



FORSIDEARK

TIL BRUK VED ALL INNLEVERING AV EKSAMEN I
VIDEREUTDANNINGER VED HØYSKOLEN DIAKONOVA

Fylles ut av kandidaten:

Del 1

Videreutdanningens navn:	(kryss av):
Videreutdanning i sykepleie til pasienter med kreftsykdom	Heltid: Deltid: X
Videreutdanning i sykepleie til pasienter med nyresykdom	
Helsesøsterutdanning	
Videreutdanning til hygiesykepleier/smittevernrådgiver	
Årsstudiet i kristen sjelesorg	

Del 2

Kandidatnummer: (Brukes kun ved fordypningsoppgave i form av artikkel)	919
Veileders navn: (Brukes kun ved fordypningsoppgave i form av artikkel)	Mardon Breimoen
Kull:	VU kreft deltid 2013
Semester og år:	Vår 2015
Tidspunkt og dato for innlevering:	30 januar 2015 kl 13.00
Antall sider vedlagt dette forsidearket:	18
Antall ord:	2986

ABSTRAKT

Hvordan kan kreftsykepleier i hjemmetjenesten lindre delirium hos terminale pasienter med kreft.

Introduksjon: Kreftsykepleiere skal gi støtte og omsorg til pasient og pårørende og bidra til en verdig død for pasienten. Delirium gir endringer i den kognitive funksjonen og observeres hos de aller fleste døende. Hensikten med artikkelen er å finne hvilke tiltak som fører til lindring av delirium. Dette for at pasienten skal få en verdig død og pårørende ikke skal sitte igjen med en skremmende opplevelse.

Metode: Artikkelen er en litteraturstudie. Det er søkt etter litteratur på databasene PubMed, CINAHL og SweMed+.

Resultat: Sykepleiere har varierende kunnskaper om delirium og bruker sjeldent verktøy for og oppdage og gjenkjenne delirium. Spesielt får hypoaktivt delirium lite oppmerksomhet. Identifisering, korrigerende og eliminerende av underliggende årsaker er hovedprinsippene for behandling, lindring og støttende omsorg. Pårørende er en betydelig ressurs for pasienter med delirium.

Konklusjon: Medisinering og miljøtiltak er anbefalte strategier for behandling og lindring av delirium.

Nøkkelord: delirium, hjemmesykepleie, familie, palliativ pleie.

ABSTRACT

How can an oncological nurse relieve delirium in terminal cancer patients at home.

Introduction: Oncological nurses should provide support and care to patients and their families and contribute to a dignified death for the patient. Delirium gives changes in cognitive function and it is observed in the majority of dying patients. The purpose of this article is to identify measures that lead to relief of delirium. This to give the patient a dignified death, and not leave the family with a terrifying experience.

Method: The article is a literature study. The literature has been found in the search bases PubMed, CINAHL and SweMed +.

Result: Nurses have a varying knowledge of delirium. They rarely use tools to detect and recognize delirium. Hypoaktivt delirium is especially getting little attention. Identifying, correction and elimination of underlying causes are the main principles of treatment, relief and supportive care. Relatives are a significant resource for patients with delirium.

Conclusion: Medication and environmental measures are recommended strategies for treatment and relief of delirium.

Keywords: delirium, home care, family, palliative care.

INTRODUKSJON

Kreftsykepleiere skal gi omsorg og støtte til døende pasienter, etter pasientens og pårørendes behov. Kreftsykepleiere skal ha kunnskap og ferdigheter til å lindre plagsomme symptomer slik at pasienten får en verdig avslutning på livet (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Den palliative organiseringen har som mål å gi best mulig lindring av plager og symptomer for pasienten, og best mulig livskvalitet for pasient og pårørende. I tillegg er det et mål at pasientene skal være mest mulig av sin tid hjemme (Haugen, Jordhøy & Hjermstad, 2008).

Delirium oppstår raskt og er en svikt i den kognitive funksjonen. Pasienten blir desorientert, får nedsatt hukommelse, språkforstyrrelser eller persepsjonsforstyrrelser som vrangforestillinger og hallusinasjoner. Emosjonelle og atferdsmessige endringer er ofte det første tegnet på et begynnende delirium. Dette vil ofte bli observert først av pårørende (Loge, Hjermstad & Kaasa, 2008). Delirium kan være hyperaktivt hvor pasienten er urolig, agitert og har raske sprang i tankevirksomheten, ofte hallusinasjoner og vrangforestillinger. Pasienten snur ofte døgnet og er våkne på natten. Delirium kan også ha et hypoaktivt forløp hvor pasienten er stille, ligger ofte og døser, kan sovne midt i setninger og reagerer sløvt. Den vanligste formen er blandet delirium hvor pasienten veksler mellom hyperaktivitet og hypoaktivitet (Wyller, 2011).

Delirium oppleves skremmende og uverdigg for pasienten og pårørende (Loge et al., 2008). For mange er dette noe som ikke forventes og er ikke forenelig med et ønske om en fredfull død (Brajtman, Higuchi & McPherson, 2006). Forekomsten av delirium hos pasienter med kreft varierer mellom 20 – 80 % i ulike studier. Symptomer på delirium observeres hos de aller fleste døende og er den nest hyppigste psykiatriske diagnosen hos

døende (Helsedirektoratet, 2013). Hensikten med artikkelen er å finne svar på hvilke tiltak som fører til lindring av delirium hos terminale pasienter. Dette for at pasienten skal få en fredfull død og pårørende ikke skal sitte igjen med en skremmende opplevelse.

Artikkelens problemstilling er;

Hvordan kan kreftsykepleier i hjemmetjenesten lindre delirium hos terminale pasienter med kreft.

METODE

Artikkelen er en litteraturstudie basert på relevante forskningsartikler fra ulike databaser, faglitteratur og offentlige dokumenter innen emnet.

Litteratursøket har blitt utført gjennom Helsebiblioteket. Det er brukt databasene PubMed, SweMed+ og Cinahl. Emneordene som er brukt i søket er delirium, neoplasms, nursing, treatment, palliative care, terminal care, family og risk factors i forskjellige kombinasjoner. Søket er avgrenset med tidsrommet 2004 – 2014 for å få den nyeste litteraturen. I databasene Cinahl og SweMed+ er søket avgrenset med artikler som er peer reviewed. Ved å søke på delirium, neoplasms and nursing i PubMed med avgrensningene nevnt ovenfor, ble resultatet fem treff tilgjengelig i full tekst. To av disse artiklene ble vurdert som relevante i forhold til temaet og blir brukt i artikkelen.

Søkene ga lite treff. Dette samsvarer med lest litteratur i artikler og faglitteratur, som påpeker at det er lite forskning på pasienter med kreft og delirium i terminal fase. Få av artiklene som ble funnet går direkte på terminale pasienter, men pasienter i palliativ fase.

Etter å ha lest flere artikler ble åtte artikler vurdert relevante i forhold til temaet. Hensikten med å være kildekritisk er i følge Dalland (2012) å se litteraturens relevanse og gyldighet i forhold til problemstillingen. De utvalgte artiklene er fra Canada, Australia, USA og Spania. Søkene ga lite treff fra Skandinavia og Europa. Det finnes mer litteratur om delirium i geriatrien. Noe av denne litteraturen vil bli brukt i artikkelen, da blant annet risikofaktorer og symptomer likt, selv om grunn sykdommen er forskjellig. En norsk artikkel fra geriatrien er funnet via håndsøk og blir brukt i artikkelen (Bøyum, 2013).

Artiklene er vurdert som pålitelige og troverdige ut i fra egen vurderingskompetanse. Det er fare for at relevant litteratur for artikkelen kan ha blitt utelatt, da min søkekompetanse er begrenset.

RESULTATER

Oppdage og gjenkjenne

I noen tilfeller er delirium et signal på forestående bortgang, i andre tilfeller kan delirium gå tilbake. Eldre pasienter med kreft har generelt høy risiko for å utvikle delirium på grunn av tilstedeværelsen av mange predisponeringsfaktorer. Jo flere faktorer pasienten har, desto mer risiko for å utvikle delirium (Milisen, Steeman & Foreman, 2004). I en studie om forebygging av delirium viste det seg at tidligere hendelser med delirium var den største risikofaktoren for å utvikle delirium i terminalfasen (Gagnon, Allard, Gagnon, Mérette & Tardif, 2012). Samtidig vil den totale byrden av terminal sykdom øke pasientens sårbarhet for å utvikle delirium. De viktigste identifiserte årsakene til delirium er opoider, infeksjon, hjernemetastaser, hyperkalsemi og dehydrering (Bruera et al., 2009).

Tidlig oppdagelse av delirium er viktig for å få en rask og riktig behandling. Likevel er det et anerkjent problem at delirium ikke blir gjenkjent eller at det blir missoppfattet av blant annet sykepleiere. Spesielt er dette problematisk hos pasienter med en underliggende demens eller hos pasienter med hypoaktivt delirium (Milisen et al., 2004). I en undersøkelse gjort for og utforske sykepleieres evne til å vurdere delirium hos palliative pasienter, hadde flertallet av sykepleiere begrenset og overfladisk kunnskap om delirium. Deres beskrivelser av pasienter med delirium oppfylte ikke kriteriene i det mest brukte screeningverktøyet for delirium, CAM. Få av sykepleierne kunne beskrive symptomer på hypoaktivt delirium (Agar et al., 2011). Bøyum (2013) sin undersøkelse viser at sykepleiere hadde mye kunnskap og erfaring med delirium, spesielt hyperaktivt delirium. Pasienter med hypoaktivt delirium fikk liten oppmerksomhet av sykepleierne i denne undersøkelsen. Registreringsverktøyer som CAM ble ikke brukt av sykepleierne.

Pårørende

Undersøkelser viser at 81% av pasienter som husker en gjennomgått episode av delirium, rapporterer at opplevelsen var forbundet med engstelse. Familien rapporterte om en høyere grad av engstelse enn pasientene (Bruera et al., 2009). Delirium blir sett på som svært belastende for pasient, pårørende og sykepleiere. For pårørende var engstelsen relatert til det å ikke bli sett som pårørende og mangel på informasjon. Informasjonsmangel ble beskrevet som å ikke vite hva som skjer eller hva som er årsak til deliriet. Å se sine kjære i en slik tilstand var også en stor belastning for pårørende (Agar et al., 2011).

I en norsk undersøkelse av pasienter innlagt med hoftebrudd og delirium, blir pårørende sett på som en betydelig ressurs for pasienten. Det ble påpekt at enkelte pårørende synes det var en belastning å se sine kjære sterkt mentalt forandret. Likevel hadde pårørende en

betydelig beroligende og realitetsorienterende effekt på pasienten i de fleste tilfeller. Det ble også beskrevet at pårørendes tilstedeværelse i tilfeller der pasienten hadde hallusinasjoner og paranoia kunne førte til at deliriet gikk tilbake (Bøyum, 2013).

Brajtman et al. (2006) sin studie viser at sykepleiere er klar over at familien trenger støtte, da de var opprørt og skremt av pasienters atferd. En sykepleier i undersøkelsen utaler at hun ser en tendens til at jo mer uklar pasienten er, jo mer forstyrret og engstelige blir pårørende. Sykepleiere uttrykte at de ønsket og kontrollerer symptomene slik at pårørende skulle slippe og sitte igjen med urovekkende minner. De påpekte også at familien til hjemmeboende måtte klare seg uten kontinuerlig nærvær av profesjonell støtte, i motsetning til pasienter som var innlagt.

Lindring av delirium

Identifisering, korrigerende og eliminering av underliggende årsaker til delirium er hovedprinsippene for behandling, lindring og støttende omsorg. Mange studier som omhandler behandling indikerer at moderat hydrering, opioid rotasjon, bruk av haldol, chlorpromazine eller olanzapine har effekt (Milisen et al., 2004). Det viser seg at hydrering av pasienter med fremskreden kreft ikke har effekt på symptomer som er assosiert med dehydrering, livskvalitet og overlevelse. Derimot viste det seg at pasienter som fikk en liter væske hadde mindre delirium enn plasebogruppen (Bruera et al., 2013).

En undersøkelse gjort for å gjennomgå dagens kunnskapsgrunnlag for å behandle episoder med delirium i palliativ omsorg mener at enkle miljøstrategier ofte er undervurdert. Støy, sterkt lys, overdreven mørke, hyppige bytte av personale og endringer i rommet bør minimaliseres. Familien kan bistå i hyppig reorientering av pasienter. Oppdatert kaller

og en synlig klokke bør gjøres tilgjengelig i pasientens rom. Kommunikasjonen skal være klar og enkel. Det er viktig å være oppmerksom på at pasienten har briller for synskorreksjon, høreapparater, og proteser tilgjengelig. Miljøet må være fysisk trygt for pasient, ansatte og familie. Hydrering og ernærings status bør overvåkes. Der det viktig at smerter er under kontroll. Søvn-våkne syklus bør normaliseres (Bush et al., 2014). I Agar et al. (2011) sin undersøkelse ble miljøtiltak høyt verdsatt av deltagerne. Sykepleiere uttalte at et trygt miljø uten rot var viktig for pasienter med delirium. De så også viktigheten av å ha kjente gjenstander, et lys på i rommet og regelmessig reorientering av miljøet. Skjerming og strukturerte rutiner var strategier som ble brukt. En til en sykepleie ble også sett på som en positiv fordel for pasienter med delirium. Kontinuitet i pleien blir oppfattet som en viktig faktor for å kunne gi pasient og pårørende den oppfølgingen som var nødvendig (Milisen et al., 2004). Sykepleiere fremhever at utstyr som urinkateter, oksygenlanger, venekanyler og bandasjer er stressfaktorer for pasientene. Dette er ofte nødvendig utstyr. Sykepleiere fortalte at de prøvde å redusere slikt stress ved å bruke minst mulig utstyr eventuelt legge venekanyle på beina. Det kom ikke frem i undersøkelsen om disse tiltakene gjorde pasienten roligere (Bøyum, 2013).

Sykepleiere i Agar et al. sin undersøkelse (2011) uttalte at de observerte pasienter med delirium nøye og foretrakk og bruke medisiner for symptomer som forårsaket ubehag for pasienten. Fysisk rastløshet, aggresjon eller søvnløshet ble nevnt som symptomer som ble behandlet med medisiner (Sánchez-Román, Beltrán Zavala, Lara Solares & Chiquete, 2014). Haldol er førstevalget og den mest brukte medisinen for delirium i palliativ medisin. Delirium som er vanskelig og kontrollere blir sammen med dyspne beskrevet som den hyppigste årsaken til at lindrende sedering blir brukt (Bush et al., 2014, Sánchez-Román et al., 2014).

DISKUSJON

Oppdage og gjenkjenne

Oppdage og gjenkjenne delirium er en forutsetning for å kunne gi pasienten riktig behandling og god lindring (Milisen et al., 2004). Agar et al. (2011) viser i sin undersøkelse at sykepleiere manglet kunnskap om delirium. Bøyum (2013) sin undersøkelse viste at sykepleiere hadde god kunnskap og mye erfaring med delirium. Flere av undersøkelsene påpekte at sykepleiere ikke brukte verktøy for å gjenkjenne delirium og hadde problemer med å oppdage hypoaktivt delirium (Agar et al., 2011, Bøyum, 2013, Milisen et al., 2004). Disse funnene viser at utdanning og kunnskap trengs (Agar et al., 2011).

Pasienter med hypoaktivt delirium blir ofte gitt liten oppmerksomhet eller misoppfattes av sykepleiere. Grunnen kan være at pasientene er rolige og ikke står i umiddelbar fare for å skade seg selv, i motsetning til pasienter med hyperaktivt delirium. Disse pasientene er utsatt for sviktende smertelindring og understimulering (Bøyum, 2013). Delirium vanskeliggjør kommunikasjon og beslutninger i en kritisk tid (Milisen et al., 2004).

Muligheten for å kommunisere med pasienten er avgjørende for å få pålitelig informasjon om fysiske symptomer. Feilaktig håndtering av delirium hos disse pasientene kan bety mye for deres død. Hypoaktivt delirium kan på en annen side lett misoppfattes. Sykepleiere kan i feil tro tenke at en pasient er i ferd med å dø og at slike symptomer er å forvente. Mange sykepleiere har også en oppfattning av at delirium er umulig og reversere og at det ikke er nødvendig eller nyttig å behandle disse når pasienten er terminal (Sánchez-Román et al., 2014).

For å fange opp pasienter med delirium er det viktig å bruke registreringsverktøy som for eksempel CAM. Spesielt gjelder dette pasienter med hypoaktivt delirium (Bøyum, 2013).

Kunnskap om delirium og ferdigheter i metode er nødvendige elementer for å kunne forbedre gjenkjenningen av delirium. CAM krever noe opplæring og finnes blant annet oversatt til norsk på hjemmesidene til Norsk geriatrisk forening (Loge et al., 2008).

Brajtman et al. (2006) påpeker at sykepleiere i deres undersøkelse indikerte at ekstra informasjon og opplæring om delirium ville forbedre deres evne til å sørge for en verdig død for pasienter med delirium. Dette ble også sett på som viktig for å kunne identifisere delirium tidlig og kunne gi god støtte til familien. Et godt samarbeidsnettverk (teamwork) var en av faktorene som ble sett på som styrkende i omsorgen for pasienter og pårørende. Stabilt personale som har erfaring med delirium gjenkjenner og evaluerer pasienten bedre enn en vikar som tar sporadiske vakter. I en slik situasjon er det også en fordel og kjenne til hvordan pasienten er til vanlig, uten delirium (Milisen et al., 2004).

Pårørende

Omsorg for døende pasienter inneholder også omsorg for pårørendes behov. Å følge sine kjære deres siste levetid er en belastning i seg selv (Sæteren, 2010). Som nevnt tidligere er episoder med delirium også sett på som en belastning og en skremmende opplevelse for pårørende. Likevel viser undersøkelser at pårørende er en betydelig ressurs for pasienter med delirium (Agar et al., 2011, Brajtman et al., 2006, Bøyum, 2013). Som kreftsykepleier i hjemmetjenesten er det viktig å tenke på at pårørende til terminale med delirium er i en utsatt situasjon. Pårørende har behov for mye informasjon og støtte for å kunne være pasientens ressurs (Bøyum, 2013). Pårørende relaterer sin engstelse til det å ikke bli sett som pårørende og mangel på informasjon (Agar et al., 2011). God tilpasset informasjon reduserer engstelse, gir trygghet, mindre missforståelser og gir grunnlag for et bedre samarbeid. Spesielt der det er flere hjelpere inne i bildet er det viktig at informasjonen er

samstemt for å unngå feiltolking og usikkerhet (Schjødt, Haugen, Straume & Værholm, 2008). Sand (2002) ser på pårørende som den sykes advokat, som har behov for å beskytte pasienten og sørge for at pasienten får god kvalitet på pleien. Hun mener at den beste hjelpen og tryggheten som kan gis til pårørende er å sørge for god pleie og behandling med faglig høy standard. Ved å ta på seg faglig ansvar og gir god oppfølging vises det gjennom våre handlinger at vi også ser pårørende. I hjemmetjenesten er det viktig for pårørendes trygget at de har tilgjengelige mobilnummer de kan ringe slik at de har tilgang til kvalifisert hjelp til enhver tid (Rønning, Strand & Hjermstad, 2008).

Pårørende kan ha behov for å beskytte pasienten, få informasjon og være en støtte og ressurs som nevnt ovenfor. I tillegg kan pårørende ha behov for å være sammen med pasienten, få støtte av familie og venner og ha et håp. Håp i denne sammenheng kan være håp om en smertefri og fredfull død. Pårørendes behov er varierende og avhenger ofte av deres forhold til pasienten. De setter ofte sine egne behov tilside for å ta vare på pasientens behov (Stubberud, 2010).

Mange pårørende opplever det som meningsfullt å ha omsorgen for pasienten hjemme når det er lagt til rette for dette av hjemmetjenesten. I en hjemmesituasjon er pårørende til den døende pasienten unnværlig og det kan være viktig for pårørende å få avlastning (Sæteren, 2010). I praksis ser man ofte at å sette inn fastvakt spesielt om natten, kan være til god hjelp for pasientens pårørende. Pasienter med delirium er ofte våken om natten og det er viktig for pårørende å få søvn om de skal klare å ha pasienten hjemme.

Lindring av delirium

For mange pasienter er delirium en del av dødsprosessen (Loge et al., 2008). Tidlig gjenkjenning av delirium og god lindring kan bedre velværet og livskvaliteten for pasienten (Brajtman et al., 2006). Kreftsykepleiere skal kunne lindre plagsomme symptomer slik at pasienten får en verdig avslutning på livet (Utdannings- og forskningsdepartementet, 2005). Hos terminale pasienter med delirium kan dette by på utfordringer. Skal delirium hos terminale pasienter behandles hos alle? Hvordan oppnås en optimal lindring?

Delirium er en alvorlig komplikasjon som ofte leder til dårlig utfall. Et stort dilemma for helsearbeidere er å kombinere bruk av strategier som minimerer lidelse med mål som forsøker å forebygge eller behandle delirium. Dette uten at det ødelegger dyrbar tid med familie og venner. Strategier for å forebygge og behandle delirium bør bare bli brukt der pasientens velvære ikke er tilstrekkelig. Spesielt der pasienten forventer å ha få dager eller timer igjen av livet (Milisen et al., 2004). "Think before you treat" er en hovedregel for behandling av delirium i palliativ sammenheng. Det er i de fleste tilfeller ikke hensiktsmessig og flytte en hjemmeboende pasient til sykehus for utredning og behandling. Behandlingen vurderes ut fra sannsynlig årsak til deliret. Hypoaktive delirium i terminalfasen skal i de fleste tilfeller ikke behandles. Et unntak er hydrering av pasienter som får store doser opoider og sørge for god smertelindring subcutant om pasienten ikke klarer og ta tabletter lenger. Hyperaktive delirium bør vurderes med tanke på å korrigere årsakene. Dette kan blant annet være å sørge for god oksygenering, hydrering og behandle infeksjon. Ofte blir disse pasientene gitt beroligende som midaszolam og haldol. Hyperaktive delirium er også en av de hyppigste årsakene til at lindrende sedering blir brukt (Loge et al., 2008).

Når pasienten er hjemme er det fastlegen som har hovedansvaret for den medisinske behandlingen (Norås, 2010). Sykepleiere i hjemmetjenesten har et betydelig ansvar for observasjon og kartlegging av pasienten i den daglige kontakten. God samhandling mellom de som deltar i pleie og behandling av pasienten er nødvendig for en god behandling (Rønning et al., 2008). Sykepleiere må ha evne til å gjennomgå ulike medisinske og ikke medisinske behandlingsalternativer for delirium. De må også se og behandle tilstander som kan forverre delirium slik som obstipasjon, urinretensjon og smerter (Agar et al., 2011).

I tillegg til medisinsk behandling består symptomrettede tiltak i å tilrettelegge pasientens miljø. Det finnes lite dokumentasjon på at disse tiltakene har effekt, men de vurderes likevel til å ha en plass i lindring av delirium (Loge et al., 2008). Erfaringsmessig ser jeg at miljøtiltak i seg selv i de fleste tilfeller ikke lindrer delirium alene og medisinerer må brukes i tillegg for å få en optimal lindring. På en annen side kan et trygt og rolig miljø ha en beroligende effekt på angstelse. Pasienter som husker en gjennomgått episode av delirium, forbinner episoden med angstelse (Bruera et al., 2009). I Milisen et al. (2004) sin undersøkelse beskrev sykepleiere at beroligende trøst og skånsom berøring virket roende på noen av pasientene. En sykepleier uttaler at døende vanligvis liker å bli tatt på. De føler seg mindre redde og alene når de føler nærvær fra andre. En annen sykepleier uttaler at sykepleiere må ha evne til å være hos pasienten og ha en beroligende tilstedeværelse.

KONKLUSJON

Kunnskap om delirium er viktig for å oppdage delirium og en forutsetning for riktig behandling og lindring. Pasienter med hypoaktivt delirium blir gitt liten oppmerksomhet av sykepleiere og er utsatt for blant annet sviktende smertelindring. Bruk av verktøy for å

gjenkjenne delirium er spesielt viktig for å gjenkjenne hypoaktivt delirium, men blir ikke brukt av sykepleiere. Delirium er en skremmende opplevelse for pasient og pårørende og oppleves ofte uverdigg. Pårørende er en betydelig ressurs for pasienter med delirium.

Kreftsykepleiere i hjemmesykepleien må se pårørende og deres behov slik at de takler å være en ressurs for pasienten hjemme. Miljøstrategier og medisinerer er anbefalte tiltak for behandling og lindring av delirium. Tiltakene må vurderes fra pasient til pasient der pasientens velvære ikke er tilstrekkelig og skal ikke ødelegge dyrbar tid med familie og venner.

Lest litteratur om delirium i palliativ omsorg indikerer at det trengs mer forskning innen emnet. Gjennomføring av forskning på delirium hos palliative pasienter er utfordrende.

Dette på grunn av pasientenes sårbarhet, etiske problemstillinger rundt pasientens informerte samtykke, pasientens vilje til å delta i forskning og høyt frafall av pasienter.

Forskningen som finnes om delirium har sjeldent fokus på palliativ omsorg.

REFERANSELISTE

Agar, M., Draper, B., Phillips, P. A., Phillips, J., Collier, A., Harlum, J. & Currow, J. (2011). Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. *Palliative Medicine*, 26(7),887-896.

Brajtman, S., Higuchi, K. & McPherson, K. (2006). Caring for patients with terminal delirium: palliative care unit and home care nurses' experiences. *International Journal of Palliative Nursing*, 12(4),150-156.

Bruera, E., Bush, S. H., Willey, J., Paraskevopoulos, T., Li, Z., Palmer, J.L., ... Elsayem, A. (2009). The impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. *Cancer*, 115(9),2004-12.

Bruera, E., Hui, D., Dalal, S., Torres-Vigil, I., Trumble, J., Roosth, J., ... Tarleton, K. (2013). Parenteral Hydration in Patients With Advanced Cancer: A Multicenter, Double-Blind, Placebo-Controlled Randomized Trial. *Journal of clinical oncology*, 31(1),111-118.

Bush, S. H., Kanji, S., Pereira, J. L., Davis, D. H., Currow, D. C., Meagher, D. J., ... Lawlor P. G. (2014). Treating an Established Episode of Delirium in Palliative Care: Expert Opinion and Review of the Current Evidence Base With Recommendations for Future Development. *Journal of Pain Symptom Management*, 48(2),231–248.

Bøyum, Å. W. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien forskning*, 8 (3),210-218.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5 utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

Gagnon, P., Allard, P., Gagnon, B., Mérette, C. & Tardif, F. (2012). Delirium prevention in terminal cancer: assessment of a multicomponent intervention. *Psycho-Oncology*, 21,187-194.

Haugen, D. F., Jordhøy, M. S. & Hjermland, M. J. (2008). Organisering av palliative tilbud. I Kaasa, S. (Red.), *Palliasjon* (2. utg.). (s.197-211). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Helsedirektoratet. (2013). *Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen* (VeilederIS-2101/2013). Hentet fra <http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/nasjonalt-handlingsprogram-med-retningslinjer-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-/Sider/default.aspx>

Loge, J. H., Jensen Hjermland, M. & Kaasa, S. (2008). Delirium. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2. utg.). (s. 547-556). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.

Milisen, K., Steeman, E. & Foreman, M. D. (2004). Early detection and prevention of delirium in older patient with cancer. *European Journal of Cancer Care*, 13,494-500.

Norås, I. L. (2010). Kreftsjukepleie i heimen. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (3. utg.). (s.331-350). Oslo: Akribes

Rønning, M., Strand, E. & Hjermstad, M. J (2008). Palliativ behandling utenfor sykehus - hjemmesykepleien. I S. Kaasa (Red.), *Palliasjon* (2. utg.). (s.214-228). Oslo: Gyldendal Norske Forlas AS.

Sánchez-Román, S., Beltrán Zavala, C., Lara Solares, A, & Chiquete, E. (2014). Delirium in adult patients receiving palliative care: a systematic review of the literature. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 7(1),48-58.

Sand, A. M. (2002). Hverdagen som pårørende til hjemmeboende pasient med langtkommen, uhelbredelig sykdom. I B. S. Brinchmann (Red.), *Bære hverandres byrder Pårørende i sykepleien* (1. utg.). (s.143-165). Bergen: Fagbokforlaget.

Schjødt, B., Haugen, D. F., Straume, M. & Værholm, R. (2008). Familien. I Kaasa, S. (Red.), *Palliasjon* (2. utg.). (s. 89-114). Oslo: Gyldendal Norske Forlas AS.

Stubberud, D-G. (2010). Pårørende. I: Guldbrandsen, T., & Stubberud, D-G. (Red.) *Intensivsykepleie* (2. utg.). (s.77-90). Oslo: Akribe.

Sæteren, B. (2010). Omsorg for døende pasienter. I A. M. Reitan & T. K. Schjøberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (3. utg.). (s.235-255). Oslo: Akribe

Utdannings-og forskningsdepartementet. (2005). Rammeplan for videreutdanning i kreftsykepleie. Hentet 15. oktober 2014 fra http://www.regjeringen.no/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269392-rammeplan_for_kreftsykepleie_05.pdf

Wyller, T. B. (2011). *Geriatrici* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk