har ansvaret for å ordinere infusjonsvæsken, har sykepleier et ansvar for å inneha kunnskap om administrasjon, virkning og bivirkning. Ringer-acetat er for eksempel et krystalloid som er vanlig å bruke ved dehydrering som følge av diaré (Stubberud, 2013). Det er viktig å huske at Ringer-acetat bare er for intravenøs infusjon, og ikke subkutan infusjon (Felleskatalogen, 2017). Ifølge Scales (2011) er intravenøs infusjon å foretrekke ved alvorlig dehydrering og hypovolemisk sjokk, da subkutane infusjoner ikke er egnet til å tilføre væske i den hastigheten som anbefales ved sjokk. For å erstatte 1 liter med væsketap trengs 4 liter krystalloider, siden disse lekker for ut i vevet. Kolloider som for eksempel Alburex (albumin) trengs for å binde væsken mer effektivt i blodbanen. Disse kan bare administreres intravenøst (Felleskatalogen, 2017). Det er ikke uvanlig at pasienter med delirium eller annen kognitiv svikt fjerner det perifere venekateteret i sammenheng med intravenøs behandling. Intravenøs behandling har også vist seg å øke nivået av agitasjon hos pasienter med kognitiv svikt (Scales, 2011). Jeg har selv opplevd flere ganger at pasienter med kognitiv svikt på sykehus som får intravenøs behandling trekker ut venekateteret. Som regel trenger disse pasientene hyppig tilsyn eller konstant overvåkning av en sykepleier så lenge behandlingen pågår.

Subkutan væskebehandling kan være et bra alternativ ved mild til moderat dehydrering, spesielt nevnes dehydrering i sammenheng med infeksjoner og lignende da væskeinntaket går

ned samtidig som væskebehovet går opp. Subkutan væskebehandling er spesielt gunstig hos eldre pasienter med vener som perforerer lett. Innstikkstedet kan velges utifra pasientens behag og aktivitetsnivå (Scales, 2011). Det er færre alvorlige komplikasjoner ved subkutane injeksjoner enn intravenøse, hovedsakelig fordi subkutane injeksjoner ikke kan skade blodårer eller føre til tromboser. De komplikasjonene som kan oppstå vil være lokale for innstikkstedet (VAR healthcare, 2017). Det anbefales å bruke isotone infusjonsvæsker (Scales, 2011), som for eksempel Natriumklorid Baxter 9 mg/ml (felleskatalogen, 2017). Denne metoden er ikke omtalt i pensum for bachelor i sykepleie, men synes å være svært interessant med tanke på rehydrering av pasienter med kognitiv svikt.

Ifølge yrkesetiske retningslinjer er sykepleiere etisk pliktig til å være oppdatert på forskning, og for å overføre denne kunnskapen til sin praktiske yrkesutøvelse (Norsk sykepleierforbund, 2016). Det er også en juridisk plikt (Helsepersonelloven, 2017). Uavhengig av om forskningen sier det er en det er et godt alternativ, skal sykepleie ikke bare baseres på forskning (Norsk sykepleierforbund, 2016). Kunnskapsbasert praksis er praksis som ikke bare tar hensyn til forskning, men også til pasientens egne ønsker og behov, og sykepleierens egne erfaringer (Mikkelsen & Hage, 2013, s 261). Som Henderson påpekte er mennesker mer enn bare en liste behov, og hver pasient og situasjon krever at sykepleieren klarer å se helheten (Mathisen, 2013, s. 156). Visst skal sykepleier være den dehydrerte pasientens evne til å drikke, men vi skal også være den demente pasientens kognitive funksjon (Henderson, 2011). Vi skal kjenne pasientens ønsker og følelser, enten gjennom pasienten selv eller gjennom pårørende, og respektere dem og sørge for at de blir ivaretatt (Skovdahl & Berentsen, 2014). Sykepleieren har et etisk ansvar for både å gi pasienten best mulig pleie og omsorg, og at pasientens stemme blir hørt. Sykepleier jobber ikke alene, og har også et etisk ansvar for å sikre at sykehjemmet som helhet tar gode avgjørelse og har gode retningslinjer som er til det beste for både pasienter og helsepersonell (Norsk sykepleierforbund, 2016). Sykepleier kan komme med anbefalinger, men det er legens oppgave å avgjøre om og hvordan infusjoner skal administreres (Molven, 2009). Som nevnt tidligere er legene ofte deltidsansatte ved Norske sykehjem, og det er sykepleierens ansvar å sikre at legene har det beslutningsgrunnlaget de trenger for å sikre pasientene best mulig kvalitet på pleie og behandling (Hauge, 2014).

5. Konklusjon

Hensikten med denne oppgaven var å finne ut hvordan sykepleier kunne bidra til å identifisere og behandle dehydrering blant pasienter med kognitiv svikt på sykehjem.

Den beste og mest nøyaktige måten å identifisere dehydrering synes å være å måle plasmaosmolaliteten med en blodprøve, men dette er en invasiv metode som må ordineres av lege. Regelmessige blodprøver er etter min egen erfaring ikke så vanlig på sykehjem hvis ikke pasienten har en sykdom eller bruker legemidler som tilsier det. Kanskje det burde være brukt mer regelmessig.

Endringer i sinnstilstand eller kognitiv funksjon er en annen indikator som bør kartlegges nøye. Slapphet og redusert bevissthet er symptomer på moderat til alvorlig dehydrering, grunnet redusert sirkulasjon til hjernen. Delirium er alltid et symptom på at noe er galt, og bør følges nøye opp uavhengig av årsak.

Alle kildene synes å vektlegge regelmessig observasjon og kartlegging av hele pasienten, også når ingenting synes å være galt. Å begynne å måle væskeinntak og vitale verdier først når du mistenker endring i helsetilstand er lite hensiktsmessig hos eldre uten grundige og veldokumenterte observasjoner og verdier fra før den mistenkte endringen. Også et bevisst forhold til at væskebehov er individuelt og kan påvirkes av mange faktorer synes å være viktig for å avdekke væsketap. Det er sykepleiers ansvar å kombinere dette helhetlige bildet av pasienten med sitt kunnskapsgrunnlag om legemidler, sykdom, ernæring og biologi for å avdekke dehydrering hos pasienten.

Klarer pasienten å korrigere væsketapet med å drikke mer er dette alltid å foretrekke. Om pasienten ikke klarer å drikke nok på egenhånd og med hjelp av tiltak satt igang og fulgt opp av pleiepersonalet bør en lege involveres så tidlig så mulig for å unngå alvorlig sykdom og skade. Både intravenøs og subkutan væskebehandling har sine styrker, men subkutan væskebehandling synes å være et godt alternativ ved mild til moderat dehydring på sykehjem, spesielt til pasienter med kognitiv svikt. For å kunne behandle pasienten er det viktig å kjenne pasienten godt, og at pasienten kjenner sykepleier og forstår at han/hun ønsker pasientens beste. Sykepleier bør ta den tiden som trengs for å avdekke pasientens ønsker og hjelpe pasienten å gi et informert samtykke, selv når pasienten ikke er samtykkekompetent. Bruk av

tvang er et tema som er vanskelig å oppsummere. Det bør ikke skje utenom i situasjoner der liv og helse avhenger av det, og selv da under tvil. Det viktigste er alltid å sette pasientens beste i sentrum, og da huske at pasienten er langt mer enn bare en kropp.

6. Kilder

Brodtkorb, K. (2014) Ernæring, mat og måltider. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2 utg., s. 312-313). Oslo: Gyldendal akademisk.

Brodtkorb, K. Ranhoff, A. H. (2014) Helsetjenester til eldre. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2 utg., s. 197-208). Oslo: Gyldendal akademisk.

Bryon, E., Dierckx, B., De Casterlé, B., Gastmans, C. (2012). 'BECAUSE WE SEE THEM NAKED' - NURSES' EXPERIENCES IN CARING FOR HOSPITALIZED PATIENTS WITH DEMENTIA: CONSIDERING ARTIFICIAL NUTRITION OR HYDRATION (ANH). *Bioethics*, 26(6), 285-295. doi:10.1111/j.1467-8519.2010.01875.x

Bunn, D. K., Abdelhamid, A., Copley, M., Cowap, V., Dickinson, A., Howe, A., Hooper, L. (2016). Effectiveness of interventions to indirectly support food and drink intake in people with dementia: Eating and Drinking Well IN dementia (EDWINA) systematic review. *BMC Geriatrics*, 16(1). doi:10.1186/s12877-016-0256-8

Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal akademisk.

El-Sharkawy, A.M., Watson, P., Neal, K.R., Ljungqvist, O., Maughan, R. J., Sahota, O., Lobo, D. N. (2015). Hydration and outcome in older patients admitted to hospital (The HOOP prospective cohort study). *Age & Ageing*, 44(6), 943-947. doi:10.1093/ageing/afv119

Felleskatalogen (2017) Alburex. Hentet den 10.04.2017 fra:
<https://www.felleskatalogen.no/t/medisin/alburex-csl-behring-614354>

Felleskatalogen (2017) Duphalac. Hentet den 10.04.2017 fra:
<http://www.felleskatalogen.no/t/medisin/duphalac-bgp-products-548179>

Felleskatalogen (2017) Natriumklorid Baxter 9 mg/ml. Hentet den 11.04.2017 fra:
<https://www.felleskatalogen.no/t/medisin/natriumklorid-baxter-9-mg-ml-baxter-561810>

Felleskatalogen (2017) Ringer-acetat Fresenius Kabi. Hentet den 11.04.2017 fra:
<https://www.felleskatalogen.no/t/medisin/ringer-acetat-fresenius-kabi-fresenius-kabi-563509>

Fredriksen, A., Arneberg, H (2013) Vannlating. I. M. Holter, T. E. Mekki (red.),
Sykepleieboken 1 (4 utg, s. 553-583) Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Gaspar, P. M. (2011). Comparison of four standards for determining adequate water intake of nursing home residents. *Research & Theory For Nursing Practice*, 25(1), 11-22.
doi:10.1891/0889-7182.25.1.11

Grov, E. (2014) Pleie og omsorg ved livets slutt. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2 utg., s. 531-532). Oslo: Gyldendal akademisk.

Gøransson, L., Larsen, S., (2015) Sykdommer i nyrene og urinveiene. S. Ørn., J. Mjell, E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og Behandling* (4 utg., s. 296-309). Oslo: Gyldendal akademisk.

Gøransson, L., Flesland, Ø., (2015) Væskeforstyrrelser og transfusjon. S. Ørn., J. Mjell, E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og Behandling* (4 utg., s. 542-546). Oslo: Gyldendal akademisk.

Hauge, S. (2014) Sykepleie i sykehjem. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2 utg., s. 265-280). Oslo: Gyldendal akademisk.

Henderson, V. (2011) *Sykepleiens natur*. Oslo: Gyldendal akademisk

Helsedirektoratet. (2013, 04) Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring. Hentet fra
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/916/Nasjonal-faglig-retningslinje-for-forebygging-og-behandling-av-underernering-IS-1580.pdf>

Helsedirektoratet. (2017, 02) Personsentrert omsorg og miljøbehandling ved demens. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/demens/personsentrert-omsorg-og-miljobehandling-ved-demens>

Helsedirektoratet. (2016, 06) God ernæringspraksis. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/kosthold-og-ertering/erneringsarbeid-i-helse-og-omsorgstjenesten/god-erneringspraksis>

Helsepersonelloven (2017). Lov om helsepersonell. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Hooper, L., Bunn, D. K., Abdelhamid, A., Gillings, R., Jennings, A., Maas, K., Fairweather-Tait, S. J. (2016). Water-loss (intracellular) dehydration assessed using urinary tests: how well do they work? Diagnostic accuracy in older people. *American Journal Of Clinical Nutrition*, 104(1), 121-131. doi:10.3945/ajcn.115.119925

Jenssen, T. (2015) Diabetes mellitus. S. Ørn, J. Mjell, E. Bach-Gansmo (red.) *Sykdom og behandling* (1 utg, s. 380-389). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkevold, M. (2014) Kartlegging. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2 utg., s. 130-14). Oslo: Gyldendal akademisk.

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. November 1982 nr.66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. Desember 1999 nr.81 om sosiale tjenester m.v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792/§3>

Landfald, G., Ytrehus, S. (2015) Sykepleie ved svikt i blodsirkulasjonen. H. Almås, D. G. Stubberud, R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 1* (4 utg, s. 247-269). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Norsk sykepleierforbund (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

Nordtvedt, P. Grønseth, R. (2015) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. H. Almås, D. G. Stubberud, R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 1* (4 utg, s. 17-30). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Mathisen, J. (2013) Hva er sykepleie? I. M. Holter, T. E. Mekki (red.), *Sykepleieboken 1* (4 utg, s. 149-168) Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Mikkelsen, J., Hage, I. (2013) Prosesskunnskap i sykepleie I. M. Holter, T. E. Mekki (red.), *Sykepleieboken 1* (4 utg, s. 260-264) Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Molven, O. (2009) *Sykepleie og jus*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2016). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>

Ranhoff, A. (2014) Den gamle pasienten. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2 utg., s. 79-90). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ranhoff, A. (2014) Den akutt syke gamle. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2 utg., s. 225-236). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ranhoff, A. (2014) Delirium (akutt forvirring). M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2 utg., s. 452-462). Oslo: Gyldendal akademisk.

Scales, K. (2011). USE OF HYPODERMOCLYSIS TO MANAGE DEHYDRATION. *Nursing Older People*, 23(5), 16-22. Hentet fra Cinahl 30/10/2016

Skovdahl, K., Berentsen, V. (2014) Kognitiv svikt og demens. M. Kirkevold, K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2 utg., s. 408-434). Oslo: Gyldendal akademisk.

Slørdal, L., Spigset, O. (2014) Farmakodynamikk (red.), *Legemidler og bruken av dem* (2 utg, s 46-53) Oslo: Gyldendal akademisk.

Spigset, O., Slørdal, L. (2014) Farmakokinetikk (red.), *Legemidler og bruken av dem* (2 utg, s 56-62) Oslo: Gyldendal akademisk.

Spigset, O. (2014) Legemidler ved sykdommer i fordøyelsessystemet (red.), *Legemidler og bruken av dem* (2 utg, s 188-190) Oslo: Gyldendal akademisk.

Spigset, O. (2014) Eldre og legemidler (red.), *Legemidler og bruken av dem* (2 utg, s 333-338) Oslo: Gyldendal akademisk.

Stubberud, D. G. (2013) Sirkulasjon. I. M. Holter, T. E. Mekki (red.), *Sykepleieboken 1* (4 utg, s. 392-431) Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Stubberud, D. G. (2013) Temperaturregulering. I. M. Holter, T. E. Mekki (red.), *Sykepleieboken 1* (4 utg, s. 458-474) Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Stubberud, D. G. (2015) Sykepleie ved delirium. H. Almås, D. G. Stubberud, R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie 1* (4 utg, s. 399-405). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Ullrich, S., McCutcheon, H. (2008). Nursing practice and oral Fluid intake of older people with dementia. *Journal of Clinical Nursing*, 17 (21), 2910-2919. DOI:10.1111/J.1365-2702.2007.02274.x

VAR Healthcare. (2017). Infusjoner og injeksjoner. I *VAR Healthcare*. Hentet 8. April 2017 fra <https://www.varnett.no>

VAR Healthcare. (2017). Komplikasjoner ved subkutan væskebehandling. I *VAR Healthcare*. Hentet 8. April 2017 fra <https://www.varnett.no>

VAR Healthcare. (2017). Komplikasjoner relatert til PVK. I *VAR Healthcare*. Hentet 8. April 2017 fra <https://www.varnett.no>

Wyller, V. (2014) Gamle, *Frisk* (3 utg, s 642-647). Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Ørn, S. (2014) Legemidler ved sykdommer i hjerte- og karsykdommer (red.), *Legemidler og bruken av dem* (2 utg, s 148-163). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ørn, S. (2015) Sirkulasjonsforstyrrelser. S. Ørn, J. Mjell, E. Bach-Gansmo (red.) *Sykdom og behandling* (1 utg, s. 99-101). Oslo: Gyldendal akademisk.

Ørn, S., Brunvand, L. (2015) Hjerte- og karsykdommer. S. Ørn, J. Mjell, E. Bach-Gansmo (red.) *Sykdom og behandling* (1 utg, s. 173-177). Oslo: Gyldendal akademisk.

