

SPL 3902

BACHELOROPPGAVE

I SYKEPLEIE

07HBSPLD

KANDIDATNR.710

**Sykepleierens funksjon og ansvar i
forebygging og behandling av
delirium hos eldre forårsaket av
medikamenter.**



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helse, omsorg og sykepleie

Mai 2011

Sammendrag av Bacheloroppgaven

Tittel:	Sykepleierens funksjon og ansvar i forebygging og behandling av delirium hos eldre forårsaket av medikamenter.	Dato : 09.05.11
<hr/> <hr/> <hr/>		
Deltaker(e)/ kandidatnr:	710	
<hr/> <hr/> <hr/>		
Veileder(e):	Brit Væringstad	
<hr/> <hr/>		
Evt. oppdragsgiver:		
<hr/> <hr/>		
Nøkkelord (3-5 stk)	Delirium, eldre, medikamenter, behandling og forebygging.	
Antall ord: 9961	Antall vedlegg: 3	Publiseringsavtale inngått: ja/nei
<p>Oppgaven omhandler eldre som er disponible eller har fått utløst delirium forårsaket av medikamenter.</p> <p>Gjennom oppgaven ser vi på hvor viktig sykepleierens forebyggende og behandlende funksjon er til denne gruppen eldre.</p> <p>I forhold til forebygging er det mange tiltak, og det er gjort vitenskapelig dokumentasjon på at forebygging av delirium nytter.</p> <p>Vi setter og et søkelys på hvor viktig det er for helsepersonell å ha kunnskap og holde seg faglig oppdatert også innen forskning, da studier viste at pasienter får en mer effektiv behandling.</p> <p>Vi har valgt å bruke sykepleieteoretiker Joyce Travelbee da hun er opptatt av de mellommeneskelige aspektene ved sykepleie.</p> <p>Oppgaven er basert på et litteraturstudium, hvor vi har hentet litteratur fra bøker, artikler og forskning.</p>		

Abstract of bachelor thesis

Title:	The nurses role and responsibility in preventing and treating delirium in the elderly caused by medication.		Date : 09.05.11
Participants/ Candidate number*:	710		
Supervisor(s)	Brit Væringstad		
Employer:			
Keywords (3-5)	Delirium, elderly, medication, treatment and prevention.		
Number of pages/words:9961	Number of appendix: 3	Availability (open/confidential):	
<p>The focus of this paper is elderly who are disposed to, or have developed a delirium caused by medication.</p> <p>Through this project, we see the importance of the nurse's role in prevention and treatment for this group of the elderly.</p> <p>There are many preventative interventions. There is scientific documentation that prevention of delirium gives positive results.</p> <p>We have focused on the importance health workers knowledge, and need for being up to date including evidence based. Studies have shown that patients receive a more effective treatment.</p> <p>We have chosen nurse theoretician Joyce Travelbee who focuses on the interpersonal aspects of nursing.</p> <p>This is a literature study sourcing books, scientific articles and research papers.</p>			

Innhold

Sammendrag av Bacheloroppgaven.....	2
Abstract of bachelor thesis.....	3
1.0 Innledning.....	6
1.1 Presentasjon av problemstilling	6
1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	6
1.3 Avgrensning og klargjøring av begreper i problemstillingen	7
1.4 Formålet med oppgaven	8
1.5 Oppgavens disposisjon	8
2.0 Metode	9
2.1 Litteraturstudium som metode	9
2.2 Litteratursøk og søkeord	10
2.3 Presentasjon av litteratur og Kildekritikk	10
3.0 Delirium, bivirkning av Eldres medikamentbruk.....	12
3.1 Delirium	12
3.2 Den eldre og aldersforandringer	13
3.2.1 Aldersforandringers betydning for medikamenter	13
3.3 Medikamenter som kan utløse delirium	14
4.0 Sykepleiernes funksjoner	17
4.1 Grunnleggende verdier og holdninger	17
4.2 Presentasjon av Joyce Travelbees sykepleieteori	18
4.2.1 Syn på sykepleie	18
4.2.2 Menneskesyn.....	19
4.2.3 Holdninger	19
4.2.4 Helse og sykdom.....	19
4.2.5 Lidelse.....	20
4.3 Kunnskap og kompetanse	20
4.4 Sykepleierens funksjons og ansvarsområder	21
4.4.1 Medikamenthåndtering	23
4.5 Pårørende og brukermedvirkning	24
4.6 Sykepleierens forebyggende funksjon	25

4.7 Sykepleierens behandlende funksjon	27
4.7.1 Krisereaksjon i etterkant av delirium	28
4.7.2 Tester til forebygging og diagnostisering	30
5.0 Sykepleierens funksjon og ansvar i forebygging og behandling av delirium hos eldre forårsaket av medikamenter	31
5.1 Sykepleierens holdninger	31
5.2 Kunnskap og kompetanseområde.....	32
5.3 Sykepleierens funksjon og ansvar i forhold til eldre og medikamenter.....	33
5.3.1 Tverrfaglig samarbeid.....	35
5.4 Sykepleierens funksjon i forhold til forebygging og behandling	35
5.4.1 Krisereaksjon i etterkant	38
5.4.2 Tester som hjelpemiddel til diagnostisering av delirium	39
6.0 Konklusjon	40
7.0 Etterord	42
Litteraturliste.....	43
Vedlegg 1 CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)	47
Vedlegg 2 MDAS - The Memorial Delirium Assessment Scale	48
Vedlegg 3 STOPP.....	53

Antall ord: 9961

1.0 Innledning

1.1 Presentasjon av problemstilling

Temaet vårt opplever vi som veldig relevant, da eldre er den gruppen som har størst behov for ulike tjenester en sykepleier kan tilby. Eldre lever lenger enn før, og er samtidig utsatt for helsesvikt og sykdommer.

På grunn av sykdom som følger med aldring, er ofte medikamentbruket hos eldre en potensiell risiko for utløsning av delirium.

Vi ser utfordringene i å oppdatere seg kunnskapsmessig i forhold til eldre, og det fysiologiske som skjer ved aldring, og hva dette kan medføre til unødvendige lidelser.

Problemstillingen vår opplever vi som viktig for å utøve god faglig sykepleie til den eldre med risiko for delirium forårsaket av medikamenter.

Vår problemstilling lyder:

”Sykepleierens funksjon og ansvar i forebygging og behandling av delirium hos eldre forårsaket av medikamenter”.

1.2 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Temaet for oppgaven har vi valgt på bakgrunn av erfaringer vi har fått i løpet av studietiden.

Vi opplevde at sykepleie til eldre er utfordrende, jo eldre man blir, jo større risiko har man for å utløse delirium ved feil medikamentbruk, og ved polyfarmasi.

Ut i fra dette så vi hvor viktig det er å ha kunnskap om medikamentbruk og hvordan dette virker på de eldre. Med en slik kompetanse mener vi sykepleierens forebyggende og behandlende funksjon kommer til rette.

Det vi opplevde og som gjorde at vi valgte dette temaet, er at vi erfarte at det var lite kunnskap blant sykepleiere om forebyggende og behandlende tiltak, der medikamenter kunne være årsaken til utløsning av delirium.

Holdninger til denne pasientgruppen opplevde vi som krenkende da denne pasientgruppen ofte ble kategorisert som utfordrende med vanskelig adferd.

Ut fra dette opplevde vi at enkelte sykepleiere opptrådte uprofesjonelt da de var lite oppdatert kunnskapsmessig. Dette skapte usikkerhet.

Vi så at sykepleiere som hadde riktig kunnskap, med en gang kunne se hvilke behov pasientgruppen trengte og dermed slapp pasienten å lide unødvendig.

Pårørende opplevde vi som engstelige fordi pasienten akutt ble forandret mentalt. Da erfarte vi at den undervisende og veiledende funksjon en sykepleier har er viktig for å ivareta de pårørende på en best mulig måte.

Vi ble nysgjerrige på dette tema ut ifra de opplevelsene vi har fått i praksis, derfor vil se mer på dette og tilegne oss mer oppdatert kunnskap.

Ved en allerede utløst delirium opplevde vi tilfeller der pasienten ble satt på enda mer medikamenter. I stedet for å sjekke hvilke medikamenter pasienten stod på, og hva som kunne være deliriumutløsende, fikk vedkommende beroligende som ga en motsatt effekt.

1.3 Avgrensning og klargjøring av begreper i problemstillingen

Delirium kan ha flere utløsende årsaker men for å avgrense oppgaven har vi valgt å skrive om delirium hos eldre utløst av medikamenter.

Vi ser og på sykepleierens funksjons og ansvarsområder i forhold til forebygging og behandling.

I denne oppgaven tenker vi eldre som er over 70 år, og er innunder alt i fra hjemmeboende hjelpetrequende, til innlagt i sykehjem og sykehus.

Sårbarhet hos eldre blir mye brukt, med det mener vi at den eldre har for eksempel kognitiv svikt eller andre sykdommer som gjør en mer mottakelig for delirium.

Ut i fra oppgavens størrelse har vi valgt å se på viktigheten i tverrfaglig samarbeid, kunnskap, og sykepleie for å unngå at den eldre blir utsatt for unødvendige belastninger som kan utløse delirium.

Ved medikamenthåndtering har vi avgrenset det til sykepleierens funksjon og ansvar ved observasjon av virkning, bivirkning, og kunnskaper om følgende medikamentgrupper: psykofarmaka, benzodiazepiner, analgetika, beta-blokker og diuretika.

Vi har valgt å konsentrere oss om sykepleierens funksjon, men nevner og tverrfaglig samarbeid med annet helsepersonell der i blant leger.

Vi nevner kort stress og kriser i forkant og etterkant av delirium.

1.4 Formålet med oppgaven

Dette er en bacheloroppgave og avsluttende eksamen i sykepleie.

Formålet med oppgaven er å få vist viktigheten av at sykepleiere må oppdatere sin faglige kompetanse på et begrenset område.

Gjennom denne oppgaven er det meningen at vi skal videreutvikle evnen til selvstendighet, systematisk tenkning og saklig vurdering.

Formålet er også at vi skal utvikle vår evne til å finne kildestoff, være kritiske til kilder, og erfare hvordan det er å gjennomføre et selvstendig arbeid. Til slutt skal vi ha evnen til å evaluere eget arbeid (undervisningsplan 2010-2011, s.22).

1.5 Oppgavens disposisjon

Videre i denne oppgaven kommer presentasjon av hvilken metode som brukes, vi går gjennom litteraturen samt er kritiske til kilder.

Dette etter følges av teoridel som vi har valgt å dele i to kapitler. I kapittel 3.0 har vi en innføring i hva delirium er, den eldre aldersforandringer og medikamenter som er uegnet til eldre og kan være en utløsende årsak til delirium.

I kapittel 4.0 ser vi på sykepleiens funksjoner, verdier, holdninger, kunnskap, kompetanse, medikamenthåndtering, pårørende og brukermedvirkning. Vi ser også på sykepleierens forebyggende og behandlende funksjon. Her har vi en presentasjon av Joyce Travelbees sykepleieteori.

Etterpå kommer drøfting av teori i kapittel 5.0 som blir etterfulgt av en konklusjon. Helt til slutt har vi med et etterord hvor vi evaluerer vårt eget arbeid.

2.0 Metode

Etter Auberts definisjon er en metode (i følge Dalland 2008, s 83): ”en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap”. Metoden er veien vår til å finne svar på det vi undrer oss over.

2.1 Litteraturstudium som metode

Vi har valgt litteraturstudium som metode istedenfor en empirisk studie hvor man da går inn og undersøker med intervjuer og spørreundersøkelser.

Med litteraturstudie menes en oppgave som systematiserer kunnskap fra skriftlig kilde (Magnus, 2000).

Med litteraturstudium bruker vi den litteraturen som er nedskrevet og forsket på, og fordelene ved det er at vi opplever at data er lettere tilgjengelig.

Ulempen er at det ikke er førstehåndsopplysninger som det hadde vært hvis vi hadde undersøkt noe selv, samtidig tolker vi den nedskrevete dataen på vår måte, våre meninger og holdninger spiller inn.

I følge Dalland (2008) skiller man mellom kvantitativ metode som bygger på resultater fra undersøkelser i form av tall og statistikk, mens den kvalitative metoden bygger på teorier om fortolkninger og menneskelige erfaringer.

Ut i fra vårt tema og tiden vi hadde til rådighet på oppgaven valgte vi litteraturstudium med kvalitativ metode.

For å redegjøre for valgt tema har vi i denne oppgaven brukt pensumlitteratur og i tillegg selvvalgt litteratur, vi har og benyttet oss av fag- og forskningsartikler gjennom søk i ulike databaser.

2.2 Litteratursøk og søkeord

Vi hadde temaet klart og visste ganske tidlig hva vi skulle skrive om og hvilke avgrensninger vi skulle ha, det gjorde jobben vår lettere med å finne aktuelle søkeord når vi skulle velge kilder.

Søkeordene vi brukte var: delirium, eldre, medikamenter, behandling og forebygging.

Søket etter kilder begynte med bibsys som er skolens bibliotekdatabase, fikk vi oversikt over hvilken litteratur biblioteket hadde å tilby.

Videre fortsatte vi søket i andre databaser som Helsebiblioteket, Kunnskapsegget, Cochrane library, SMIL, PubMed, Felleskatalogen og SveMed+.

I disse databasene fikk vi ulike treff på søkeordene men ikke alt var relevant for vår problemstilling.

Vi opplevde under søkingen at enkelte databaser var vanskelige å søke i.

I enkelte databaser fant vi de samme fagartiklene.

Relevante fagartikler fant vi og gjennom Tidsskrift for Den norske legeforening.

2.3 Presentasjon av litteratur og kildekritikk

Forskningsartikkelen av Clegg and Young fant vi gjennom søk i PubMed og vi brukte søkeordene delirium, drugs and elderly og fikk da mange treff og den som var mest relevant fant vi blant de øverste resultatene.

Det var ikke fulltekst, men kun sammendraget og en konklusjon av studiet som var gjort.

Det var det som var relevant for oss.

Vi har og brukt artikkel av Nygaard og Høvding som vi kom fram til gjennom referanser i en artikkel av Ranhoff og Brørs.

Prøvde å søke gjennom tidsskrift for den norske legeforening men fant den ikke, utveien da ble å google, og da fant vi den.

Vi synes den er oppsiktsvekkende fordi de fant funn på at øyedråper med betablokker kan utløse delirium, derfor valgte vi å bruke den.

Vi valgte en artikkel av Ranhoff og Brørs som var veldig aktuell der de skriver om hvilke medikamenter som kunne utløse delirium, denne artikkelen fant vi gjennom tidsskrift for den norske legeforening.

Artikler av Geir Selbæk som er alderspsykiater og professor ved sykehuset fant vi i tidsskrift for den norske legeforening.

Han har forsket på eldre i sykehjem og deres bruk av medikamenter.

Siv Haugan som er seniorrådgiver tilknyttet Norges forskningsråd, fant vi en artikkel av på forskning.no. Den er relevant for viktigheten av at helsearbeidere er faglig oppdatert.

Vi har valgt å ha med en doktoravhandling av Sigrid Wangensteen som er tilknyttet høgskolen i Gjøvik, den tar for seg nyutdannede sykepleieres kompetanse, kritisk tenkning, og bruk av forskning.

I følge Dalland (2008) er kildekritikk en metode som vi kan bruke for å finne ut om kilden er troverdig.

Pensumlitteraturen vi har brukt anses som troverdig da de inngår i rammen for studiet.

Vi skiller mellom to kildebegreper, der den sekundære kilden blir presentert av en annen forfatter enn den opprinnelige forfatteren, mens primære kilder er materiale fra den opprinnelige forfatteren.

I denne oppgaven har vi for det meste brukt primærkilder, men i fra pensumlitteraturen har vi brukt bøker med sekundær kilder.

Ulempen med sekundære kilder er at det har blitt bearbeidet av noen andre og det opprinnelige perspektivet har forandret seg (Dalland, 2008).

Vi kan og ha feiltolket artikler vi fant som var på engelsk på grunn av annet språk.

I selvvalgt litteratur har vi brukt en del nytt, men noen eldre utgaver. Mye av det vi fant som er eldre mener vi kan være like relevant i dag.

De aller fleste artiklene vi har med er fra 2005 og fremover. Den eldste artikkelen vi har er fra 1997.

Mange av artiklene vi har brukt kommer fra Tidsskrift for Den norske legeforening, dette tidsskriftet fant vi gjennom publiseringskanalen.

Der fant vi ut at det hadde vitenskapelig nivå 1. Det vil si at tidsskriftet er vitenskapelig basert og en troverdig kilde.

3.0 Delirium, bivirkning av eldres medikamentbruk

3.1 Delirium

Delirium er i følge Ranhoff (2010b) en sviktende funksjon av hjernen.

Den deliriske personen kan få en tilstand med akutt forvirring.

Tilstanden kan ha et uregelmessig forløp ved at symptomene varierer i styrke, for eksempel kan pasienten veksle mellom å være klar og uklar.

Vanlige symptomer ved delirium kan vise seg ved at personens kognitive funksjoner og kortidshukommelse reduseres, han/hun klarer ikke å orientere seg for tid og sted, og heller ikke bevisstgjøre sin egen situasjon.

Feiltolkning av inntrykk, mistenksomhet, hallusinasjoner og vrangforestillinger kan oppstå. Det kan videre resultere i at personen kan få utagerende atferd.

Som nevnt varierer symptomene, og man kan oppleve forskjellige forløp Ranhoff (2010b).

Hyperaktivt delirium er vel den formen vi kjenner igjen best ved delirium, da er ofte pasienten urolig, vandrer, hallusinerer, og kan være en fare for seg selv og andre.

Hypoaktivt delirium har et motsatt forløp, pasienten er ofte passiv, de er ikke til bry, har redusert oppmerksomhet og bevissthet, er desorienterte og har redusert psykomotorisk aktivitet.

Det blir og nevnt at den hypoaktive formen er den vanligste, men blir ikke alltid oppfattet som delirium.

Det kunne være en allerede svekket kognitiv funksjon, demens, og sykdom som gjorde den eldre mer sårbar og disponibel for delirium.

Delirium er ofte lett å forveksle med andre sykdommer som demens, depresjoner og psykoser. For å skille delirium fra andre tilstander som kan ligne brukes CAM (Confusion Assessment Method), det er en test som blir anbefalt å brukes (Ranhoff, 2010b).

3.2 Den eldre og aldersforandringer

Eldre er den største gruppen som mottar tjenester fra kommunens pleie- og omsorgstjenester og halvparten av sykehussengene blir brukt av eldre (Romøren, 2010).

Når man eldres forandrer kroppen seg, noe som er forskjellig fra hvert enkelt individ.

Derfor vil to som er like gamle likevel være veldig forskjellige, både når det gjelder sykdom, funksjon og evne til å ta vare på seg selv og være medvirkende i sin situasjon.

Møtet og utøvelsen av sykepleie må tilpasses den enkelte eldre (Ranhoff, 2010a).

Eldre vil oppleve aldersforandringer, det kan øke risikoen for at den eldre er mer disponibel for sykdom eller får problemer med å fungere i hverdagen.

De aldersforandringene som mange eldre opplever er redusert beintetthet, tap av muskler, svekket kognitiv funksjon, tap av syn og hørsel.

Det skjer også noe med reguleringen av kroppens indre miljø, homøostasen blir redusert og organer minsker i størrelse og funksjonen reduseres (Ranhoff, 2010a).

I neste kapittel skal vi se litt på hvilken betydning disse aldersforandringene hos eldre har for medikamentbehandlingen.

3.2.1 Aldersforandringers betydning for medikamenter

En tredjedel av tilfeller med delirium hos eldre er utløst av medikamenter (Ranhoff og Børdahl, 2010 s.159).

Eldre er den gruppen som bruker mange og forskjellige medikamenter samtidig, en betegnelse for det er polyfarmasi.

Polyfarmasi kan øke risikoen for bivirkninger og interaksjoner mellom medikamenter ved at de forsterker, eller hemmer effekten av virkningen.

Andre årsaker som gir uønskede effekter i medikamentbehandlingen er aldersforandringer.

Ved aldring oppstår kroppslige forandringer.

Organer svekkes og homøostasen reduseres, det kan ha innvirkning på hvordan effekten av medikamentet blir.

Homøostasen har som oppgave å opprettholde balansen i kroppen, og hos eldre er denne redusert.

Det kan føre til at kroppens evne til å absorbere, transportere, omsette og utskille medikamenter blir forandret.

Dette igjen kan endre medikamentets virkning, og uønskede effekter kan oppstå.

Aldringen vil også kunne påvirke omdannelsen av medikamentet i leveren ved å redusere dens funksjon, det vil kunne føre til opphopning av medikamentet og ta lengre tid før konsentrasjonen av medikamentet er redusert.

Nyrene er viktig for utskilling, og dens funksjon reduseres med alderen.

Når nyrenes utskillingsfunksjon er redusert vil det her og bli opphopning og føre til overdosering av medikamentet.

Hvis det har oppstått funksjonssvikt eller sykdom på virkestedet til medikamentet, vil det også få konsekvenser for medikamentets effekt (Karoliussen og Smebye, 2006).

I følge Ranhoff, Schmidt og Ånstad (2007), vil aldri føre til at kroppen blir tørrere og fetere.

Konsekvensen blir at medikamenter som er fettløselige og tilhører gruppen av psykofarmaka, vil føre til høyere plasmakonsentrasjon og opphopning av medikamentet.

3.3 Medikamenter som kan utløse delirium

Medikamentbruk kan ofte være årsak til delirium hos den eldre, derfor bør helsepersonell kjenne til medikamenter som kan være utløsende årsak, men også til forebyggende tiltak. Effekten av virkningen på medikamentet vil være individuelt, avhengig av personens aldring og sårbarhet (Ranhoff og Børdahl, 2010).

Ranhoff og Brørs (2005), hevder at medikamenter som reduserer eller forstyrrer acetylkolin og dopamin balansen, kan gi antikolinerg og dopaminerg effekt som kan resultere i å gi den eldre delirium.

De medikamentene som inneholder dopamin som antiparkinsonmidler er ofte utløsende årsak. Det som skjer ved inntak av medikamenter som kan gi antikolinerge effekter er at de blokker signalstoffet acetylkolin i de kolinerge nervebanene. Det vil da svekke den kognitive funksjonen.

Aldring fører til forandring i de kolinerge systemene i hjernen og eldre vil da bli mer sensitive for antikolinerge medikamenter, bivirkninger kan ses i form av lette kognitive forstyrrelser til mer alvorlig som forvirring (Fastbom, 2002).

I følge Ranhoff og Brørs (2005) kan enkelte medikamenter som har antipsykotisk virkning, inneholde kraftige antikolinerg effekt og det er høy risiko for delirium.

Geir Selbæk (2005) nevner at til tross for stort forbruk av psykofarmaka i sykehjem var resultatene av effekten av medikamentet lavere i forhold til forbruket.

Samtidig ga disse medikamentene økt risiko for bivirkninger hos den eldre.

Geir selbæk og Knut Engedal (2008) nevner at man først kan prøve ikke farmakologiske metoder, slik som forebyggende tiltak mot delirium.

Benzodiazepiner demper angst og brukes ved søvnforstyrrelser.

Benzodiazepinene kan og påvirke det kolinerge systemet i hjernen, samt at de kan virke respirasjonshemmende og kan føre til hypoksi slik at kroppen ikke får tilført tilstrekkelig oksygen.

Medikamentene i denne gruppen med lang halveringstid øker faren for bivirkninger og risiko for delirium. Da på grunn av Eldres aldersforandringer som gjør at medikamentet hopper seg opp (Ranhoff og Brørs, 2005)

I en studie av Clegg og Young (2010) hadde man forsket på hvilke medikamenter som man bør unngå hos personer som risikerer å få delirium.

I konklusjonen kom de fram til at bruk av benzodiazepiner burde man unngå å rekvirere eller vurdere å redusere, eller avslutte behandlingen helt om mulig.

Smertestillende som er analgetika kan i følge Ranhoff og Brørs (2005) være en risiko til delirium.

Opiater og spesielt Petidin kan gi delirium hos eldre, demente og svekkede pasienter.

Smertestillende har ofte en respirasjonshemmende effekt, og kan føre til lite oksygenering som igjen fører til forvirring hos den eldre.

I vår søken etter hvilke medikamenter som kunne være en risikofaktor for å utløse delirium, fikk vi tips om at øyedråper brukt ved glaukom, altså grønn stær, kunne være en årsak til utløst delirium hos den eldre.

Det vi fant ut i følge Ranhoff og Brørs (2005) er at øyedråper brukt ved glaukom er tilhørende i betablokkgruppen som kan gi delirium.

De henviser til en artikkel av Nygaard og Høvdning (1997) der de hevder at øyedråper med virkestoffet timolol, som er en betablokker, kunne gi høye konsentrasjoner av stoffet i kroppen.

Dette vil igjen kunne gi systemisk effekt, det vil si at stoffet kan ha effekt i hele kroppen.

På grunn av dette ville risikoen for bivirkninger øke.

Videre hevder de at risikoen for bivirkninger er større hos eldre og at man bør vise aktsomhet ved bruk av virkestoffet timolol, noen av de bivirkningene de nevner er også her hallusinasjoner og forvirring.

Medikamenter brukt til hjerte- kar sykdommer, slik som diuretika og blodtrykksmedisiner kan føre til ubalanse i elektrolyttene og dårligere blodgjennomstrømming til hjernen noe som gjør den eldre mer sårbar (Ranhoff og Brørs, 2005).

4.0 Sykepleiernes funksjoner

4.1 Grunnleggende verdier og holdninger

I grunnlaget for sykepleie skal en vise det enkelte menneske respekt for deres liv og verdighet.

Grunnleggende for sykepleie er at en viser omsorg overfor mennesker som lider uavhengig av hvilken lidelse det er (Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, 2007).

Omsorg er det vi forbinder med god sykepleie, samt at det er en verdi som er viktig i utøvelse av profesjonen.

Det å ha omsorg, og det å gi omsorg handler om holdninger.

I omsorg gir man av seg selv, og er interessert i den andre, der du og dine meninger ikke skal overskygge den andres behov (Karoliussen og Smebye, 2006).

Holdninger er de forventninger og meninger vi har om oss selv og andre, og det vil styre måten vi er på i kontakt med andre mennesker.

I følge Karoliussen og Smebye (2006), kan man som sykepleier blir formet av hva andre mennesker for eksempel mener om eldre.

Er den eldre forvirret eller glemsk kan det være lett å gruppere den eldre som dement uten å finne årsaken til hvorfor.

Videre nevnes at sykepleierne ønsket å pleie eldre som var positive, og som ikke hadde en utfordrende atferd.

I sykepleie skal man se på mennesker som verdifulle.

Om de er unge eller gamle skal de behandles med respekt.

Travellbees (2003) teori nevner at det kan bli utfordrende for sykepleieren å legge fra seg de holdningene man har, og man kan bli preget av andres holdninger. Derfor er det viktig å se hvert individ som mennesket det er.

Ved etiske spørsmål rundt pasienten kan de fire prinsippers etikk være greit å forholde seg til i det daglige.

Disse utgjør et etisk praktisk rammeverk.

Man kan vektlegge hvilke av de fire som er mest reelle i forhold til den situasjonen pasienten befinner seg i.

De fire prinsippene er velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet (Brinchmann, 2005).

4.2 Presentasjon av Joyce Travelbees sykepleieteori

Joyce Travelbee (f.1926-1973) var opptatt av de mellommenneskelige akseptene ved sykepleie.

Her presenterer vi deler av hennes teori.

4.2.1 Syn på sykepleie

Joyce Travelbee definerer sykepleie som:

”en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleierpraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendige å finne meningen i disse erfaringene”(Travelbee 2003,s.29)

Etter denne definisjonen blir fokuset i sykepleien interaksjonen mellom pasienten og sykepleier.

Siden delirium er akutt hjernesvikt, og en sykdom som kan forebygges og behandles, skal sykepleieren etter Travelbees definisjon, hjelpe pasienten til å forebygge og behandle, og finne årsaken til sykdommen.

For å oppnå sykepleiens mål er det viktig at sykepleieren etablerer et menneske-til-menneske forhold til pasienten.

To likeverdige og unike individer er kjennetegn på et slik forhold når man ikke ser det som sykepleier og pasient.

Dette er et forhold som må bygges opp dag for dag i samhandling, det kommer ikke av seg selv.

Derfor må en sykepleier vite hva hun gjør, tenker, føler og erfarer (Travelbee 2003)

Empati er et trinn i prosessen for å utvikle et menneske-til-menneske-forhold.

Med empati menes evnen til å leve seg inn i eller ta del i og forstå den andres psykiske tilstand (Travelbee, 2003, s.193).

Gjennom kommunikasjon legger sykepleieren til rette til for å etablere et menneske-til-menneske-forhold.

Meddelelse eller overføring av følelser og tanker kan betraktes som en prosess i kommunikasjon, denne prosessen er gjensidig.

Tanker og følelser en sykepleier har for den personen hun samhandler med, vil kommuniseres til vedkommende.

Om en sykepleier føler likegyldighet vil dette komme frem i deres samhandling (Travelbee 2003).

4.2.2 Menneskesyn

I følge Travelbee er mennesket et unikt og uerstattelige individ, lik og samtidig ulik alle andre mennesker (Travelbee 2003,s.54).

Dette er for oss en påminnelse om ikke å kategorisere pasienter, men kunne se på hver enkelt som de unike individene de er.

4.2.3 Holdninger

Sykepleierens oppgave er å bli seg bevisst hvordan hun oppfatter den andre, og i hvilken grad hun er i stand til å erkjenne det unikt individuelle ved det andre menneske, den såkalte ”pasienten”(Travelbee 2003,s.192).

En sykepleier må være klar over sine holdninger.

Ut fra dette blir hun klar over hvordan hun dømmer, da kan hun evaluere hvordan dette virker inn på møtene med den syke.

Det å akseptere pasienten vil si å gi han lov til å skille seg ut fra oss selv, og andre.

4.2.4 Helse og sykdom

Travelbee beskriver helsebegrepet til å ha objektivt og subjektivt aspekt.

”Subjektiv helse defineres individuelt, det vil si i samsvar med den enkeltes vurdering av sin fysiske, emosjonelle og åndelige tilstand slik at vedkommende selv opplever den”(Travelbee 2003,s.32).

Det objektive aspektet ved helse definerer Travelbee (2003,s.33) som

”fravær av påviselig sykdom, funksjonssvikt eller mangler, målt ved fysiske undersøkelser, laboratorieprøver eller vurdering av religiøse ledere eller psykoterapeuter. Når de fysiske, psykiske og åndelige aspektene ved en person faller innenfor det som ansees som normalområdet i vårt samfunn blir vedkommende anslått til å være ved god helse”

Det Travelbee forholder seg til i definisjonen på sykdom er ”sykdom er en usunn tilstand i kropp eller sinn”.

Samtidig er hun opptatt av kulturell oppfatning av sykdom.

Med det sier hun at i vår kultur er sykdom sett på som en tilstand som skal forebygges eller unngås så sant det er mulig (Travelbee 2003,s.84).

4.2.5 Lidelse

Under lidelse er målet med sykepleie i følge Travelbee å mestre, finne meninger, gi hjelp til å akseptere sin sårbarhet, og bevare håpet som menneske.

Pasienten med delirium er ofte ikke i stand til å akseptere sin situasjon, da han ofte lider av uro for det ukjente og forvirring.

Ved at sykepleieren bruker seg selv terapeutisk på en bevisst og hensiktsmessig måte, vil det i samhandling med pasienten gi trygghet.

I følge Travelbee er dette tegn på god sykepleie. (Travelbee 2003, s101)

4.3 Kunnskap og kompetanse

Gruppen av eldre øker, vi blir stadig eldre og lever lenger enn før. Aldring fører til at den eldre er mer utsatt for helsesvikt og flere sykdommer.

Dette stiller krav til helsevesenet om mer kunnskap og kompetanse om eldre (Karoliussen og Smebye, 2006).

I en artikkel av Siv Haugan (2011) kom det frem at om helsearbeidere var mer oppdatert på ny forskning, så kunne nærmere 40 prosent av pasientene fått mer effektiv behandling.

I følge Wangensteen (2010) opplever nyutdannede sykepleiere at starten på arbeidskarieren er tøff.

Mange følte seg usikre og utrygge i forhold til nye pasienter, kollegaer og omgivelser.

For å mestre krevende situasjoner var det et behov for et støttende miljø rundt seg.

Det var og positivitet rundt forskning, men det viser seg at ikke alle nyutdannede var like flinke til å nyttiggjøre seg det.

Helsepersonelloven (1999) § 4 sier at helsepersonell utfører sitt arbeid så lenge de oppfyller de kravene om forsvarlig og omsorgsfull hjelp, ut i fra de kvalifikasjonene man kan vente seg fra helsepersonellet.

Videre sier loven hvis ikke ens faglige kvalifikasjoner er tilstrekkelige på et område, skal man innhente hjelp eller henvise pasienten videre.

Hvis pasientens behov tilsier det skal helsepersonell samarbeide og samhandle med andre mennesker.

I samme lov, helsepersonelloven (1999) § 1 er formålet med denne loven at den skal bidra til sikkerhet for pasienten og det skal være kvalitet på tjenestene som ytes.

Det for at tillitsforholdet til helsepersonell og helsetjenestene skal styrkes.

Ut i fra dette er det viktig at helsepersonellet oppdaterer seg kunnskapsmessig for å kunne utføre en forsvarlig og omsorgsfull jobb til pasienten.

For nyutdannede sykepleiere mener vi det kan være trygt at kollegaene viser seg faglig sterke med nytt innen forskning.

4.4 Sykepleierens funksjons og ansvarsområder

Innen sykepleiefaget har sykepleieren funksjons og ansvarsområder som er med på å utøve god sykepleie, og som består av fagkunnskaper og verdier.

Funksjonsområdene til en sykepleier gjør at man på best mulig måte kan gi helhetlig sykepleie.

Det skal være med på fremme helse, forebygge for svikt eller risiko, og for komplikasjoner.

Samtidig hjelpe til under behandling, og gi lindring.

Sykepleierens funksjonsområder går innunder helsefremmende, forebyggende, lindrende, behandlende, rehabiliterende, undervisende, administrative og fagutviklende (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005).

Vi skal se på noen av sykepleierens funksjonsområder som er aktuelle for å utøve god sykepleie til eldre med delirium utløst av medikamenter.

I en helsefremmende og forebyggende funksjon, har sykepleieren ansvar for å fokusere på det friske.

De som er sårbare har lettere å bli utsatt for komplikasjoner.

I dette funksjonsområdet skiller man mellom primær, sekundær og tertiærforebyggende tiltak.

Ved primærforebyggende tiltak vil det si at sykepleier har ansvar for å hindre mennesket i å bli rammet av helsesvikt.

Ved sekundærforebyggende vil sykepleieren tidlig kunne identifisere helsesvikt eller se muligheter for at det kan oppstå svikt. Ut i fra dette har sykepleieren ansvar for å sette i verk tiltak og hindre en videre utvikling.

Sykepleierens ansvar i tertiærforebygging er å hindre komplikasjoner videre i en allerede oppstått helsesvikt eller sykdom.

Sykepleierens behandlende funksjon har fokuset hos pasienter med funksjonssvikt, akutt eller kronisk sykdom.

I den behandlende funksjonen har sykepleieren med ansvar for en pasient med delirium i oppgave sammen med legen å finne årsaken.

Legen forordner hva som skal gjøres videre.

Sykepleieren retter opp på det som er i ubalanse, sørger for at pasienten får god medisinsk behandling ut i fra det legen har forordnet.

For pasienter med delirium er det viktig at det ytes god pleie og omsorg, og at en skaper en trygg ramme og minst mulig stress (Ranhoff, 2010b).

Sykepleierens lindrende funksjon kan man bruke sammen med både den forebyggende, og behandlende funksjon.

Lindring er med på å redusere belastninger slik at pasienten ikke skal få mer ubehag, men heller fremme det positive og øke velværen.

Et eksempel på den lindrende funksjonen kan være at man må unngå å skape stress rundt den med delirium, da det gir en ekstra belastning.

Sykepleieren har da ansvar for å skjerme pasienten og skape trygghet.

I sykepleierens undervisende og veiledende funksjon støtter man, tilegner pasienten nye ferdigheter, og øker hans eller hennes kompetanse på det området pasienten har behov for.

Slik at pasienten lettere kan møte sin hverdag (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug, 2005).

Slik vi oppfatter det må man være klar over at med pasienter med delirium har vanskeligheter med å tilegne seg ny kunnskap.

4.4.1 Medikamenthåndtering

Det er legen som har hovedansvaret for rekvirering av medikamenter.

Legen kan i følge § 5 i helsepersonelloven (1999), delegere bort oppgaver som for eksempel i håndtering av legemidler til annet helsepersonell så lenge de er kvalifisert og det er forsvarlig. Sykepleieren blir delegert oppgaven om ansvaret for administrering av legemiddelutdelingen (Nordeng, 2007).

Sykepleieren må ha gode kunnskaper om medikamenters virkning og bivirkning, hvilken måte medikamentet administreres på, holdbarhet og oppbevaring av medikamentet, kunnskap angående dosering, kunnskaper om at medikamentets virkning kan opptre ulikt hos eldre kontra yngre, og ved bruk av mange medikamenter samtidig.

Sykepleieren får og oppgaver som å observere og dokumentere effekt, eller eventuelle bivirkninger av medikamentet og samarbeider med legen om dette.

Sykepleiefunksjonen ved medikamenter er å gi pasienten informasjon om medikamentet og veiledning i hvordan det brukes (Nordeng, 2007).

I følge Ranhoff og Børdahl (2010) blir ofte medikamenter brukt feil, og de nevner at det er en ekstra utfordring hos de som er innunder sykehjem eller mottar hjemmesykepleie.

Da kan det være flere leger som er involverte i medikamenthåndteringen, og det kreves samarbeid mellom pasient, pårørende, leger og sykepleiere.

I følge Geir Selbæk (2009) er det i sykehjem manglende kunnskap om alternativer til ikke-farmakologisk behandling og hvilke bivirkninger som kan oppstå ved psykofarmaka blant leger og pleiepersonale.

Ved legemiddelhåndtering til eldre, bør sykepleieren ha kunnskaper som at virkningen av medikamentet kan få et annet utfall enn hos yngre.

Det innebærer kunnskaper som at kroppen eldes og svekkes.

Sykepleieren må ha kunnskaper om polyfarmasi og interaksjoner.

Sykepleieren må og vite at det også er individuelle forskjeller hos eldre, noen får bivirkninger mens andre ikke.

Anbefalt dose er ofte ment for friske yngre mennesker, mens aldersforandringer gjør at den dosen kan bli for stor for eldre og gi uheldige effekter (Karoliussen og Smebye, 2006).

4.5 Pårørende og brukarmedvirkning

Pårørende er en viktig ressurs for pasient med delirium.

De kjenner pasienten, sykdomsutviklingen og sykdomsuttrykkene.

De kan være de første som ser forandring i tilstanden.

Men samtidig er det viktig å kunne ivareta dem og gi viktig informasjon, støtte og veiledning.

Brukermedvirkning er en verdi og et juridisk og helsepolitisk anerkjent prinsipp (Fermann og Næss, 2010).

Dette innebærer at den enkelte skal ha innflytelse på sin egen situasjon, og ha mulighetene til å gjøre valg angående sin egen helsesituasjon.

Der pasienten ikke kan ivareta seg selv lenger slik de gjorde, er det en utfordring for sykepleier og pårørende i forhold til å ivareta medbestemmelsesrett.

I en slik situasjon er det en viktig oppgave for sykepleier å ivareta pasientens interesse i samarbeid med deres pårørende (Fermann og Næss, 2010).

I følge pasientrettighetsloven (1999) § 1-1 har alle rett til lik tilgang på helsehjelp og den skal være av god kvalitet.

Pasienten skal møtes med respekt for det individ det er.

I følge § 4-1 i pasientrettighetsloven kan det bare gis helsehjelp til pasienter som gir sitt samtykke, om det ikke foreligger et annet gyldig hjemmel for å gi samtykke.

I § 4-6 viser til at hvis en myndig pasient ikke har samtykkekompetanse som for eksempel pasient med delirium, kan helsepersonell ta en avgjørelse om å gi helsehjelp som er lite inngripende da med hensyn på dens størrelse, og hvor lenge det varer.

Ved alvorligere art der man vet at pasienten hadde vist interesse og tillatelse til hjelp om han var frisk, kan det gis helsehjelp. Derfor er det viktig å innhente opplysninger fra pårørende hva pasienten ønsker.

I § 3-1 kommer det frem at pasienten har rett til medvirkning av utførelsen av helsehjelp. Om pasienten ikke har samtykkekompetanse har de nærmeste pårørende medvirknings muligheter.

I følge kommunehelsetjenesteloven (1982) § 2-1 skal de sørge for helsehjelp til alle som bor eller oppholder seg i kommunen, med det formål å forebygge og behandle sykdom.

4.6 Sykepleierens forebyggende funksjon

Det er vitenskapelig dokumentasjon på at forebygging av delirium nytter.

De fleste av studiene som er blitt gjort innbefatter sykepleietiltak (Ranhoff, 2010b, s.402).

Hos eldre kan man forebygge delirium ved blant annet å øke kunnskapen hos sykepleiere i forhold til eldre og medikamenter som vi har valgt å ta for oss.

Risikoen for delirium ved en akutt sykdom er ofte knyttet opp mot predisponerende faktor (forhold som er til stede hos pasienten før delirium inntraff).

Den beskriver pasientens sårbarhet.

Jo mer sårbar pasienten er, jo større er risikoen for delirium (Ranhoff, 2010b).

Forebygge delirium kan man ikke alltid unngå, men det er viktig å kjenne til symptomene og pasientens anamnese.

Det er viktig med observasjoner fra miljø- og personale rundt pasienten.

De eldre pasientene som bruker mange legemidler er spesielt utsatt for delirium ved akutt sykdom, skader eller miljøforandringer.

Legen må i tillegg forordne minst mulig legemidler, dette for å finne årsaken til delirium (Engedal, 2000).

Forebyggende tiltak mot delirium er et tverrfaglig anliggende.

Det er derfor viktig at sykepleieren er bevisst sin funksjon når det gjelder opplæring av, og kommunikasjon med annet personell.

Gjennom riktig kompetanse og at man gjør de riktige tingene kan man forebygge og begrense delirium

Med dette vil også pasienten oppleve omsorg, slik at stress og utrygghet unngås mest mulig.

Delirium blir mange ganger ikke diagnostisert.

Man er derfor avhengig av helsepersonell som er våkne og observante i forhold til det kliniske hos pasienten.

Det er derfor viktig at personale holder seg faglig oppdatert i forhold til delirium.

Generelle forebyggende tiltak når det kommer inn akutt syke eldre er derfor svært viktig og bør derfor være forankret i de daglige rutiner.

Omsorgsfull sykepleie bør inneholde elementer som:

- Tilstrekkelig ro, hvile og skjerming
- Enkel og konsistent informasjon som vi gjentar
- Lett synelig klokke i miljø, riktig lys og mørke rytme(tidsorientering)
- Mat og drikke.
- Regelmessig vannlating og avføring
- Lett aktivitet for å hindre urinretensjon og obstipasjon.
- Rene briller, høreapparat på plass å fungere.
- Mobilisering ved å sitte i senga, i en stol. Dette for å bedde oksygeneringen å forebygge komplikasjoner og bedre pasientens evne til å orientere seg.
- Personer pasienten kjenner kan gjøre det lettere til å bidra til realitetsorientering og redusere angst.
- Puls, temp, blodtrykk, saturasjon og urinprøve (Ranhoff, 2010b, s.402).

4.7 Sykepleierens behandlende funksjon

Det finnes ingen dokumentert behandling mot delirium.

Behandlingen består i å fjerne og behandle utløsende årsaker (Ranhoff, 2010b).

Delirium blir mange ganger ikke diagnostisert.

Diagnosen beror på å gjenkjenne det kliniske bilde med symptomer (Engedal, 2000).

Mange pasienter utvikler demens etter å ha hatt delirium.

Det er derfor viktig å handle raskt da delirium er en alvorlig sykdomstilstand (Ranhoff, 2010b).

Behandlingen av delirium består av ulike elementer.

Det er viktig at man finner de bakenforliggende årsakene og behandler dem.

Så må selve tilstanden delirium behandles, og det må bestemmes hvor pasienten skal behandles.

I sykehjem eller sykehus, eller kan han være hjemme.

Det bør være et sted der pasienten kan få mest mulig ro, trygghet og der pasienten kan bygge opp en god allianse med sykepleier og annet helsepersonell.

Om man ikke finner den utløsende årsak med en gang er det viktig at pasienten forblir, om det lar seg gjøre på samme sted.

Det å flytte fra sted til sted skaper utrygghet og forvirring for pasienten.

God omsorg med tett personkontakt er effektiv behandling (Engedal, 2000).

Pasienten er ofte engstelig og stressfylt.

Om det lar seg gjøre bør det tilstrebes en-til-en-kontakt mellom pasient og personale.

Viktig å informere pasienten fra time til time hva som skjer og skal skje.

Forutsigbarhet oppleves trygt.

Om mulig bør pårørende delta i behandlingen, da dette skaper trygghet for pasienten.

Kjente stemmer, hender og ansikt.

Unngå mest mulig bakgrunnsstøy, dette kan skape mer angst og motorisk uro.

Oppnå allianse gjennom kommunikasjon er viktig for å dempe stressnivået.

Seponer de legemidler som har sentral antikolinerg effekt, eller som har en toksisk og eller sterk sedativ effekt (Engedal, 2000).

Søvn er viktig for disse pasientene.

De har ofte ett forstyrret søvnrytme og sover lite.

Enkelte kan være så motorisk urolige, og oppleves aggressive slik at de kan være til fare for å skade seg selv, eller andre.

Symptomer som angst, motorisk uro, tretthet med tendens til å duppe av i løpet av dagen, innsøvningsproblemer om kvelden med urolig søvn, og mareritt er ofte til stede før delirium bryter ut.

Pårørende er en ressurs for pasienten.

Pasienten kjenner som oftest igjen sine egne, og opplever derfor trygghet.

Samtidig kan pårørende gi viktige opplysninger som kan komme til nytte i videre behandling (Engedal, 2000).

Sykepleieren har en viktig rolle når det gjelder å påvise delirium og kommunisere det videre til legen, slik at legen kan igangsette diagnostiske tiltak for å kartlegge årsakene.

Med disse tiltakene innbefattes grundig klinisk undersøkelse som blodprøver, urinprøve, EKG og røntgenundersøkelser.

Sykepleieren har en viktig oppgave i å skape trygghet og mest mulig behagelig tilværelse for pasienten.

Med tett oppfølging og minst mulig stress, og helst kjente folk rundt seg.

Pasienten bør skjermes mest mulig for sanseinntrykk.

Sykepleieren bør være oppmerksom på endringer i mental funksjon.

Pasienter som har opplevd delirium har et behov for å kunne fortelle om det.

Da er det viktig at sykepleier gir informasjon og støtte til mestring (Ranhoff, 2010b).

4.7.1 Krisereaksjon i etterkant av delirium

En krise er i følge Kringlen(2008, s.120) en plutselig og avgjørende forandring.

Når en person kommer i en situasjon med en uvanlig stor påkjenning som fører til at person forandres psykisk, snakker man om psykisk krise.

Kriser er alltid vonde, desorienterende og farlige i følge Heap (1996).

Han har følgende definisjon på krise:

”en krise er en tilstand utløst av en hendelse eller endring der den enkeltes vanlige måter å løse problemer på ikke strekker til, og som medfører reelt tap eller trussel om tap av viktige verdier i den enkeltes tilværelse” (Heap, 1996,s.169).

Opplevelsen av en krise hos den eldre som har opplevd delirium er et subjektivt og personlig fenomen.

Det som kan være krise hos en person, trenger ikke være det hos en annen som har opplevd det samme.

Dette avhenger av hvilke verdier, livskvaliteter og relasjoner den enkelte har og hvilken evne den enkelte har til å mestre ulike typer problemer, hvilke ressurser de har, og i hvilke omgivelser de befinner seg i.

Pasienter som beskriver opplevelsen av delirium forteller om angst, uten for seg selv opplevelse, og virkelighetsflukt.

De forteller om hvordan alt blir feiltolket, og opplevelsen av stresset det medførte.

Pasienten har behov for hjelp til å gjennomarbeide opplevelsen.

Det er ingen forskning som viser hva slags metode som er best, men det er mest nærliggende å bruke debrifing i forhold til kriser. Det å kunne lytte, fortelle om hva som har skjedd, og om bakgrunnen for deliriet.

Dette vil hjelpe pasienten å forstå at det er naturlig å få en reaksjon i etterkant, og at det er noe som kan føre til mestring av egen situasjon (Ranhoff, 2010b).

Situasjonskriser er i følge Kringlen (2008) delt inn i:

Sjokkfasen – der man kan gråte, rope, uro, og benektelse av at noe har skjedd.

Denne situasjonen kan vare fra minutter, timer til dager.

Reaksjonsfasen – Her kjenner personen på hva som har skjedd, og prøver å finne en mening med det.

Vedkommende har stort behov for å snakke, og finne en grunn til hvorfor dette hendte nettopp meg. Dette kan vare fra uker til måneder.

Bearbeidings- reparasjonsfasen – Personen innfinner seg mer med det som har skjedd.

Ser fremover, og legger planer. Denne fasen kan vare i måneder for så å gli over i nyorienteringsfasen.

Stressfaktoren hos pasienter med delirium er høyt. Det som overskrider det normale funksjonsnivået, eller begrenser det, er problematisk.

For en pasient med delirium kan for mye, og for lite stimuli skape stress.

I følge Karoliussen og Smebye (2006) kan stress være dødelig for den eldre da det er stor aktivitet i det sympatiske nervesystemet, noe som gir stor belastning på organismen.

4.7.2 Tester til forebygging og diagnostisering

Personale kan bruke tester som gir en indikator på om pasienten er delirisk.

CAM (Confusion Assessment Method, vedlegg 1) er et anbefalt redskap for å få diagnostisert delirium. Denne testen skal være et hjelpemiddel for ikke-psykiatere til å påvise delirium hos høyrisikopasienter (Ranhoff, 2010b).

Denne testen kan brukes av alt personale med opplæring.

Det er ønskelig at denne testen tas daglig, dette for å se mulige forandringer fra dag til dag.

MDAS (The Memorial Delirium Assessment Scale, vedlegg 2) er en test for alvorlighetsgraden av delirium. Her forutsettes det at diagnosen er stilt (Helsebiblioteket, Skåringsverktøy).

Der man har mange akutt syke gamle bør det gjennomføres generelle tiltak for å forebygge delirium.

5.0 Sykepleierens funksjon og ansvar i forebygging og behandling av delirium hos eldre forårsaket av medikamenter

Drøfting er i følge Dalland (2008) å undersøke noe fra ulike sider og diskutere det.

Ut i fra dette vil vi finne mulige svar på vår problemstilling.

5.1 Sykepleierens holdninger

For å utøve god sykepleie både i forebygging og behandling av eldre som er i fare for eller har fått delirium, sier teorien at man som sykepleier må være klar over egne holdninger i samspill med pasienten.

Vi har tidligere i kapittel 4.1 nevnt at holdninger styrer hvordan vi møter andre på.

Når det gjaldt den eldre kunne det være lett, og raskt kategorisere en person som viser tegn på forvirring, eller uro som dement.

Dette er noe vi også har erfart, hvor lett det er å sette noe i bås uten å være kritiske og spørre seg hvorfor det er sånn.

Det samme gjelder holdninger rundt delirium, om hvem som får det og hva som kan være årsaken. Har vi erfart at en del har den oppfatning at det er alkoholikeren med abstinenser som årsak.

I følge Travelbee sin sykepleieteori om holdninger i kapittel 4.2.3, skal ikke sykepleiere kategorisere sine pasienter. Pasienten skal ses på som et menneske som er helt unik. For å få til det må man som sykepleier legge egne oppfatninger og meninger til sides.

I en artikkel av Geir Selbæk (2009) nevner han at både leger og pleiepersonale i sykehjem ser en lettvinnt løsning hos den urolige pasienten ved å gi psykofarmaka. Det kunne henge sammen med at leger og pleiepersonale hadde manglende kunnskap både om bivirkninger og om alternative ikke-farmakologiske tiltak.

Slik vi ser det har vi gjennom arbeidet med oppgaven og erfaringer vi har fra praksis tilegnet oss kunnskaper på dette området, sånn vi opplever og forstår det vil kunnskap endre ens oppfattelse og holdning. Dermed kan man utøve god sykepleie og behandle pasienten med respekt.

5.2 Kunnskap og kompetanseområde

Det var dette med kunnskap om hvordan medikamentet virker i en eldres kropp og hvilke som var uegnet i bruk hos eldre som fikk oss interessert i dette temaet. For det vi hadde erfart og opplevd i praksis var at enkelte hadde lite kunnskap på dette området.

I kapittel 4.4 nevnte vi blant annet at sykepleierens funksjon må inneholde fagkunnskaper for å utøve god sykepleie.

Slik vi forstår og har erfart for å kunne bruke sykepleierens forebyggende funksjon må en ha kunnskaper om de forebyggende tiltakene en kan gjøre for å unngå delirium. Det samme gjelder sykepleierens behandlende funksjon hvor en må ha kunnskap om delirium og ulike faktorer/årsaker.

Det er viktig for helsepersonell å holde seg oppdatert faglig, dette gjelder nytt innen forskning. I en artikkel som Siv Haugan skriver (2011) at 40 prosent av pasientene kunne fått en mer effektiv behandling om vi hadde holdt oss oppdaterte på nytt forskningsfunn. Her sies det noe om hvor viktig det er at nytt forskningsstoff blir gjort kjent, men også at det blir formulert på en slik måte at det er forståelig for alle som skal lese det.

Derfor mener vi at det ligger en utfordring hos de som skal jobbe med disse forsknings rapporter slik at de blir lett å lese, finne frem i og lett forståelig. Dette mener vi kan bidra til at nytt fra forskning blir mer spennende å lese, og vil komme pasientene til gode. Når vi som nyutdannede sykepleiere starter i vår jobb er våre holdninger til forskning nyttig å bringe videre slik at helsepersonell ser nytten og hensikten, men også øker nysgjerrigheten til å ville lære mer.

I følge Sigrid Wangensteen (2010) sin doktoravhandling sier hun at nyutdannede sykepleiere syntes det var tøft og starte i jobb med ukjente kollegaer, pasienter og omgivelser. Hun peker også på at nyutdannede sykepleiere hadde en positiv holdning til forskning, men kun en fjerdedel ble klassifisert som bruker av forskning. Med det tenker vi at det er viktig at det avsettes tid i en hektisk hverdag til å kunne få lov til å få tid til å oppdatere seg faglig. Dette for å se nytteverdien og skape gode holdninger til nytt stoff.

Den erfaringen vi har fra praksis var noe forskjellig når det gjelder kunnskap til pasienter med delirium, og om hva som kan være årsak til dette. Disse pasientene oppleves som utfordrende i form at de er krevende, og krever mye kontakt, gjerne en - til – en kontakt. I en

hektisk hverdag er det ikke alltid anledning til dette. Veiledning kan være en fin mulighet til å dele kunnskap, erfaringer og finne løsninger sammen.

5.3 Sykepleierens funksjon og ansvar i forhold til eldre og medikamenter

Hvordan man eldres er så individuelt forskjellig, og det må man som sykepleier også være oppmerksom på når man utøver sykepleie til den eldre.

I teoridel 3.0 nevnte vi hvordan noen eldre var mer sårbare enn andre og at de er mest utsatt for svikt eller sykdom, også når det gjelder å få bivirkninger av medikamenter.

Samtidig vil høy alder gjøre at den eldre får aldersforandringer som gjør at mange starter med medikamentell behandling. Den eldre har ofte ikke bare en svikt eller sykdom, men kan ha opptil flere, og som gjør at eldre er den gruppen som bruker mange medikamenter samtidig. Aldersforandringene vil kunne forandre effekten på medikamentene og kunne øke risikoen for bivirkninger. Men risikoen for bivirkninger ville også kunne øke ved polyfarmasi, ved at medikamentene reagerer mot hverandre.

Som det står i § 5 i helsepersonelloven (1999) så er det legen som har hovedansvaret for rekvirering av medikamenter, men at oppgaven med håndtering og utdeling av medikamenter ofte delegeres til sykepleiere.

Det innebærer i følge Nordeng (2007) at sykepleieren må inneha kunnskaper som forventet effekt, bivirkninger, hvordan medikamentet administreres, holdbarhet, oppbevaring, kunnskap om polyfarmasi og virkning hos yngre og eldre.

Videre vil jo sykepleieren gjennom disse kunnskapene ta ansvar for å observere og dokumentere effekten og samarbeide med legen, samt informere og veilede pasienten om medikamentet og hvordan det brukes.

Karoliussen og Smebye (2006) nevner at ved håndtering av medikamenter til eldre, må sykepleieren ha kunnskap om den eldres kropp og hvordan den påvirker virkningen av medikamentet og kunnskap om hva polyfarmasi kan føre til.

Ranhoff og Brørs (2005) kommer i sin artikkel med et budskap om å oppfordre de med ansvar for leggemiddelhåndteringen til å samarbeide for å unngå polyfarmasi, og at man samtidig er observante overfor uegnede medikamenter til eldre, og hvem som er mest utsatt.

For å redusere noen av medikamentene til eldre, ser vi det som et forebyggende tiltak at sykepleier og lege samarbeider og går i gjennom medikamentene og tar vekk det som er minst nødvendig.

Geir Selbæk (2005) viser i sin artikkel at mange eldre i sykehjem hadde et stort forbruk av psykofarmaka, men at effekten ikke var så stor i forhold til forbruket. Siden effekten var laber og risikoen for bivirkninger stor burde man revurdere den medikamentelle behandlingen, og vurdere ikke-farmakologisk behandling.

Som vi og har nevnt i kapittel 3.3 er det flere studier som viser at spesielt beroligende medikamenter som benzodiazepinene var en risikofaktor for å påføre den eldre delirium. Det vi tenker er at sykepleieren da med sin forebyggende funksjon må sette i gang alternative tiltak i for eksempel det å berolige for å unngå medisinerings av slike medikamenter som utsetter den eldre for fare.

I sykepleieteorien til Travelbee nevner hun at sykdom er en tilstand som skal forebygges eller prøve å unngå om det er mulig.

Dermed mener vi at sykepleierens kunnskaper og holdninger angående dette temaet er viktig for å kunne utføre og oppfylle sine funksjons og ansvarsområder og dermed utøve god sykepleie, og hindre at den eldre påføres sykdom.

I følge Ranhoff og Børdahl (2010) nevnte de at medikamenter ofte ble brukt feil, spesielt der flere instanser var involverte. Det som ofte kunne være årsaken til at det ble feilbehandling var ulike faktorer som uklarheter om hvem som hadde ansvar, og mangelfull kommunikasjon, og informasjon blant de ulike tjenesteyterne.

Slik vi oppfatter det for å sikre pasientens medikamentelle behandling er det både lege og sykepleiers ansvar å kommunisere og dokumentere hvilke medikamenter pasienten har samt å rapportere angående effekten. Det vi ser for oss som ville sikre pasienten best mulig trygg medikamentell behandling er at pasienten har et medisinkort som følger ham i de ulike tjenestene, det er også noe Ranhoff og Børdahl (2010) nevner.

5.3.1 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid med øvrige helsepersonell, også lege bidrar til å unngå uheldige legemidler og polyfarmasi.

Det er viktig å se hele pasienten og tenke årsaker til denne situasjon (4.2). Vi har valgt å se på delirium i forhold til medikamenter, derfor viktig at vi som sykepleiere har kunnskap om enkelte typer medikamenter som kan gi delirium hos den eldre pasienten. Det å jobbe tverrfaglig, og samle informasjon om pasienten er nyttige opplysninger som man bruker videre. Geir Selbæk (2005) nevner i sin artikkel hvor viktig det er med gode rapporteringsrutiner mellom pleiepersonelle og lege i sykehjem. Her kan det gå lenge mellom hver konsultasjon, og mye kan skje i mellomstunder. Derfor kan CAM testen være et verktøy som kan brukes daglig av personale som har fått tilstrekkelig opplæring, til å kartlegge om det er bedring eller forverring av pasienten.

Personer som kjenner pasienten godt er en viktig ressurs. Dette for at han ofte er engstelig og stressfylt. Kjente stemmer og ansikter kan dempe angsten. Det kan derfor være viktig for oss helsepersonell at vi tenker over at han ikke har for mange forskjellige å forholde seg til daglig.

5.4 Sykepleierens funksjon i forhold til forebygging og behandling

I følge Ranhoff (2010b) er det solid vitenskapelig dokumentasjon på at forebygging av delirium nytter. De fleste studiene innbefatter sykepleietiltak.

Forebyggende tiltak har vi funnet mange av. Det hadde vært enkelt om man kunne finne en enkel faktor som årsak. Det ville gjort forebygging enkelt. Men den eldre pasient har som regel mange risikofaktorer på samme tid. Med det tenker vi på blant annet alder, flere kroniske sykdommer, dårlig ernæringsstatus og polyfarmasi. Det ser ikke ut som om noen kilder peker på bare en enkeltstående årsak til at eldre får delirium. Flere av våre kilder kommer tilbake til at sykepleiere spiller en sentral rolle mellom de ulike yrkesgruppene, det tverrfaglige samarbeidet. Det er her viktig å huske på at pasienten er hovedpersonen. Så langt det lar seg gjøre er det viktig at de fire etiske prinsippene blir godt ivarettatt. Det autonome

prinsippet er det viktig at vi tar med oss slik at vi tar vare på pasientens integritet og rettigheter. Når pasientens situasjon er av en slik art at dette ikke lar seg gjøre, er det da viktig at pårørende kan si noe om hvordan pasienten ville ønsket å ha det. Med det følges pasientrettighetsloven. Kommunehelsetjenesteloven sier at de som bor eller oppholder seg i kommunen skal ha helsehjelp om de trenger det. Her tenker vi på de fire etiske prinsippene å handle godt, slik at pasienten får den behandling og omsorg den trenger, og at de ikke blir skadet. Rettferdighet opplevde vi fra praksis ikke alltid ble overholdt. Den eldre deliriose pasientene opplevde vi som sårbar på flere områder. Han var avhengig av at en eller annen pratet hans sak. I dette tilfelle var det sterke pårørende.

Når vi har lest om delirium får vi en forståelse for at risikofaktorer ofte er knyttet opp mot de forebyggende tiltak. Med det hevder man at tilstanden skyldes flere uheldige faktorer på en gang. Med det mener vi at organismen blir overbelastet av risikofaktorer. Så vil tiltakene dreie seg om å finne og fjerne flest mulig av risikofaktorene. Alle disse faktorene gjør seg vanskelig å eliminere vekk. En kan ikke fjerne at pasienten er gammel, at han er sårbar. Med de opplysningene vi har over tiltak, og de vi har over risikofaktorene gir det mulighet til å hjelpe den eldre pasienten.

Det viser seg at god allianse med disse pasientene er viktig for å bygge opp tillit slik at de opplever trygghet (4.2). Det er viktig å forholde seg rolig sammen med dem, skjerme dem for inntrykk, og unngå at de blamerer seg selv i denne situasjon. Dette for å unngå å skape unødig stress. I følge Engedal (2000) er demente pasienter som er under stress mer utsatt for delirium. Det er derfor viktig å tenke forebyggende, og hva som kan utløse dette. Hos demente boende hjemme eller på et sykehjem er det viktig at vi vet hva som kan være en stressende situasjon for pasienten. Med det tenker vi på miljøforandringer, som å flytte en pasient fra et sted til et annet. Men at man kan tenke seg at man kan behandle pasienten der han er, med å sette inn enkle forebyggende tiltak.

Sørge for tilstrekkelig med ro, hvile og skjerming er i følge Engedal (2000) og Ranhoff (2010b) viktig. De har ofte en forstyrret søvnrytme og sover derfor lite. Det å kunne holde døgnrytmen og roe ned aktiviteter mot kvelden er nødvendig. Om nødvendig å gi pasienten

noe å sove på. Det å ha pasienten på en korridor eller å ha han sammen med flere pasienter vil gi pasienten for mye inntrykk, og fremmedartede lyder.

Gi enkel og kort informasjon med jevnlig gjentakelser slik at det blir forutsigbart, og skaper trygghet og mer ro. Da er det også viktig at man vet at pasienten hører det som blir sagt. For at pasienten best mulig skal holde seg i kontakt med virkeligheten, er det nyttig med tidsgivere som er lett synlig, for eksempel en forståelig klokke. Sansesvikt må korrigeres. Rene briller slik at han ser hva som skjer rundt seg, og høreapparat må virke, og ha batteri. Taleforsterker kan være nødvendig. Belysningen på rommet må være god. Pasienten skal se forskjell på dag og natt. Derfor må det være riktig lys-mørke-rytme. Dette er tiltak Ranhoff (2010b) har med.

Eliminasjon, det å kunne kvitte seg med avfallsstoffer er ofte et gjøremål pasienten trenger hjelp til. Ranhoff (2010b) sier at det er viktig at pasienten har regelmessig urin og avføring. I den tilstand pasienten er i, er det nødvendig å følge nøye med på når de har vært på toalettet sist. Ved en obstipasjon kan en pasient bli urolig, det samme med vannlatingstrang.

Det at pasienten for i seg nok mat og drikke er nødvendig for å unngå dehydrering. Ved dehydrering vil blodvolumet bli redusert og blodtrykket synker. Lite væske gjør at tarmfunksjonen hemmes sammen med de aldersforandringene som er i tillegg. Eldre kan også være mer utsatt for urinveisinfeksjon. Lite ernæring kan gi forstoppelse, og er en påkjenning for organismen.

Behandlingen består i å behandle og fjerne den utløsende årsak. Medikamenter som kan være en årsak til delirium bør fjernes straks. Dette er en legejobb, men vi som sykepleiere må ha gode nok kunnskaper om disse typer legemidler sammen med pasientens sårbarhet, slik at legen får tilbakemeldinger på dette, og kan starte behandlingen raskt.

I følge Travelbee er sykepleieren ansvarlig for at den syke får den hjelp som er nødvendig. Med dette forstår vi at en sykepleier kan ikke alltid finne løsninger på problemet, men vi må da henvise pasienten til de instanser som er nødvendig. Gi god pleie og omsorg i et trygt og godt miljø. Kommunikasjon mellom sykepleier og lege er viktig da legen setter i gang diagnostiske tiltak for å kartlegge årsakene.

I følge Ranhoff (2010b) er det ingen dokumentert behandling mot delirium i seg selv. Den består i å behandle og fjerne utløsende årsaker. Gi pleie og omsorg i trygt og godt miljø. Den viktigste oppgaven for sykepleieren er å skape trygghet og mest mulig behagelig tilværelse ut fra slik pasienten har det (4.2). Det er mye av de samme tiltakene for behandling av delirium som ved forebygging.

Vi mener at et tiltak som kan iverksettes hos den eldre pasient innlagt i institusjon, er å utforme en pleieplan ved innleggelse. Der problemet bør defineres som "fare for delirium" med tilhørende tiltak. Dette mener vi vil komme til nytte for de som jobber med pasienten. Da kan observasjoner og tiltak følges opp.

Ved å gjøre helsepersonell kjent med symptomer på delirium, viser forskning at utfordringen ligger her.

5.4.1 Krisereaksjon i etterkant

Krise kan oppleves forskjellig (4.7.1) De fleste eldre har ofte en rekke tilbakelagte kriser bak seg etter å ha levd et langt liv. I følge Travelbee er pasienten i en situasjon der den opplever en krise eller et problem. Pasienten opplever stress, angst og fortvilelse. Pårørende opplever også kriser og stress, dette fordi de bekymrer seg for den syke. Erfaring fra praksis har vi opplevd at enkelte pårørende uttrykker ønsker om å bli mer inkludert. Dette bør ses på som en viktig ressurs for pasienten, at vi lytter til pårørende og deres erfaring. Helsepersonell kan hente nyttig informasjon som kommer pasienten til gode. Men også at pårørende får støtte og forståelse for sin situasjon, slik at de kan håndtere den bedre.

Vi har erfart at pasient og pårørendes møte med helsepersonell som er positivt, vil sjansen for at man får viktig informasjon være bra, for den videre medisinske vurdering. Er det negativt, kan det være vanskelig å snakke åpent og få en dialog, og nyttig informasjon uteblir.

I følge Engedal (2000) sier han at kriser kan via stressmekanismer påvirke eldre mennesker på en slik måte at delirium lett kan utløses ved sekundær påvirkning som medikamenter. Det er i en hektisk hverdag i et sykehjem eller sykehus mye som kan øke stressnivået.

Pasienten har vanskeligheter med å abstrahere og vurdere situasjoner, men også bedømme og finne logiske løsninger. Dette fordi deres tenkning er langsom og enkel og blir ofte fordreid til noe helt annet, og mye innbilninger. Vrangforestillinger og synshallusinasjoner blir ofte utløst av de opplevelser de får i fra miljøet rundt seg der og da. Med det mener vi at de har vanskeligheter med å sette de riktige opplevelsene inn i riktig sammenheng. Persepsjonsevnen er redusert.

5.4.2 Tester som hjelpemiddel til diagnostisering av delirium

Artikkelforfattere og mange av de kildene vi har brukt forteller om nytteverdien ved bruken av tester for å diagnostisere delirium. CAM bør brukes av helsepersonell etter grundig opplæring. Denne testen kan brukes daglig for å se bedring eller forverring av delirium. MDAS tester alvorlighetsgraden av delirium. Her forutsettes det at diagnosen er stilt.

6.0 Konklusjon

Vi ønsket å se nærmere på sykepleierens funksjon og ansvar i forebygging og behandling av delirium hos eldre forårsaket av medikamenter.

Vi fant ut at det var vitenskapelig dokumentasjon på at forebygging av delirium nytter. At de fleste studiene innbefattet sykepleietiltak.

Det vi ville vise var hvordan sykepleieren skal kunne utfylle sine funksjoner i forebygging, og behandling er det viktig at det er grunnleggende kunnskaper, og gode holdninger i utøvelsen av sykepleie til eldre med delirium.

Gjennom vår erfaring i fra praksis så vi hvor skremmende lite enkelte hadde når det gjaldt kunnskaper angående den eldre og dens medikamenter, og at det kunne føre til delirium.

Når det gjaldt kunnskapsnivået hos helsepersonell viste artikler hvor viktig det var å holde seg oppdatert faglig for å oppnå mest effektiv behandling.

Utfordringen er å gjøre forskningsstoff forståelig og lett tilgjengelig for helsepersonell, slik at det blir mer attraktivt å søke i. Samtidig ser vi at i en hektisk arbeidshverdag blir det ikke prioritert i å søke fagstoff eller å oppdatere seg faglig.

I gjentatte tilfeller opplevde vi at pasienter som hadde tydelige tegn på at det kunne være delirium, ble satt på store doser beroligende medikament, og som ga motsatt virkning.

Medikamentet som ble gitt står på listen over ikke anbefalt gitt til eldre.

Ut i fra dette er vi kritiske til enkelte legers forskrivning av medikamenter til eldre og deres holdninger og kunnskap om den eldres risikofaktorer for delirium.

Vi fikk noen betenkeligheter ved å se sykepleierens funksjon i praksis i forhold til den forebyggende og behandlende utøvelse av sykepleie til eldre med delirium. Vi opplevde at den eldre ble sett på mer som et problem på grunn av uro, og at det var lite løsningsorienterte sykepleietiltak.

Vi vil berømme forskningen og arbeidet Geir Selbæk har utført i forhold til de eldre og deres medikamentbruk når det gjelder virkning og bivirkninger. Forskningen hans viser at de eldre får medikamenter som viste liten eller ingen effekt i forhold til forbruket, og at det heller medførte at den eldre ble utsatt for uheldige bivirkninger som delirium og som dermed ble en sekundær sykdom.

Det vi har funnet i teoridelen om eldre, aldersforandringer, hva delirium er og hvilke medikamenter som er uegnet er kunnskaper som gjør at en kan unngå delirium og fange det opp tidligere.

Det hadde vært interessant om vi hadde hatt mer tid og ressurser, og forsket videre på hvor viktig det er med økt kunnskap blant helsepersonell for å kunne forebygge delirium forårsaket av medikamenter. Samtidig hvordan det er med kvalitetssikring av legemiddelhåndtering.

7.0 Etterord

På bakgrunn av opplevelser i praksis ble vi nysgjerrige på hvordan en sykepleier kan forebygge og være delaktig i behandlingen av medikamentutløst delirium.

Vi slet med å få riktig ordlyd i problemstillingen, men vi visste under hele prosessen hva vi ønsket å få vite mer om.

Ut i fra valgte problemstilling var det overraskende lett å finne relevant litteratur enn det vi hadde sett for oss.

Da stiller vi oss spørsmålet at med så mye litteratur og forskning på dette området hvorfor blir det ikke mer prioritert og vektlagt i helsevesenet.

Når delirium er utløst er dette en pasientgruppe som er krevende derfor ser vi den forebyggende biten som veldig viktig men vi opplever at det er lite utbredt blant helsepersonell.

Det har vært en arbeidsom periode, men samtidig har det utrolig spennende og lærerikt.

Vi har hatt bra framdrift med oppgaven fra vi startet i midten av mars, men da vi skulle begynne på drøftingen stoppet det opp litt. Vi visste hva vi ville drøfte men er redd for at vi ikke har fått med oss en del som kunne vært drøftet.

Et eksempel på det er at vi gjerne skulle ha drøftet mer rundt hjemmeboende eldre, pasienter på sykehjem og sykehus, på grunn av oppgavens størrelse ble det mer generelt.

Mer kunnskap om forebygging, behandling, eldre og medikamenter har gjort oss mer bevisst på egne holdninger i forhold til dette og økt vår kunnskap.

Vi har fordypet oss i dette emnet og arbeidet selvstendig, samtidig har vi økt vår kunnskap i forhold til det å søke etter forskning. Vi mener å ha oppnådd formålet med eksamen.

Samarbeidet oss i mellom har gått bra, vi har hatt faglige diskusjoner og reflektert over litteratur og egne erfaringer.

Vi har jobbet side om side og utnyttet hverandres ressurser på en best mulig måte.

Litteraturliste

(*selvvalgt litteratur)

Brinchmann, Berit Støre (2005). De fire prinsippers etikk – velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I: Brinchmann, Berit Støre (red.) *Etikk i sykepleien*. s.73-87. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Clegg, A. and Young JB (2010). *Which medications to avoid in people at risk of delirium: a systematic* [online]. URL:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov.proxy.helsebiblioteket.no/pubmed/21068014> (19.04.2011)

(1 side)

Dalland, Olav (2008). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4. utgave. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Engedal Knut(2000).*URUNDE HJUL,Alderspsykiatri i praksis*. Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. BK Vestfold Grafiske AS. (Kap.12, 12 sider).

*Fastbom, Johan (2002). *Eldre og legemidler*. Oslo. Kommuneforlaget AS.

(Kap.4, 6 og 7, 19 sider).

Fermann, Torbjørg og Gro Næss (2010). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I: Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette Hysten Ranhoff (red.) *Geriatrisk Sykepleie God omsorg til den gamle pasienten*. s.196-218. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Haugan Siv (2011)Bedre behandling med oppdaterte helsearbeidere.[onlie] URL:

<http://www.forskning.no/artikler/2011/februar/278801> (04.04.11). (1 side).

*Heap, Ken (1996) *SAMTALEN i eldreomsorgen. Kommunikasjon-Minner-Kriser-Sorg* 2.opplag. Otta. Kommuneforlaget AS

Helsepersonelloven (1999) *Lov om helsepersonell*, paragraf 1,4 og 5. [online] Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/hl-19990702-064.html> (15.04.11)

Karoliussen, Mette og Kari Lislerud Smebye (2006). *Eldre, aldring og sykepleie*. 2.utgave. 6. opplag. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kommunehelsetjenesteloven (1982) *Lov om helsetjenestene i kommunene*, paragraf 2-1. [online] Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/hl-19821119-066.html> (02.04.11)

Kringlen, Einar (2008). *Psykiatri*. 9.utgave. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2005). Om sykepleie. I: Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (red.) *Grunnleggende Sykepleie – bind 1*. s.13-27. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Magnus, Per og Leiv S. Bakketeig (2000). *Prosjektarbeid i helsefagene*. Oslo. Gyldendal Akademisk. (s.37-41, 4 sider).

Nordeng, Hedvig (2007). Grunnleggende kunnskap – hva er legemidler, og hvordan brukes de? I: Nordeng, Hedvig og Olav Spigset (red.) *Legemidler og bruken av dem*. s.23-45. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Norsk Sykepleierforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo.

*Nygaard, Harald og Gunnar Høvding (1997). *Betablokkerende øyedråper og bivirkninger* [online]. URL: <http://ww2.tidsskriftet.no/tsweb/199714/leder4.html> (19.04.11). (1 side).

Pasientrettighetsloven (1999) *Lov om pasientrettigheter*, paragraf 1-1, 3-1, 4-1 og 4-6. [online] Lovdata. URL: <http://lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> (15.04.11)

Ranhoff, Anette Hylen (2010a). Den gamle pasienten. I: Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette Hylen Ranhoff (red.) *Geriatrisk Sykepleie God omsorg til den gamle pasienten*. s.75-86. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, Anette Hylen (2010b). Delirium (akutt forvirring). I: Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette Hylen Ranhoff (red.) *Geriatrisk Sykepleie God omsorg til den gamle pasienten*. s.395-405. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, Anette Hylen og Bente Børdahl (2010). Eldre og legemidler. I: Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette Hylen Ranhoff (red.) *Geriatrisk Sykepleie God omsorg til den gamle pasienten*. s.157-165. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Ranhoff, Anette Hylen, Gisle Schmidt og Unni Ånstad (2007). *SYKEHJEMSMEDISIN FOR SYKEPLEIERE OG LEGER*. Oslo. Universitetsforlaget AS. (Kap.3, s.59-63, 5 sider).

*Ranhoff, Anette Hylen og Odd Brørs (2005). Legemidler som kan gi delirium hos eldre. I: Tidsskrift for Den norske legeförening [online], (nr.17). URL: http://tidsskriftet.no/?seks_id=1252508 (02.04.11). (2 sider).

*Ranhoff Hylen Anette, Marianne Hjermstad, Jon Håvard Logo(2004)Skåringsverktøy.Helsebiblioteket.no.URL: <http://www.helsebiblioteket.no/Psykisk+helse/Felles/Sk%C3%A5ringsverkt%C3%B8y/CAM+-+Confusion+assessment+method+-+kortversjon.1280.cms> (30.03.11). (1 side).

Romøren, Tor Inge (2010). Eldre, helse og hjelpbehov. I: Kirkevold, Marit, Kari Brodtkorb og Anette Hylen Ranhoff (red.) *Geriatrisk Sykepleie God omsorg til den gamle pasienten*. s.29-37. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Selbæk, Geir (2009). Medisinering – til hjelp for hvem? I: *Omsorg*. 3/2009, s.41-43. (3 sider)

*Selbæk, Geir og Knut Engedal (2008). *Atypiske antipsykotika hos eldre pasienter med demens*. I: Tidsskrift for Den norske legeforening [online], (2008 nr. 9), URL: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1685142 (19.04.11). (2 sider).

*Selbæk, Geir (2005). *Atferdsforstyrrelser og psykiske symptomer ved demens*. I: Tidsskrift for Den norske legeforening [online], (2005 nr. 11), URL: http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1200402 (19.04.11). (3 sider).

*STOPP (Screening Tool of Older Peoples potentially inappropriate Prescriptions) [online]. URL: <http://www.legeforeningen.no/id/163164.0>. (28.03.11), (4 sider).

*Travelbee, Joyce (2003). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. 1. utgave. 3 opplag. Gyldendal Norsk Forlag AS. (Kap.1, 2, 3, 5, 6 og 10, 121 sider).

Undervisningsplan studieenhet 3, Bachelor i sykepleie, kull 07HBSPLD. Høgskolen i Gjøvik, Avdeling for helse, omsorg og sykepleie, Seksjon for sykepleie, (Våren 2010).

*V. Juliebø, K. Lerang, H. Skanke, M. Mowe, J. H. Loge, M. J. Hjermsstad, T. B. Wyller (2005) Helsebiblioteket. Skåringsverktøy. URL: <http://www.helsebiblioteket.no/Psykisk+helse/Felles/Sk%C3%A5ringsverkt%C3%B8y/MDAS++The+Memorial+Delirium+Assessment+Scale.38552.cms> (30.03.11). (4 sider).

*Wangensteen, Sigrid (2010). *Newly graduated nurses' perception of competence, critical thinking and research utilization*. Doktoravhandling, Karlstad University Studies. (s.11-14 og s.61-63, 8 sider).

Vedlegg 1 CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM)

Inouye et al. Ann Int Med 1990; 113: 941-948. Norsk oversettelse ved Anette Hysten Ranhoff, Marianne Hjermsstad og Jon Håvard Loge, 2004

INTERVJUER:

DATO:

I	AKUTT DEBUT OG VEKSLLENDE FORLØP		BOKS 1
	a) Finnes det tegn på akutte endringer i pasientens mentale tilstand i forhold til hvordan han/hun er til vanlig?	Nei __	Ja __
	b) Vekslet den (unormale) atferden i løpet av dagen, det vil si, hadde tegnene en tendens til å komme og gå eller øke eller avta i styrke?	Nei __	Ja __
II	UOPPMERKSOMHET		
	Hadde pasienten problemer med å holde oppmerksomheten, for eksempel ble han/hun lett distraheret, eller hadde han/hun problemer med å få med seg det som ble sagt?	Nei __	Ja __
III	DESORGANISERT TANKEGANG		BOKS 2
	Var pasientens <u>tankegang</u> desorganisert eller usammenhengende, for eksempel usammenhengende eller irrelevant konversasjon, uklare eller ulogiske tankerekker, uforutsigbar endring fra tema til tema?	Nei __	Ja __
IV	ENDRET BEVISSTHETSNIVÅ		
	Generelt sett, hvordan vurderer du pasientens bevissthetsnivå?		
	__ Våken (normal)		
	__ Oppspilt (anspent)		
	__ Somnolent (søvnig, lett å vekke)		
	__ Stuporøs (omtåket, vanskelig å vekke)		
	__ Komatøs (umulig å vekke)		
	Er det noen kryss i det grå feltet?	Nei __	Ja __

Hvis alle punktene i Boks 1 og minst ett i Boks 2 er avmerket, er diagnosen delirium sannsynlig.

Vedlegg 2 MDAS - The Memorial Delirium Assessment Scale

Breitbart et.al. J Pain Symptom Manage 1997; 13: 128-37. Oversatt til norsk av V. Juliebø, K. Lerang, H. Skanke, M. Mowé, J.H. Loge, M.J. Hjermsstad, og T.B. Wyller, januar 2005. Henvendelse: t.b.wyller@medisin.uio.no

Test for alvorlighetsgraden av delirium. Testen forutsetter at diagnosen delirium allerede er stilt, f.eks. med utgangspunkt i ICD-10, DSM-IV eller The Confusion Assessment Method (CAM).

Instruksjon: Grader alvorlighetsgraden av følgende symptomer på delirium, basert på samhandling med pasienten på undersøkelsestidspunktet eller på pasientens atferd eller opplevelser i løpet av timene før (se instruksjon under hvert enkelt punkt).

1. REDUSERT BEVISSTHETSNIVÅ

Grader pasientens oppmerksomhet på og samhandling med omgivelsene (intervjuer eller andre personer i rommet). Be for eksempel pasienten om å beskrive omgivelsene.

0 Normalt bevissthetsnivå. Pasienten er bevisst på omgivelsene og samhandler adekvat.

1 Lett redusert bevissthetsnivå. Pasienten er uoppmerksom på enkelte elementer i omgivelsene, eller samhandler ikke umiddelbart adekvat med intervjuer. Ved sterk stimulering blir pasienten fullt bevisst på omgivelsene og samhandler adekvat. Intervjuet tar noe lengre tid, men lar seg gjennomføre uten alvorlige avbrytelser.

2 Moderat redusert bevissthetsnivå. Pasienten er uoppmerksom på noen av eller alle elementene i omgivelsene, eller samhandler ikke umiddelbart adekvat med intervjuer. Ved sterk stimulering blir han delvis oppmerksom på omgivelsene, og samhandler noe, men ikke adekvat. Intervjuet tar lengre tid, men lar seg gjennomføre uten alvorlige avbrytelser.

3 Alvorlig redusert bevissthetsnivå. Pasienten registrerer ingen elementer i omgivelsene og samhandler ikke spontant med intervjuer. Intervjuet er vanskelig eller umulig å gjennomføre selv ved maksimal stimulering.

2. DESORIENTERING

Grader nåværende tilstand ved å spørre etter følgende orienterende opplysninger: dato, måned, dag, år, årstid, etasje, sykehusets navn, by, fylke, land.

0 Ingen desorientering. Pasienten svarer korrekt på 9-10 spørsmål.

1 Lett desorientering. Pasienten svarer korrekt på 7-8 spørsmål.

2 Moderat desorientering. Pasienten svarer korrekt på 5-6 spørsmål.

3 Alvorlig desorientering. Pasienten svarer korrekt på 4 eller færre spørsmål

3. SVEKKET KORTTIDSHUKOMMELSE

Grader nåværende tilstand ved å be om repetisjon og utsatt erindring av tre ord. Be pasienten om å gjenta ordene med en gang og å huske dem 5 minutter senere etter å ha utført en annen oppgave. Bruk forskjellige sett av tre ord for gjentatt testing (f.eks. eple, bord, i morgen og himmel, sigar, rettferdighet).

0 Normal korttidshukommelse. Gjentar og husker alle tre ordene.

1 Lett svekket korttidshukommelse. Gjentar alle tre ordene og husker to av dem.

2 Moderat svekket korttidshukommelse. Gjentar alle tre ordene, men husker bare ett eller ingen av dem.

3 Alvorlig svekket korttidshukommelse. Klarer ikke å gjenta alle tre ordene.

4. SVEKKET TALLHUKOMMELSE

Grader nåværende tilstand ved å be pasienten om å gjenta først tre, så fire og så fem tall i presentert rekkefølge (forlengs), og deretter tre og så fire tall i omvendt rekkefølge (baklengs). Gå bare videre til neste nivå dersom pasienten klarer det foregående.

0 Normal tallhukommelse. Gjentar minst fem tall forlengs og fire tall baklengs.

1 Lett svekket tallhukommelse. Gjentar minst fem tall forlengs og tre tall baklengs.

2 Moderat svekket tallhukommelse. Gjentar minst fire tall forlengs, men klarer ikke gjenta tre tall baklengs.

3 Alvorlig svekket tallhukommelse. Klarer ikke å gjenta mer enn tre tall forlengs.

5. REDUSERT EVNE TIL Å OPPRETTHOLDE OG SKIFTE FOKUS FOR OPPMERKSOMHETEN

Slik det kommer frem under intervjuet ved at spørsmål må omformuleres eller stilles på nytt fordi pasienten skifter fokus, mister tråden, blir distraheret av utenforstående stimuli eller blir for oppslukt i én oppgave.

0 Normal oppmerksomhet. Ingen av ovennevnte problemer. Normal evne til å opprettholde oppmerksomhet og skifte fokus.

1 Lett svekket oppmerksomhet. Problemene oppstår en eller to ganger uten å forlenge intervjuet.

2 Moderat svekket oppmerksomhet. Problemene oppstår ofte. Intervjuet tar noe lengre tid, men lar seg gjennomføre.

3 Alvorlig svekket oppmerksomhet. Problemene er til stede hele tiden. Intervjuet blir svært vanskelig eller umulig å gjennomføre.

6. DESORGANISERT TANKEGANG

Slik det kommer frem under intervjuet i form av usammenhengende, irrelevant eller springende tale, eller digresjonspreget, omstendelig eller feilaktig resonnering. Still pasienten et noe komplisert spørsmål, som for eksempel å beskrive sin nåværende medisinske tilstand.

0 Ingen desorganisert tankegang. Pasientens tale er sammenhengende og målrettet.

1 Lett desorganisert tankegang. Talen kan være vanskelig å følge. Svarene er litt på siden uten at det forlenger intervjuet.

2 Moderat desorganisert tankegang. Desorganisert tenkning og tale er åpenbart til stede. Intervjuet tar noe lengre tid, men lar seg gjennomføre.

3 Alvorlig desorganisert tankegang. Gjør intervjuet svært vanskelig eller umulig å gjennomføre.

7. PERSEPSJONSFORSTYRRELSER

Misoppfatninger, illusjoner eller hallusinasjoner som fremgår av pasientopplysninger eller inadekvat atferd under intervjuet, samt informasjon fra familie, helsepersonell og journalnotat basert på de siste timene før undersøkelsen eller i tiden siden forrige undersøkelse.

0 Ingen persepsjonsforstyrrelser.

1 Lette persepsjonsforstyrrelser. Misoppfatninger eller illusjoner i forbindelse med søvn. Forbigående hallusinasjoner ved et par anledninger uten avvikende atferd.

2 Moderate persepsjonsforstyrrelser. Hallusinasjoner eller hyppige illusjoner ved flere anledninger. Lite atferdsforstyrrelser, intervjuet lar seg gjennomføre.

3 Alvorlige persepsjonsforstyrrelser. Hyppige eller intense illusjoner eller hallusinasjoner med vedvarende atferdsforstyrrelser. Gjør at intervjuet blir umulig å gjennomføre eller forstyrrer den medisinske behandlingen.

8. VRANGFORESTILLINGER

Angi graden av vrangforestillinger som fremgår av pasientopplysninger eller avvikende atferd under intervjuet, samt informasjon fra familie, helsepersonell og journalnotat basert på de siste timene før undersøkelsen eller i tiden siden forrige undersøkelse.

0 Ingen tegn til feiltolkninger eller vrangforestillinger.

1 Lette vrangforestillinger. Feiltolkninger eller mistenksomhet uten sikre vrangforestillinger eller avvikende atferd.

2 Moderate vrangforestillinger. Vrangforestillinger som blir bekreftet av pasienten eller som fremgår av atferden under intervjuet, men som ikke fører til at intervjuet blir vesentlig forlenget eller forstyrrer medisinsk behandling og pleie.

3 Alvorlige vrangforestillinger. Vedvarende og/eller intense vrangforestillinger som fører til avvikende atferd, avbryter intervjuet eller i stor grad forstyrrer medisinsk behandling og pleie.

9. REDUSERT ELLER ØKT PSYKOMOTORISK AKTIVITET

Grader det psykomotoriske aktivitetsnivået under intervjuet og i timene før ved å sette ring for **A)** hypoaktivitet, **B)** hyperaktivitet eller **C)** blanding av hyper- og hypoaktivitet.

0 Ingen endring. Normal psykomotorisk aktivitet.

A B C 1 Noe endring i aktivitetsnivået. A: *Hypoaktivitet* er knapt merkbar og sees som lett motorisk treghet. B: *Hyperaktivitet* er knapt merkbar og sees som lett rastløshet.

A B C 2 Moderat endring i aktivitetsnivået. A: *Hypoaktivitet* er tydelig med markert reduksjon i antall bevegelser eller betydelig langsommere bevegelser. Spontan tale eller bevegelse forekommer nesten ikke. B: *Hyperaktivitet* er tydelig. Pasienten er i nærmest konstant bevegelse. I begge tilfeller fører det til at intervjuet blir forlenget.

A B C 3 Alvorlig endring i aktivitetsnivået. A: Alvorlig *hypoaktivitet*; Pasienten verken beveger seg eller snakker uten kraftig stimulering eller er kataton. B: Alvorlig *hyperaktivitet*; Pasienten er i konstant bevegelse, overreagerer på stimuli, trenger overvåkning og/eller må holdes tilbake. I begge tilfeller er det vanskelig eller umulig å gjennomføre testen.

10. FORSTYRRELSE AV SØVN-VÅKENHETSRYTMEN

Grader pasientens evne til å sove eller holde seg våken til riktige tider. Benytt direkte observasjon under intervjuet samt opplysninger fra pasient, familie, helsepersonell og journalnotat som beskriver forstyrrelser av søvn-våkenhetsrytmen i løpet av de siste timene før undersøkelsen eller i tiden siden forrige undersøkelse. Opplysninger fra siste natt skal kun benyttes ved evaluering om morgenen.

0 Ingen forstyrrelse av søvn-våkenhetsrytmen. Sover godt om natten. Har ingen problemer med å holde seg våken på dagtid.

1 Lett forstyrrelse av søvn-våkenhetsrytmen. Vanskelig for å sovne eller forbigående nattlige oppvåkninger, trenger medisiner for å sove godt. Rapporterer om perioder med døsighet på dagtid, eller er døsig under intervjuet, men klarer å holde seg våken.

2 Moderat forstyrrelse av søvn-våkenhetsrytmen. Gjentatte og lange nattlige oppvåkninger. Hyppige og lange søvnperioder på dagtid, eller kan kun holdes våken ved sterke stimuli under intervjuet.

3 Alvorlig forstyrrelse av søvn-våkenhetsrytmen. Søvnløs om natten og sover mesteparten av dagen, eller kan ikke vekkes til full våkenhet under intervjuet selv ved sterke stimuli.

SUMSKÅRE: _____

0 = Ingen symptomer på delirium

30 = Maksimale symptomer på delirium

Type delirium (basert på spørsmål 9):

Hyperaktivt Hypoaktivt Blandet

Vedlegg 3 STOPP (Screening Tool of Older People's potentially inappropriate Prescriptions)

Screeningverktøy for potensielt uhensiktsmessige legemidler til eldre

Oversatt til norsk av Marit Stordal Bakken, Anne Gerd Granås, Sabine Ruths, Anette Hylene Ranhoff (2010).

De følgende forskrivninger av legemidler¹ er potensielt uhensiktsmessige hos personer \geq 65 år.

A. Hjerne- og karsystemet

1. Langtidsbehandling med digitoksin i doser som gir s-digitoksin utenfor anbefalt nivå (*økt risiko for digitoksinforgiftning*)².
2. Slyngediuretikum som furosemid (Diural, Furix, Lasix) og bumetanid (Burinex) ved isolert ankelødem, dvs ingen kliniske tegn til hjertesvikt (*ikke evidens for effekt, kompresjonsstrømper er vanligvis mer hensiktsmessig*).
3. Slyngediuretikum som førstevalg monoterapi ved hypertensjon (*tryggere og mer effektive alternativer tilgjengelige*).
4. Tiazid (Centyl, Esidrex) ved urinsyregikt i sykehistorien (*kan forverre urinsyregikt*).
5. Betablokker ved kronisk obstruktiv lungesykdom (KOLS) (*risiko for økt bronkospasme*).
6. Betablokker i kombinasjon med verapamil (Isoptin, Verakard) (*risiko for symptomgivende ledningsblokk*).
7. Bruk av diltiazem (Cardizem) eller verapamil ved hjertesvikt NYHA klasse III eller IV (*kan forverre hjertesvikt*).
8. Kalsiumantagonister ved kronisk obstipasjon (*kan forverre obstipasjon*).
9. Bruk av acetylsalisylsyre (Albyl-E) og warfarin (Marevan) i kombinasjon uten samtidig histamin-2 reseptorantagonist eller protonpumpehemmer (PPI) (*høy risiko for gastrointestinal blødning*).
10. Dipyridamol (Persantin) i monoterapi ved kardiovaskulær sekundærforebygging (*ikke evidens for effekt*).
11. Acetylsalisylsyre ved ulcussykdom i sykehistorien uten samtidig histamin-2 reseptorantagonist eller PPI (*risiko for blødning*).
12. Acetylsalisylsyre i dose >150 mg daglig (*økt blødningsrisiko, ikke evidens for økt effekt*).
13. Acetylsalisylsyre uten symptomer på koronar, cerebral eller perifer karsykdom eller okkluderende hendelse i sykehistorien (*ikke indisert*).
14. Acetylsalisylsyre til behandling av svimmelhet uten holdepunkter for cerebrovaskulær sykdom (*ikke indisert*).
15. Warfarin i mer enn 6 måneder ved førstegangs ukomplisert dyp venetrombose (*ikke evidens for økt nytte*).
16. Warfarin i mer enn 12 måneder ved førstegangs ukomplisert lungeemboli (*ikke evidens for nytte*).
17. Acetylsalisylsyre, klopidogrel (Plavix), dipyridamol eller warfarin ved samtidig blødningsforstyrrelse (*høy risiko for blødning*).

B. Sentralnervesystemet og psykofarmaka

1. Trisykliske antidepressiver (TCA, f.eks. Sarotex, Noritren, Anafranil) ved demens (*risiko for forverring av kognitiv svikt*).

2. TCA ved glaukom (*kan forverre glaukom*).
3. TCA ved ledningsforstyrrelser i hjertet (*pro-arytmisk effekt*).
4. TCA ved obstipasjon (*kan forverre obstipasjon*).
5. TCA sammen med opiat eller kalsiumantagonist (*risiko for alvorlig obstipasjon*).
6. TCA ved prostatisme eller urinretensjon i sykehistorien (*risiko for urinretensjon*).
7. Langtidsbehandling (>1 måned) med langtidsvirkende benzodiazepiner, dvs nitrazepam (Apodorm, Mogadon), flunitrazepam (Flunipam) og benzodiazepiner med langtidsvirkende metabolitter, f.eks. diazepam (Stesolid, Vival, Valium) (*risiko for forlenget sedasjon, konfusjon, svekket balanse og fall*).
8. Langtidsbehandling (>1 måned) med nevroleptika (feks. Nozinan) som sovemiddel (*risiko for konfusjon, hypotensjon, ekstrapyramidale bivirkninger, fall*).
9. Langtidsbehandling med nevroleptika (>1 måned) hos pasienter med parkinsonisme (*kan forverre ekstrapyramidale symptomer*).
10. Fentiaziner (høydose nevroleptika; Nozinan, Trilafon, Stemetil) til pasienter med epilepsi (*kan senke krampeterskelen*).
11. Antikolinergika til behandling av ekstrapyramidale bivirkninger fra nevroleptika (*risiko for antikolinerg toksisitet*).
12. Selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI, f.eks. Cipramil, Cipralex, Zoloft) ved klinisk betydningsfull hyponatremi (ikke-iatrogen hyponatremi <130mmol/l i løpet av de to siste månedene) i sykehistorien.
13. Langtidsbruk (>1 uke) av førstegenerasjons antihistaminer, f.eks. syklizin (Marzine), prometazin (Phenergan) (*risiko for sedasjon og antikolinerge bivirkninger*).

C. Fordøyelsessystemet

1. Loperamid (Imodium) eller kodeinfosfat (i Paralgin forte og Pinex Forte) til behandling av diaré av ukjent årsak (*risiko for forsinket diagnose, kan forverre obstipasjonsdiaré, kan utløse toksisk megacolon ved inflammatorisk tarmsykdom, kan forsinke bedring av gastroenteritt som ikke er erkjent*).
2. Loperamid eller kodeinfosfat til behandling av alvorlig infeksjøs gastroenteritt, dvs med blodig diaré, høy feber eller systemisk toksisk påvirkning (*risiko for forverring eller forlenget infeksjon*).
3. Proklorperazin (Stemetil) eller metoklopramid (Afipran) ved parkinsonisme (*risiko for forverring av parkinsonisme*).
4. PPI ved ulcussykdom i full terapeutisk dose i >8 uker (*dosereduksjon eller tidligere seponering er indisert*).
5. Antikolinerge spasmolytika (butylskopolamin og skopolamin) ved kronisk obstipasjon (*risiko for forverring av obstipasjon*).

D. Luftveiene

1. Teofyllin i monoterapi ved KOLS (*tryggere og mer effektive alternativer; risiko for bivirkninger på grunn av smalt terapeutisk vindu*).
2. Systemiske kortikosteroider i stedet for inhalasjonssteroider i vedlikeholdsbehandling av moderat/alvorlig KOLS (*unødig langtidseksponering for systemiske steroidbivirkninger*).
3. Ipratropiuminhalasjon (Atrovent) ved glaukom (*kan forverre glaukom*).

E. Muskel- og skjelettsystemet

1. Ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAIDs) ved ulcussykdom eller gastrointestinal blødning i sykehistorien, unntatt ved samtidig histamin-2 reseptorantagonist, PPI eller misoprostol (Cytotec) (*risiko for tilbakefall av ulcussykdom*).
2. NSAID ved moderat/alvorlig hypertensjon (moderat: 160/100mmHg – 179/109mmHg; alvorlig: $\geq 180/110$ mmHg) (*risiko for forverring av hypertensjon*).
3. NSAID ved hjertesvikt (*risiko for forverring av hjertesvikt*).
4. Langtidsbruk av NSAID (>3 måneder) mot milde leddsmerter ved artrose (*paracetamol foretrekkes og er vanligvis like effektiv mot smerter*).
5. Warfarin og NSAID samtidig (*risiko for gastrointestinal blødning*).
6. NSAID ved kronisk nyresvikt* (*risiko for forverring av nyrefunksjon*).
7. Langtidsbruk av kortikosteroider (>3 måneder) i monoterapi ved revmatoid artritt eller artrose (*risiko for alvorlige systemiske bivirkninger*).
8. Langtidsbruk av NSAID eller kolkisin ved kronisk behandling av urinsyregikt der det ikke er kontraindikasjon for allopurinol (Allopur, Zyloric) (*allopurinol førstevalg ved profylaktisk behandling av urinsyregikt*).

* estimert GFR 20-50ml/min.

F. Urogenitalsystemet

1. Blærespesifikke antimuskariske legemidler, (tolterodin (Detrusitol), solifenazin (Vesicare) mfl.), ved demens (*risiko for økt konfusjon, agitasjon*).
2. Antimuskariske legemidler ved kronisk glaukom (*risiko for akutt forverring av glaukom*).
3. Antimuskariske legemidler ved kronisk obstipasjon (*risiko for forverring av obstipasjon*).
4. Antimuskariske legemidler ved kronisk prostatisme (*risiko for urinretensjon*).
5. Alfa-1-reseptorantagonister (alfuzosin (Xatral), doxazosin (Carduran), tamsulosin (Cepalux, Omnic), terazosin (Sinalfa)) hos menn med hyppig inkontinens, dvs en eller flere episoder med inkontinens daglig (*risiko for hyppig vannlatning og forverring av inkontinens*).
6. Alfa-1-reseptorantagonister ved langtidsbruk av urinkateter, dvs mer enn 2 måneder (*legemidlet er ikke indisert*).

G. Hormonsystemet

1. Glibenklamid (Euglucon) ved diabetes mellitus type 2 (*risiko for forlenget hypoglykemi*).
2. Betablokker hos diabetikere med hyppige hypoglykemiske episoder, dvs ≥ 1 episode per måned (*risiko for maskering av hypoglykemiske symptomer*).
3. Østrogener ved brystkreft eller dyp venetrombose i sykehistorien (*økt risiko for tilbakefall*).
4. Østrogener uten progesteron hos pasienter med intakt uterus (*risiko for endometriekreft*).

H. Legemidler som øker fallrisiko hos personer med falltendens (≥ 1 fall siste tre måneder)

1. Benzodiazepiner (*sederende, kan gi svekkede sanser, sviktende balanse*).
2. Nevroleptika (*kan gi gangvansker, parkinsonisme*).
3. Førstegenerasjons antihistaminer (*sederende, kan svekke sansene*).
4. Vasodilaterende legemidler som er kjent for å gi hypotensjon hos pasienter med ortostatisk hypotensjon, dvs >20 mmHg fall i systolisk blodtrykk ved gjentatte målinger (*risiko for synkope, fall*).
5. Langtidsbruk av opiat er hos pasienter med falltendens (*risiko for dødsighet, ortostatisk hypotensjon, svimmelhet*).

I. Analgetika

1. Langtidsbruk av sterke opiater, f.eks. morfin (Dolcontin), buprenorfin (Norspan), oxycodon (OxyContin, OxyNorm), fentanyl (Durogesic) eller kodeinfosfat (Paralgin Forte, Pinex Forte), som førstevalg ved mild/moderat smerte (*WHO's smertetrapp ikke etterfulgt*).
2. Fast bruk av opiater i mer enn 2 uker ved kronisk obstipasjon uten samtidig bruk av laksantia (*risiko for alvorlig obstipasjon*).
3. Langtidsbruk av opiater hos personer med demens unntatt når det er indisert for lindrende behandling eller for kontroll av moderat/alvorlig kronisk smertesyndrom (*risiko for forverring av kognitiv svikt*).

J. Dobbeltforskrivning

Enhver forskrivning av flere legemidler fra samme klasse, f.eks. to opiater, NSAIDs, SSRIs, slyngediuretika, ACE-hemmere (*optimalisering av monoterapi innen én legemiddelklasse skal forsøkes før man introduserer en ny legemiddelklasse*).

¹ Legemidler som ikke er godkjent for bruk i Norge er utelatt.

² Digitoksin er valgt og omtalt i henhold til legemiddelets egenskaper i den norske oversettelsen (digoksin i originalversjonen).