

Prosjektoppgave i Legevaktsykepleie

Delirium hos eldre

Delirium in Older Persons

Kandidatnummer: 62
Kull: Legevaktsykepleie 2012
Antall ord: 5989

SAMMENDRAG

Delirium er en vanlig tilstand hos eldre. Det er en akutt tilstand som gjerne utvikler seg i forbindelse med kritisk sykdom. Delirium kan være eneste tegn på alvorlig underliggende sykdom hos eldre. Som sykepleier ved sykehjem har jeg erfart flere endringer etter at Samhandlingsreformen trådte i kraft. Kommunen har overtatt mer av ansvaret for pasientbehandlingen. Dette innebærer blant annet at pasientene kommer tidligere tilbake fra sykehus og flere av disse har delirium. Pasienter som tidligere ble sendt til sykehus, behandles nå på sykehjemmet. Dette har medført krav til sykepleiere med hensyn til økt kompetanse på akutt og kritisk syke. Delirium krever rask inngripen. Forskning viser dessverre at delirium ofte overses av helsepersonell. Konsekvensen av dette kan være at pasientene får økt risiko for komplikasjoner, demenssykdom eller dør.

Resultater og funn fra forskningsartikler og faglitteratur blir drøftet opp mot egne erfaringer fra hospiteringspraksis fra legevakt og medisinsk korttidsavdeling ved et sykehjem, samt langtidsavdeling på sykehjem hvor jeg jobber i full stilling.

Søkeord: delirium, intervention, older people, emergency department, nursing

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING	4
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	4
1.2 Problemstilling.....	5
1.3 Avgrensning.....	5
2.0 METODE.....	6
2.1 Kildekritikk.....	7
3.0 TEORI	8
3.1 Den gamle pasienten og akutt sykdom	8
3.2 Definisjon og beskrivelse av delirium.....	8
3.3 Differensialdiagnoser	10
3.4 Predisponerende og utløsende faktorer ved delirium	10
3.5 Identifisering av delirium.....	11
3.5.1 Bruk av kartleggingsverktøy	12
3.6 Sykepleietiltak for å ivareta pasientens behov ved delirium	13
3.6.1 Administrering av medikamenter.....	13
3.6.2 Tiltak for å fremme ro og trygghet for pasienten.....	14
3.6.3 Bruk av tvang.....	15
3.6.4 Pårørende	15
3.6.5 Forebyggende tiltak.....	15
4.0 DRØFTING.....	17
4.1 Delirium, rett behandling, på rett sted og til rett tid	17
4.2 Delirium – et spørsmål om kunnskapsmangel?	18
4.3 Pårørende som støttespiller	19
4.4 Briller og høreapparat	20
4.5 Bruk av tvang.....	20
5.0 AVSLUTNING.....	21
LITTERATURLISTE.....	23

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Tema for oppgaven er delirium eller akutt forvirring som tilstanden også blir benevnt. Bakgrunn for valg av tema er at jeg er sykepleier på et sykehjem som ikke lenger er et vanlig sykehjem med bare langtidsplasser, men en helseinstitusjon i endring mot å bli et ”kommunalt tilbud før, i stedet for og etter sykehusopphold”. Dette er i tråd med intensjonen i St.meld. nr. 47 – Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008, s. 58). Det er etablert en egen medisinsk korttidsavdeling ved sykehjemmet. Her finnes utstyr som EKG, blærescanner og apparater for å ta prøver som for eksempel CRP, Hb, oksygenmetning. Det tas også blodprøver. Repertoaret av blodprøver utvides stadig. Til denne avdelingen kommer pasienter fra sykehus for å få etterbehandling etter sykehusopphold. Pasientene kan også komme fra hjemmetjenesten eller via fastlegen til observasjon for å få avklart behov for innleggelse på sykehus eller behandling i forkant av sykehusbehandling. Det kan dreie seg om bedring i væske- og ernæringsstatus eller intravenøs antibiotikabehandling pga av infeksjoner. Flere av disse eldre pasientene som kommer til denne avdelingen, enten de kommer hjemmefra eller fra sykehus, har delirium. Denne akutte forvirringstilstanden er også hyppig forekommende på sykehjemmets langtidsavdelinger. Hos eldre personer kan delirium kan være eneste tegn på at det foreligger en alvorlig akutt og kritisk underliggende sykdom (Juliebø og Wyller 2010, s. 6). Ranhoff (2008c, s. 399) hevder at på en enkelt dag, kan forekomsten av delirium være på opptil 40% på sykehjem. Denne tilstanden krever at man har kunnskap om aldringsprosessen og hvilke konsekvenser denne prosessen får for den gamle pasienten med hensyn til risiko for sykdom. Det kreves også kunnskap om hva som skjer når pasienten blir akutt og kritisk syk. Videre krever tilstanden at man har kompetanse på å observere og vurdere tilstanden og kan iverksette tiltak for å behandle underliggende årsak/sykdom og tiltak for å redusere varigheten/dempe selve forvirringstilstanden. Jeg har som mål med oppgaven å få mer kunnskap om hvordan jeg som sykepleier kan bli bedre på å identifisere delirium og vurdere adekvate tiltak for å møte behovene den eldre pasienten har i denne akutte tilstanden som kan bli livstruende.

1.2 Problemstilling

”Hvordan kan sykepleier identifisere delirium og vurdere tiltak for å møte behovene den eldre pasienten har ved delirium?”

1.3 Avgrensning

Hovedfokus for denne oppgaven er handlingsaspektet knyttet til sykepleiers observasjoner og vurderinger for å identifisere delirium. I tillegg vektlegges sykepleiers handlinger rettet mot tiltak for å ivareta pasientens ulike behov for å redusere risiko for forverring av tilstanden. Av denne grunn er derfor forhold knyttet til medikamenter, dvs hvilke medikamenter som kan utløse delirium og medisinsk behandling, bare gjennomgått i grove trekk da medikamentell behandling er et legeanliggende. Med uttrykket ”den gamle pasienten” menes en person over 75 år da mange i denne aldersgruppen har aldersforandringer som gir økt risiko for sykdom og funksjonssvikt (Ranhoff, 2008a, s. 74).

2.0 METODE

Dette er en litteraturstudie. For å finne relevante forskningsartikler som kan belyse problemstillingen ble det søkt i databasen SweMed+ og Google Scholar. Det ble også foretatt vanlig nettsøk i fagtidsskrifter som Sykepleien og Tidsskrift for legeforeningen, samt forlaget Aldring og Helse - Nasjonal kompetansetjeneste. I tillegg har jeg fått frem flere interessante forskningsartikler og fagartikler ved å bruke referanselister i forskningsartikler jeg hadde fra før.

Det var få studier å finne på norsk med hensyn til identifisering av delirium. De jeg fant var mastergradsarbeider med kvalitative studier som tok for seg hva sykepleiere på ulike arbeidsplasser tenker om pasienter som har delirium. Det var nyttig lesning, men falt likevel litt utenfor mitt tema ettersom fokuset mitt er hva sykepleier gjør og ikke sykepleiers refleksjoner vedrørende delirium. Jeg fant imidlertid en norsk originalartikkel om pasienter med hoftebrudd (Bjørnum, 2013). Studien tar riktignok for seg forebygging av delirium, men har sammenfallende observasjoner og erfaringer jeg selv har både fra eget arbeidssted og i hospiteringspraksis på medisinsk korttidsavdeling. Det var enkelt å finne utenlandske forskningsartikler og fagartikler. Flere av disse omhandler studier som hevder at sykepleiere generelt sett overser symptomer på delirium (Voyer m.fl. 2008, s. 2). En oversiktsartikkel hevder at også ved akuttmottak/legevaksordninger blir pasienter ikke riktig diagnostisert og videre at selv om man forstår at en pasient har delirium, forstår man ikke hvor alvorlig denne tilstanden kan være (Gower m.fl. 2011, s. 194). En studie hevder at undervisning om delirium og opplæring av helsepersonell i systematisk bruk av kartleggingsverktøy, både kan avdekke og redusere forekomst av delirium (Tabet m.fl.,2005, s. 156). Akutt forvirring hos den gamle pasienten og konsekvenser av at tilstanden blir oversett av helsepersonell, er like alvorlig for pasienten, enten pasienten befinner seg på sykehus, sykehjem eller ved legevaksordning/akuttmottak. Av denne grunn har jeg valgt å ta med artikler som omhandler delirium hos gamle på langtidsavdelinger på sykehjem, intensivavdelinger og akutenheter. Studiene som ble valgt ut er hovedsakelig oversiktsartikler. Dette ble gjort fordi oversiktsartiklene inneholder oppsummert forskning på delirium og er valgt ut etter visse kriterier for utvelgelse av forskere innen feltet. I tillegg hadde flere av oversiktsartiklene henvisninger til andre studier som var relevante for min oppgave.

Det er også brukt fagbøker som omhandler delirium og sykepleie til pasienter med delirium. Særlig boken *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (Kirkevold, Brodtkorp og Ranhoff, red. 2008), har mye relevant fagstoff med hensyn til den gamle pasienten og den akutt syke gamle, samt utfyllende kapittel om delirium.

2.1 Kildekritikk

Det er ikke alt som er beskrevet i de utenlandske studiene som kan overføres direkte til norske forhold, dette har bl.a. å gjøre med de ulike landenes organisering av helsevesenet og forhold rundt utdanning av helsepersonell. Jeg har likevel valgt å bruke disse studiene ettersom funnene er gjenkjennbare fra egen praksis og fra hospiteringspraksis ved legevakt og medisinsk korttidsavdeling.

Enkelte forskningsartiklene ble utelatt fordi de omtaler studier som ble foretatt for 15-20 år tilbake i tid og det var ønskelig med nyere forskning. Noen av de engelske artiklene var formulert på en slik måte at det selv med ordbok var vanskelig å forstå hva som var konklusjonen av studiene som artiklene omhandlet og ble derfor også utelatt.

3.0 TEORI

3.1 Den gamle pasienten og akutt sykdom

Det skilles mellom yngre og eldre gamle. Grensen mellom yngre og eldre gamle settes vanligvis ved 80 år. Da øker helseproblemene for de fleste (Kirkevold, 2008, s. 32). Mange som defineres som gamle har aldersforandringer som har betydning for sykdom, diagnostikk, behandling og prognose. Eldre er en heterogen gruppe, dvs at to personer som er jevngamle kan være vidt forskjellige med hensyn til sykdommer, prognose, funksjonsnivå og samtykkekompetanse. Aldersendringer medfører endringer i de fleste organer og gjør at reservekapasiteten reduseres. Et eksempel på dette er lungene og hjertet. Ved sykdom, feber eller stress øker kroppens metabolisme og behovet for oksygen. Da har den gamle redusert evne til å øke oksygenopptaket i lungene og øke hjertets arbeid med å frakte oksygen og karbondioksyd til og fra cellene. Redusert er også evnen til å kompensere for og gjenopprette for eksempel stabil temperatur, væske- og elektrolyttbalanse og blodtrykk. Hjernen er også utsatt for aldersendringer som gir redusert kognitiv funksjon og som medfører reduksjon i reservekapasiteten (Ranhoff, 2008a, s. 76).

Den geriatrike pasienten er et annet begrep som brukes om gamle syke. Den geriatrike pasienten defineres ut fra aldring og helsetilstand, kombinasjon av høy alder, flere sykdommer samtidig og funksjonstap (Ranhoff, 2008a, s. 76). Ved akutt sykdom har den gamle pasienten økt risiko for komplikasjoner. Den vanligste og kanskje mest alvorlige er delirium (Ranhoff, 2008a, s. 79).

3.2 Definisjon og beskrivelse av delirium

Delirium stammer fra det greske ordet "lira" (plogfure, eller spor) og betyr "av sporet" og er en akutt kognitiv svikt som rammer mellom 20-50% av alle eldre pasienter i forbindelse med somatisk sykdom (Juliebø, 2009, s. 13). Tilstanden som også kalles akutt forvirring eller konfusjon, blir ofte oversett av sykepleiere (Voyer, m.fl., 2009, s. 2) og konsekvensene kan bli alvorlige for pasienten ettersom tilstanden kan være eneste symptom på alvorlig sykdom, slik som f.eks. sepsis, hjerteinfarkt (Juliebø og Wyller, 2010, s. 5). Delirium er også forbundet med økt mortalitet, nedsatt funksjonsnivå og utvikling av demenssykdom (Nerland m.fl. 2013, s. 1596).

Delirium er en akutt hjernesvikt, dvs. en forstyrrelse av hjernens funksjon. Tilstanden kjennetegnes ved at pasienten har sviktende oppmerksomhet og konsentrasjon, er desorientert for tid og sted, feiltolker sanseinntrykk og kan ha psykiske symptomer som hallusinasjoner og paranoide forestillinger. Tilstanden opptrer akutt og har et svingende forløp (Ranhof, 2008c, s. 396, Juliebø, 2009, s. 13, Milisen m.fl. 2012, s. 80). Tidligere mente man at delirium var en akutt tilstand med reversibel kognitiv svikt som gikk over timer og uker, men nyere studier viser at tilstanden kan vare i måneder og år (Juliebø, m.fl. 2012, s. 254, Inouye, 2006, s. 1161).

Det er to hovedgrupper av delirium:

Inndelingen er basert på psykomotoriske symptomer. Det **hyperaktive** deliriet er det som er lettest å kjenne igjen. Denne pasienten viser tegn på psykomotorisk uro ved å vandre rundt på avdelingen, klatre ut av sengen på natten. Pasienten kan ha synshallusinasjoner, vrangforestillinger og være aggressive (Balas m.fl. 2012, s. 18). Slike pasienter kan skape mye uro og utrygghet og kan utgjøre en risiko både for seg selv og andre (Ranhoff 2008c, s. 396).

Den andre gruppen er pasienter med **hypoaktivt** delirium som også kalles stille delirium. Hypoaktivt delirium er mer vanlig enn hyperaktivt delirium. På tross av dette, blir likevel denne gruppen av pasienter ofte oversett og underdiagnostisert (Inouye, S. 2006, s. 1159, Neerland m.fl., 2013, s. 1596). Pasienten er psykomotorisk rolig, gjerne sengeliggende og har svekket oppmerksomhet og bevissthet (Ranhoff, 2008c, s. 396).

I tillegg til disse to gruppene av delirium er det gjort undersøkelser som viser at 40% av pasienter med delirium har **blandet delirium**, dvs at de veksler mellom hyper- og hypoaktivt delirium (Juliebø og Wyller, 2010, s. 4). Det finnes to typer av delirium som faller utenfor de vanlige diagnosekriteriene for delirium som innebærer at alle symptomene må være tilstede for å oppfylle kravene til deliriumsdiagnosen. Den ene typen kalles **subsyndromalt delirium**, det vil si at pasienten har ett eller flere av symptomene på delirium, men ikke alle. Den andre typen er **persisterende delirium**, det vil si at pasienten fortsatt har delirium på tross av at alle underliggende tilstander er behandlet (Neerland m.fl., 2013, 1596).

3.3 Differensialdiagnoser

Differensialdiagnoser til delirium er demens og psykose. Forskjellen mellom disse diagnosene kan fremstilles skjematisk:

	Delirium	Demens	Psykose
Start	Akut	Måneder - år	Uger -- måneder
Forløb	Fluktuerende	Langsom forværring	Ofte skiftende, men langsomt progredierende
Bevissthet	Påvirket - skiftende	Klar	Klar
Orientering	Desorienteret	Dårlig korttids- hukommelse Langtidshukommelse svækkes sist	God, men kan være præget av psykotisk tankegang
Hallusinasjoner	Synshallusinasjoner	Ingen	Hørselshallusinasjoner
Vrangforestillinger	Løse/skiftende konfabulationer	Kan være tilstede	Systematiserende, innholdet avhengig af psykosens art
Psykomotorikk	Urolig, pillende, omkringfarende	Rastløs	Afhengig av psykosens art

Kilde: Den akute patient (Bartels 2011, s. 291. I Callesen og Antonsen, red.)

3.4 Predisponerende og utløsende faktorer ved delirium

Årsaken til delirium er en sammensatt interaksjon mellom predisponerende faktorer og utløsende faktorer. Predisponerende faktorer er forhold som var tilstede hos en person før hendelsen skjedde som førte til delirium. Den viktigste predisponerende faktoren er kognitiv svikt. Depresjon, høy alder, sansesvikt, falltendens, samtidig bruk av flere legemidler, tidligere alvorlig sykdom, samt det å være mann er andre viktige predisponerende faktorer for delirium (Inoye, 2006, s. 1160).

Utløsende faktorer vil si faktorer som gjør at delirium oppstår. Dette kan dreie seg om sykdom (infeksjoner, hjerneslag/TIA, hjertesykdom), skade (fallskader, eks. hodeskader, bruddskader). Sammenhengen mellom fallskade og delirium kan være vanskelig å avdekke fordi fallet som forårsaket skaden kan ligge tilbake i tid og hodeskaden kan ha tatt tid for å utvikle seg. Dette gjelder for eksempel ved subduralt hematom eller innkilt hoftebrudd (Ranhoff, 2008c, s. 400).

3.5 Identifisering av delirium

Sykepleieren har en avgjørende rolle med hensyn til å avdekke delirium og videreformidle dette til lege (Ranhoff, 2008c, s. 403). Dette krever kunnskap om delirium og kompetanse på tiltak for å behandle tilstanden, men sykepleiers etiske og moralske kompetanse utfordres også ettersom denne gruppen av pasienter har kognitiv svikt som kan gjøre samhandlingen og kommunikasjonen vanskelig. På grunn av psykomotorisk uro og aggressivitet, kan pasienten være lite mottakelig for nødvendig hjelp og i tillegg utlevere seg selv for sosial skam (Stubberud, 2010, s. 210-211).

Erkjennelse av at en plutselig oppstått forvirringstilstand hos en pasient kan dreie seg om delirium, er avgjørende både for behandlingen rettet mot underliggende sykdom og for utviklingsforløpet av selve deliriumstilstanden. Sykepleier må derfor ha kunnskap om symptomer som varsler at et delirium er nært forestående eller allerede pågår. Engedal og Haugen (2006, s. 160-163) beskriver seks symptomer:

”Redusert bevissthetsnivå” er det første symptomet. Dette kommer til uttrykk ved at pasienten har problemer med å konsentrere seg og har nedsatt evne til å tolke og forstå informasjon. Pasienten kan også ha problemer med å utføre en handlingsrekke, for eksempel ved påkledning eller inntak av mat. Bevissthetsnivået er svingende gjennom døgnet – og er mest utpreget på kvelden og natten. Pasienten kan være veldig følsom overfor lyder han/hun ellers ikke reagerer på, eks en dør som slår igjen og kan bli urolig og angstpreget.

Det andre symptomet er *”tankeevne og persepsjon”*. Dette kan komme til uttrykk ved at evnen til å vurdere, bedømme og løse problemer er redusert. Videre har pasienten problemer med å se ting i sammenheng og dette kan gi både synshallusinasjoner og vrangforestillinger. Hallusinasjonene er mest vanlig om natten og skjer ofte i forbindelse med drømmer eller mareritt.

Tredje symptomet er *”hukommelse og orienteringsevne”*. Korttidshukommelsen er sterkt svekket, mens langtidshukommelsen er bevart. Dette gjør at pasienten blander nåtid med fortid. Pasienten vil også være desorientert for tid og dersom deliriumstilstanden har fått utvikle seg, vil pasienten også være desorientert for sted og omgivelser.

Det fjerde symptomet er ”*psykomotorisk endring*”. Ved hyperaktivt delirium fremstår pasienten som motorisk urolig. Pasienten kan bli utagerende, engstelig og har ofte hallusinasjoner. Ved det hypoaktive deliriet fremstår pasienter derimot som sløv og nedsatt reaksjonsevne.

Det femte symptomet er ”*endret døgnrytme*”. En pasient med delirium har endret døgnrytme. Enkelte pasienter med delirium har snudd døgnet helt, andre sover i korte perioder på dag og natt.

Det sjette symptomet er ”*emosjonelle endringer*”. Emosjonelle endringer hos pasienter med delirium er individuelle. Det kan dreie seg om alt fra apati til agitasjon og pasienten kan veksle mellom ulike emosjonelle reaksjoner. Engedal & Haugen (2006) understreker viktigheten av å kjenne til at ”*mange eldre pasienter med delirium ikke har den stormende atferden som vi ofte forbinder med tilstanden. Pasienten kan være stille, rolig og apatisk*” (s. 163).

3.5.1 Bruk av kartleggingsverktøy

Det finnes ulike typer av kartleggingsverktøy som sykepleier kan benytte for å vurdere delirium. CAM (*Confusion Assessment Method*) er et verktøy som er beskrevet i flere studier og er i følge Juliebøe og Wyller (2010, s. 5) et godt utviklet verktøy som både leger og sykepleiere kan bruke for å undersøke om en pasient har delirium. Det finnes også en norsk kortversjon av CAM og den er tilgjengelig på følgende nettside:

<http://nevro.legehandboka.no/skjema/skaringsskjema/cam-skaringskjema-for-delir-3578.html>

Det finnes også en veileder for utredning av delirium som er utarbeidet av Norsk Geriatrisk Forening. Veilederen tar for seg fremgangsmåten for diagnostisk utredning og hvordan tilstanden skal behandles. Videre omhandler den også forebyggende tiltak og oppfølging. Veileder finnes på følgende nettside:

www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/eldre

3.6 Sykepleietiltak for å ivareta pasientens behov ved delirium

Sykepleier må i tillegg til å vurdere pasientens mentale og kognitive funksjon også observere og vurdere pasientens fysiologiske status. Det er legen som er ansvarlig for å stille diagnosen, men observasjoner og vurderinger som sykepleier gjør, er viktig for å kunne stille riktig diagnose og for behandling av underliggende sykdom, skade eller forhold rundt medisiner (Ranhoff, 2008c, s. 402-403). Sykepleier må observere og vurdere tegn på dehydrering, nedsatt ernæring, smerter, infeksjon, anemi, urinretensjon. Videre må det foretas undersøkelser som blodtrykk, måling av blodsukker, pulsfrekvens, CRP, urinstix, temperaturmåling, måling av hemoglobin (Stubberud, 2010, s.213). Måling av oksygenmetningen er også viktig etter det er en vesentlig del av behandlingen at hjerner får nok surstoff (Engedal og Haugen, 2006, s. 160).

3.6.1 Administrering av medikamenter

Sykepleier skal, i samarbeid med lege, bidra til optimal medisinsk behandling ved smerter, infeksjoner, feber og ubehag (Ranhoff, 2008c, s. 403). Forordning og seponerer medikamenter er legens ansvar, men sykepleier må kjenne til hvilke medikamenter som kan utløse delirium slik at sykepleier kan observere virkning og rapportere om eventuell uønsket bieffekt av disse.

Medikamentutløst delirium hos eldre utgjør ca en tredjedel av tilfellene (Ranhoff og Brørs, 2005, s. 2366). Det er medikamenter som har antikolinergisk effekt som har størst risiko for å gi delirium. Acetylkolin er et transmittorstoff i sentralnervesystemet som binder seg til kolinerge reseptorer. Antikolinerge medikamenter blokker kolinerge reseptorer. Det antas at acetylkolin i tillegg til å være viktig for kontroll av skjelettmuskulatur også har betydning for læring, korttidshukommelse og oppmerksomhetsnivå (Simonsen m.fl. 2009, s. 21).

Skopolamin og atropin er eksempler på medikamenter med stor risiko for å gi delirium. Morfin, Prednisolon, Diazepam, Digitoksin er eksempler på medikamenter med moderat risiko. Medikamenter som Selektive serotoninreopptakshemmere (antidepressiva), Haloperidol, Olanzapin, Risperidon og Kodein gir derimot lav risiko for delirium (Ranhoff og Brørs, 2005, s. 2367).

Det finnes ingen vitenskapelige studier som kan vise til medikamenter som har god effekt på forebygging eller behandling av delirium (Juliebø og Wyller, 2010, s. 5). Likevel brukes

enkelte medikamenter i behandlingen av delirium. Dette gjelder for eksempel klometiazol (Heminevrin) som brukes ved søvnproblemer (Juliebø og Wyller, 2010, s. 5). Ved psykotiske symptomer som ikke lar seg dempe, kan man bruke antipsykotiske midler som haloperidol eller risperidon. Haloperidol kan gi blodtrykksfall ved intravenøs administrering. I tillegg kan medikamentet gi autonome bivirkninger som munntørrehet, obstipasjon, urinretensjon og svimmelhet. Ekstrapyramidale bieffekter kan også forekomme, slik som rastløshet, parkinsonisme, stivhet og skjelvninger. Ved administrering av klometiazol må man først forvise seg om at pasienten er respiratorisk og sirkulatorisk stabil og ikke har parkinsonisme eller demens med lewlegemer (Stubberud, 2010, s. 216). Den medisinske behandlingen med antipsykotika skal kun skje i akuttfasen fordi bruk utover akuttfasen gir økt risiko for bieffekter og kan være dødelig (Juliebø og Wyller, 2010, s. 5).

3.6.2 Tiltak for å fremme ro og trygghet for pasienten

En viktig forutsetning for å skape ro og trygghet er god kommunikasjon og samhandling. For at kommunikasjon og samhandling skal bli god, må hjelpemidler som pasienten vanligvis bruker, være på plass og virker slik det skal. Dette er viktig ved sensorisk svikt ettersom hørselstap og synssvekkelse har vist seg å ha betydning for forekomsten av delirium og varigheten av tilstanden (Juliebø m. fl. 2012, s. 255). Sykepleier må sørge for at brillene har rene glass og at høreapparat er rensset og har i batterier som virker. Sykepleier må også ha kompetanse på samhandling og kommunikasjon med pasienter med kognitiv svikt. Wogn-Henriksen (2008, s. 99) fremhever tid, tydelighet og tilrettelegging som viktige elementer i kommunikasjon og samhandling. Dersom det er tilrådelig, anbefales det å fjerne mest mulig av utstyr festet på pasienten. Det kan dreie seg om infusjonsutstyr og urinkateter (Stubberud, 2008, s. 216). Videre er det viktig å nærme seg pasienten rolig og etablere blikkontakt. Dersom pasienten ikke oppfatter det som blir sagt, gjenta budskapet, men med andre ord. Bruk av bilder, kommunikasjonsbok eller andre former for visuell stimuli kan ha god effekt i kommunikasjonen og samhandlingen med pasienten med kognitiv svikt (Wogn-Henriksen, 2008, s. 99). Realitetsorientering ved bruk av klokke og kalender, blir anbefalt. Dette, samtidig som at pasienten skjermes mot støy, og at det stimuleres til døgnrytme med våkenhet og mobilisering på dagtid og søvn om natten med nattplys på rommet, kan bidra til at pasienten opplever ro og trygghet (Inouye, 2006, s. 1161). Det skal være færrest mulig personer rundt pasienten, men man må unngå at pasienten blir værende alene på et rom. Dersom praktisk mulig bør pasienten ha fastvakt eller pårørende hos seg (Juliebø og Wyller, 2009, s. 5, Ranhoff, 2008c, s. 403).

3.6.3 Bruk av tvang

Pasienten kan ha kognitiv svikt eller være uten samtykkekompetanse som følge av akutt kognitiv svikt og ha mangelfull forståelse for at behandlingen er livreddende. Bruk av tvangsmidler, slik som å holde fast eller hindre en pasient i å vandre rundt på en avdeling, vil kunne øke forvirringen (Ranhoff, 2008c, s. 401, Stubberud, 2010, s. 217). I slike situasjoner skal tillitsskapende tiltak ha vært prøvd først og tiltakene må stå i forhold til behovet (Pasientrettighetsloven § 4A-3). Helsepersonell som fatter vedtak, skal ha kvalifikasjoner til å kunne vurdere konsekvenser av tvangstiltaket. Videre heter det i loven at yrkesutøvelse skal skje i samarbeid og samhandling med annet kvalifisert helsepersonell dersom pasientens behov skulle tilsi dette (Helsepersonelloven §4).

3.6.4 Pårørende

Uavhengig av hvilke kliniske miljøer man finner den eldre pasienten med delirium, har pårørende en viktig rolle med hensyn til å formidle informasjon. Særlig ved legevakt eller andre akuttenheter hvor helsepersonell ikke kjenner så godt til pasienten, er opplysninger fra pårørende viktige. De kan ha informasjon om pasienten som kan være avgjørende for det som skal gjøres av videre observasjoner, vurderinger og behandling (Balas, m.fl., 2012, s. 22). Pårørende kan også bidra til å gjøre realitetsorienteringen lettere og i noen tilfeller reversere tilstander med hallusinasjoner og vrangforestillinger (Bjørnum, 2013, s. 216).

3.6.5 Forebyggende tiltak

De meste effektive tiltakene for å forebygge delirium er stort sett de samme som benyttes i selve behandlingen av tilstanden. For å si det enkelt er sykepleiers viktigste handlinger med hensyn til forebygging og behandling å korrigerer det som er i ubalanse, bidra til å optimalisere medisinsk behandling og gi god pleie og omsorg i et miljø som er trygt (Ranhoff, 2008c, s. 402). Selv om dette stort sett handler om generelle sykepleietiltak, har likevel disse tiltakene vist seg å ha størst betydning for nedgang i forekomst av delirium (Milisen m.fl. 2005, s. 87). Et annet viktig tiltak for å forebygge delirium er opplæring og undervisning av helsepersonell. Neerland, m.fl. (2013, s. 1598) mener at det å sikre opplæring av ansatte er avgjørende for at forebyggende tiltak blir satt i system. Voyer, m.fl., (2008, s. 12) viser også til at kontinuerlig undervisning er viktig for å øke sykepleiers kunnskap om delirium. Dette støttes også av Tabet m.fl. (2005, s. 156) som mener å kunne dokumentere at undervisning om

delirium og opplæring i bruk av kartleggingsverktøy, både kan avdekke og redusere forekomsten av delirium.

4.0 DRØFTING

4.1 Delirium, rett behandling, på rett sted og til rett tid

Samhandlingsreformen har som undertittel Rett behandling, rett sted, rett tid. Dersom dette skal overføres til delirium, kan følgende spørsmål stilles:

Hvem har de beste forutsetningene for å observere, vurdere og bestemme hva som er rett behandling for den eldre pasienten med delirium? Hvor er rett sted å behandle og når er rett tid for behandling?

Hunskår (2014, s. 189) mener at det ofte vil være en fordel om det er fastlegen som undersøker og følger pasienten opp i stedet for en tilfeldig legevakslege og at behandlingen fortrinnsvis bør skje i hjemmet fremfor at pasienten blir innlagt på sykehus. Min erfaring fra langtidsavdeling på sykehjem tilsier at delirium sjelden oppstår i fastlegens kontortid. Flere ganger, når nøden har vært som størst, har hjelpen vært nærmest fra sykepleier på legevaktstelefonen og en ”tilfeldig legevakslege”. I hospiteringspraksis ved en interkommunal legevakt erfarte jeg at eldre mennesker med delirium sjelden kom til legevakten. Basert på tidligere erfaringer med denne pasientgruppen i legevaktslokalene, valgte denne legevakten å sende lege til pasientens faste bomiljø, enten det var eget hjem eller sykehjem. Dette er utvilsomt en fordel for pasientene, men for sykepleierne på legevakten innebærer dette at de får mindre erfaring i å observere og vurdere tilstanden og må basere seg på hva innringer beskriver av tegn og symptomer og avgjøre om det dreier seg om delirium og videreformidle dette til lege. Tidlig diagnostisering og behandling av tilstanden kan bidra til å redusere risiko for komplikasjoner, samt demenssykdom og død (Gower m.fl., 2012, s. 199, Juliebø og Wyller, 2010, s. 6).

I motsetning til Hunskår, mener Juliebø (2009, s. 15) at personer med delirium alltid bør utredes i sykehus med mindre det gjelder en person med kjent demenssykdom. Ved demenssykdom mener hun at pasienten kan behandles hjemme eller på sykehjemmet dersom utløsende årsak er klar og omsorgssituasjonen er tilfredsstillende. Dette er også i tråd med Samhandlingsreformens intensjon med ny kommunerolle med større ansvar i pasientforløpet med kommunale tilbud før, istedenfor og etter sykehusopphold (s. 26 og 58). Men dette krever et kompetent helsepersonell.

4.2 Delirium – et spørsmål om kunnskapsmangel?

Det synes som om forskningsartikler, både utenlandske og norske, er ganske samstemte med hensyn til å hevde at delirium enten blir oversett av helsepersonell eller at helsepersonell ikke tar inn over seg hvor alvorlig denne tilstanden faktisk kan være. Dette skjer uavhengig av klinisk miljø, det vil si at delirium overses i akuttinstanser som legevakt og akuttmottak så vel som på sykehus og sykehjem, på tross av dette er en tilstand som kan være eneste symptom på akutt og kritisk sykdom (Nerland m.fl. (2013, s. 1596, Gower m.fl. 2012, s. 194). Jeg tror dette i noen tilfeller kan være riktig, men tenker at den høye forekomsten av delirium i noen kliniske fagmiljøer har flere årsaker enn bare mangel på kunnskap eller at helsepersonell ikke tar tilstanden alvorlig.

En annen erfaring jeg hadde i praksis var at legevakten hadde stor pågang fra flere sykehjem i helgene. Det dreide seg ikke bare om innmelding av mors, men situasjoner hvor sykepleiere på legevakt mente at sykepleiere på sykehjem i helgene mangler kunnskap om eldre og vurdering av sykdomstilstander og ringte legevakten bare for sikkerhetsskyld. I helgene er det redusert bemanning og sykepleier har ofte utvidet ansvar, det vil si ansvar for flere enn sin egen kjente avdeling og kan møte ukjente pasienter med ”bisarr” atferd. Sykepleier ringer da gjerne legevakten for å ta en ”bekymringssamtale” med legevaktsykepleier som vurderer om det er behov for å sette samtalen over til legen. Ofte ender slike samtaler med oppfordring om videre observasjon av pasienten og å ta kontakt igjen dersom endring. På denne måten tar sykepleier på sykehjem ansvar for å erkjenne grenser for egen kompetanse og bruker legevakten som veileder i vanskelige situasjoner (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2011, pkt. 1.7).

Delirium kan også ses i sammenheng med pleie- og omsorgssituasjon og fysiske omgivelser (Inouye, 2006, s. 1162). Dette fikk jeg bekreftet i hospiteringspraksis på medisinsk korttidsavdeling. Det hender det kommer pasienter til avdelingen som har bodd så lenge hjemme uten ha fått eller vært mottakelig for nødvendig hjelp og har forfalt på en slik måte at det har vært påkrevd med observasjon/behandling på medisinsk korttidsavdeling. Flere av pasientene har en forvirringstilstand ved innleggelse og noen har også demenssykdom. Disse pasientene ender gjerne med vedtak om langtidsplass, blant som følge av det har vært vanskelig å få disse pasienten ut av forvirringstilstanden. Noen ganger kan delirium ha et langvarig forløp og selv om underliggende sykdom er behandlet, er pasienten fortsatt i en forvirringstilstand (Juliebø m.fl., 2012, s. 253). Dessverre forekommer det at det ikke er ledig enkeltrom på langtidsavdelingene på sykehjemmet og disse pasientene blir da enten værende

igjen på korttidsavdelingen på tomannsrom eller midlertidig flyttet på langtidsavdeling på tomannsrom i påvente av ledig enkeltrom ved denne avdeling eller annen avdeling og blir så flyttet på nytt. Dette kan innebære en merbelastning for pasienten da flytting er uheldig for pasienter med delirium (Juliebø, 2009, s. 15). Et annet forhold er at pasienter med delirium bør skjermes å ha fastvakt (ibid.), noe som er vanskelig i dobbeltrom, spesielt dersom romkameraten er pasient med langtkommen demenssykdom. Sykepleierne ved korttidsavdelingen tok rutinemessig ulike kliniske prøver ved mistanke til delirium eller mistanke til infeksjon eller annet for å forebygge delirium. Sykepleierne så på pårørende som en viktig ressurs og var opptatt av å involvere dem både med hensyn til innhenting av informasjon og som støttespiller til pasienten. Av og til kan informasjon til pårørende skape et ”deliriums dilemma” hvor ulike hensyn må veies opp hverandre.

4.3 Pårørende som støttespiller

Pårørende kan oppleve delirium som belastende og kan trenge informasjon og støtte (Stubberud, 2010, s. 215) og når informasjonen er gitt og de har fått en forklaring på tilstanden, kan de være en viktig ressurs for pasienten (Bjørnum, 2013, s. 217). I legevakt og akuttmottak er pårørende ofte eneste informasjonskilde og tilstedeværelse av pårørende betyr mye for pasienten (Juliebø og Wyller, 2010, s. 5). I hospiteringspraksis erfarte jeg imidlertid at det å informere pårørende ikke alltid var etter pasientens ønsker. En pasient som har opplevd delirium kan føle skam etter på og kan ha behov for hjelp til å gå igjennom hendelsen (Stubberud, 2010, s. 215, Ranhoff, 2008c, s. 398). Pasienten jeg hadde samtale med, følte seg veldig skamfull og fortalte at hun var redd pårørende skulle få vite hva hun hadde sagt og hvordan hun hadde oppført seg når hun begynte å se ting. En annen pasient, på langtidsavdeling, men på korttidsvedtak for avlastning og som ble syk og måtte på sykehus, var engstelig for at familien skulle presse på for å få henne inn på langtids plass på sykehjemmet dersom de fikk vite hvor ”gal” mor hadde vært på sykehuset. Denne pasienten var lettet over at pårørende ikke hadde hatt anledning til å være hos henne da hun var på det verste. Bjørnum (2013, s. 217) på sin side hevder at pårørende både kan forebygge og i noen tilfeller hindre fulminant delirium, mens min pasient ville altså ikke ha sine kjære som vitne til ”galskapen” sin. Dette må sykepleier ta hensyn til når det skal vurderes om pårørende skal være tilstede for å støtte pasienten med delirium. Eldre er heterogen gruppe (Ranhoff, 2008a, s. 75) og ikke alle ønsker eller har behov for kontakt med pårørende i slike situasjoner og kan oppleve dette som direkte krenkende å bli utlevert slik. Ved informasjon til pårørende må man

også være varsom og tenke på hvordan man utleverer pasienten. Ifølge yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (pkt. 2) skal sykepleier ivareta pasientens verdighet og integritet og videre (pkt. 3) at dersom det oppstår interessekonflikt mellom pasient og pårørende, skal sykepleier prioritere hensynet til pasienten.

4.4 Brillor og høreapparat

Et enkelt og viktig tiltak ved delirium er å sørge for at en pasient som har redusert syn og er hørselshemmet får på briller og høreapparat (Ranhoff, 2008c, s. 402). Det kan virke som en selvfølge at hjelpemidler til korreksjon ved sansesvikt skal være med eller på pasienten når pasienten kommer til for eksempel legevakt eller innlegges på sykehus. Dessverre er ikke dette alltid en selvfølge. Balas m.fl. (2012, s. 22) viser til studier hvor det fremkommer at flere eldre pasienter innlagt på sykehus som brukte briller, ikke hadde brillene med seg. Ingen av pasientene som var oppført med høreapparater i journalen, hadde disse med. Dette er alvorlig fordi studier viser at sansetap som syn og hørsel, men særlig syn, både er en risikofaktor for å utvikle delirium, men også har betydning for varighet av tilstanden (Juliebø m.fl. 2012, s. 255). Det forekommer også at briller og høreapparat (og tannproteser) blir borte på sykehus og må etterlyses når pasienten kommer tilbake til sykehjemmet.

Kommunikasjonen er da veldig vanskelig. Pasienten har gjerne kognitiv svikt fra før. Han snakker gjerne høyt og sier forunderlige ting og oppleves å være til irritasjon eller latter for andre pasienter. Når pasienten har klare øyeblikk, merker pasienten dette og trekker seg tilbake på rommet sitt. Det kan gå lang tid før pasienten har høreapparater igjen og i mellomtiden kan konsekvensene av manglende korreksjon ha blitt ytterligere kognitiv svikt.

4.5 Bruk av tvang

Det hender at bruk av tvang er nødvendig eller at det er nødvendig at tvang blir vurdert og drøftet med annet fagpersonell. En viktig oppgave for sykepleier er å forebygge videre helsesvikt (Stubberud, 2010, s. 215). Det er ikke enkelt når en pasient motsetter seg hjelpen.

Særlig utfordrende er det når pasienten vanligvis er samtykkekompetent, men ikke kan svare for sine handlinger ved delirium. En situasjon jeg opplevde på langtidsavdeling, kan beskrive noe av utfordringene i dette. Kort fortalt var situasjonen slik:

Pasienten som tidligere hadde gått med prekestol, var preget av å ha delirium og var sterkt motorisk urolig da hun kom tilbake til sykehjemmet etter hoftebrudd. Pårørende, lege og sykepleier vurderte risiko for ny fallskade som så stor at det ble besluttet at pasienten skulle festes med lårbelter og hoftebelte i rullestol. Fastholding av pasient med delirium, kan øke forvirringen (Ranhoff, 2008c, s. 401) og det skjedde med denne pasienten. Hun ble ikke bare mer forvirret, men fikk også superkrefter og ble kreativ. Sengehesten på sengen klarte hun med letthet å klatre over enda hun var nyoperert. Nattskjorten som ringesnoren var festet til, tok hun av seg. En dag hun hadde behov for skjerming, ble hun for en veldig kort stund satt på rommet sitt uten tilsyn. Da klarte hun å løsne på beltefestene i stolen, reiste seg, gikk uten støtte og brakk den andre hoften. Pasienten kom tilbake fra sykehuset og var minst like forvirret som forrige gang. Klok av skade, ble det denne gangen bestemt at pasienten ikke skulle holdes tilbake i stol med belte, men heller ha fastlagt rutine med gåtrening med prekestol hver dag. Brinchmann (2005, s. 81) sier at menneskeverdet og integriteten er konstant, selv om menneskers evne til å utøve autonomi varierer gjennom livet. Og videre at dersom mennesker ikke kan foreta selvbestemmelse på enkelte områder, har de likevel rett til å få respekt for sine mentale og fysiske grenser. Denne pasienten opplevde seg selv som en fange i stolen med belter og hadde behov for å bli fri. Hun frigjorde seg selv og hun pådro seg nytt brudd i den andre hoften. Nå for hun lov å være fri – og gå med prekestol. Fallrisiko er tilstede, men en nødvendig risiko jeg mener man må ta, for at hun skal oppleve at hennes mentale og fysiske grenser blir varetatt og respektert.

5. 0 AVSLUTNING

Som student på grunnutdanningen i sykepleien, var jeg på forelesning om den gamle pasienten. Foreleser mente den gamles kropp og sinn var en manifestasjon av ”det levde livet”. Det var sagt i beste mening: Vi skulle ha respekt for den gamles levde liv – og vi skulle akseptere den gamle pasientens måte å uttrykke seg på. ”Gamle, og spesielt gamle med demenssykdom bruker ord som ikke alltid er adekvate for å fortelle om opplevelsene sine”, fikk jeg vite. Det var noe i dette som fikk meg til å reagere. Hva betyr det å ha en gammel kropp og et gammelt sinn som har levd et liv? En av følgende av et levd liv, er at hjernen får redusert reservekapasitet og blir sårbar for belastninger og kan utvikle delirium. Delirium rokker ved de forventningene vi har til gamle. De skal fortelle om gamle dager, ikke om ville dyr eller vesener som kommer til dem på natten. De skal være søte, hyggelige og takknemlige, ikke hyle av sinne eller redsel, sparke, bite, slå, spytte, klore, lugge. Samhandlingsreformen legger opp til at pasienter i størst mulig grad skal behandles nært bostedet og det gjøres endringer i kommunehelsetjenesten blant annet ved sykehjem som gjør at eldre skal kunne få behandling der og unngå sykehusinnleggelse. Dette er utvilsomt en fordel for pasienter med delirium, men dersom sykehjemmene skal fortsette i samme grad som tidligere med å være gjenstand for kommunale innsparingstiltak, er det risiko for at denne gruppen av pasienter ikke får dekket sine behov. Disse pasientene krever tett oppfølging av helsepersonell som har kompetanse på å observere, vurdere og iverksette tiltak ved akutt og kritisk sykdom hos eldre. I tillegg må helsepersonellet være mange nok for å kunne ivareta disse som har en manifestasjon på et ”levd liv” og gi dem livskvalitet.

LITTERATURLISTE

Balas, M.C., Rice, M., Chaperon, C., Smith, H., Disbot, M., Fuchs, B. (2012) Management of Delirium in Critical Ill Older Adults. *CriticalCareNurse*, august, 32 (4), s. 15-26.

Bartels, U. (2011) Delirium og akut psykose. I: Callese, T. og Antonsen, K. red. *Den akutte patient*. 2. utgave. 2. opplag. København. Munksgaard Danmark, s. 289-293.

Brinchmann, B.S. (2005). De fire prinsippers etikk. I Brinchmann, B.S. red. *Etikk i sykepleien*. 1. utgave. 2. opplag. Gyldendal akademisk. Oslo, s. 72-87.

Bøyum, Å. (2013) Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien Forskning* (3), s. 210-218.

Engedal, K. og Haugen, P.K. (2006) *Demens. Fakta og utfordringer*. 4. utgave. 2. opplag. Tønsberg, Forlaget Aldring og helse.

Gower, L.E.J., Gatewood, M. O'Keefe and Kang, C.S. (2011) *Emergency Department of Delirium in the Elderly*. Tilgjengelig fra: http://escholarship.org/uc/uciem_west (Lest 18. februar 2014).

Helsepersonelloven. (1999) Lov om helsepersonell m.v. av juli 1999 nr. 64. Endringslov til helsepersonelloven. (2007) Lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 6 om helsepersonell m.v. av 29. juli nr. 64. Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/ltavd1/filer/nl-20070629-061.html> (Lest 18.februar 2014).

Hunskår, S. (2013) Akutt forvirring. I: Hunskår, S. red. *Allmenntmedisin*. 3. utgave, 1. opplag. Oslo. Gyldendal Akademisk, s. 189-192.

Inouye, S. (2006) Delirium in Older Persons. Tilgjengelig fra følgende nettside: www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra052321 (Lest 16. november, 2014).

Kirkevold, M. (2008) Gammel og syk. I I: Kirkevold, M., Brodkorp, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo. Gyldendal Akademisk, s. 23-37.

Juliebø, V. (2009) Delirium – en vanlig og farlig tilstand blant eldre. *Demens&alderspsykiatri*, 13 (2), s. 13-16.

Juliebø, V. og Wyller, T. B. (2010) Delirium – en tilstand med høy forekomst og dårlig prognose. *Geriatrisk sykepleie*, 2 (3), s. 4-6.

Juliebø, V., Krogseth, M., Neerland, B.E., Watne, L.O. and Wyller, T.B. (2012) Delirium – a common condition associated with negative outcome in the elderly. *Norsk Epidemiologi*, 22 (2), s. 253-260.

Milisen, K., Lemiengre, J., Braes, T. & Foreman, M.D. (2005) Multicomponent intervention strategies for managing delirium in hospitalized older people: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 52 (1), 79-90.

Neerland, B.E., Watne, L.O., Wyller, T.B. (2013) Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 133 (15), s. 1596-600.

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. Oslo. Tilgjengelig fra:

https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/282884/Yrkesetiske_retningslinjer.PDF (Lest 18.februar, 2014)

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) Lov om pasient- og brukerrettigheter, 2. juli 1999 nr. 63. Kap. 4A Helsehjelp til pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen. Tilføyet ved lov av 22. desember 2006 nr 99.

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasientrettighetsloven*

(Lest 18.februar 2014).

Ranhoff, A.H. (2004) Medikamentell behandling av delirium hos eldre. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124 (23), s. 3072-4.

Ranhoff, A.H. og Brørs, O. (2005) *Legemidler som kan gi delirium hos eldre*. Tidsskriftet for Den norske legeforening, 125 (7), s. 2366-7.

Ranhoff, A.H. (2008a) Den gamle pasienten. I: Kirkevold, M., Brodtkorp, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo. Gyldendal Akademisk, s. 75-86.

Ranhoff, A.H. (2008b) Den akutt syke gamle. I: Kirkevold, M., Brodtkorp, K. og Ranhoff, A.H. red. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo. Gyldendal Akademisk, s. 180-195.

Ranhoff, A.H. (2008c) Delirium (akutt forvirring). I: Kirkevold, M., Brodtkorp, K. og Randoff, A. H. red. *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo. Gyldendal Akademisk, s. 395-405.

Rokstad, A.M.M. (2008) Utfordrende atferd. I: Rokstad, A.M.M. og Smebye, K. L. red. *Personer med demens. Møte og samhandling*. Oslo. Akribe, s. 180-206.

Simonsen, T., Aarbakke, J. og Lysaa, R. (2004) *Illustrert farmakologi*. 2. utgave, 5. opplag. Bergen. Fagbokforlaget

Stubberud, D.G. (2010). Delir. I: Gulbrandsen, T. og Stubberud, D.G. red. *Intensivsykepleie*. Oslo. Akribe, s. 208-220.

Tabet, N., Hudson, S., Sweeny, V., Sauer, J., Bryant, C., MacDonald, A., Howard, R. (2005) An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. *Age and ageing*, 34, 152-156. Tilgjengelig fra <http://ageing.oxfordjournals.org/> (Lest 14. november, 2013).

Voyer, P, Richard, S., Douchet, L., Danjou, C and Carmichael, P.H. (2008) *Detection of delirium by nurses among long-term care residents with dementia*. Tilgjengelig fra: <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/7/4> (Lest 16. november, 2013).

Publiseringsavtale

Avsluttende oppgaver for videreutdanningene ved Haraldsplass diakonale høgskole

Tittel: Delirium hos eldre

Kandidatnummer: 62

Årstall: 2014

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage Haraldsplass med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Haraldsplass diakonale høgskolen en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja
nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

ja
nei

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja
nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

ja
nei