



**Norsk Folkehjelp**

Sanitet



Temahefte

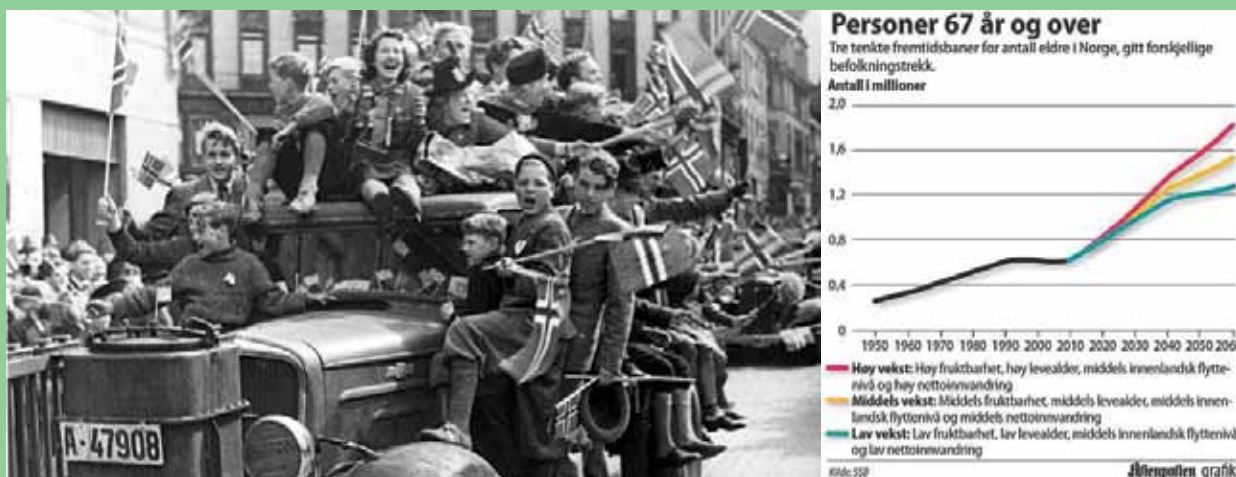
# **FØRSTEHJELP VED SKADER OG SYKDOM HOS ELDRE**

Fagfordypning i vanlige skader og sykdommer hos eldre



## “Eldrebølgen”

Som en følge av økt levestandard og bedre behandlingsmuligheter ved skader og sykdom er den gjennomsnittlige levealderen i Norge stigende. Spedbarnsdødeligheten har sunket dramatisk, og moderne medisinsk behandling har blant annet redusert dødeligheten av hjerte-karsykdom. Forventet levetid har steget fra 38 år omkring 1900 til 83 år for kvinner og 79 år for menn i 2011.



I årene etter andre verdenskrig var antall fødsler markant økt. I de senere tiår har fødselstallene sunket. I Norge regner man med at antallet innbyggere over 67 år vil mer enn doubles, og at andelen innbyggere over 80 år vil tredobles frem mot 2060. Det er denne demografiske utviklingen som omtales som ”eldrebølgen”.

## **”Førstehjelp ved skader og sykdom hos eldre”**

Andelen eldre i befolkningen øker, og vi lever lengre enn noensinne. I tillegg til et langt liv ønsker vi å være friske og ha god livskvalitet så lenge som mulig. For å oppnå det, er vi blant annet avhengige av å få riktig hjelp til rett tid.

Fra førstehjelpsaget vet vi at tidlig oppfatning av situasjonen og riktige førstehjelpstiltak gjør at man kan unngå unødvendig skade og forverring. God førstehjelp ved skader og sykdom hos eldre handler i hovedsak om å oppfatte en akutt situasjon tidlig og vite når tilstanden krever øyeblikkelig hjelp.

Noen sykdommer og skader forekommer nesten utelukkende hos eldre. Dette gjelder blant annet hjerneslag, demens og lavenergi-brudd.

Hos eldre kan akutte tilstander ha symptomer som skiller seg fra de symptomene vi ellers kjenner fra førstehjelpen. Vi vet fra tidligere kurs at hjerteinfarkt typisk gir klemmende smerter midt i brystet som stråler ut i venstre arm. Hos eldre kan akutt oppstått forvirring være eneste symptom ved hjerteinfarkt.

Norsk Folkehjelp ønsker å sette fokus på forhold hos eldre som har betydning for førstehjelpen gitt til denne aldersgruppen. Temaheftet tar derfor for seg vanlige skader og sykdommer hos eldre, symptomer på akutte tilstander hos eldre og hvordan man kan gjøre gode vurderinger. Målsetningen er at vi som førstehjelpere kan bidra til å legge flere gode år til livet.

***”Det viktigste er ikke hvor gammel man er, men hvordan man er gammel”  
Marie Dressler***

## ***Innhold***

Eldrebølgen .....	s. 1
“Førstehjelp ved skader og sykdom hos eldre” .....	s. 2
Den eldre pasienten .....	s. 4
Kommunikasjon med eldre .....	s. 6
Undersøkelse - ABCDE-metoden og eldre .....	s. 7
Fall og falltendens .....	s. 9
Beinskjørhet og brudd .....	s. 11
Hjerneslag .....	s. 15
Akutt funksjonssvikt .....	s. 20
Demens .....	s. 22

## Den eldre pasienten

De fleste syke er eldre... Omtrent 50% av alle som legges inn akutt på sykehus er 70 år eller eldre, og eldre dominerer i antall de fleste sykehusavdelinger utenom barne- og fødeavdelingene. Dette henger sammen med at sykdomsrisikoen øker med alderen. Blant annet øker risikoen for hjerte-karsykdom, kreft og demens.

De fleste eldre er friske... Selv om flere trenger helsehjelp i høy alder, har de fleste eldre likevel god, eller meget god helse. En levekårsundersøkelse gjort i 2005 viste at 65% av alle 75-åringene i Norge regner sin egen helse som god eller meget god.

Det er stor variasjon i helsetilstanden blant eldre. Kronologisk alder sier lite om hvor syk eller frisk en er.

En sprek 90-åring kan ha betydelig bedre helse enn en 70-åring med mange kroniske helseplager.

Derfor har man i økende grad gått bort fra absolutte aldersgrenser for medisinske behandlingstiltak. Man gjør i stedet en individuell vurdering av pasientens helsetilstand og forventet gjenstående levetid ved valg av behandlingsmetode.

Et relevant eksempel på dette er at det europeiske resuscitasjonsrådet i sine retningslinjer fra 2010 har presisert at høy alder i seg selv ikke er grunn til å anse hjerte-lungeredning som nytteløs ved hjertestans.

### Definisjonen av begrepet "eldre"



En eldre person defineres som en person over 65 år. Det definerte skillet mellom middelaldrende og eldre oppstod i 1889 da rikskansler Otto von Bismarck innførte alderspensjon i Preussen. Aldersgrensen for alderspensjon ble først satt til 70 år, men ble siden senket til 65 år.

Som et resultat av bedre helse og økt levealder i befolkningen er det sannsynlig at alderen som skiller middelaldrende fra eldre vil justeres opp fra 65 år i fremtiden.

Også livssituasjonen til de eldre varierer betydelig fra person til person. Mange lever aktivt, og gir uttrykk for at de har et

godt liv. Men alderdommen kan også by på utfordringer som det er nyttig å kjenne til i møte med eldre.



Tap av ektefelle og andre nære personer, samt tap av jobb kan for mange eldre føre til sammenbrudd av sosialt nettverk. Tap av funksjon kan gjøre det til et tiltak å komme seg ut. Slike forhold kan igjen føre til ensomhet og depresjon.

Kronisk sykdom og funksjonssvikt kan gjøre at man blir hjelpetrengende. Å ha behov for hjelp blir ofte en kilde til bekymring hos den eldre selv - som blir redd for å være en belastning.

De fleste pårørende synes det er meningsfylt å kunne gi omsorg og praktisk bistand, men det kan også føles slitsomt. Situasjonen kan bli spesielt belastende ved sykdom hvor pasienten endrer personlighet eller mister hukommelsen. Da vil en sorgreaksjon hos de pårørende ofte komme i tillegg til de andre oppgavene.

Kjell (87) har kommet til akuttmottaket. Han forteller at han er alvorlig syk og at han ikke orker å være hjemme lengre. Etter en lang samtale kommer det frem at han og kona kjøpte ny leilighet for fem år siden. Her skulle de leve sammen i alderdommen. For to år siden fikk kona diagnosen Alzheimer. Hun har de siste to årene blitt mer og mer pleietrengende og må passes på døgnet rundt. Kjell har vært utslitt det siste året og visste til slutt ingen annen råd enn å søke kona inn på et sykehjem. Hun flyttet for tre uker siden. Nå sliter Kjell med depresjon og dårlig samvittighet for at han ikke holdt ut lengre.

**Sykdom eller aldring?** Med alderen skjer det endringer i kroppen. Muskelvev erstattes med fettvev og vevene i kroppen mister sin elastisitet. Syn og hørsel blir dårligere, og tempoet og presisjonen ved bevegelser reduseres. Det er viktig å skille mellom sykdom og normal aldring, idet sykdom ofte kan behandles slik at man kan bli sprekere igjen.

Ikke sjelden mistolker eldre selv egne symptomer som "bare alderen". Raske endringer i funksjonen hos eldre er ofte sykdom i motsetning til de langsomme endringene i aldringsprosessen. En akutt hukommelsessvikt er for eksempel aldri en del av den normale aldringen, og skal føre til at man søker hjelp.

## Kommunikasjon med eldre



Svekket hørsel og hukommelsessvikt er eksempler på tilstander hos eldre som kan gjøre kommunikasjon utfordrende.

I tilfeller med hukommelsesvansker eller forvirring kan det bli nødvendig å innhente informasjon fra andre for å finne ut hva som har skjedd.

### Råd ved kommunikasjon med eldre

- Snakk langsomt: Dersom du snakker for fort, er det vanskelig å oppfatte hva du sier.
- Snakk **høyt** nok: Mange eldre har svekket hørsel, og en må snakke høyere for at de skal oppfatte hva som sies. Dersom hørselen er bedre på det ene øret, plasser deg på denne siden. Pass på at andre lyder ikke forstyrrer – skru av radio, lukk vinduet eller gå litt bort fra andre mennesker.
- Ha øyekontakt med den du snakker med. Bruk av synet samtidig med hørselen kan gjøre det lettere å oppfatte det som blir sagt.
- Bruk enkle ord og unngå slanguttrykk. Språket har endret seg mye, og det kan være vanskelig å følge med på utviklingen.
- Bruk korte setninger, og still ett spørsmål om gangen.
- Eldre er ofte opptatt av å ikke være til bry, og kan noen ganger late som om de forstod det som ble sagt for å slippe å be deg gjenta det. Dersom du er usikker på om personen du snakker med har oppfattet det du sa, kan du be vedkommende om å gjenta det. Slik kan du rette opp i misforståelser.
- Med alderen svekkes hukommelsen. Ved svekket hukommelse forsvinner ordene og begrepene raskere enn evnen til å huske gjenstander. Vis derfor gjerne med kroppen hva du mener eller vis gjenstander som hører til ordene den eldre har vansker med å huske.



Grete (91) sitter i dagligstuen på aldershjemmet. Pleieren kommer stadig bort og stiller henne spørsmål. Grete er dement og har i forbindelse med dette glemt flere ord. Hun skjønner derfor ikke hva pleieren til stadighet spør om. Dette gjør Grete frustrert og irritert!

Kari er pleier på aldershjemmet. Hun forsøker å tilby Grete en kopp kaffe, men Grete avviser henne, blir irritert og kjefter. Kari vet at Grete setter pris på kaffe og lurer på om Grete blir så sint fordi hun ikke forstår hva Kari spør om. Kari tar derfor med seg kaffekannen og



en kopp bort til Grete, viser de frem og spør henne om hun vil ha. Grete lyser opp – endelig en kopp kaffe!

## Undersøkelse - ABCDE - metoden og eldre

ABCDE-metoden brukes i førstehjelpen som en huskeregel for hovedpunktene i undersøkelsen av en pasient. Bokstavene står for **A**irways, **B**reathing, **C**irculation, **D**isability og **E**xpose/**E**xam/**E**nviromental control.

Dersom undersøkelsen avslører tegn til at luftveier, blodsirkulasjonen eller bevisstheten er truet, er tilstanden til pasienten alvorlig.

Forhold hos eldre gjør at en må tenke annerledes ved bruk av ABCDE-metoden enn hos yngre pasienter. Svekkede kompensasjonsmekanismer gjør at en må respondere raskere fordi tilstanden fort kan bli kritisk. I tillegg kan sykdom og medikamenter maskere symptomene man leter etter.



**A - luftveier:** Ved fremmedlegemer og slim i luftveien utløses det vanligvis hoste som gjør at en kan kvitte seg med det som stenger for luftstrømmen. Med alderen svekkes hosterefleksen og man får mindre kapasitet til å hoste på grunn av redusert muskelmasse. Det gjør at eldre lettere får ufri luftvei.

**B - pusteevne:** Ved økt oksygenbehov har kroppen vanligvis flere kompensasjonsmekanismer: Brystkassen utvides mer og musklene jobber aktivt for å øke pustefrekvensen og volumet med luft som pustes inn og ut.

Muskelmassen reduseres med alderen, og brystkassen blir stivere. Det gjør at eldre har dårligere evne til å kompensere, og raskere slites ut ved krav til økt pustearbeid. At pasienten virker mindre anstrengt og at pusten plutselig blir roligere, trenger ikke skyldes at tilstanden har bedret seg, men kan bety at den eldre er utslitt og ikke klarer å puste lengre.



**C – sirkulasjon:** Vanligvis har kroppen flere mekanismer for å kompensere for væske- og blodtap. Vitale organer prioriteres ved at blodstrømmen til mindre viktige organer, som for eksempel huden, reduseres ved at blodkarene til disse organene trekkes sammen. Hjertet øker pumpehastigheten og pumper mer effektivt ved å øke muskelsammentrekningen. Med alderen oppstår det forkalkninger i blodåreveggen som gjør årene stivere, og karenes evne til å trekke seg sammen svekkes.

Forandringer i hjertemuskulaturen gjør at hjertet ikke klarer å pumpe like effektivt ved økt arbeidskrav. Disse forandringene gjør at eldre får en svekket sjokkrespons og re-

duisert kompensasjonsevne ved væske- og blodtap.

Betablokkere er en type medisin som brukes av mange eldre. Effekten av dette medikamentet er blant annet at det reduserer hjertefrekvensen, og slik sparer hjertet for belastning ved for eksempel hjertesvikt. Bruk av dette medikamentet reduserer også hjertets evne til å øke pumpehastigheten ved væske- og blodtap. Derfor kan pulsen være "normal" selv om pasienten for eksempel har en stor indre blødning. Blodtrykksmedisiner hindrer sammentrekning av kar, og reduserer dermed evnen til kompensering ved væske- og blodtap.

Eldre har mindre væskereserver, dårligere evne til å konsentrere urin og svakere tørsterespons. Det gjør at eldre raskere blir alvorlig dehydrert.

**D – funksjon:** Når en skal gjøre en bevissthetsvurdering er det viktig å kjenne til hvilket funksjonsnivå pasienten har hatt tidligere. Dersom pasienten fra tidligere har svekket hukommelse eller språkvansker etter et slag, kan det være vanskelig å vurdere hvordan nåværende skade eller sykdom påvirker pasientens bevissthetsgrad. Ved en bevissthetsvurdering må man vurdere om problemer med syn og hørsel virker inn på orienteringsevnen til pasienten.

**E – miljøforhold:** Eldre har redusert mestringsevne ved sykdom og skade. Med alderen blir temperaturreguleringen dårligere. Det gjør at de er mer utsatt både for overoppheting og generell nedkjøling. Det er viktig å tenke på og eventuelt behandle generell nedkjøling hos eldre også innendørs.

## HLR-minus

Hos alvorlig syke som har kort tid igjen å leve blir det noen ganger, etter en medisinsk vurdering og samtale med pasienten og pårørende, besluttet at pasienten ikke skal ha hjerte-lungeredning ved hjertestans. Denne beslutningen tas for å skåne pasienten for unødvendig lidelse når gjenopplivning vurderes som nytteløs. Beslutningen innebærer at pasienten ikke skal ha hjertekompresjoner, innblåsninger eller defibrillering ved livløshet.

Det skal da skrives HLR-minus i journalen til pasienten.

I tillegg skal det stå informasjon knyttet til beslutningen – tidspunkt for når beslutningen ble tatt, hvem som var involvert i beslutningen, årsak til at HLR minus ble satt og om pasienten og pårørende er informert. Dersom beslutningen ikke er tatt, eller en er i tvil om HLR-minus er besluttet eller ikke, må en som førstehjelper starte hjerte-lungeredning.

## Fall og falltendens

Fall er den vanligste ulykkestypen hos eldre, og alvorlige skader som følge av fall utgjør en betydelig andel av alle skaderelaterede sykehusinnleggelser. De fleste fall skjer i hjemmet. Alvorlige skader som kan oppstå er brudd, skader på bløtvev og traumatiske hodeskader. En undersøkelse gjort i Norge viste at 75% av alle dødsfall etter skader og ulykker hos eldre skyldes fall. Eldre er også en utsatt gruppe i trafikken både som fotgjengere og bak rattet.



Eldre som bor alene kan bli liggende på gulvet og bli utsatt for generell nedkjøling, dehydrering og trykksår. Husk derfor varmekonservering – også innendørs!

Vanlige årsaker til fall hos eldre er ustøhet, dårlig balanse og svimmelhet. Det kan skyldes inaktivitet, dårlig syn, bruk av medisiner som sovetabletter og beroligende, lavt blodtrykk og sykdom. Ytre faktorer som øker risikoen for å falle er dårlig belysning, løse tepper og ledninger samt uegnet fot-tøy.

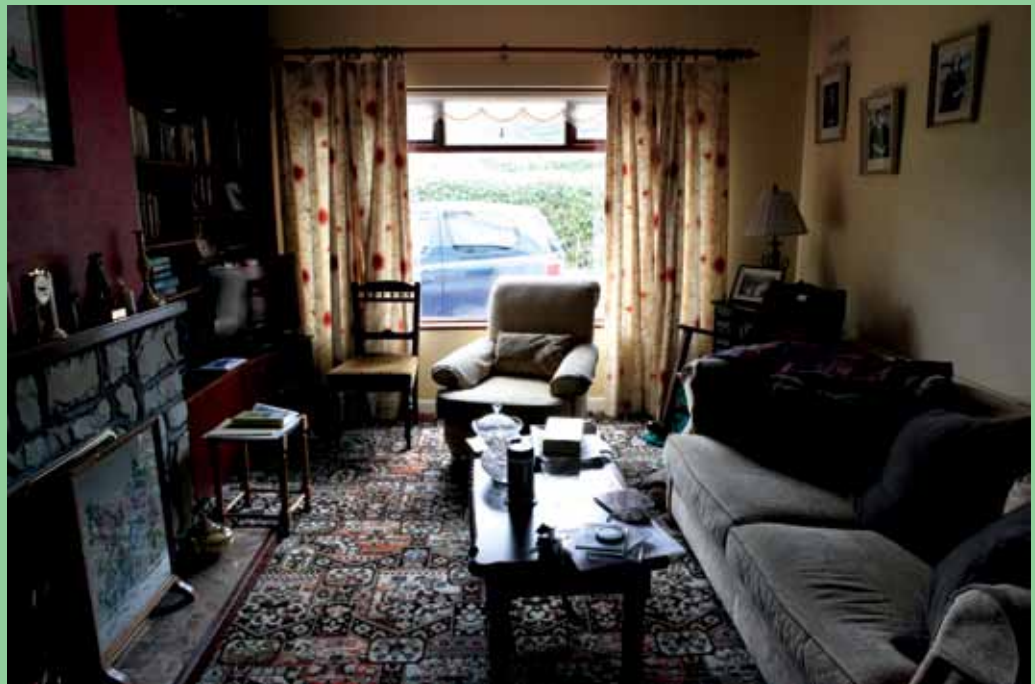
Et enkelt fall som følge av et uhell kan skjedd alle. Dersom en derimot faller flere ganger i løpet av en begrenset periode – for eksempel to ganger i løpet av et halvt år, skal dette betraktes som unormalt og ikke som en del av normal aldring. Personen må undersøkes

av en lege. En falltendens som har oppstått akutt, hvor personen synes ute av stand til å holde seg på beina, kan være et tegn på akutt sykdom som hjerteinfarkt eller infeksjon. En legeundersøkelse må derfor skje raskt. Dersom falltendens og ustøhet har utviklet seg gradvis over lengre tid, i løpet av uker til måneder, er årsaken ofte sammensatt.

Det haster ikke like mye å bli undersøkt av lege som ved akutt oppstått falltendens, men en undersøkelse er likevel nødvendig. En del av behandlingen er å forsøke å redusere risikoen for flere fall gjennom medisinsk behandling og andre forebyggende tiltak.

## Forebyggende tiltak mot fall

- Fysisk aktivitet som gir bedre styrke og balanse
- God belysning og lysbrytere som er lett tilgjengelige
- Gode sko som forhindrer at en sklir på gulvet
- Gummimatter i badekar og på badegulv der det kan bli vått
- Fjerning av snublefeller som krøllete teppekanter og løse ledninger
- Jevnlig synskontroll for å oppdage synsforandringer som grønn eller grå stær og sjekke at brillestyrken er riktig.
- Nøyaktighet med egne medisiner og å følge dosering nøye. Gjennomgang av egne medisiner med legen en gang i året er nyttig. Slik kan en oppdatere medisinalista, og unngå overmedisinering.



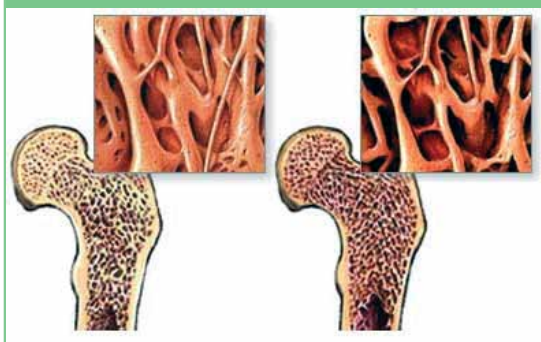
## Beinskjørhet og brudd

Din eldre tante Margit (74) ringer deg uventet en morgen. Hun har falt på soveromsgulvet og kommer seg ikke opp. Heldigvis fikk hun tak i telefonen som lå på nattbordet. Hun har trygghetsalarm, men tenkte at hun ikke ville lage oppstyr bare fordi hun hadde falt. Når du kommer hjem til henne finner du henne på gulvet. Hun har vondt i den venstre hoften når du forsøker å hjelpe henne opp.

Oslo er på verdenstoppen i antall brudd. Årlig brykker ca 9000 voksne nordmenn hoften og 15 000 håndleddet. Beinskjørhet (osteoporose) er medvirkende til de fleste brudd hos eldre. Typiske brudd som oppstår som følge av beinskjørhet er brudd i rygg, hofte, overarm eller underarm. Bruddet oppstår som en konsekvens av en ytre mekanisk påvirkning, som regel et fall, i kombinasjon med et svekket skjelett. Hos

beinskjøre eldre skal det relativt lite energi til før det oppstår et brudd. Derfor kalles brudd hos beinskjøre hvor skaden normalt ikke fører til et brudd ofte for lavenergi-brudd. Lavenergi defineres som fall fra egen høyde. Brudd i ryggen kan også oppstå uten noe spesielt traume, og bevegelser som bøyning, løfting og hopping kan føre til brudd.

### Beinskjørhet



Beinskjørhet er en tilstand med redusert benmasse og forandret mikroarkitektur som gjør at benets styrke blir svekket; det blir mer porøst. Bildet viser et normalt lårben til venstre, og et lårben med nedsatt benmasse og forandret mikroarkitektur til høyre. Tilstanden gir ingen plager i seg selv, men den øker risikoen for brudd.

En gradvis reduksjon i benmassen skjer allerede fra 25-35 årsalderen, og er en del av aldringsprosessen. Etter overgangsalderen øker kvinners tap av benmasse kraftig, og ca 50% av alle norske kvinner utvikler beinskjørhet.

**Hoftebrudd:** Hoftebrudd er en samlebetegnelse på brudd i øvre ende av lårbenet, og omfatter blant annet lårhalsbruddene. Hoftebruddene er de mest alvorlige bruddene i forbindelse med beinskjørhet, og gir høy risiko for varig redusert gangfunksjon, økt hjelpebehov og sykehjemsplassering.

Typisk for hoftebrudd er at en eldre person har falt og fått smerter i den ene hoften. Hos beinskjøre eldre er det tilstrekkelig med små krefter, som for eksempel et fall på knærne, baken eller hoften. Det er ofte smerter i hoften eller lysken i ro. Smertene forverres ved bevegelse.

Undersøk den skadde hoften for hevelse eller misfarging. Ved feilstilling i bruddet er det brukne beinet typisk forkortet og utadrotert. Ved beinskjørhet er blødningen ved lårhalsbrudd liten, i motsetning til hos yngre hvor blødningen etter et brudd i lårbenet kan bli opptil 2 liter.

Uten kirurgisk behandling blir det umulig for pasienten å belaste benet og bevege seg rundt med egen hjelp. I ytterste konsekvens blir en pasient som tidligere bodde hjemme sengeliggende på et sykehjem.

Overlevelsen uten behandling blir dårlig på grunn av at sengeleie øker risikoen for komplikasjoner som blodpropp og lungebetennelse. Det ideelle tidspunktet for en operasjon er innen 24 timer etter skadetidspunktet, og operasjon etter 48 timer er uheldig. Derfor er det viktig at man søker hjelp så tidlig som mulig ved mistanke om hoftebrudd.



Når du undersøker nærmere ser du at Margit har et blåmerke over den smertefulle hoften, og hun klarer ikke å bevege benet. I tillegg er hun nedkjølt etter flere timer på gulvet. Du tenker at dette kan være et hoftebrudd og ringer 1-1-3. Mens dere venter på ambulanse pakker du Margit inn i varme tepper, og sørger for at hun har det så komfortabelt som mulig. Halvsittende stilling med en pute under kneet på den skadde siden gir en del smertelindring

**Brudd i ryggen:** Brudd i ryggen hos eldre er nært knyttet til beinskjørhet. Ryggbrudd som oppstår i forbindelse med beinskjørhet er typisk et kompresjonsbrudd. Et kompresjonsbrudd i ryggen betyr at en ryggvirvel er trykket sammen – komprimert.

Ved uttalt beinskjørhet skal det lite til før det oppstår et brudd i ryggen, og et brudd kan skyldes fall fra minimal høyde, løft av gjenstander hvor man strammer muskulaturen i ryggen eller kraftig nysing.

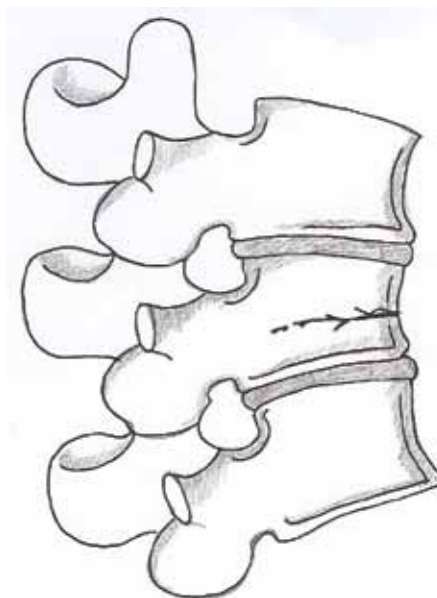
I akutfasen gir kompresjonsbrudd en intens skjærende smerte som forverres ved bevegelse. Pasienten kan ofte ikke huske en spesiell hendelse som utløste smertene. Kompresjonsbrudd er ufarlige brudd, og de er stabile.

Det er med andre ord svært liten sjanse for at ryggmargen og nerver skades. Dersom de utløsende kreftene er små, er det derfor ikke nødvendig å bruke nakkekragen eller backboard for å stabilisere pasienten under transport.

Behandlingen av kompresjonsbrudd er smertestillende og å få pasienten i bevegelse. Pasienter med kompresjonsbrudd må ikke bli liggende i sengen i påvente av at smertene skal forsvinne. Sengeleie fører til muskelsvinn og økt risiko for nye brudd. Ofte er smertene så sterke at pasienten trenger hjelp i sykehus til å komme seg på bena igjen.

Bruddet oppstår nesten alltid fortil på virvelen, den siden som vender fremover mot magen, og virvelen får en kilefasong som følge av sammen presningen. Etter flere kompresjonsbrudd vil ryggen få en økt krumning, og reduseres i høyden.

Kroppshøyden vil derfor være lavere enn den normalt var da personen var yngre, og i noen tilfeller hviler de nedre ribbene på bekkenet. Det vil ha betydning for lungekapasiteten - som reduseres.



**Håndleddsbrudd:** Håndleddsbrudd er den vanligste bruddtypen. Pasienten har som regel falt og tatt seg for med strak arm. Håndleddet er smertefullt og smerten forverres ved bevegelse. Som førstehjelper kan man heve hånden forsiktig, legge på en ispose og stabilisere håndleddet så godt som mulig. Stabilisering kan gjøres ved

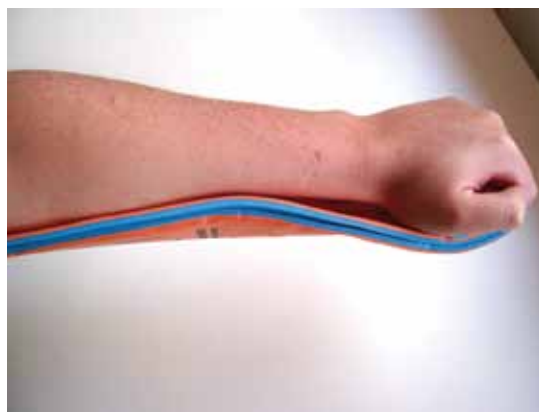
bruk av enkle hjelpemidler som for eksempel en pute eller ved hjelp av spjelkeutstyr. Ved spjelking av håndleddsbrudd skal spjelken gå fra hånden og opp til over albuen. Endelig behandling av bruddet er gipsing og eventuelt reponering dersom bruddet har en skjevstilling.

## Bruddbehandling – håndleddsbrudd



**Utstyr:** For å spjelke et håndleddsbrudd kan man bruke en SAM-splint. Annet nyttig utstyr er saks, bandasje og en ispose.

SAM-splint er et lett formbart spjelkemateriale som legges dobbelt og formes etter armen som vist på bildet. Spjelken skal gå over albueleddet og fikseres med elastisk bind eller tape. En ispose gir smertelindring og forebygger hevelse. Hånden skal hvile på en pute, i fanget eller i et fatle.





# Hjerneslag

Du er ute og går tur en kveld, og runder nedom togstasjonen. Der får du øye på en eldre mann som står som om det var sterk sidevind og strever med å holde balansen. Du tenker at dette ser merkelig ut og bestemmer deg for å gå bort for å hilse på mannen. På spørsmål om det går bra svarer mannen at han "ikke er seg selv". Du finner ut at han bor i nærheten og at han heter Harald Johansen.

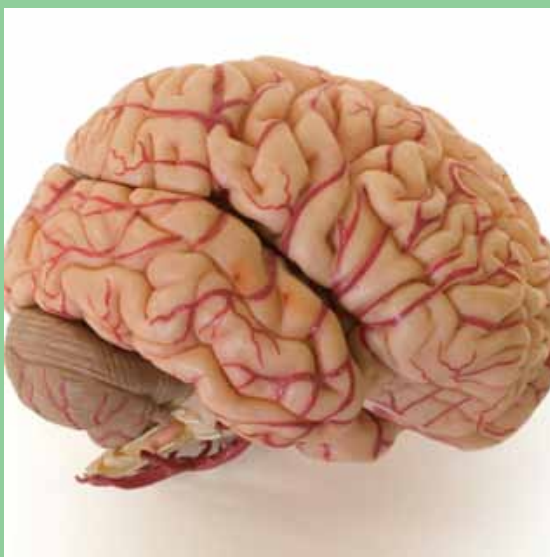
1 av 6 nordmenn rammes av hjerneslag i løpet av livet. Hvert år dør ca 5500 av hjerneslag i Norge, og hjerneslag er den hyppigste årsaken til alvorlig funksjonstap hos eldre. På grunn av en økende andel eldre i befolkningen tror man at antallet hjerneslag vil øke med 50% frem mot 2030. Hjerneslag går også under sekkebeteg-

nelsen cerebralt insult. Hjerneslag omfatter hjerneinfarkt, hjerneblødning og subaraknoidalblødning. Subaraknoidalblødning har ulik årsak, andre symptomer og behandles annerledes enn hjerneinfarktene og hjerneblødningene og holdes derfor utenfor i denne sammenhengen.

## Hjernen

Hjernen består av storhjernen, lillehjernen og hjernestammen. Storhjernen består av ca. 22 milliarder hjerneceller. Storhjernen mottar sanseinformasjon, bearbeider informasjon og styrer funksjoner som viljestyrte bevegelser og tale.

Storhjernebarken har en betydelig funksjonsfordeling mellom forskjellige områder. Noen områder har ansvaret for sanseoppfattelse, mens andre har ansvar for styring av ulike kroppsdeler eller produksjon av tale. Den høyre hjernehalvdelen styrer venstre side av kroppen og omvendt. Derfor er skade av et område av hjernen som følge av for eksempel hjerneslag forbundet med nedsatt funksjon i den ene halvdelen av kroppen.



**Hjerneblødning:** Hjerneblødningene utgjør 15% av hjerneslagene. En hjerneblødning oppstår oftest hos pasienter med karforandringer eller blødningsforstyrrelser. Høyt blodtrykk er den viktigste risikofaktoren for hjerneblødning. Andre disponerende faktorer er alkoholmisbruk, hjernesvulst og hodeskader.

Ved en hjerneblødning oppstår det en oksygenmangel i området rundt blødningen. I tillegg vil blodet som siver ut i hjernevevet føre til en betennelsesreaksjon med utvikling av hevelse.

Symptomene oppstår akutt og avhenger av blødningens størrelse og lokalisering. Mindre blødninger kan gi avgrensede symptomer avhengig av området blødningen sitter i. Store blødninger kan føre til herniering og kompresjon av hjernestammen med påfølgende bevissthetstap og respirasjonsstans.

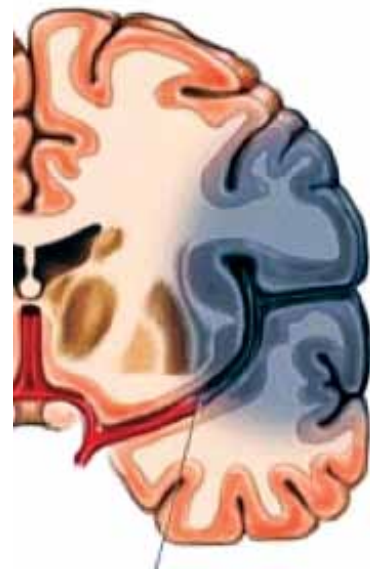
**Hjerneinfarkt:** Hjerneinfarktene utgjør 85% av hjerneslagene. Infarktene skyldes enten en lokal tilstopning av et blodkar, eller en blodpropp som kommer med blodstrømmen fra et annet sted i sirkulasjonssystemet. Blodstrømmen gjennom karet hindres. Dette fører til at et område i hjernen ikke får nok blodtilførsel, og at nerveceller dør som følge av oksygenmangel.

Risikofaktorene for å utvikle hjerneinfarkt er de samme som for hjerteinfarkt; høyt blodtrykk, høyt kolesterol, røyking, inaktivitet, arvelige faktorer og diabetes.

De fleste hjerneinfarktene rammer den midtre hjernearterien. Denne blodåren forsyner den delen av hjernen som styrer muskulaturen i blant annet armen, ansiktet og benet.

Den forsyner områdene som gjør at en kan produsere språk og forstå hva som sies, samt området som mottar sanseinformasjon fra ansiktet, armen og benet. Celledød i disse områdene fører til tap av funksjon i samme område.

Symptomene ved hjerneslag kommer akutt, og er avhengige av hvor i hjernen skaden sitter. Typiske symptomer er halvsidige

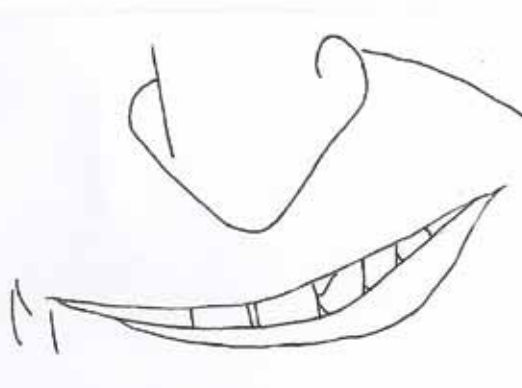


lammelser av arm eller ben, halvsidig lammelse i ansiktet, manglende taleevne, snøvelete tale samt ustøhet og problemer med koordinasjon. Man kan ikke skille mellom hjerneinfarkt og hjerneblødninger på bakgrunn av symptomene. Bare en radiologisk undersøkelse kan skille blødningene fra infarktene.

**FAST-kriteriene** brukes internasjonalt, og er et anerkjent hjelpemiddel for raskt å finne ut om pasienten har fått et hjerneslag. FAST står for Face Arm Speech Test, og er en huskeregel for å teste de områdene hvor hjerneslag ofte gir symptomer.

FAST-kriteriene fanger opp de aller fleste slag, og bare få pasienter med hjerneslag har andre symptomer enn de som fanges opp av FAST-kriteriene. Forutsetningen ved bruk av FAST er at symptomene har oppstått akutt. 85% har ett eller flere av følgende symptomer:

**Face - ansikt:** Halvsidige lammelser i ansiktet oppstår hos flere enn 65% ved hjerneslag. Se etter om pasienten er skjev i ansiktet. En god metode for å observere skjevhet er å se på furen mellom nesen og munnviken. Ved lammelse av muskulaturen på den ene siden er furen mindre markert på denne siden. Be pasienten om å smile. Smiler pasienten skjevt er dette også et tegn på halvsidig lammelse i ansiktet.



**Arms - armer:** Over 65% av pasientene med hjerneslag får kraftsvikt i en arm. Har pasienten vansker med å løfte armen, eller har armen blitt mer klosset? En god prøve som også tester de mindre musklene i armen er å be pasienten løfte armene med håndflatene vendt opp. Dersom den ene håndflaten dreier nedover og armen synker ned er dette et tegn på halvsidig kraftsvikt.



**Speech - tale:** Over 25% av pasientene har vansker med å finne ord og over 40% har utydelig tale. Undersøk om pasienten vansker med å snakke. Klarer pasienten å gjenta en enkel setning og å gjøre seg forstått? Snøvler pasienten?



At Harald forteller at han plutselig ikke er seg selv tyder på at tilstanden har oppstått akutt. På grunn av at Harald snøvler litt, står skjevt og har problemer med å holde balansen tenker du at dette kanskje kan være et hjerneslag. Du bruker FAST-kriteriene og undersøker Harald systematisk.

**F:** Harald er skjev i ansiktet og munnviken henger ned på den høyre siden. Når du ber ham smile, er smilet skjevt.

**A:** Du ber Harald løfte armene med håndflatene opp. Harald klarer ikke å løfte den høyre armen i det hele tatt.

**S:** Harald snøvler når han snakker, men er i stand til å gjøre seg forstått. Harald har symptomer på alle tre punktene – mest sannsynlig har han fått et hjerneslag.

## SOS Smile-Opp med hendene-Snakker uforståelig

Norsk førstehjelpsråd har valgt å gjøre en omskrivning av FAST-kriteriene til norsk. De bruker SOS som en huskeregel i norsk grunnkurs førstehjelp.

**S:** Smile

**O:** Opp med hendene

**S:** Snakker uforståelig

Dette er en forenkling av FAST.

Tid er hjerne... Det er ca 22 milliarder nerve-celler i storhjernen. Ved et akutt hjerneslag mister man ca 1,2 milliarder hjerneceller. Antallet hjerneceller som går tapt per minutt er deretter ca 2 millioner. Ved behandling av hjerneslag kan blodsirkulasjonen til det skadde området gjenopprettes ved at blodproppen som tetter igjen karet løses opp.

hvilken metode som benyttes for å løse opp blodproppen. Effekten av behandlingen er bedre desto raskere pasienten kommer til sykehus. Ved å gjenopprette blodsirkulasjonen til det skadde området kan man hindre at flere nerveceller dør, og slik begrense omfanget av funksjonstapet etter hjerneslaget.

Blodproppløsende behandling kan gis dersom pasienten kommer til sykehuset senest innen 4,5/6 timer etter at symptomene har oppstått. Antall timer er avhengig av

Tapet av hjerneceller i tiden etter hjerneslaget har oppstått og mulighet for behandling dersom pasienten kommer tidlig til sykehus er grunnen til at man ved hjerneslag skal ringe 1-1-3 og at pasienten skal fraktes med ambulanse til nærmeste slagsenter.

Du mistenker at Harald har fått et hjerneslag, og du tenker at det haster med å få Harald til sykehus. Du ringer 1-1-3 og forklarer situasjonen. Mens dere venter på ambulanse holder du Harald varm ved å ta ham med inn på venterommet på togstasjonen der han også får sette seg ned. Du ber en annen om å stå på utsiden og vise ambulansen veien når den kommer. Du blir hos Harald hele tiden, og kontrollerer at han ikke får redusert bevissthet og ufri luftvei.

TIA (Transitorisk iskemisk attack): TIA er en forbigående oksygenmangel i hjernen som oftest skyldes små blodpropper som stammer fra hovedpulsåren eller halspulsårene. TIA omtales også som "drypp". Symptomene er de samme som ved slag, men til forskjell fra et hjerneinfarkt går symptomene helt over innen 24 timer. De fleste TIA går over innen 15 minutter. Pasienter med TIA skal

som hovedregel legges akutt inn i sykehus hvor en forsøker å forebygge at pasienten får et hjerneinfarkt ved å behandle risikofaktorer for infarkt. 1 av 8 pasienter som har hatt et TIA får et hjerneinfarkt innen 30 dager. Halvparten av hjerneinfarktene oppstår innen 48 timer etter et TIA.

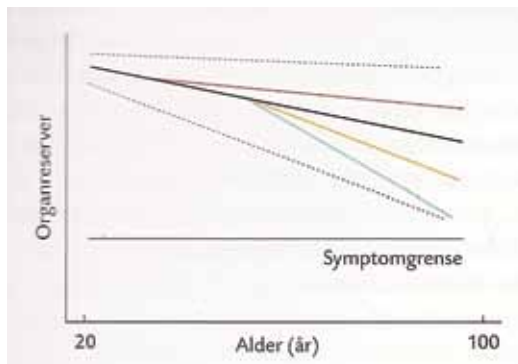
## Akutt funksjonssvikt



Du kjører frivillig ambulanse for Norsk Folkehjelp. Dere blir bedt om å reise til en mann på 82 år hvor kona har ringt legevakta fordi hun er bekymret for mannen sin. Dere finner mannen sittende på en stol i stua. Han har våt bukse som skyldes at han ikke klarer å holde på urin.

Han klarer ikke å stå på bena uten hjelp, og han virker forvirret. Som ambulansesepersonell har du sett slike eldre menn mange ganger før uten at situasjonen var akutt. Du bestemmer deg for å finne ut om tilstanden tilsier at pasienten må innlegges på sykehus.

Hos eldre mangler ofte de symptomene som man er vant til å legge vekt på hos yngre med samme sykdom. Brystmerter kan mangle ved hjerteinfarkt, infeksjoner gir nødvendigvis ikke feber og urinveisinfeksjon har ikke alltid sviende vannlating. Dette er vanligere jo eldre pasienten er.



Kilde: "Geriatrici: en medisinsk lærebok" av Torgeir Brunn Wyller

Eldre som blir akutt syke kan få akutte symptomer fra andre organer enn de organene hvor sykdommen sitter. Dette har en sammenheng med tidligere sykdom og skader, og de ulike organenes reservekapasitet.

Dersom fru Hansen for eksempel har en mild hukommelsessvikt eller tidligere har hatt et hjerneslag, er reservekapasiteten til

hjernen svekket. Når fru Hansen så blir syk blir kroppen utsatt for en belastning, og reservekapasiteten til den allerede svekkede hjernen kan overskrides. En urinveisinfeksjon kan derfor hos fru Hansen gi symptomer som forvirring og hukommelsessvikt. Ofte er det symptomer som påvirker funksjonen og hukommelsen hos den eldre som blir mest iøyenfallende.

Når en eldre person brått faller og plutselig ikke klarer å gjennomføre dagligdagse gjøremål, kalles det akutt funksjonssvikt. Typiske symptomer på akutt funksjonssvikt er at pasienten får økt falltendens, blir mer uklar, mister evnen til å bevege seg rundt, ikke får i seg nok drikke og ikke klarer å holde på urin. Som regel skyldes tilstanden akutt sykdom. Symptomene skyldes at organenes reservekapasitet overskrides.

Som førstehjelpere klarer vi ikke å finne årsaken til de endringene som finner sted hos pasienten. Mulighetene er mange. Mest vanlig er infeksjoner slik som lungebetennelse, urinveisinfeksjon eller blodforgiftning. Hjerteinfarkt, blodpropp i lungene, forverring av hjertsvikt, nyresvikt, hjerneslag og legemiddelbivirkninger er andre årsaker til akutt funksjonssvikt.

Det er lett å undervurdere alvorlighetsgraden ved akutt funksjonssvikt fordi de

klassiske symptomene på akutt sykdom mangler. En nyttig huskeregel er at jo raskere funksjonssvikten har utviklet seg, desto mer tyder det på at den underliggende sykdommen er alvorlig, og at pasienten trenger å komme raskt til lege.

Tidlig oppfattelse av situasjonen og tidlig behandling øker sannsynligheten for at pasienten overlever, og at funksjonen bedres igjen slik at funksjonstapet ikke blir varig.

Du undersøker mannen. Han vet ikke hvor gammel han er eller hvorfor dere har kommet. Han er ikke i stand til å stå på bena og buksa er gjennomvåt av urin. I tillegg puster han litt raskt og anstrengt. Du spør kona hvordan han vanligvis er. Hun forteller at han senest i går var ute og gikk den vanlige runden i marka på ski. Runden er ca en mil. Han har aldri hatt problemer med vannlating eller hukommelse tidligere.

Mannen er med andre ord svært forandret sammenlignet med hvordan han vanligvis er. Dere tenker at tilstanden har oppstått akutt, og at årsaken til de nyoppståtte symptomene kan være akutt sykdom. Derfor legger dere mannen inn i sykehus. I sykehus fant de en alvorlig lungebetennelse som ble behandlet med antibiotika.

**Kommentar:** Selv om mange eldre mennesker plages av kronisk urinlekkasje er det ikke normalt dersom en akutt mister evnen til å holde på urin. Hukommelsessvikt og falltendens som oppstår akutt er heller ikke normalt hos eldre, og skal tolkes som et tegn på akutt sykdom.

## Demens

Over 97 % av alle med demenssykdom i Norge er eldre. I 2011 var 70 000 nordmenn rammet av demens og i 2050 vil tallet være doblet som følge av høyere levealder og økende antall eldre.

Begrepet demens omfatter en samling symptomer. Sykdomsbildet er varierende, men demens fører alltid til dårligere hukommelse – spesielt for nyere informasjon. I tillegg til hukommesssvikt har pasienten ofte vansker med å huske ord, orientere seg i forhold til omgivelsene eller å planlegge og utføre aktiviteter. Svekket hukommelse er en del av normal aldring. Det som i hovedsak skiller normal aldersbetinget hukommesssvikt og demens, er at svikten ved demens er så uttalt at den virker inn på personens evne til å klare seg i dagliglivet.

Endringer i personlighet og atferd er også vanlig. Depresjon, angst, vrangforestillinger, apati, rastløshet, aggressivitet og repeterende handlinger er eksempler på atferdsforstyrrelser som kan oppstå ved demens.

Disse atferdsforstyrrelsene kan være spesielt belastende for pårørende.

Sykdommen utvikler seg som regel gradvis, og en varighet på over 6 måneder er en forutsetning for å stille diagnosen. Flere sykdommer kan gi demens. De to vanligste sykdommene er Alzheimers sykdom som står for 60-70 % av demenssykdommene, og vaskulær demens som står for 20-25 % av demenssykdommene. Årsaken til demens kan sjelden behandles, men medikamenter kan bremse sykdomsutviklingen hos ca. 1 av 5 pasienter. Ellers er aktivisering og trening viktig for å opprettholde funksjonsnivået.

Dersom eldre får symptomer på demens er det viktig at de utredes for å finne ut årsaken til symptomene. Noen ganger er det andre tilstander som kan behandles som gir demenslignende symptomer som for eksempel B-vitaminmangel eller depresjon.

### Demens og redningstjeneste

Ofte kalles Norsk Folkehjelp ut på leteaksjoner etter gamle personer som er savnet fra bopel eller fra institusjon. I slike sammenhenger skal vi være klar over at demenssykdom kan påvirke atferden til den vi leter etter. Svekket orienteringsevne kan medføre at personen befinner seg i nærområdet uten å finne hjem. En dement person kan ha svekket evne til å kle seg skikkelig og mindre evne til å søke ly eller ta kontakt med publikum.

Mange gamle er demente uten at denne diagnosen er stilt. Derfor bør vi ha mulig demens med i vurderingen når vi leter etter personer over 65-70 års alder. Kulde, fukt og langvarig opphold i naturen uten mat og drikke vil raskere gjøre situasjonen farlig for en person som er gammel og har mindre reservekapasitet.

Gamle mennesker som er savnet i naturen er en sårbar gruppe og fortjener raskest mulig respons fra redningstjenesten.



*Slik, venner, farer livet med  
all verdens løvetenner.  
Først blir de ild, så blir de sne,  
og siden gamle menner*

*Inger Hagerup, Løvetannen*



Tekst: Utarbeidet av Karoline Stadheim Halvorsen

Anvendt litteratur: “ Geriatri: en medisinsk lærebok” av Torgeir Brunn Wyller

[www.nhi.no](http://www.nhi.no) Norsk Helseinformatikk for helsepersonell

Fotografier: Jon Halvorsen

Illustrasjoner: Karoline Stadheim Halvorsen

Layout: Karoline Stadheim Halvorsen / Monica Lunde



**Norsk Folkehjelp**  
Sanitet





## Førstehjelp ved skader og sykdom hos eldre

Andelen eldre i befolkningen øker, og vi lever lengre enn noensinne. I tillegg til et langt liv ønsker vi å være friske og ha god livskvalitet så lenge som mulig. For å oppnå det, er vi blant annet avhengige av å få riktig hjelp til rett tid.

Fra førstehjelpsaget vet vi at tidlig oppfatning av situasjonen og riktige førstehjelpstiltak gjør at man kan unngå unødvendig skade og forverring. God førstehjelp ved skader og sykdom hos eldre handler i hovedsak om å oppfatte en akutt situasjon tidlig og vite når tilstanden krever øyeblikkelig hjelp.

Norsk Folkehjelp ønsker å sette fokus på forhold hos eldre som har betydning for førstehjelpen gitt til denne aldersgruppen. Temaheftet tar derfor for seg vanlige skader og sykdommer hos eldre, symptomer på akutte tilstander hos eldre og hvordan man kan gjøre gode vurderinger. Målsetningen er at vi som førstehjelpere kan bidra til å legge flere gode år til livet.



### **Karoline Stadheim Halvorsen**

Karoline (29) er snart ferdigutdannet lege, og startet i Norsk Folkehjelp i forbindelse med ambulanseturset til NF Oslo 2007.

Hun gikk grunnkurs instruksjon og førstehjelp instruktørkurs på sentrale kurs 2008. Har siden da undervist internt på ambulanseturset, sentrale kurs og på ulike konferanser. Eksternt har Karoline holdt førstehjelpskurs for barnehager og bedrifter i regi av NF Oslo, samt holdt kurs for Norsk Førstehjelpsråd og Røde Kors. Kjører ambulanse for NF Oslo og var i innsats ved Utøya 22.juli 2011. Utenom Norsk Folkehjelp har Karoline tatt kurs i katastrofemedisin og ledelse i regi av WHO i Indonesia. Er nå medlem av NF Follo.

Norsk Folkehjelp  
PB 8844 Youngstorget  
0028 Oslo  
Tlf. 22 03 77 00

[sanitet@folkehjelp.no](mailto:sanitet@folkehjelp.no)



[www.folkehjelp.no/sanitet](http://www.folkehjelp.no/sanitet)