

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens

2010, ÅRGANG 2, NUMMER 3



T E M A :
Delirium hos eldre mennesker



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Leder: Hilde Fryberg Eilertsen, Vikveien 21, 9022 Krokeldalen, Telefon: 77 69 92 68, Mobil: 90 10 43 23, Arbeid: Tromsø kommune, Nordøya hjemmetjeneste
E-post: hilde@nsfgeriatridemens.no

Nestleder: Liv-Berit Jordal, 5957 Myking, Mobil: 416 93 056, E-post: livberitjordal@msn.com

Økonomiansvarlig: Kirsten Langåsalden Lund, Tinnesåsen 16, 3675 Notodden, Mobil: 412 32 493, Arbeid: Haugmoen bokollektiv, Notodden kommune,
E-post: kirstenlangaasdalen@hotmail.com

Nettansvarlig/medlemsservice: Gunhild Grythe, 2910 Aurdal, Mobil: 920 85 691
E-post: gunhildg@nsfgeriatridemens.no

Redaktør: Karen Bjøro, Arnulf Øverlands vei 266, 0763 Oslo, Telefon: 22 14 21 68 (p), 22 11 99 48 (a), Mobil: 48 10 46 97, Arbeid: Oslo universitetssykehus, Ortopedisk avdeling,
E-post: karen@nsfgeriatridemens.no

1. varamedlem: Toril Nordeide, Grasholmkroken 32a, 4085 Hundvåg, Mobil: 934 45 895,
E-post: toril.nordeide@stavanger.kommune.no

Lokalgruppeleder i Agder:

May Ødegård, Grømjordet 7, 4877 Grimstad - Mobil: 99 41 93 00
E-post: may.odegard@grimstad.kommune.no

Lokalgruppeleder i Hordaland:

Bente Louise Fløisand-Larsen, Sophus Philsgt 9., 5035 Bergen - Tlf.: 91 36 32 27
E-post: BenteLouise.Floisand@bergen.kommune.no

Lokalgruppeleder i Oppland:

Monja Dammen, Camilla Collettsv. 21, 2813 Gjøvik, Mobil: 473 93 535,
E-post: monja.dammen@vestre-toten.kommune.no

Lokalgruppeleder i Oslo/Akershus:

Christine Jærv Ekrheim, Nordenstubben 1, 0757 Oslo, Mobil: 95 80 10 93,
E-post: christineekrheim@hotmail.com

Lokalgruppeleder i Rogaland:

Torhild Warland, Kvernevikv. 13, 4048 Hafersfjord, Telefon: 51 55 28 75, Mobil: 990 30 493
E-post: torhild@nsfgeriatridemens.no

Lokalgruppeleder i Telemark:

Anne Lise Svanlund, Sauheradvn. 19, 3683 Notodden, Mobil: 412 66 260
E-post: alsvanlund@gmail.com

Lokalgruppeleder i Troms:

Hilde Fryberg Eilertsen, (se landsstyret)

Lokalgruppeleder i Vestfold:

Veslemøy Bakke, Hunsrødgrenda 7, 3241 Sandefjord, Mobil: 91 86 39 33
E-post: vesbakke@gmail.no

Kontaktperson i Buskerud:

Anne Marie Aamodt, Maurrudløkka 6, 3408 Tranby - Mobil: 40 49 86 35
E-post: annemarie@aamodt.net

Kontaktperson i Finnmark:

Solfrid Nilsen Lund, Alma Halses v 44 A, 9511 Alta - Tlf.: 78 43 18 61, Mobil: 99 64 64 78
E-post: so-ni-lu@online.no

Kontaktperson i Hedmark:

Styret etterlyser interessert medlem i Hedmark som kan være kontaktperson.

Kontaktperson i Møre og Romsdal:

Linda Rønning, Vorpebakken, 6408 Aureosen - Mobil: 99 69 08 29
E-post: linda.ronning@molde.kommune.no

Kontaktperson i Nordland:

Kirsten Willumsen, Kløverengveien 36,8011 Bodø - Tlf.: 75 55 41 32, Mobil: 91 12 24 15
E-post: kirsten.willumsen@bodo.kommune.no

Kontaktperson i Nord-Trøndelag:

Kari Merete Lian, Kveaunet, 7884 Sørli - Mobil: 41 30 09 12
E-post: kari_merete4@hotmail.com

Kontaktperson i Sogn og Fjordane:

Mari Brekke, Fretheimshaugane, 5743 Flåm - Tlf.: 57 63 22 95, Mobil: 91 11 12 94
E-post: maribrekke@hotmail.com

Kontaktperson i Sør-Trøndelag:

Ann-Kristin Lyngvær, Slettvik, 7318 Agdenes - Mobil: 92 62 50 77
E-post: ann.kristin.lyngvaer@stolav.no

Kontaktperson i Østfold:

Styret etterlyser interessert medlem som arbeider i Akershus som kan være kontaktperson.

GERIATRISK SYKEPLEIE

Tidsskrift for sykepleiere
i geriatri og demens

Utgiver: Norsk Sykepleierforbunds
Faggruppe for sykepleiere i geriatri
og demens

Redaktør

Karen Bjøro, PhD
Arnulf Øverlands vei 266
0763 Oslo
Tlf. 22 14 21 68;
Mobil: 481 04 697
e-post:
karen@nsfgeriatridemens.no

Redaksjonskomite

Siri Meyer, Høgskolelektor,
Høgskolen i Buskerud
Liv Wergeland Sørbye, PhD, første-
aman., Diakonhjemmet høgskole
Solveig Hauge, PhD, førsteaman.,
Universitetet i Oslo
Jorunn Drageset, PhD, første-
aman., Høgskolen i Bergen

Layout/trykking

Arendal Trykk & Kopi AS

Abonnement 2010

Tidsskriftet distribueres gratis
til medlemmene av NSF FGD.
Personlig abonnement i Norge:
kr 300,-
Internasjonalt: kr 400,-.
Institusjonsabonnement i Norge
/biblioteker: kr 800,-.
Send bestilling til:
karen@nsfgeriatridemens.no

Annonser

Kirsten Langåsalden Lund
kirstenlangaasdalen@hotmail.com
Karen Bjøro
karen@nsfgeriatridemens.no

Frister fagartikler 2010

Nr. 1 15. januar
Nr. 2 15. april
Nr. 3 15. juli
Nr. 4 15. oktober

Distribusjonsdato 2010

Nr. 1 1. mars
Nr. 2 1. juni
Nr. 3 1. september
Nr. 4 1. desember

ISSN: 1891-1889

Redaktøren har ordet
Delirium – en viktig tilstand
hos sårbare eldre mennesker
3

Delirium – en tilstand med høy
forekomst og dårlig prognose
4

Kunngjøringer – Lokale fag-
grupper i NSF FGD
6

NEECHAM Confusion Scale
för bedömning av akut förvirrings-
tillstånd
7

Pasientsikkerhet for den gamle
pasienten – Det er i våre hender!
12

Landskonferanse 2011
13

Ett postoperativt vårdprogram
för människa med höftfraktur kan
minska antal dagar med delirium
och förbättra funktionen
18

Older people: The future of care
Geriatriske sykepleiere samlet
i Rotterdam
21

Halvorsrud – ny doktor
i geriatrisk sykepleie
22

Stor ABC-aktivitet over hele
landet
23

Velkommen til medlem nr. 900
24

NSF FGD utlyser utdannings-
stipend for 2011
25

Delirium – en viktig tilstand hos sårbare eldre mennesker

*Karen Bjoro, PhD,
sykepleier og redaktør*



Delirium er tema for dette nummeret av Geriatrisk Sykepleie. Delirium er en mental tilstand med forstyrrelse i bevissthet, hukommelse, tanker, evne til oppfatning og atferd med akutt debut og vekslende forløp. I sin artikkel fremhever Juliebø og Wyller at delirium er kanskje den viktigste tilstanden i akutt geriatri og oppstår hos opp til halvparten av eldre mennesker i forbindelse med akutt somatisk sykdom og har alvorlige konsekvenser for den gamle (1).

Det finnes idag ingen blodprøve som kan avdekke delirium. Diagnosen stilles utelukkende på grunnlag av atferdssymptomer. At delirium kan være eneste symptom på akutt sykdom hos gamle mennesker – understreker viktigheten av nøye observasjon av den enkeltes atferd. Sykepleiere har nær kontakt med gamle pasienter og bør være de første til å oppdage delirium symptomer. Men studier viser at sykepleiere ofte overser delirium eller forveksler tilstanden med demens. Systematisk kartlegging av delirium symptomer hos eldre mennesker kunne bidra til å redusere forekomsten og alvorlighetsgraden.

Duppils-Sørensen & Johansson (2) har prøvd ut den svenske utgaven av NEECHAM, et verktøy for å tidlig oppdagelse av delirium. De fant at verktøyet har god evne til å forutsi delirium-utvikling hos eldre mennesker med hoftebrudd. Hvis vi brukte

NEECHAM systematisk i utøvelsen av sykepleie, kunne det bidra til tidlig oppdagelse av delirium og iverksette forebyggende tiltak.

Olofsson presenterer et helhetlig program for postoperativ behandling og pleie av eldre med hoftebrudd (3). Hennes forskergruppe ved Norrlands universitetssykehus i Umeå har prøvd ut programmet. Resultatene viste at pasienter som fikk dette program hadde lavere forekomst og færre dager med delirium postoperativt sammenlignet med pasienter i kontrollgruppen. Og de hadde lavere forekomst av andre komplikasjoner.

Stadig flere studier viser at delirium kan forebygges. På bakgrunn av dette er det forståelig at delirium løftes frem som en viktig indikator på kvalitet og pasientsikkerhet. Inouye fremhever at delirium ofte er en utilsiktet hendelse som påføres pasienten i forbindelse med behandling og pleie (4). Sykepleiere har en nøkkelrolle i forhold til å forebygge delirium hos sårbare eldre. Her har vi sykepleiere en viktig utfordring å ta fatt på!

Karen Bjoro
**Karen Bjoro, PhD, redaktør
Geriatrisk Sykepleie**

Fortsettes s. 24

Delirium – en tilstand med høy forekomst og dårlig prognose



Vibeke Juliebø

Lege, PhD, postdoc stipendiat, Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus



Torgeir Bruun Wyller

Professor, dr.med., Geriatrisk avdeling, Oslo universitetssykehus

Artikkelen er publisert tidligere i *Indremedisinen* nr. 2, 2009 og publiseres med tillatelse fra Redaksjonen og Nif.

Innledning

Delirium, en akutt kognitiv svikt som rammer 20-50% av alle eldre pasienter i forbindelse med somatisk sykdom, er kanskje den viktigste tilstanden i akutt geriatri. Delirium kan være det eneste symptomet på alvorlig sykdom og er assosiert med dårlig prognose.

Delirium kommer av det greske ordet lira (plogfure, spor), og betyr «av sporet». Betegnelsen ble første gang brukt i en medisinsk tekst av Celsus i det første århundret e. Kr, og sammen med mani og melankoli var delirium blant de første mentale lidelser som ble beskrevet (1-3).

Delirium (tidligere kalt akutt forvirring eller konfusjon) er et klinisk syndrom kjennetegnet ved endret mental status med akutt debut og svingende forløp. Eldre har ofte en mindre organspesifikk sykdomspresentasjon enn yngre voksne, og delirium kan være eneste symptom på alvorlig sykdom som sepsis, hjerteinfarkt eller lungeemboli.

Kjernesymptomene ved delirium er uoppmerksomhet og kognitiv svikt, men man ser også endringer i bevissthetsnivå, desorganisert tankegang, persepsjonsforstyrrelser, vrangforestillinger, hallusinasjoner og endringer

i søvn-våkenhetsrytmen (4). Se diagnosekriterier i ramme 1.

Underliggende demenssykdom øker risikoen for at en akutt somatisk sykdom vil manifestere seg som et delirium, og atferdsendring og forverret kognitiv funksjon kan være uttrykk for delirium hos slike pasienter. Mange forbinder

begrepet delirium med delirium tremens, men selv om delirium også kan utløses av alkoholabstinens er syndromet som regel ikke assosiert med alkohol når det forekommer hos eldre.

Forekomst og komplikasjoner

Delirium rammer mange eldre. Hos akuttinnlagte eldre generelt er forekomsten rundt 20 %, hos eldre med hoftebrudd nesten 50 %, og blant eldre i intensivheter over 70 % (5,6).

Delirium kan deles inn i to hovedgrupper basert på det psykomotoriske mønsteret: 1) hypoaktivt delirium (nedsatt reaksjonsevne, retardert tale og motorikk, mimikkfattigdom) og 2) hyperaktivt delirium (agitasjon, hyperaktivitet, aggressivitet, hallusinasjoner, vrangforestillinger) (7). Omtrent en firedel av pasientene med delirium har hypoaktive symptomer, en firedel har hyperaktive symptomer, 40 % har både hypoaktive og hyperaktive

Ramme 1. Diagnosekriterier Delirium DSM-IV

Alle kriteriene A-D må være oppfylt

- A **Forstyrret bevissthet** med nedsatt evne til å fokusere, opprettholde og endre oppmerksomhet særlig i relasjon til stimuli fra omgivelsene.
- B **Forstyrret kognisjon** (særlig redusert hukommelse, desorientering eller påvirket talefunksjon) eller utvikling av persepsjonsforstyrrelser som ikke kan forklares av en allerede kjent demenstilstand.
- C **Akutt debut** (timer, dager) av symptomer som fluktuerer gjennom døgnet og fra dag til dag.
- D Fra anamnese, klinisk undersøkelse og/eller laboratorieundersøkelser kan **en eller flere etiologiske faktorer** identifiseres.

Kilde: American Psychiatric Association (APA). Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington, DC: APA; 2000.

symptomer, mens 10 % av pasientene ikke er psykomotorisk påvirket (8).

De fleste forbinder delirium med hyperaktive symptomer, og mange pasienter med hypoaktive symptomer forblir derfor udiagnostisert. Konsekvensen av denne underdiagnostiseringen er at pasientene påføres unødige lidelser og komplikasjoner. Eldre med akutt sykdom og eldre som legges inn i sykehus bør vurderes med tanke på delirium minst en gang per dag. Hos pasienter med demenssykdom kan det være vanskelig å vurdere endringer i kognitiv funksjon uten opplysninger fra pårørende.

Confusion Assesment Method (CAM) er et nyttig hjelpemiddel for å vurdere om det er sannsynlig at pasienten lider av delirium (9). CAM er godt validert, raskt og kan brukes både av sykepleiere og leger. Skåringsskjemaet er tilgjengelig på hjemmesiden til norsk geriatrik forening <http://www.legeforeningen.no/geriatri> - Geriatrik test- og undervisningsmaterieell- Tester og registreringsskjema.

Delirium er assosiert med utvikling av kognitiv svikt, førstegangsplasse- ring i sykehjem og død (10-12). Det er holdepunkter for at delirium er en skadelig tilstand i seg selv, samtidig som det er en viktig markør på en underliggende skrøpelighet (frailty). En studie som fulgte hoftebruddspasienter i fem år, viste at delirium var assosiert med utvikling av demenssykdom etter 5 år (70 % i deliriumgruppen vs 20 % i gruppen uten delirium). Blant pasienter som utviklet delirium i forbindelse med bruddet var 72 % døde etter fem år, mot 35 % av pasientene som ikke utviklet delirium (13). Delirium kan til en viss grad forebygges og behandles ved å optimalisere medisinsk behandling, korrigerer fysiologiske avvik, sørge for god ernæring, smertelindring, mobilisering og generelt god pleie (14-16). Det er rimelig å anta at man ved å forebygge delirium også kan redusere forekomsten av komplikasjoner, men dette må utforskes i randomiserte, kontrollerte studier.

Risikofaktorer

Delirium kan ramme alle mennesker hvis traumet eller belastningen blir stor nok, men tilstanden er vanligst hos barn og eldre. Alle medisinske tilstander og skader kan utløse delirium og årsaken er ofte multifaktori-

ell (6,17). Utvikling av delirium er forårsaket av en kompleks interaksjon mellom predisponerende faktorer som kognitiv svikt, kroniske sykdommer og multifarmasi, og utløsende faktorer. For pasienter med mange eller alvorlige predisponerende faktorer kan deliriet bli utløst av en liten belastning (som for eksempel urinveisinfeksjon), mens det må en større belastning til hos mennesker med liten grad av predisponerende faktorer. Demenssykdom er den predisponerende faktoren som har vist sterkest assosiasjon med delirium, men de fleste pasienter som utvikler delirium har likevel ikke demens (6,8). Hjertesykdom, KOLS, infeksjoner, smerte, lavt blodtrykk, alkoholmisbruk og enkelte legemidler er andre risikofaktorer (11,17-21). Det er spesielt legemidler med sterk antikolinerg effekt, så som trisykliske antidepressiver og høydoseantipsykotika, f.eks. levomepromazin (Nozinan), klorpromazin (Largactil) og klorprotiksen (Truxal)) som har blitt assosiert med delirium, men midler mot urininkontinens, furosemid, morfin og antihistaminer har også en antikolinerg effekt som kan bidra til å utløse eller vedlikeholde et delirium. Svært mange faktorer er assosiert med delirium, men det gjenstår fremdeles å forstå hvordan så heterogene risikofaktorer kan lede til det samme kliniske syndromet (4).

Behandling

Delirium kan være det eneste symptom på en alvorlig underliggende sykdom, og pasienter med nyoppstått delirium bør i utgangspunktet utredes i sykehus. Et unntak kan være pasienter med kjent demenssykdom der det skal mindre til for å utløse et delirium. Disse pasientene kan behandles i hjemmet eller på sykehjem dersom man er rimelig sikker på utløsende årsak og omsorgssituasjonen er tilfredsstillende. Spesielt hos pasienter med moderat til alvorlig demens må man vurdere nøye om det er sannsynlig at den underliggende medisinske tilstanden er så alvorlig at den krever behandling i sykehus. Skifte av miljø vil kunne forverre og forlenge et delirium hos disse pasientene. Delirium behandles ved at man 1) behandler utløsende årsak (ramme 2), 2) sikrer god blodtilførsel til hjernen (ramme 3), 3) korrigerer alle relevante fysiologiske avvik, 4) seponerer alle medikamenter som ikke er absolutt nødvendige i

Ramme 2. Alvorlige årsaker til delirium

- Hypoksi, blødningsanemi
- Urinretensjon
- Frakturer
- Hjerneslag
- Hjerteinfarkt
- Lungeemboli
- Intoksikasjoner
- Akutte abdominallidelser (ileus, kolangitt, pankreatitt mv)
- Infeksjoner (meningitt, sepsis, pneumoni)
- Endokrinologi (hypoglykemi, binyrebarksvikt)
- Elektrolyttforstyrrelser

akuttsituasjonen og 5) sørger for god pleie inkludert aktiv mobilisering. Tilstanden kan oppleves som svært skremmende for pasienten, som bør ha fastvakt eller en pårørende hos seg hvis det er praktisk mulig. Pårørende må informeres om tilstanden og at det er av stor betydning for pasienten å ha kjente personer hos seg. Sørg ellers for god ernæring, stimulering av døgnrytme med dagslys om dagen og søvn om natten og bruk av syns- og hørselshjelpemidler. Vær oppmerksom på at det kan ta tid før pasienten klarer opp etter at man har startet behandlingen. Ingen medikamenter har i vitenskapelige studier vist god forebyggende eller behandlende effekt av delirium. Søvn kan induseres ved bruk av klometiazol (Heminevrin) (300-600 mg) om kvelden, og psykotiske symptomer kan behandles med antipsykotika som haloperidol (0,5-2 mg po x 2-4) eller risperidon (0,5-1mg inntil x 2) hvis man ikke kommer til målet med skjerming og god pleie (22). Klometiazol må bare gis til pasienter som er respiratorisk og sirkulatorisk stabile, og pasienter med demens med Lewy-legemer, parkinsonisme eller tidligere malignt nevroleptikas syndrom skal ikke behandles med antipsykotika. Medikamentell behandling skal kun benyttes i akutfasen og langvarig bruk av antipsykotika øker faren for bivirkninger og død (23).

Konklusjon

Delirium er en akutt og forbigående kognitiv svikt som rammer mange eldre. Årsaken er en interaksjon mellom predisponerende og utløsende faktorer, og behandlingen rettes i første omgang mot utløsende årsak. Enhver somatisk tilstand kan utløse et delirium, og delirium kan være det eneste tegnet på alvorlig sykdom hos eldre. Pasienter med demenssykdom har øket risiko for å utvikle delirium, men de fleste pasientene som utvikler delirium har ikke demens. Delirium fører til øket risiko for komplikasjoner, demenssykdom og død.

Referanser

1. Adamis D, Treloar A, et al. A brief review of the history of delirium as a mental disorder. *History of Psychiatry* 2007; 18: 459-69.
2. Lindsay J. The concept of delirium. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999; 10:310-4.
3. Ranhoff AH. Delirium: epidemiologi, diagnostiske kriterier og patofysiologi. I: Engedal K, Wyller TB, redaktører. Aldring og hjernesykdommer. Oslo: Akribes; 2003.
4. MacLulich AMJ, Ferguson KJ, et al. Unravelling the pathophysiology of delirium: A focus on the role of aberrant stress responses. *J Psychosom Res* 2008; 65:229-38.
5. Juliebø V, Bjørø K, Krogseth M, Skovlund E, Ranhoff AH, Wyller TB. Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly hip fracture patients. *J Am Geriatr Soc* 2009; 57: 1354-61.
6. Inouye SK. Delirium in older persons. *N Engl J Med* 2006; 354: 1157-1165+1116.
7. Camus V, Gonthier R, Dubos G, et al. Etiologic and outcome profiles in hypoactive and hyperactive subtypes of delirium. *J Geriatr Psychiatry Neurol* 2000; 13:38-42.
8. Sandberg O, Gustafson Y, et al. Clinical profile of delirium in older patients. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47:1300-6.
9. Inouye SK, van Dyck CH, et al. Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med* 1990; 113 :941-8.
10. Inouye SK. Prevention of delirium in hospitalized older patients: risk factors and targeted intervention strategies. *Ann Med* 2000; 32:257-63.
11. Edlund A, Lundstrom M, et al. Clinical profile of delirium in patients treated for femoral neck fractures. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999; 10:325-9.
12. Lundstrom M, Edlund A, et al. Reorganization of nursing and medical care to reduce the incidence of postoperative delirium and improve rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scand J Caring Sci* 1999;13:193-200.
13. Lundstrom M, Edlund A, et al. Dementia after delirium in patients with femoral neck fractures. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51:1002-6.
14. Lundstrom M, Edlund A, et al. A multifactorial intervention program reduces the duration of

Ramme 3. Hvordan sikre oksygenering av hjernen

Adekvat oksygenering av hjernen

- Gi oksygen
- Systolisk blodtrykk 100
- Gi blod ved anemi
- CPAP ved behov

Blodsukker mellom 6 og 12

Gi febernedssettende

Intravenøs væske ved dehydrering

Korrigerer elektrolytter

Aktiv forebygging og behandling av komplikasjoner

- delirium, length of hospitalization, and mortality in delirious patients. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:622-8.
15. Lundstrom M, Olofsson B, et al. Postoperative delirium in old patients with femoral neck fracture: a randomized intervention study. *Aging Clin Exp Res* 2007;19:178-86.
 16. Pitkala KH, Laurila JV, et al. Multicomponent geriatric intervention for elderly inpatients with delirium: a randomized, controlled trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2006; 61:176-81.
 17. Inouye SK. Predisposing and precipitating factors for delirium in hospitalized older patients. *Dement Geriatr Cogn Disord* 1999; 10:393-400.
 18. Dasgupta M, Dumbrell AC. Preoperative risk assessment for delirium after noncardiac surgery: a systematic review. *J Am Geriatr Soc* 2006; 54:1578-89.
 19. Bruce AJ, Ritchie CW, et al. The incidence of delirium associated with orthopedic surgery: a meta-analytic review. *Int Psychogeriatr* 2007;2:197-214.
 20. Bitsch M, Foss N, et al. Pathogenesis of and management strategies for postoperative delirium after hip fracture: a review. *Acta Orthop Scand* 2004; 75:378-89.
 21. Elie M, Cole MG, et al. Delirium risk factors in elderly hospitalized patients. *J Gen Int Med* 1998; 13:204-12.
 22. Ranhoff AH. Medikamentell behandling av delirium hos eldre. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2004;124:3072-4.
 23. Selbaek G, Engedal K. Atypiske antipsykotika hos eldre pasienter med demens. *Tidsskr Nor Laegeforen* 2008; 128:1060-1.

Kunngjøringer – Lokale Faggrupper i NSF FGD

HORDALAND

Lokalgruppa i Hordaland arrangerer fagkveld 2. november.

Tema: Legemidler og eldre.

Sted/tid: Haraldsplass Diakonale sykehus kl 17.30 - 20.00.

Foreleser: overlege Finn Markussen, Helsevernetaten i Bergen.

Bindende påmelding v/betaling: kr 100 til kontonummer 35302123088.

Merk giro Fagkveld 11.2010. Kun 65 plasser så vær raske.

ROGALAND

Lokalgruppen i Rogaland har Årsmøte 24. januar 2011 kl. 19 på Blidensol sykehjem i Stavanger. Alle medlemmer er hjertelig velkommen.

TELEMARK

Den nyoppstartede lokalgruppa i Telemark arrangerer sin første fagdag 17. november kl. 10-15.

Sted: NSF's lokaler, Lundegata 4c, Skien

Tema: Sykepleierens hverdag – helsetjenester innen demens- og eldreomsorg.

Meld deg på til Anne Lise Svanlund (leder): alsvanlund@gmail.com eller telefon: 412 66 260.

TROMS

Lokalgruppen holder seminar torsdag 3. mars 2011 på Sydspissen hotell i Tromsø.

Tema: Meningsfylte dager i alderdommen.

Pris: medlemmer NSF FGD kr. 700,-, / ikke-medlem: kr. 1.000,-.

Påmelding til: Ragnhild Listad Sveinsen, Borgensvingen 102, 9100 Kvaløysletta, e-post: listsvei@online.no

Detaljert program kommer senere. Hold av dagen!

Se ellers kunngjøringer på Faggruppens nettside: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere

NEECHAM Confusion Scale för bedömning av akut för- virringstillstånd



**Gill
Sörensen
Duppils**

*RNT, PhD, Lektor
Högskolan Dalarna, Akademi Hälsa &
Samhälle, 791 88 Falun, Sverige
och
Falu lasarett, Kirurgiska kliniken
samt Öron/Näsa/Hals kliniken, Falun,
Sverige*



**Inger
Johansson**

*RNT, PhD, Associerad Professor och
Professor*

*Karlstads universitet, Fakulteten för
samhälls- och livsvetenskaper
Avdelningen för omvårdnad, 651 88
Karlstad, Sverige
och
Högskolan i Gjøvik, Avdelning för
helse, omsorg och sykepleie, Norge*

Korrespondens:

Inger Johansson,
Fakulteten för samhälls- och livsvetenskaper
Avdelning för omvårdnad
651 88 Karlstad
Tel. 054 700 24 15
E-mail: inger.johansson@kau.se

Sammandrag

Akut förvirringstillstånd/delirium är ett tillstånd uppmärksammas som ett allvarligt och ofta förekommande vårdproblem hos äldre i samband med akut sjukdom. Tillståndet kan bedömas med olika skalor/bedömningsinstrument. Syftet med denna studie var att undersöka om NEECHAM Confusion Scale kunde predicera akut förvirringstillstånd.

Sammanlagt 149 patienter med höftfraktur inkluderades i studien, de patienter som bedömdes ha akut förvirringstillstånd och/eller grav kognitiv nedsättning exkluderades. NEECHAM skalan användes vid ankomst och utskrivning och jämfördes med DSM-IV diagnoskriterier för delirium.

NEECHAM skalan visade sig ha en mycket god prediktiv förmåga. Risken att drabbas av svårt förvirringstillstånd var nära 3 ggr så hög för patienter som bedömdes ha hög risk för akut förvirringstillstånd enligt NEECHAM skalan än för dem som hade normal funktion. För patienter som hade lägre än 25 poäng på skalan vid ankomsten till sjukhuset, var risken mer än 12 ggr så hög. Studien ger stöd för att NEECHAM är ett viktigt instrument för att predicera akut förvirring bland patienter med höftfraktur. Det finns dock behov av fortsatta studier avseende NEECHAM skalans predice-rade förmåga med fokus på andra patientgrupper där risk för akut förvirringstillstånd föreligger.

Nyckelord: Akut förvirringstillstånd, delirium, höftfraktur, NEECHAM Confusion Scale

Innledning

Akut förvirringstillstånd/delirium är ett allvarligt och ofta förekommande vårdproblem hos äldre i samband med akut sjukdom (1-3). I föreliggande studie används begreppet akut förvirringstillstånd (Acute Confusional State; ACS) som synonymt till delirium vilket har dokumenterats av bland annat av Lipowski (1990) som genomfört forskning inom området under lång tid (4). Tidigare studier har uppskattat en varierande förekomst mellan 37% - 61% och variationen kan förklaras av studiens utformning och diagnostiska kriterier (5-8).

ACS beskrivs som en plötslig förändring i en persons mentala status

med försämrat minne, förvirring eller perceptuella störningar som utvecklas under en kort period och varierar under dygnet (9). Tillståndet medför försämrad sömncykel, aggressivitet, hallucinationer och känslomässiga störningar som medför ett ökat lidande även när förvirringstillståndet upphört och medför ökat vårdbehov (10,11). Personer som drabbas av ACS redovisar att de kommer ihåg förändringar av sin kognitiva förmåga och bristande kontroll över sin situation (12,13).

ACS är ett tecken på att den äldre kan vara fysiskt sjuk. Bakomliggande orsaker är vanligtvis multifaktoriella och olika patofysiologiska och psykologiska faktorer beskrivs i litteraturen

(1,14). Hög ålder, smärta, infektioner, vätskebalansrubbningsar, många olika läkemedel, stress situationer exempelvis förlängd väntetid för operation > 18 timmar, bidrar till utveckling av ACS (2,6,15).

Personer med höftfraktur utgör en riskgrupp för utveckling av ACS (6-8,16). Studier visar på konsekvenser för patienten i form av förlängd vårdtid, försenad återhämtning på grund av minskad funktionell och kognitiv förmåga, vilket kan innebära en säkerhetsrisk och ökad mortalitet (2). Att drabbas av akut förvirringstillstånd innebär ökad stress och belastning både för patienten, deras närstående och för vårdpersonal. Tillståndet misstolkas och dokumenteras ofta som en utveckling av demens eller bara tecken på ålderdom (1-3). De flesta patienter återhämtar sig innan utskrivning från sjukhuset, men en studie av Sörensen & Wikblad (17) visade att cirka 20 % inte gjorde det.

Med utgångspunkt från redovisade problem för patienter som drabbas av akut förvirringstillstånd är det en utmaning för sjuksköterskor att bedöma tidiga tecken på utveckling av tillståndet med giltiga och tillförlitliga instrument för att uppnå en hög vårdkvalitet för patienter och minskat vårdbehov. Syftet med denna studie var att undersöka om NEECHAM Confusion Scale kunde predicera akut förvirringstillstånd.

Metod och material

Deltagare i studien

Denna artikel presenterar resultat från en studie av Sörensen Dupps & Johansson (2010) (18) där 149 patienter > 65 år med höftfraktur observerades med avseende på akut förvirringstillstånd under vårdtiden på en ortopedisk klinik. Patienter exkluderades som vid ankomsten bedömdes ha en grav kognitiv nedsättning (MMSE < 11 poäng) eller ett akut förvirringstillstånd/delirium bedömt med DSM-IV diagnoskriterier.

Bedömningsinstrument

DSM-IV kriterier (9) användes för bedömning av ACS/delirium. Följande kriterier måste vara uppfyllda;

A. Stört medvetande med minskad

förmåga att fokusera, vidmakthålla eller skifta uppmärksamhet

B. Kognitiva förändringar t.ex. försämrat minne, desorientering, språkstörning eller perceptionsstörning

C. Störningen utvecklas under kort tid och tenderar att fluktuera

D. Störningen är en fysiologisk följd av somatisk sjukdom/skada

Patientens kognitiva funktion bedömdes med hjälp av Mini Mental Test (MMSE). MMSE är ett vanligt instrument för bedömning av kognitiv förmåga som inkluderar följande förmågor; orientering, registrering, uppmärksamhet, beräkning, minne och språklig förmåga. Skalan går från 0-30 poäng, och normal funktion bedöms vara över 24 poäng.

För bedömning av ACS användes NEECHAM Confusion Scale. En svensk version av skalan har använts i studier av Johansson et al.(19,20). NEECHAM skalan har utvecklats av ett forskarteam i USA vid universitetet i North Carolina och Duke University i Durham (21). Utveckling, validitet och reliabilitetstestning av instrumentet beskrivs i en artikel av Neelon et al.(1). Den svenska versionen av NEECHAM har utvecklats i samverkan med Virginia Neelon vid ovanstående universitet. NEECHAM skalan är ett screening instrument (observationsinstrument) för snabb och enkel bedömning av akut förvirringstillstånd och har utvecklats för att betona både fysiologiska och psykologiska förändringar i patientens tillstånd. Den belastar patienten minimalt och kan därför användas vid upprepade tillfällen. Skalan har nio frågor organiserade i tre nivåer. Nivå 1. *Bearbetning* (tre frågor). Nivå 2 *Beteende* (tre frågor). Nivå 3 *Fysiologiska kontroller* (tre frågor). En beskrivning av NEECHAM - skalans frågor och bedömningsalternativ beskrivs i Figur 1.

Nivå 1. Bearbetning; uppmärksamhet, uppmärksamhet och orientering. Den totala poängen för denna subskala kan variera från 0 till 14 poäng. Ju högre svars-poäng ju mer normal funktion.

Nivå 2. Beteende; uppträdande, motorisk aktivitet och språk. Den totala poängen kan variera mellan 0-10 poäng.

Nivå 3. Fysiologiska kontroller innehåller registrering av tre områden; stabilitet i vitala funktioner, stabilitet syremättning och kontroll av urinblåsa. Denna nivå ges en totalpoäng på 0-6 poäng. Poängberäkning av respektive frågeområden kan variera från 0- 2.

Frågeområdet *stabilitet i vitala funktioner* innefattar temperatur, puls, blodtryck, andning och hjärtfrekvens och mäts med vanliga kliniska metoder. För att erhålla 2 poäng krävs att alla kontroller är inom normala gränser, 1 poäng om någon av kontrollerna visar onormala värden samt 0 poäng om två eller flera kontroller visar onormala värden. Tidigare registrerade värden för *vitala funktioner* kan användas om det skett en mätning inom 1 tim och att inga förändringar i patientens tillstånd uppkommit. *Stabilitet inom syremättning* mäts med finger – pulsoximeter. Erhållna värden på 93% eller över ger 2 poäng, 90- 92% ger 1 poäng och under 90% ger 0 poäng. *Kontroll av urinblåsa* görs genom klinisk bedömning där 2 poäng innebär full kontroll av urinblåsan (se översikt av NEECHAM – skalan).

Poängen från observation och mätningar inom de tre nivåerna slås samman och kan variera mellan 0 (minimal respons) till 30 (normal funktion). En värdering av den erhållna totalpoängen beskrivs i Tabell 1.

I föreliggande studie har gränsen för akut förvirringstillstånd värderats till < 25 poäng . Skalan har tidigare utvärderats med tillfredsställande validitet och reliabilitet (1,2,19,22).

Utförande

Efter att patienten inkluderats i studien gjordes en bedömning med NEECHAM och MMSE-skalorna. Vitala funktioner mättes med vanliga kliniska metoder, och patienterna tillfrågades om inkontinens. Under vårdtiden observerades patienten 3-6 ggr dagligen avseende DSM-IV kriterier för ACS/delirium genom social konversation. De dagliga observationerna genom-

Tabell 1. Värdering av NEECHAM-skalans totalpoäng

Totalpoäng	Indikerar
0 – 19	Moderat till svår förvirring
20 – 24	Mild eller tidig utveckling av förvirring
25- 26	”Inte förvirrad” men med hög risk för förvirring
27- 30	”Inte förvirrad” , normal funktion

lat ACS, trots att de inte bedömdes så enligt DSM-IV kriterierna. Enligt NEECHAM skalans bedömningskriterier hade 29 patienter risk för ACS, 33 patienter hade mild eller tidig utveckling av ACS. Fyra patienter hade mindre än 20 poäng på NEECHAM skalan och således bedömdes dessa ha måttlig till svår ACS. Vid utskrivning från sjukhuset var det fler patienter som hade medel till svår ACS, men det var även fler som hade normal funktion (se Tabell 2).

I en logistisk regressionsmodell var risken (odds ratio/predictionen) för att drabbas av den svårare formen av DSM-IV diagnostiserad delirium/ACS nära tre gånger så hög för patienter som vid ankomsten hade 25-26 poäng på NEECHAM skalan. För patienter som hade lägre än 25 poäng vid ankomsten var risken 12 gånger så hög ($\text{Chi}^2 = 29.5$; $\text{df} = 2$; $p < .0001$).

I en ytterligare regressionsanalys beräknades risken på hela NEECHAM skalan poäng för poäng. För varje lägre poäng på NEECHAM skalan ökade risken att drabbas av DSM-IV delirium/ACS med 42% ($\text{Chi}^2 = 19.98$; $p < .0001$).

Diskussion

NEECHAM skalan visade sig ha en mycket god prediktiv förmåga för den svåra formen av ACS. Speciellt intressant är att ingen av patienterna vid ankomsten till sjukhuset ansågs ha ACS enligt DSM-IV diagnoskriterier för delirium, men enligt NEECHAM skalan hade 25% av patienterna redan

regelbundet mellan de tre observatörerna under hela datainsamlingen.

Dataanalys

Datanalysen genomfördes i statistikprogrammet StatView och SPSS 12.0 för Windows. Beskrivande statistik användes för demografisk data. Logistisk regression användes för att värdera skalans prediktiva förmåga och odds ration för delirium relaterat till DSM-IV kriterier. Student t-test och Chi-två test användes för att testa skillnader mellan förvirrade och inte förvirrade patienter. Ett p värde < 0.05 för statistisk signifikans har används.

Forskningsetiska överväganden

Studien är godkänd av Regionala etikprövningsnämnden Uppsala, Sverige. Patienterna erhöll skriftlig och muntligt information om studiens syfte och genomförande, om frivilligt deltagande och deras rättighet att avbryta delta-

gande utan att ange orsak. Informerat samtycke inhämtades innan datainsamlingen påbörjades.

Resultat

Patienterna i studien ($n=149$) var 82,2 (+ 7,6) år och en fjärdedel var män. Medelpoäng på NEECHAM skalan var 26,3 (+ 2,7) poäng och på MMSE skalan 23,6 (+ 4,7) poäng. Vid ankomsten bedömdes ingen av patienterna ha ACS/delirium enligt DSM-IV kriterier, men under vårdtiden var det 36 patienter (24 %) som utvecklade ACS/delirium enligt samma kriterier.

Dessa patienter var signifikant äldre, hade lägre poäng på MMSE-skalan och NEECHAM - skalan, såg och hörde sämre samt fick vänta längre (> 18 timmar) på att opereras.

Vid ankomsten till sjukhuset hade en fjärdedel av patienterna lägre än 25 poäng på NEECHAM skalan, och enligt denna skala hade de redan utveck-

Tabell 2. NEECHAM poäng vid ankomst till sjukhuset (n=149) och vid utskrivning (n=138)*

	Poäng på NEECHAM skalan			
	<20 p Måttlig/svår ACS n (%)	20-24 p Mild ACS n (%)	25-26 p Risk för ACS n (%)	27-30 p Normal function n (%)
NEECHAM poäng vid ankomst	4 (3%)	33 (22%)	29 (19%)	83 (56%)
NEECHAM poäng vid utskrivning	9 (7%)	10 (7%)	11 (8%)	108 (78%)

*Vid utskrivning ville 11 patienter inte delta och/eller missades

Figur 1 Översikt av innehåll - NEECHAM Confusion Scale (Johansson et al., 2002)

Markera aktuell siffra (sätt en ring runt siffran) för varje frågeområde

Nivå 1 - Bearbetning														
1. Bearbetning uppmärksamhet	-	4. Full uppmärksamhet/vakenhet 3. Något sänkt eller överdriven uppmärksamhet/vakenhet 2. Uppmärksamhet/vakenhet motsägande eller sänkt 1. Uppmärksamhet/vakenhet störd 0. Uppmärksamhet/gensvar uttalat sänkt												
2. Bearbetning - uppmaning		5. Kan följa en komplex uppmaning 4. Förlängsammanad respons på den komplexa uppmaningen 3. Kan följa en enkel uppmaning 2. Oförmögen att följa direkt uppmaning 1. Oförmögen att följa en uppmaning 0. Hypoaktiv - trött (dåsig)												
3. Bearbetning - orientering		5. Orienterad till tid på dygnet, kalenderdata, plats och persondata 4. Orientering till egna persondata och plats 3. Tveksamt orienterad 2. Desorienterad 1. Desorienterad, stort igenkännande 0. Bearbetning av stimuli gravt sänkt												
Nivå 2 - Beteende														
4. Beteende - uppträdande		2. Kontrollerar kroppsställning och upprätthållande av personlig hygien 1. Endera kroppsställningen eller uppträdande stört 0. Både kroppsställning och uppträdande onormalt												
5. Beteende-motorisk aktivitet		4. Normalt rörelsemönster 3. Rörelsemönstret minskat eller hyperaktivt 2. Rörelsemönstret stört 1. Inadekvata, splittrande rörelser 0. Rörelsemönstret gravt hämmat												
6. Beteende - språk		4. Tillfredställande initiativ till samtal 3. Begränsat initiativ till samtal 2. Icke ändamålsenligt tal 1. Talet och /tonfallet gravt stört 0. Onormala ljud (går inte att förstå personens tal)												
Nivå 3 - Fysiologiske kontroller och registrerade värden														
Fysiologiska mätningar		<table border="1"> <thead> <tr> <th>Registrerade värden</th> <th>Referensvärden</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____ Temperatur</td> <td>(36-37 ° C)</td> </tr> <tr> <td>_____/____ BT - systolisk / diastolisk</td> <td>(100-160)/(50-90)</td> </tr> <tr> <td>_____ Hjärtfrekvens og och regelbundenhet</td> <td>60-100</td> </tr> <tr> <td>_____ Andningsfrekvens</td> <td>14-22 per min</td> </tr> <tr> <td>_____ Syrgasmättnad</td> <td>93% eller över</td> </tr> </tbody> </table>	Registrerade värden	Referensvärden	_____ Temperatur	(36-37 ° C)	_____/____ BT - systolisk / diastolisk	(100-160)/(50-90)	_____ Hjärtfrekvens og och regelbundenhet	60-100	_____ Andningsfrekvens	14-22 per min	_____ Syrgasmättnad	93% eller över
Registrerade värden	Referensvärden													
_____ Temperatur	(36-37 ° C)													
_____/____ BT - systolisk / diastolisk	(100-160)/(50-90)													
_____ Hjärtfrekvens og och regelbundenhet	60-100													
_____ Andningsfrekvens	14-22 per min													
_____ Syrgasmättnad	93% eller över													
		Perioder av apne: Ja - Nej Syrgas är ordinerad: 0=Nej, 1=Ja, men pågår ej nu, 2=Ja, pågår nu												
7. Stabilitet i vitala funktioner		2. Blodtryck, hjärtfrekvens, temperatur, andningsfrekvens inom normala gränser med regelbunden puls. 1. En av de ovan uppräknade funktionerna visar onormala värden. 0. Två eller flere funktioner visar onormala värden (Räkna onormalt systoliskt blodtryck och/eller diastoliskt blodtryck som ett värde; räkna sänkning eller ökning av puls och/eller oregelbunden puls som ett värde; räkna apne och/eller sänkning/ökning i andningsfrekvens som ett värde och onormal temperatur som ett värde.)												
8. Stabilitet inom syrgasmättnad		2. Syrgasmättnad normal (93% eller mer) 1. Syrgas mättnad 90-92% eller patienten får syrgas 0. Syrgasmättnad under 90%												
9. Kontroll av urinblåsan		2. Kan kontrollera blåsfunktionen 1. Urininkontinens inom de senaste 24 timmarna 0. Urininkontinens nu eller har kvarvarande kateter eller behov av intermittent katetrisering eller har anuri												
Kommentarer vid bedömningstillfället för respektive delskala														

Instrumentet i sin helhet kan erhållas av någon av författarna

utvecklat ACS, de flesta i mild form, och 19% var i riskzonen att göra det. Regressionsanalyserna visade att risken att drabbas av svår ACS var nära 3 ggr så hög för patienter som vid ankomsten hade 25-26 poäng på NEECHAM skalan. För patienter som hade lägre än 25 poäng var risken mer än 12 ggr så hög. Genom detta kan man anse att NEECHAM är ett viktigt instrument för att predicera akut förvirring. NEECHAM - skalan värderar ett multi- dimensionellt fenomen, som observeras bäst av sjuksköterskan (1). DSM-IV diagnoskriterier är inget operationaliserat instrument och utifrån detta kan det vara svårt att bestämma ACS i dess mildare form. Det förklarar också den stora skillnaden i bedömningen av ACS vid patienternas ankomst till avdelningen.

Sjuksköterskan har en viktig uppgift när det gäller att upptäcka och dokumentera förändringar i patientens tillstånd, och till detta är ett lätthanterligt instrument till stor hjälp. NEECHAM har också en fördel av att det kan upprepas utan att patienten belastas. Det finns även andra instrument som predicerar ACS, till exempel Delirium Observation Scale (DOS) (23). Den baseras på 13 observationer, där man ska avgöra huruvida symtomen finns eller inte. Även detta instrument kan hanteras av sjuksköterskor (24). Det finns således instrument som kan användas, men varför används dessa i så liten utsträckning i det dagliga vårdarbetet? Vad är hindren? Beror det på att sjuksköterskor är ovana vid att hantera instrument eller tror man att tar det för lång tid? Den vårdansvariga sjuksköterskan har en viktig funktion att fylla genom att ge sin personal riktlinjer och möjlighet att arbeta efter dessa.

Under de senaste årtiondena har forskningen visat på problematiken med akut förvirringstillstånd bland äldre i samband med vårdtillfällen på sjukhus. Dessa forskningsresultatet borde i större omfattning ligga till grund för förändringsarbete (evidensbaserad omvårdnad) inom den kliniska verksamheten. Att arbeta evidensbaserat innebär att bygga förändringsarbetet på bästa tillgängliga forskningsresultat och skall ses som ett komplement till annan kunskap och erfarenhet. Efter-

som sjuksköterskan har ett ansvar att deltaga och initiera kvalitetssäkring i vården är en utveckling av nya rutiner för observation av tidigare signaler för akut förvirringstillstånd ett område som borde prioriteras med stöd av resultat från forskningen.

Vidare ser vi som angeläget av mer utbildningsinsatser och diskussioner om personalens förhållningssätt till patienter med tecken på akut förvirringstillstånd/delirium, hur de närmar sig- behandlar - och reagerar på deras beteende. Även studenter behöver vägledning och träning under praktikperioderna för att använda bedömningsinstrument, följa upp och kunna förebygga akut förvirringstillstånd/delirium.

Akut förvirring/delirium har många orsaker och uttrycksformer och om man inte känner till de tidiga tecknen ökar risken för utveckling av allvarlig ACS. Det är därför en viktig uppgift för sjuksköterskan att vid ankomsten ta reda på och dokumentera patientens tillstånd, både fysisk, psykisk och kognitiv förmåga, för att kunna upptäcka förändringar under vårdtiden. Endast då kan man också på ett professionellt sätt vårda och söka förebygga akuta förvirringstillstånd.

Referenser

1. Neelon V, Champagne M, Carlson J, Funk S. The NEECHAM confusion scale: construction, validation, and clinical testing. *Nursing Research* 1996;45:324-330
2. Milisen K, Foreman M, Hendrickx A, et al. Psychometric properties of the Flemish translations of the NEECHAM Confusion Scale. *BMC Psychiatry* 2005;6(16):1-10.
3. Björkman Björkelund K. *Acute confusional state in elderly patients with hip fracture. Identification of risk factors and intervention using a prehospital and perioperative management program*. [Doctoral dissertation]. Lund: Department of Anesthesiology and Intensive Care, Lund University; 2008.
4. Lipowski ZJ. *Delirium: acute confusional states*. New York: Oxford University Press; 1990.
5. Johansson I. *Quality of care and assessment of health among elderly in acute care*: Department of medicine and care, division of nursing science, faculty of health sciences, Linköping University, Sweden; 1998.
6. Edlund A, Lundström M, Brännström B, Bucht G, Gustafson Y. Delirium before and after operation for femoral neck fracture. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:1335-1340.
7. Schuurmans M, Deschamps P, Markham S, Shortridge-Baggett L, Duursma S. The measurement of delirium: review of scales. *Res Theory Nursing Practice* 2003;17(3):207-222.

8. Bitsch MS, Foss NB, Kristensen BB, Kehlet H. Acute cognitive dysfunction after hip fracture: frequency and risk factors in an optimized, multimodal, rehabilitation program. *Acta Anaesthesiol Scand* Apr 2006;50(4):428-436.
9. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV*. 4 ed. Washington DC: APA; 1994.
10. Foreman M, Mion L, Trygstad L, Fletcher K, NICHE F. Standard of practice protocol: Acute confusion/delirium. *Geriatric Nursing* 1999;20(3):147-152.
11. Cole M, McCusker J, Bellavance F, et al. Systematic detection and multidisciplinary care of delirium in older medical inpatients: a randomized trial. *CMAJ* 2002;167(7):753-759.
12. Andersson E, Norberg A, Hallberg I. Acute confusional episodes in elderly orthopaedic patients: the patients' actions and speech. *Int J Nurs Stud* 2001;39(3):303-317.
13. Sörensen Duppils G, Wikblad K. Patients' experience of being delirious. *J Clin Nurs* 2007;16(5):810-818.
14. Lindsay J, Rockwood K, Macdonald A. *Delirium in old age*. Oxford: Oxford university press; 2002.
15. Olofsson B, Lundström M, Borssen B, Nyberg L, Gustafson Y. Delirium is associated with poor rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scand J Caring Sci Jun* 2005;19(2):119-127.
16. Johansson I, Larsson G, Hamrin E. Sense of coherence, quality of life, and function among elderly hip fracture patients. *Ageing Clinical Experimental Research* 1998;10:377-384.
17. Sörensen Duppils G, Wikblad K. Acute confusional states in patients undergoing hip surgery, a prospective observation study. *Gerontology* 2000;46:36-43.
18. Sörensen Duppils G, Johansson I. Predictive value and validation of the NEECHAM Confusion Scale using DSM-IV criteria for delirium as gold standard. *International Journal of Older People Nursing* 2010; Article online in advance of print <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-3743.2010.00232.x/full>
19. Johansson I, Hamrin E, Larsson G. Psychometric testing of the NEECHAM confusion scale among patients with hip fracture. *Res Nurs Health* 2002;25:203-211.
20. Johansson I, Hamrin E. Bedömning av akut förvirringstillstånd med hjälp av NEECHAM Confusion Scale. *Vård i Norden* 2009;2:42-43.
21. Champagne M, Neelon V, McConnell E, Funk S. The NEECHAM Confusion Scale: Assessing acute confusion in the hospitalized and nursing home elderly. *Gerontologist*. 1987;27(October, special):4A.
22. Neelon V, Champagne M, McConnell E, Carlson J, Funk S. Use of the NEECHAM confusion scale to assess acute confusional states of hospitalized older patients. In: Funk S, Tornquist E, Champagne M, Wiese R, eds. *Key aspects of elder care: managing falls, incontinence and cognitive impairment*. New York: Springer Publishing; 1992:278-289.
23. Schuurmans M, Shortridge-Baggett L, Duursma S. The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. *Res Theory Nurs Pract*. 2003;17(1):31-50.
24. van Gemert L, Schuurmans M. The Neecham Confusion Scale and the Delirium Observations Screening Scale. Capacity to discriminate and ease of use in clinical practice. *BMC Nurs* 2007;6(3):1-6.

Pasientsikkerhet for den gamle pasienten – Det er i våre hender!

Pasientsikkerhet er et populært ord som stadig dukker opp i media. Hva mener vi med pasientsikkerhet? Nasjonalt kunnskapssenter for Helsetjenesten (Kunnskapssenteret) har definert pasientsikkerhet som: Kontinuerlig identifisering, analyse og håndtering av risiko og hendelser i relasjon til pasienter for å gjøre behandlingen sikrere og minimalisere skade på pasienter (1). Kort sagt at vi skal observere pasienten kontinuerlig for å prøve å forhindre at det oppstår skade.

Ordet har vært mye brukt når det har vært brudd på pasientsikkerheten, såkalte uønskede hendelser. Det er dessverre disse hendelsene vi hører mest om. De tragiske historiene om Olga som ramlet fordi det var vått på gulvet etter at personalet hadde vasket, Magda som fikk trykksår fordi hun ikke ble snudd ofte nok, eller Johan som fikk feil medisiner og mistet synet. Dette skal ikke skje med de kunnskaper vi har i dag – men det gjør det.

Uønskede hendelser koster samfunnet milliarder. Magasinet Sykepleien nr. 10/2010 har en artikkel som bl.a. omtaler professor Peter F. Hjorts bok om uheldige hendelser i helsevesenet (2). Han mener at uheldige hendelser er årsaken til at rundt 2.100 pasienter dør i løpet av året, og 15.800 pasienter blir permanent invalide. Dette fører til nesten en halv million ekstra liggedøgn i sykehus, som igjen koster mellom 1,6 og 2,2 milliarder kroner. For ikke å snakke om de ekstra lidelser dette påfører pasientene.

Helse- og omsorgsminister Anne-Grete Strøm-Erichsen lanserte i en pressemelding den 20.09.10 ti hovedvirkemidler for å styrke både kvalitet og pasientsikkerhet. Å ivareta våre pasienters sikkerhet er så viktig at Helse- og omsorgsdepartementet ønsker bl.a. å få kvalitets- og pasientsikkerhetsarbeid lovfestet, og starter opp

med gjennomføring av en pasientsikkerhetskampanje i 2011 (3).

Å ivareta pasientsikkerheten er viktig for alle pasienter. Det er imidlertid ekstra viktig for våre gamle pasienter, da de ofte er i en fysisk og mental tilstand som gjør det vanskelig for dem å ivareta egen sikkerhet. Kroppen eldes, blir stivere og sprøere i skjelettet, blodtrykket blir høyere – eller lavere, økende svimmelhet, - og et uskyldig fall kan få tragiske konsekvenser.

For uten de områder som hittil er nevnt, er det svært mange andre områder som kan nevnes når det gjelder å sikre våre gamle pasienter: Sansesvikt, legemidler, delirium, smerter, omsorgsteknologi, smarthus, vold mot eldre, vold mot personale, simulering, dokumentasjon, arkitektur, hygiene, ja, hvordan forebygge pasientskade hos gamle mennesker?

Hvordan skal vi klare å sikre våre gamle pasienter? Kunnskapssenteret har videre sagt at: Sikkerhet skapes av samspill mellom komponenter i et system. Forbedring av sikkerhet avhenger av læring om hvordan sikkerhet oppstår i slike samspill (1). Tanken er altså at vi skal lære av feilene våre, og dele våre erfaringer med alle andre.

Faggruppa ønsker å sette fokus på dette ved å gi vår neste landskonferanse som avholdes i Stavanger tittelen: Pasientsikkerhet for den gamle pasienten. Dette fordi det er så uendelig stort behov for å sikre den gamle pasienten, og så mange måter vi kan gjøre det på. Ofte er det bare små tiltak som skal til.

Landskonferansen i Stavanger i 2011 er omtalt annet sted i bladet. Dette er meget viktig tema og jeg oppfordrer alle til å melde seg på. Sammen kan vi diskutere og dele erfaringer. Å få satt gamle menneskers sikkerhet på dagsorden, vil være med på å redusere



eldres skadefrekvens, bedre deres livssituasjon og bedre samfunnets økonomi. Altså, bare positive gevinster.

HA EN FLOTT HØST FORTSATT!

Hilde F. Eilertsen

Hilde F. Eilertsen
hilde@nsfgeriatridemens.no

1. Saunes IS, Svendsen PO, Mølstad K, Thesen J. Kartlegging av begrepet pasientsikkerhet. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2010.
2. Dolonen KA. Uønskede hendelser kan halveres. Sykepleien 2010;98(10):34.
3. Regjeringen, Helse- og omsorgsdepartementet (Strøm-Erichsen A-G). Skal løfte kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten. Pressemelding 20.09.2010, Nr. 55-2010.



NSFs FAGGRUPPE FOR
SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

LANDSKONFERANSE 2011

Pasientsikkerhet for den gamle pasient

Det er i våre hender



31. mars - 01. april

**RADISSON BLU ATLANTIC HOTELL
STAVANGER**

Påmeldingsfrist: 10. februar 2011



NSF FGD inviterer til Landskonferanse

Både nasjonalt og internasjonalt settes det nå større fokus på pasientsikkerhet i helsetjenesten. Eldre mennesker er blant de mest sårbare når systemene for pasientsikkerhet svikter og en uheldig hendelse oppstår. Gode systemer og tverrfaglig kompetanse er nødvendig for å ivareta gamle menneskers sikkerhet. Leger, sykepleiere, hjelpepleiere, farmasøyter, fysioterapeuter og ergoterapeuter er alle en del av det tverrfaglige team som eldre mennesker har behov for. Det er betimelig med en landskonferanse som setter fokus på pasientsikkerhet for den gamle pasienten. Hensikten er å heve kompetansen innen et viktig område som har stor betydning for eldre menneskers trygghet, sikkerhet, helse og livskvalitet.

NSFs Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens er et forum for alle sykepleiere som har interesse av eldreomsorg og demensomsorg. Ett av våre formål er å bidra til utvikling, anvendelse og formidling av forsknings- og erfaringsbasert kunnskap. I tillegg ønsker vi å skape en møteplass for fag- og kunnskapsutveksling. NSFs Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens utgjør et slagkraftig fellesskap. Bli med i dette faglige fellesskapet, du også!

Velkommen til Landskonferansen i Stavanger!
Hilde Fryberg Eilertsen, faggruppelider

PROGRAM

Torsdag, 31. mars 2011

- 09.00-10.00 Registrering. Kaffe og rundstykker
- 10.00- 10.10 **Velkommen**
Hilde F. Eilertsen, Leder, NSFs Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens
- 10.10-10.20 **Innledning**
Fylkesleder NSF Rogaland
- 10.20 – 10.50 **Kvalitet og pasientsikkerhet, et kollektivt ansvar**
Inger-Margrethe Holter, sykepleier, PhD, Forskningsleder, NSFs Hovedkontor
- 10.50 – 11.30 **Hvem skal si fra når det er vanskelig å si fra selv?**
Tord Dale, sykepleier, Politisk rådgiver, Helse og omsorgsdepartementet
- 11.30 – 11.50 Pause/ Besøk i utstillingslokalet
- 11.50 – 12.30 **Kvalitet og sikkerhet innen eldreomsorg – et fokus på samhandling og overganger**
Karina Aase, professor i pasientsikkerhet, Institutt for Helsefag, Universitetet i Stavanger
- 12.30 – 13.30 Lunsj
- 13.30 – 14.30 **Parallelle sesjoner med presentasjoner av frie bidrag**
- 14.30 --15.00 **Pause / Besøk i utstillingslokale**

Torsdag, 31. MARS 2011 (fortsatt)

- 15.00 –15.30 **Fallgruber og sorte hull ved sykehusinnleggelser av gamle pasienter**
Marit Apeland Alfsvåg, overlege, Geriatrisk avd., Stavanger universitetssykehus
- 15.30 – 16.00 **På vakt -- Den norske pasientsikkerhetskampanjen—Hvilke innsatsområder i kampanjen omfatter geriatrien**
Anne Grete Skjellanger, Nasjonalt kunnskapssenter
- 16.00 --16.30 **Faglig forsvarlighet er også pasientsikkerhet**
Geir Sverre Braut, underdirektør, Statens helsetilsyn
- 16.30 –17.00 Besøk i utstillingslokalet
- 19.00 Festmiddag

Fredag 1. april 2010

- 09.00 - 09.30 **Sykepleiefaglig ansvar for multisyke eldre – et grenseløst og uklart fenomen?**
Gro Næss, sykepleier, høgskolelektor, Høgskolen i Vestfold
- 09.30- 10.00 **Omsorgsteknologi i demensomsorgen – erfaringer og utfordringer**
Torhild Holthe, ergoterapispesialist i Eldres helse, MSc, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse
- 10.00 – 10.30 **Ny omsorgsteknologi og lovverket**
Rådgiver Kjersti Roalsvig, cand.jur., Fylkeslegen i Rogaland
- 10.30 -11.00 Besøk i utstillingslokale - pause
- 11.00 – 12.30 **Parallele sesjoner med innsendte bidrag**
- 12.30 – 13.30 Lunsj
- 13.30 – 14.00 **Legemidler og gamle mennesker – en sikkerhetsutfordring**
(navn kommer senere)
- 14.00 – 14.30 **Forebygging av fall på sykehjem – Erfaringer fra Blidensol sykehjem**
Francois Wilems, sykehjemslege, Blidensol sykehjem
- 14.30 – 15.00 Pause / Besøk i utstillingslokale
- 15.00 – 15.30 **Pasientsikkerhet knyttet til personer med demens**
Ingelin Testad, sykepleier, PhD, Stipendiat SUS, Leder for Seksjon for fagutvikling og forskning, Stokka undervisningssykehjem
- 15.30-15.45 Oppsummering og avslutning
Hilde F. Eilertsen

Det tas forbehold om endring i programmet! Oppdatering av programmet legges ut på vår nettside: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere

PRAKTISKE OPPLYSNINGER

Sted	Radisson Blu Atlantic Hotell, Stavanger
Påmelding	Bindende påmelding kan bare gjøres elektronisk via vårt påmeldingsskjema. Følg lenken for påmeldingen på: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere eller via følgende lenke hos vår konferansepartner http://crm.i-tools.no/ams/?id=215
Overnatting	Rom bestilles i samme påmeldingsskjema
Registreringsavgift: (medlem= medlem av NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens)	Inkluderer deltakelse, lunsj og kaffe To dager medlem NSF FGD: kr 3.200 Torsdag medlem NSF FGD: kr 2.000 Fredag medlem NSF FGD: kr 2.000 2 dager ikke medlem: kr 4200 Torsdag ikke medlem: kr 2500 Fredag ikke medlem: kr 2500
Rabatt på deltakeravgift	Rabatt for muntlig presentasjon kr 1000 Rabatt for poster kr 500
Overnatting Radisson Blu Atlantic	Enkeltrom 30. mars – 1. april: kr 3190 Dobbeltrum 30. mars – 1. april: kr 1790 per person Enkeltrom: 31. mars – 1. april: kr 1595 Dobbeltrum: 31. mars – 1. april: kr 895 per person Enkeltrom: 30. mars – 2. april: kr 4785 Dobbeltrum: 30 mars – 2. april: 2685 per person Enkeltrom: 30. mars-3. april: kr 6380
Festmiddag 31. mars	Kr 680
Bli medlem	Er du medlem i NSF, kan du bli medlem i faggruppen og oppnå redusert konferanse-avgift. Bare gå til: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere
Godkjenning	Konferansen er meritterende til klinisk spesialist fra NSF med 12 timer.
Produktutstilling	Også i år inviterer vi produktleverandører til å stille ut sine produkter på landskonferansen. Se vår nettside: www.sykepleierforbundet.no/geriatripsykepleiere eller kontakt Døvre Event / Marketing, kongress@online.no , tlf. 90593275

Velkommen til Stavanger !



NYHET

Ny løsning ved fekal inkontinens

Abri-San Special

■ Optimal beskyttelse mot lekkasje

■ Skånsom mot huden

Abri-San Special er utviklet med fokus på fekal inkontinens. Derfor har vi utviklet et produkt med et unikt barrieresystem.



Barrieresystemet er så effektivt, at det selv ved eksplosiv diarré vil være optimal beskyttelse mot lekkasje.

Abri-San Special har Air-Plus teknologi, som innebærer en pustende bakside som reduserer hudirritasjon.

Abri-San Special har en sugeevne som gjør produktet velegnet til dobbelinkontinens.



Abena Hygiene AS · Per Krohgs vei 4 B · N-1065 Oslo · Tlf.: 22 80 43 10 · Fax: 22 80 43 20
info@abena.no · www.abena.no

ABENA[®]

Ett postoperativt vårdprogram för personer med höftfraktur kan minska antal dagar med delirium och förbättra funktionen



Birgitta Olofsson

*Sjuksjötterska, Universitetslektor,
Institutionen för omvårdnad
Umeå universitet, Umeå, Sverige*

Korrespondans till:

birgitta.olofsson@nurs.umu.se

Inledning

Att drabbas av en höftfraktur kan för en äldre människa vara droppen som får bägaren att rinna över. Höftfrakturer drabbar många äldre människor, speciellt äldre kvinnor (1), och får stora konsekvenser för den som drabbas men även för samhället. Risken är nämligen stor för komplikationer, och en av de vanligaste är akut förvirringstillstånd (delirium) (2). Andra komplikationer efter en höftfraktur kan vara förlängda vårdtider, nedsatt funktionförmåga, ändrat boende men även ökad dödlighet (3,4).

Akut förvirringstillstånd (delirium) är ett neuropsykiatriskt tillstånd som kan drabba alla människor oavsett ålder, men förekomsten är vanligast bland äldre (2) och de med demenssjukdom är speciellt utsatta (5). Delirium kännetecknas av att tillståndet uppstår akut och det fluktuerar från timmar till dagar. Personen som drabbas karakteriseras av nedsatt uppmärksamhet och medvetenhet. Deras tankar är ofta oorganiserade och de kan drabbas av hallucationer eller illusioner. Den kom-

Sammandrag

En av de vanligaste frakturerna bland äldre är höftfraktur och för den som drabbas kan detta leda till allvarliga komplikationer som nedsatt gångförmåga, förändrat boende och ökad dödlighet. Ett postoperativt vårdprogram med multidisciplinära och multifaktoriella insatser, kan minska komplikationer efter operation och förbättra rehabiliteringsresultatet både på kort och lång sikt.

Nyckelord: Delirium, höftfraktur, vårdprogram, standard

munikativa förmågan kan också vara nedsatt, som till exempel att de upprepar samma mening om och om igen eller de är oförmögna att föra en normal konversation. Sömnerna kan också vara störd och nattligt delirium är även vanligt (6). De personer som drabbats av delirium beskriver tillståndet som en obehaglig händelse eftersom de inte kan styra vad som händer (7) och för vårdpersonalen kan en patient med delirium upplevas som vårdkrävande.

Postoperativt vårdprogram för äldre med höftfraktur

På Norrlands universitetssjukhus i Umeå gjordes en studie mellan år 2000-2002, där ett postoperativt tvärprofessionellt, multifaktoriellt interventionsprogram utvärderades. Utvärderingen gjordes för att bland annat se om antal dagar med delirium kunde minskas, om andra postoperativa komplikationer kunde minskas samt om funktionen kunde förbättras för patienter som drabbats av brott på lårbenshalsen (cervikal höftfraktur).

Under denna period inkluderades 199 patienter i studien. Om patienten inte kunde svara själv, de med nedsatt kognitiv förmåga, tillfrågades deras anhöriga om deltagande. Nya rutiner tillämpades i ambulansen, på akuten samt på ortopedavdelningen före ope-

rationen. Dessa nya rutiner var bl a förbättrad smärtbehandling, uppstramad syrgasbehandling, trycksårsprofylax och vätsketillförsel intravenöst. Alla patienter som inkluderades fick alltså samma vård postoperativt.

I samband med operation lottades patienterna att postoperativt antingen hamna på geriatriken, där det nya vårdprogrammet implementerats (interventionsgrupp=102 patienter) eller tillbaka till ortopedien för sedvanlig traditionell postoperativ vård (kontrollgrupp = 97 patienter).

Interventionen eller vårdprogrammet innehöll ett utvecklat teamsamarbete, en noggrann och systematisk utredning, behandling och rehabilitering för att förebygga delirium, men även för att förebygga andra komplikationer som kan förekomma efter en höftfraktur-operation samt en förbättrad närings-tillförsel (tabell).

Det primära utfallet i studien var antal dagar med delirium. Alla patienter observerades varje dag, både pre och postoperativt. Symtom och tecken på delirium samt alla tecken på patienters mentala förändring registrerades i journalen (i båda grupperna, intervention och kontroll) enligt den dagliga dokumentationen som sjuksköterskorna gör

Tabell 1. Huvudinnehållet i det postoperativa vårdprogram för personer med höftfraktur

Vårdlaget	<ul style="list-style-type: none"> • Vårdlaget inkluderar sjuksköterskor, undersköterskor, sjukgymnaster, arbetsterapeuter, samt geriatriker. Dietist samt kurator finns att tillgå vid behov. • Alla jobbar tillsammans i ett team! • Nära samarbetet mellan ortopedier och geriatriker.
Individuell vårdplanering	<ul style="list-style-type: none"> • Ankomstsamtal så snart som möjligt efter ankomst. • Bedömning av alla yrkeskategorier • Vårdplanering inom tre dygn. Återupprepas två ggr/vecka under rehabiliteringen.
Prevention og behandling av postoperativ komplikation	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivt förebygga, upptäck och behandla postoperativa komplikationer som t ex delirium • Syrgas under första postoperativa dygnet, ev längre vid behov • Kontroll av syrsättning under de 2 första dyggen eller längre tills tillfredsställande saturation uppnåtts • PEEP-flaska och andningsövningar • Kontroll av blodtryck och puls x två i två dagar. Kontroll av temp x två i fyra dagar • Blodprover (t ex Hb, B-glukos, vätske-status) • Om kateter sattes vid operation avlägsnas denna inom 24 timmar postoperativt • Återkommande screening för urinretention och urinvägsinfektion • Förebygga och behandla förstoppning • Blodtransfusion om hemoglobin <100 g/L och <110 g/L för de med hjärtsjukdom, för de med risk för delirium och de som redan utvecklat delirium • Vid dålig sömn, undersök varför och sätt in lämpliga åtgärder • Antitrombos profylax i ca två veckor, samt vid behov även antitrombos strumpor • En almanacka för orientering till dag och datum finns på alla patientsalar • En klocka på alla salar för orientering till tid • Trycksårsprofylax, observera noggrant och förebygg • Så långt som möjligt utreda varför patienten fick sin fraktur genom att analysera externa och interna fallriskfaktorer för att sätta in lämpliga åtgärder
Smärte-behandling	<ul style="list-style-type: none"> • Som basmedicinering Paracetamol 1 g x 4, därefter kan tillägg ges av ex Tramadol eller någon opioid • Smärter kan vara orsakade av annat än fraktur och operation, ex knäledsartros eller ryggbesvär som kan lindras med anpassad liggställning • Fysikalisk smärtbehandling, som ex TENS eller akupunktur
Nutrition	<ul style="list-style-type: none"> • Kost och vätskeregistrering de första fyra dagarna postoperativt, längre vid behov • Protein och energiberikad kost de första fyra dagarna postoperativt, längre vid behov • Näringsdrycker till alla under hela vårdtiden, men erbjuds även extra om energiintaget är för litet. Får ej ersätta mellanmål. Önskekost vid behov. • Måltidsmiljö viktig • Är det rätt konsistens på maten? • Fysiska problem som försämrar ätandet måste åtgärdas, tex dålig munhygien, förstoppning eller smärta • Nattmål till de som inte kan sova • Kalcium och D-vitamin, ev annan osteoporosbehandling vid behov
Rehabilitering	<ul style="list-style-type: none"> • Mobilisering inom det första postoperativa dygnet • Daglig vardagsrehabilitering med omvårdnadspersonal • Uppmuntra patienten att utföra aktiviteter i alla situationer som hon/ han klarar av • Specifik träning med sjukgymnast och arbetsterapeut • Funktionell träning med fokus på fallriskfaktorer • Nära samarbete med sjukgymnast och arbetsterapeut efter utskrivning • Telefonuppföljning av sjukgymnast efter två veckor, hembesök efter fyra månader • Besök hos geriatriker/alt besök av geriatriker efter fyra månader

Organic Brain Syndrome Scale (OBS-scale, 8), för att skatta depression användes Geriatric Depression Scale (GDS, 9), för att bedöma kognitiva förmåga användes Mini Mental State Examination (MMSE, 10), för att bedöma patienternas nutritionsstatus användes Mini Nutritional Assessment (MNA, 11) samt för att skatta patienternas personliga aktivitet användes Personal Activities of Daily Living (P-ADL, enligt Katz ADL-index, 12). Medicinsk och social data hämtades från patienten, anhöriga, personalen samt patientens journal. Två sjuksköterskor var anställda halvtid i studien för att skatta patienterna i båda grupperna. En av dem var anställd på ortopedien och skattade patienterna i interventionsgruppen och en sjuksköterska var anställd på geriatriken och skattade patienterna i kontrollgruppen. En sjukgymnast och en arbetsterapeut samt en geriatriker var också anställda i studien.

Uppföljning i studien skedde både 4, 12 och 36 månader efter operation. Samma skattningar som gjordes under vårdtiden gjordes även i uppföljningarna. Den geriatriker som var anställd i studien gjorde en bedömning på alla patienter i interventionsgruppen vid 4-månadersuppföljningen. Detta var en del i interventionen.

Resultat

Resultaten visade att patient som behandlades enligt vårdprogrammet hade färre antal dagar med delirium efter operationen, 5.0 ± 7.1 dagar jämfört med 10.2 ± 13.3 dagar i kontrollgruppen ($p=0.009$). En lägre andel av patienter i interventionsgruppen var deliriösa under vårdtiden jämfört med kontrollgruppen (56/102, 55 %, jämfört med 73/97, 75 %, $p=0.003$). Patienter med demenssjukdom var även deliriösa färre dagar i interventionsgruppen jämfört med kontrollgruppen (3.2 ± 4.1 vs 12.8 ± 17.6 dagar, $p=0.003$). Dessutom skrevs 15 patienter ut från kontrollgruppen trots att de fortfarande var deliriösa jämfört med ingen patient från interventionsgruppen ($p<0.001$). Andra komplikationer minskades också signifikant, som exempelvis trycksår, nutritionsproblem, sömnproblem och urinvägsinfektioner (5). Vidare kunde antalet fall minskas signifikant, 12 patienter föll i interventionsgruppen jäm-

fört med 26 patienter i kontrollgruppen ($p=0.007$). Dessa 12 föll 18 gånger i interventionsgruppen medan de 26 patienter i kontrollgruppen föll 60 gånger (13).

Den totala vårdtiden på sjukhus var igenomsnitt 10 dagar kortare i interventionsgruppen, 28.0 ± 17.9 dagar jämfört med 38.0 ± 40.6 dagar i kontrollgruppen ($p=0.03$) (5). Många patienter låg i riskzonen för undernäring enligt MNA före operation, 173/199 patienter (87 %), men det var ingen skillnad mellan grupperna. Undernäring var dock associerat med trycksår och förvirring. Förvånansvärt nog gick männen upp i vikt och förbättrade sin nutritionsstatus oavsett intervention eller inte medan kvinnorna försämrades (14).

Trots kortare vårdtid hade signifikant fler patienter i interventionsgruppen återfått sitt P-ADL vid 4- och 12 månadersuppföljning. Fler patienter i interventionsgruppen hade också återfått sin förmåga att gå självständigt inomhus utan hjälpmedel vid 12-månadersuppföljningen (15). Vid 12 månader var det dock ingen skillnad i fall och frakturer mellan grupperna, vilket kan betyda att interventionen inte hade någon kvarstående effekt när det gäller risken för fall efter utskrivning från sjukhuset vid det tillfället. Fallprevention bör således vara en del i det vardagliga livet för dessa sköra patienter (16).

Diskussion

Det kan tyckas att vårdprogrammet bara innehåller självklara åtgärder som bör ingå i en god vård av alla gamla sköra patienter – men så var alltså inte fallet enligt denna studie. Tyvärr är det väl så att de äldsta och sjukaste patienterna prioriteras lägre än de unga och friska med måttligt svåra sjukdomar/skador. Det är oförsvarligt. Eftersom antalet gamla och mycket gamla människor har ökat och kommer att öka dramatiskt under de närmaste decennierna, kommer problemen på sjukhusen förmodligen att tillta.

Att drabbas av en höftfraktur är ett trauma i sig. Stressen att sedan bli akut opererad och kanske tappa en del blod, att möta ny miljö och nya människor, att erhålla starka läkemedel mm gör att

den äldre lätt kan utveckla ett delirium. Påfrestningen blir för stor. Sköra äldre har mindre reservkapacitet, vilket gör att de lättare kan drabbas. Det finns studier som visar att drabbas av delirium är associerat med förlängd vårdtid, ändrat boende, nedsatt funktion, demensutveckling och till och med ökad dödlighet (2,17, 18, 19). Delirium kan dock förebyggas och behandlas, det har även tidigare studier visat (20, 21,22). Detta vårdprogram är ett relativt enkelt och billigt sätt att förbättra vården för sköra äldre patienter och borde även kunna implementeras på andra patientgrupper än höftfrakturpatienter. Det är uppenbart att arbeta i team med en förbättrad vårdkvalitet kan minska lidandet, speciellt hos de med demenssjukdom, men i förlängningen även minska kostnaderna för samhället.

Rutinerna som implementerades under projektets gång finns numera kvar på Norrlands universitetssjukhus. Alla patienter som är 70 år eller äldre som kommer in med en cervikal höftfraktur, erbjuds att direkt postoperativt komma till geriatriskt centrum för fortsatt rehabilitering.

Referenser

1. Bergström U, Jonsson H, Gustafson Y, Pettersson U, Stenlund H, Svensson O. The hip fracture incidence curve is shifting to the right. *Acta Orthop* 2009 Oct;80(5):520-4.
2. Saxena S, Lawley D. Delirium in the elderly: a clinical review. *Postgrad Med J* 2009;85(1006):405-13.
3. Stenvall M, Elinge E, von Heideken Wägert P, Lundström M, Gustafson Y, Nyberg L. Having had a hip fracture—association with dependency among the oldest old. *Age Ageing* 2005 May;34(3):294-7.
4. Cummings SR, Melton LJ. Epidemiology and outcomes of osteoporotic fractures. *Lancet* 2002; 18: 359(9319): 1761-1767.
5. Lundström M, Olofsson B, Stenvall M, Karlsson S, Nyberg L, Englund U, Borssén B, Svensson O, Gustafson Y. Postoperative Delirium in Old Patients with Femoral neck fracture - a Randomized Intervention Study. *Ageing Clinical and Exp Research* 2007; 19: 178-186.
6. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed, Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
7. Andersson EM, Hallberg IR, Norberg A & Edberg A-K. The meaning of acute confusional state from the perspective of elderly patients. *Int J of Geriatr Psychiatry* 2002; 17(7), 652-663.
8. Jensen E, Dehlin O, Gustafson L. A comparison between three psychogeriatric rating scales. *Int J of Ger Psychiatry*. 1993;8:215-29.

Older persons: The future of care

Geriatriske sykepleiere samlet i Rotterdam

Over 1000 deltakere fra 50 land var samlet i Rotterdam 4.-7. oktober. Det ble holdt 12 hovedforedrag, over 100 presentasjoner og nesten 200 poster ble presentert.

Det var et imponerende oppmøte av norske sykepleieforskere og andre deltakere med 28 deltakere og flere hadde presentasjon eller poster.

Den nederlandske sykepleierorganisasjon organiserte konferansen. En av samarbeidspartnerne for kongressen var Working Group of European Nurse Researchers, WENR, som holdt sitt 14. forskningssymposium i Rotterdam.



Kongressen Older Persons: The Future of Care samlet sykepleiere.

Dr.gradsstipendiat Birgitte Graverholt fra Høgskolen i Bergen leser kongressprogrammet.

Jorunn Drageset (t.v.) og Liv Wergerland Sørbye (t.h.) på en av de mange parallelle sesjoner på kongressen.



9. Sheikh J, Yesavage JA. A Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clin Gerontol*. 1986;5:165-172.

10. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12(3):189-98.

11. Guogoz Y, Vellas B, Garry PJ. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional of elderly patients. *Facts and Res in Geront*. 1994;4:15-59.

12. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: A standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963 Sep 21;185:914-9.

13. Stenvall M, Olofsson B, Lundström M, Englund U, Borssén B, Svensson O, Nyberg L, Gustafson Y. A multidisciplinary, multifactorial intervention program reduces postoperative falls and injuries after femoral neck fracture - a randomized controlled trial. *Osteoporos Int* 2007 Feb;18(2):167-75. Epub 2006 Oct 24.

14. Olofsson B, Stenvall M, Lundström M,

Svensson O, Gustafson Y. Malnutrition in hip fracture patients – an intervention study. *J Clin Nurs* 2007; 2027–2038.

15. Stenvall M, Olofsson B, Nyberg L, Lundström M, Gustafson Y. Improved performance in activities of daily living and mobility after a multidisciplinary postoperative rehabilitation in older people with femoral neck fracture: a randomized controlled trial with one-year follow up. *J Rehabil Med* 2007; 39: 232-238.

16. Berggren M, Stenvall M, Olofsson B, Gustafson Y. Evaluation of a fall-prevention program in older people after femoral neck fracture: a one-year follow-up. *Osteoporos Int* 2008 Jun;19(6):801-9.

17. Lundström M, Edlund A, Bucht G, Karlsson S, Gustafson Y. Dementia after delirium in patients with femoral neck fractures. *J Am Geriatr Soc* 2003 Jul;51(7):1002-6.

18. Olofsson B, Lundström M, Borssén B, Nyberg L, Gustafson Y. Delirium is associated with poor rehabilitation outcome in elderly patients treated for femoral neck fractures. *Scand J Caring Sci*; 2005; 19: 1-9.

19. Pitkälä KH, Laruila JV, Strandberg TE,

Tilvis RS. Prognostic significance of delirium in frail old people. *Demen Geriatr Cogn Disord* 2005; 19: 158-163.

20. Marcantonio ER, Flacker JM, Wright RJ, Resnick NM. Reducing delirium after hip fracture: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: (5): 516-522.

21. Milisen K, Foreman MD, Abraham IL, De Geest S, Godderis J, Vandermeulen E, et al. A nurse-led interdisciplinary interventions program for delirium in elderly hip-fracture patients. *J Am Geriatr Soc* 2001; 49: (5): 523-532.

22. Vidan M, Serra JA, Moreno C, Riquelme G, Oritz J. Efficacy of a comprehensive geriatric intervention in older patients hospitalized for hip fracture: a randomized controlled trial. *J Am Geriatr Soc* 2005; 53:(9):1476-1482.

Halvorsrud – ny doktor i geriatrik sykepleie



Liv Halvorsrud forsvarte sitt doktorgradsarbeid 25. juni 2010 på Universitetet i Oslo, Institutt for helse- og sykepleievitenskap, Seksjon for sykepleievitenskap, med avhandlingen *Measuring Quality of Life among Older Adults. Validation of the Norwegian WHOQOL-Old*. Hovedveileder var professor Mary Kalfoss og biveileder professor Marit Kirkevold. Doktorgradsarbeidet ble finansiert med midler fra EU og Høyskolen Diakonova.

Interessen for livskvalitet er stadig økende. Det finnes ingen gull-standard for hvordan livskvalitet kan måles verken blant friske eller syke eldre. Hensikt med studien var å validere den norske versjonen av livskvalitetsinstrumentet modulen WHOQoL-Old blant syke og friske eldre samt å undersøke i litteratur den tidligere bruken av begrepet livskvalitet og hvordan livskvalitet ble målt blant eldre mennesker.

WHOQoL-Old består av 6 områder (Sensoriske forhold, Autonomi, Fortid, nåtid og framtid, Sosial deltagelse, Død og døende, Intimitet) hver med 4 spørsmål. WHOQOL-Old er en modul til instrumentene WHOQoL-Bref/-100. Den er utviklet i et internasjonalt samarbeid (Verdens helseorganisasjons livskvalitet - forskergruppe / WHO-QoL-Group) gjennom 3 faser. Denne avhandlingen bygger på kandidatens arbeid i den 3. fasen.

Designet var en tverrsnittsstudie og en litteraturstudie. Av 499 artikler funnet gjennom søk i 7 databaser ble 47 inkludert i avhandlingens første studie. Ved hjelp av Statistisk Sentralbyrå ble

det trukket et randomisert og stratifisert utvalg på 490 fra den norske befolkningen over 60 år. 401 eldre uten kommunal hjelp besvarte et spørreskjema via posten, 89 eldre med kommunal hjelp deltok i et strukturert intervju med samme spørsmålpakke. Basert på dette utvalget testet studien de psykometriske egenskapene ved WHOQoL-Old. Videre ble forholdet mellom operasjonaliserte variabler (depresjons symptomer, fysisk funksjon, helse, alder, karakteristikker ved omgivelser og livskvalitet) basert på en anerkjent livskvalitets-modell testet i underutvalg av friske og syke eldre.

Resultatene viser at det i tidligere publiserte studier ikke var konsensus om hvordan livskvalitet måles blant eldre, at det var liten bruk av definisjon av livskvalitet og begrepsmodeller og at det i liten grad var rapportert psykometriske egenskaper. Den empiriske studien viste delvis at modulen WHOQoL-Old er valid. Av de 6 områdene viste resultatene at området Død/Døende var tydelig og aktuelt område blant både friske og syke og likeledes området Sensoriske forhold blant syke. Videre viste resultatene at empirien bekreftet delvis den teoretiske modellen ved at karakteristikker ved omgivelser og opplevd helse har en direkte påvirkning på livskvalitet og at karakteristikker ved omgivelser har en indirekte påvirkning via mediatorne depressive symptomer, fysisk funksjon (ikke syk gruppe) og helse på livskvalitet. Siden mediator funksjon kan forstås som en genererende mekanisme fra en variabel på en annen, kan resultatet tyde på at den indirekte påvirk-

ningen av karakteristikker ved omgivelser kan gi en lavere eller høyere livskvalitet via mediator variablene. Dette kan ha betydning for hvordan f.eks den eldres livskvalitet er påvirket av hans eller hennes omgivelser.

Avhandlingen som helhet bidrar til å vise at et begrepsmessig rammeverk kan benyttes i validering, at livskvalitet må sees i sammenheng med andre begrep både i forskning og klinikk. Resultatene har derfor betydning for hvordan helsepersonell velger å innhente informasjon om livskvalitet og handle på bakgrunn av disse data i arbeidet blant friske og syke eldre.

Liv Halvorsrud er ansatt som førsteamanuensis ved Høyskolen Diakonova. Hun holder for tiden på med et arbeid om administrasjonsmetoder ved datainnsamling av livskvalitetsdata blant eldre samt et arbeide som mellom annet ser på eldre kvinner og menns livskvalitet.

Kontakt:

liv.halvorsrud@diakonova.no

Har du spørsmål om demens?

815 33 032

Demenslinjen

E-post: demenslinjen@nasjonalforeningen.no

Stor ABC aktivitet over hele landet



Kirsten Langåsdaalen Lund
sykepleier, Mastergrad

Demensomsorgens ABC er et studieopplegg for personell i pleie- og omsorgstjenesten. Det er nå ABC-aktivitet på gang i over 260 kommuner (!). Og flere enn 7000 medarbeidere holder på med ABC-opplæring på landsbasis. Innen 2050 vil tallet på personer med demens mer enn fordobles og dette innebærer en stor kompetanseutfordring for helsetjenesten og samfunnet for øvrig. I denne artikkelen forteller Kirsten om studieopplegget som hun har arbeidet med på Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse inntil ganske nylig.

Demensomsorgens ABC er utviklet som del av den nasjonale demenssatsingen; *Demensplan 2015* (2007-2015). Demensomsorgens ABC er en nyskaping som bygger på tidligere erfaringer med Eldreomsorgens ABC. Utviklingen av Demensomsorgens ABC er finansiert av Helsedirektoratet. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har utviklet opplegget og har ansvar for å koordinere arbeidet med igangsetting og oppfølging av studiegrupper over hele landet. Tiltaket drives i samarbeid med fylkesmannsembetene, undervisningssykehjemmene og regionale kompetansemiljøer.

Temahefter – Grupper – Fagseminarer

Demensomsorgens ABC har tre bærende element: Studiematerialet, studiegrupper og seminarer.

Studieheftene er skrevet av fagfolk med spesiell kunnskap innen de aktuelle temaene. Spesialsykepleier Vigdis Drivdal Berentsen MSc har vært ansvarlig redaktør for Demensomsorgens ABC, og professor Knut Engedal og psykologspesialist Arnfinn Eek har vært faglige veiledere. Studiematerialet består av permer med temahefter. For alle studiepermene er det også laget lydbøker for å lette tilgjengelighet til fagstoffet. I heftene gis deltakerne fåktakunnskap, praksisnære eksempler, og en rekke arbeidsoppgaver og spørsmål til ettertanke, refleksjon og diskusjon i studiegruppene. Språket er lett å forstå,

uten bruk av vanskelige faguttrykk og fremmedord og er tilpasset en tverrfaglig tilnærming i studiegruppene.

Studiegruppene er selvdrevne med tverrfaglig sammensetning og helst med deltakere fra ulike avdelinger innen kommunens omsorgstjenester. Målet er å utvikle både faglig og tverrfaglig forståelse og kunnskap hos gruppedeltakerne, samt å gi økt samhandling og samarbeidskompetanse. Gruppeprosessen og deltakernes forståelse av denne blir derfor svært viktig for et godt læringsmiljø i gruppene.

Seminarer avholdes to ganger for hver studieperm innen Demensomsorgens ABC og Eldreomsorgens ABC. Det utstedes studiebevis til hver deltaker for hver gjennomført perm.

Jeg vil bli helsefagarbeider - med ABC til fagbrev

Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse har fått i oppdrag fra Helsedirektoratet å gjennomføre et prosjekt rettet inn mot ABC-deltakere som ikke har relevant helse- eller sosialfaglig utdanning. Hovedmålet er at personell uten relevant fagutdanning får kompetanseheving og på sikt autorisasjon som helsefagarbeider.

Deltakerne vil få praksisnær veiledning og opplæring med kombinasjon av undervisning, deltakelse i ABC-studiegrupper og veiledning på arbeidsplassen slik at de får måloppnåelse i læreplan i helsearbeiderfaget. Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse kommer til å ha tett kontakt med veilederne og deltakerne og ha ansvaret for undervisningen under opplæringen. Etter endt opplæring må deltakerne bestå den tverrfaglige eksamen i helsearbeiderfaget før de kan melde seg opp til fagprøven.

På Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse sin hjemmeside: www.aldringoghelse.no finnes mer informasjon om ABC og *Jeg vil bli helsefagarbeider – med ABC til fagbrev*.



Velkommen
til medlem
nr 900

**Christine Jærv Ekrheim (t.h.)
hilser Karina Håland (t.v.)
velkommen som medlem
nr. 900 i faggruppen.**



Reportasje: Karen Bjoro

Faggruppens medlem nr. 900 heter Karina Håland og hun ble vervet 28. september av lokalgruppen i Oslo og Akershus. --Vi hadde medlemsverve-kampanje på vårt første dagskurs i lokalgruppen 28. september, sier Christine Jærv Ekrheim, leder av NSF FGD Oslo og Akershus lokalgruppe. --Det var over 200 deltakere så vi hadde et stort potensiale til verving.

--På forhånd hadde vi fått vite at medlem nummer 900 ville kunne bli vervet på seminaret. Så stemningen var ganske stor da Karina Håland leverte sin innmeldingslapp. Styret i lokalgruppen har bestemt seg for å belønne det nye medlemmet med å dekke konferanse-

avgiften til Landskonferansen i Stavanger i mars neste år. Karina Håland arbeider på Hjereteavdelingen på Oslo universitetssykehus, Ullevål.

--Vi gratulerer og ønsker Karina og alle andre nye medlemmer velkommen til faggruppen. Siden 2006 har medlems-tallet økt med 70 % sier en stolt fag-gruppeleder Hilde Fryberg Eilertsen. Vi hadde 548 medlemmer i 2006 og nå har vi 924. Det er bare gledelig at så mange sykepleiere tegner medlemskap i faggruppen. Vi registrerer økt aktivitet i faggruppen over hele landet.

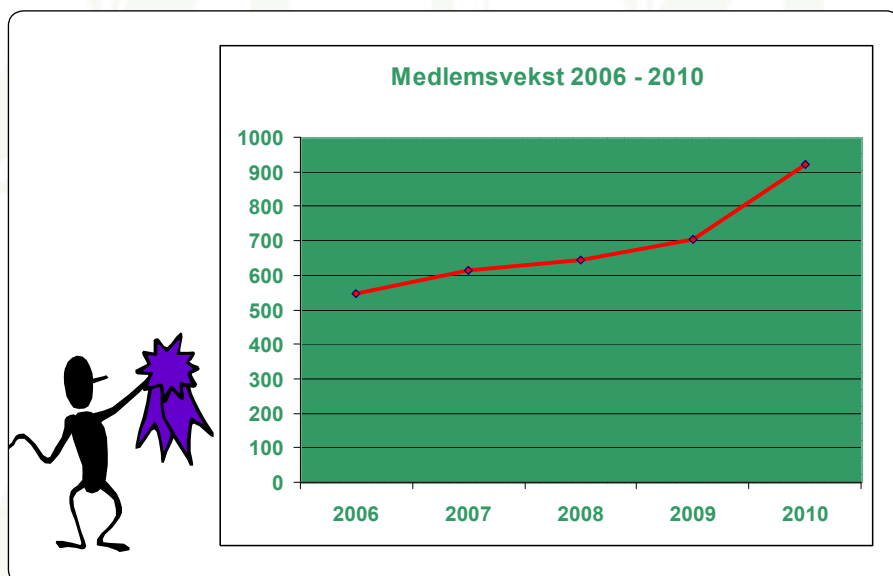
Styret i faggruppen har satt som mål å nå 1000 medlemmer innen NSF's 100 års jubileum i september 2012. Men vi vil trolig nå dette målet allerede i 2011.

Så med to fulle år igjen å rekruttere medlemmer inn i faggruppen, må styret sette nye og høyere mål. Faggruppen har som mål å styrke faglighet, bygge identitet og glede over arbeidet med gamle mennesker. Skal vi evne å tilby verdige helsetjenester til syke og skrøpelige eldre og personer med demens i årene fremover er dette nødvendig.

Faggruppen satser på å bygge ut medlemstilbud. Kurs og seminarer, Tids-skriftet Geriatrisk Sykepleie, stipend og lokale faggrupper med nettverk i nesten alle fylkene er med på å synliggjøre oss. Og det er en aktiv faggruppe med rikelig medlemstilbud som skal til for å fortsette veksten.

Referanser (fra side 3)

1. Juliebø V, & Wyller T.B. Delirium-en tilstand med høy forekomst og dårlig prognose. Geriatrisk Sykepleie 2010;2(3):4-6.
2. Sørensen Duppils G. & Johansson I. NEECHAM Confusion Scale för bedömning av akut förvirringstillstånd. Geriatrisk Sykepleie 2010;2(3):7-11.
3. Olofsson B. Ett postoperativt vårdprogram för människa med höftfraktur kan minska antal dagar med delirium och förbättra funktionen. Geriatrisk Sykepleie 2010;2(3): 18-21.
4. Inouye SK, Schlesinger MJ, Lydon TJ. Delirium: a symptom of how hospital care is failing older persons and a window to improve quality of hospital care. Am.J.Med. 1999 May;106(5):565-573



Abonner på

GERIATRISK SYKEPLEIE

I 2010 vil Geriatrisk Sykepleie utgis med fire nummer. Tidsskriftet er et medlemsblad for sykepleiere i NSF's Faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens. Alle medlemmer i faggruppen får tilsendt bladet som en del av sin medlemskontingent. Andre som interessert i fagfeltet kan tegne abonnement..

Utgivelsesplan for Geriatrisk Sykepleie i 2010:

Utgivelse	Materiell frister	Distribusjon	Tema
GS3/2010	15. juli	1. september	Delirium
GS4/2010	15. oktober	1. desember	Dokumentasjon

Abonnement for enkeltpersoner:

Kr 300/år i Norge. Internasjonalt kr 400/år

Institusjons/biblioteksabonnement:

Kr 800/år i Norge. Internasjonalt kr 900/år

For å tegne et abonnement på Geriatrisk Sykepleie, fyll ut og returner skjemaet til redaktøren:

Karen Bjøro, Arnulf Øverlands vei 266, 0763 Oslo

Navn på abonnenten:

.....

.....

Adresse:

Postnummer: Sted:

Personlig abonnement

Institusjonsabonnement

.....
Signatur for bestilling av abonnement

Annonsering i Geriatrisk Sykepleie

Geriatrisk Sykepleie passer for annonsører som ønsker å nå sykepleiere i geriatri og demensomsorgen i alle deler av helsetjenesten.

Tidsskriftet sendes alle medlemmer i faggruppen og øvrige abonnenter.

Tidsskriftet har et opplag på 2000 blad. I 2010 utgis Geriatrisk Sykepleie fire ganger i året.

For nærmere informasjon om annonsering, utgivelsesplan og priser, ta kontakt med karen@nsfgeriatriemens.no



NSF FGD utlyser utdanningsstipend - 2011

Styret i NSF FGD lyser ut 4 utdanningsstipend på kr. 5.000 hver for 2011. To tildeles vår og to tildeles høst.

Stipendene gjelder all utdanning etter fullført bachelor i sykepleie, som er relevant for fagfeltet geriatri og demens.

Alle medlemmer i NSF FGD som er à jour med medlemskontingenten for 2011, kan søke.

Søknaden skal inneholde Navn, Postadresse, e-postadresse og Medlemsnummer i NSF.

I søknaden skal det gjøres rede for hvilken utdanning det søkes for, hvor langt du er kommet i utdanningsløpet og noen ord om bakgrunnen for søknaden.

Fristen for å søke er 1. april for vår og 1. oktober for høst 2011.

Søknad sendes på e-post til leder av faggruppa hilde@nsfgeriatriemens.no eller sendes i 3 eksemplarer til Hilde F. Eilertsen, Vikaveien 21, 9022 Krokeldalen

Søknadene blir behandlet av NSF FGDs styre, og søkere vil få svar innen 1. mai for våren og 1. november for høsten 2011.

RETNINGSLINJER FOR PUBLISERING I GERIATRISK SYKEPLEIE

Geriatrisk Sykepleie er et tidsskrift for medlemmer i Norsk Sykepleierforbunds Faggruppe for Geriatri og Demens. Tidsskriftet formidler forskning og fagutvikling innenfor sykepleie, behandling og omsorg for gamle mennesker og mennesker med demens. I tillegg formidler Geriatrisk Sykepleie informasjon til medlemmer fra faggruppens styre og lokalgruppeledere. Både medlemmer og andre kan sende inn fagartikler til Geriatrisk Sykepleie. Fagartikler sendes til redaksjonen.

Følgende retningslinjer gjelder for fagartikler som søkes publisert:

- Et innlegg eller artikkel i Geriatrisk Sykepleie er på maksimalt 15000 tegn eksklusive mellomrom, så det er viktig å skrive konsentrert og så kort som mulig.
- I fagartiklene skal referanser dokumenteres med henvisninger som nummereres i teksten. Referanse-listen skal angis med Vancouver-modellen som referansestil.
- Antall referanser skal normalt ikke overstige 50 med mindre annet er avtalt.
- Bilder, grafer, figurer med mer, sendes som separat fil, og skal ikke settes inn i teksten fra forfatterens side.
- Redaksjonen forbeholder seg retten til å redigere og forkorte inn-sendt materiell/manuskripter.
- Forfattere av artiklene i Geriatrisk Sykepleie står ansvarlig for det faglige innholdet i den enkelte artikkel.
- Innlegg sendes som vedlegg til e-post til redaktøren: karen@nsfgeriatridemens.no.

FAGGRUPPAS NETTSIDE

Alle faggrupper har egen nettside og nettsideansvarlig for NSF FGDs nettside er Gunhild Grythe.

For å finne vår nettside, går du inn på: <http://www.sykepleierforbundet.no>.

Under Faggrupper finner du FGD Faggruppe i geriatri og demens. Der legges det inn aktuelt stoff fortløpende, og det er fint om jeg kan få tips om aktuelle artikler og annet interessant stoff som du tror andre kan ha glede av å lese.

E-postadresse og tlf.nr finner du øverst på denne side.



NSFs FAGGRUPPE FOR SYKEPLEIERE I GERIATRI OG DEMENS

Bli medlem i NSF's Faggruppe for Sykepleiere i Geriatri og Demens, du også!

Vi er et slagkraftig fellesskap med mange medlemmer som brenner for fagområdet geriatri og demens. Om du ønsker å bli en del av vårt nettverk, bare fyll ut blanketten nedenfor.

I N N M E L D I N G S B L A N K E T T

..... ønsker å bli medlem av NSF FGD

Adresse:

Postnr./sted:

e-postadresse:

Arbeidssted:

Medlemsnr. i NSF:

Kontingent: kr 300,- for 2010 (med forbehold om godkjenning av generalforsamlingen).
(Pensjonister, uføre (ikke i aktivt arbeid) og sykepleiestudenter betaler 50% av kontingent).

Legg innmeldingsblanketten i en konvolutt og send den til:

NSF/FGDs medlemskontakt: Gunhild Grythe, N-2910 Aurdal eller send samme informasjon i en e-post til: gunhildg@nsfgeriatridemens.no

C Ebixa "Lundbeck"

Middel mot demens. • ATC-nr.: N06D X01

DRÅPER, oppløsning 10 mg/g: 1 g (20 dråper) inneholdt: Memantinhydroklorid 10 mg tils. memantin 8,31 mg, kaliumsorbat (E 202), sorbitol, renset vann. **TABLETTER**, filmdrasjerte 5 mg, 10 mg, 15 mg og 20 mg: Hver tablett inneholdt: Memantinhydroklorid 5 mg, resp. 10 mg, 15 mg og 20 mg tils. memantin 4,15 mg, resp. 8,31 mg, 12,46 mg og 16,62 mg, hjelpestoffer. Tabletter 10 mg inneholdt: laktose 166 mg og har delestrek. **INDIKASJONER**: Behandling av pasienter med moderat til alvorlig grad av Alzheimers sykdom. **DOSERING**: Behandlingen bør initieres og veiledes av lege med erfaring i diagnostisering og behandling av Alzheimers demens. Behandling skal bare igangsettes hvis omsorgsperson jevnlig kan monitorere pasientens legemiddelinntak. Diagnostisering bør gjøres i tråd med gjeldende retningslinjer. **Voksne/eldre**: Tas 1 gang daglig uavhengig av måltider. Maks. dose er 20 mg (40 dråper) daglig. Risikoen for bivirkninger reduseres ved å gradvis øke dosen med 5 mg (10 dråper) pr. uke i de første 4 ukene opp til vedlikeholdsdose: Uke 1: 5 mg (10 dråper) daglig. Uke 2: 10 mg (20 dråper) daglig. Uke 3: 15 mg (30 dråper) daglig. Uke 4: 20 mg (40 dråper) daglig. Deretter fortsetter behandlingen med anbefalt vedlikeholdsdose på 20 mg (40 dråper) daglig. **Nedsatt nyrefunksjon**: Dosejustering er ikke nødvendig ved lett nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 50-80 ml/minutt). Ved moderat nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 30-49 ml/minutt) bør daglig dose være 10 mg (20 dråper). Hvis godt tolerert etter minst 7 dagers behandling kan dosen økes til 20 mg (40 dråper)/dag iht. vanlig opptitreringsplan. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance 5-29 ml/minutt) bør dosen være 10 mg (20 dråper)/dag. **Nedsatt leverfunksjon**: Ved mild eller moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad A eller B) er det ikke nødvendig med dosejustering. Memantin anbefales ikke ved alvorlig nedsatt leverfunksjon pga. manglende data. **KONTRAINDIKASJONER**: Overfølsomhet for noen av innholdsstoffene. **FORSIKTIGHETSREGLER**: Forsiktighet utvises hos epileptikere som tidligere har hatt episoder med krampeanfoll, eller pasienter som er predisponert for epilepsi. Samtidig bruk av N-metyl-D-aspartat (NMDA)-antagonister som amantadin, ketamin eller deksrometorfan bør unngås pga. økt risiko for bivirkninger. Overvåking av pasienter ved tilstander med økt pH-verdi i urin (f.eks. drastiske kostholdsendringer, stort inntak av syrenaytraliserende midler, renal tubulær acidose (RTA) eller alvorlige urinveisinfeksjoner med Proteus) kan være nødvendig. Pga. begrenset erfaring bør pasienter som nylig har hatt hjerteinfarkt, ubehandlet kongestiv hjertesvikt (NYHA klasse III-IV) eller ukontrollert høyt blodtrykk overvåkes nøye. Bør ikke brukes ved arvelig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Dråpene bør ikke brukes ved fruktoseintoleranse. Moderat til alvorlig Alzheimers sykdom pleier vanligvis å nedsette evnen til å kjøre motorkjøretøy og betjene maskiner. I tillegg kan memantin ha lett til moderat påvirkning på reaksjonsevnen. Pasienter bør informeres om å være spesielt oppmerksomme når de kjører motorkjøretøy eller betjener maskiner. **INTERAKSJONER**: Effekten av barbiturater og neuroleptika kan bli redusert. Samtidig administrering av memantin med spasmolytiske stoffer som dantrolen eller baklofen, kan modifisere deres effekter og dosejustering kan være nødvendig. Samtidig bruk av memantin og amantadin, ketamin og deksrometorfan bør unngås pga. risiko for farmakotoksisk psykose. Andre legemidler som cimetidin, ranitidin, prokainamid, kinin og nikotin innebærer en mulig risiko for økte plasmanivåer. Redusert ekskresjon av hydroklortiazid eller kombinasjonspreparater med hydroklortiazid er mulig. Enkelttilfeller av økt INR ved samtidig warfarinbehandling er sett. Nøye monitorering av protrombintid eller INR anbefales. **GRAVIDITET/AMMING**: *Overgang i placenta*: Risiko ved bruk under graviditet er ikke klarlagt. Bør ikke brukes under graviditet hvis ikke helt nødvendig, og etter nøye vurdering av nytte/risiko. *Overgang i morsmelk*: Ukjent. Memantin er lipofilt og utskilles antas å forekomme. Amming frarådes under behandling. **BIVIRKNINGER**: Bivirkningene er vanligvis milde til moderat alvorlige. *Hyppige (>1/100)*: Gastrointestinale: Forstoppelse. Sentralnervesystemet: Svimmelhet, hodepine, somnolens. Sirkulatoriske: Hypertensjon. *Mindre hyppige*: Gastrointestinale: Oppkast. Hjerte/kar: Hjertesvikt. Sentralnervesystemet: Hallusinasjoner (stort sett rapportert ved alvorlig Alzheimers sykdom), forvirring, unormal gange. Sirkulatoriske: Venetrombose/tromboembolisisme. Øvrige: Tretthet, soppiinfeksjoner. Krampeanfoll er rapportert svært sjeldent. Enkelttilfeller av psykotiske reaksjoner og pankreatitt. Alzheimers sykdom er forbundet med depresjon, selvmordstanker og selvmord. Dette er også rapportert under memantinbehandling. **OVERDOSERING/FORGIFTNING**: *Symptomer*: Hvh. 200 mg og 105 mg/dag i 3 dager har vært forbundet med tretthet, svakhet og/eller diaré eller ingen symptomer. Ved overdoser på <140 mg eller ukjent dose har pasientene hatt symptomer fra sentralnervesystemet (forvirring, søvnlighet, somnolens, svimmelhet, agitasjon, aggresjon, hallusinasjoner og unormal gange), og/eller mage-tarmbesvær (oppkast og diaré). Den høyeste rapporterte overdosen, 2000 mg, ga symptomer fra sentralnervesystemet (koma i 10 dager, og senere dobbeltsyn og agitasjon). Pasienten ble behandlet symptomatisk og med plasmaferese, og kom seg uten varige mén. En pasient som hadde fått 400 mg memantin oralt fikk symptomer fra sentralnervesystemet som rastløshet, psykose, synshallusinasjoner, krampetendens, somnolens, stupor og bevisstløshet. Pasienten ble resitueret. *Behandling*: Symptomatisk. Se Giftinformasjonens anbefalinger N06D X01. **EGENSKAPER**: *Klassifisering*: Memantin er en spenningsavhengig, ikke-kompetitiv NMDA-reseptorantagonist med moderat affinitet. *Virkningsmekanisme*: Ved neurodegenerativ demens er det i økende grad bevis for at svikt i glutamaterge neurotransmittere, særlig ved aktivering av NMDA-reseptorer, medvirker til både symptom- og sykdomsforverrelse. Memantin modulerer virkningen av patologisk økte spenningsnivåer av glutamat som kan føre til neuronal dysfunksjon. *Absorpsjon*: Absolutt biotilgjengelighet ca. 100%. T_{max}: Etter 3-8 timer. «Steady state»-plasmakonsentrasjoner fra 70-150 ng/ml (0,5-1 µmol) med store interindividuelle variasjoner. *Proteinbinding*: Ca. 45%. *Fordeling*: Distribusjonsvolum ca. 10 liter/kg. *Halveringstid*: Memantin elimineres monoeksponensielt med terminal t_{1/2} på 60-100 timer. Total clearance (Cl_{tot}): 170 ml/minutt/1,73 m². Renal eliminasjonsrate av memantin ved alkalisk urin kan bli redusert med en faktor på 7-9. *Metabolisme*: Ca. 80% gjenfinnes som modersubstansen. Hovedmetabolittene er inaktive. *Utskillelse*: Gjennomsnittlig 84% utskilles innen 20 dager, mer enn 99% utskilles renalt. **OPPBEVARING OG HOLDBARHET**: Dråper: Åpnet flaske bør brukes innen 3 måneder. **PAKNINGER OG PRISER**: Dråper: 50 g kr 835,10. Tabletter: Enpac.: Startpakn.: 7 stk. 5 mg + 7 stk. 10 mg + 7 stk. 15 mg + 7 stk. 20 mg kr 603,40. 10 mg: 30 stk. kr 536,50. 50 stk. kr 828,20. 100 stk. kr 1621,30. 20 mg: 28 stk. kr 966,30. 98 stk. kr 3267,10. **PRISER SIST ENDRET**: 01.03.2009

H. Lundbeck A/S
Strandveien 15
Postboks 361
1326 Lysaker
Tel.: 91 300 800
Fax: 67 53 77 07
www.lundbeck.no



Alzheimers sykdom:*

Ny tablettstyrke og praktisk dosering

ÉN gang om dagen er enklere enn TO ganger om dagen.



**BYTT TIL
20 mg
NÅ!**

ENKEL BEHANDLING

Ebixa
**ÉN OM
DAGEN**
20mg

NYHET!

Ebixa
memantin

www.ebixa.com

RETURADRESSE:
Gunhild Grythe
2910 AURDAL

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE



Nutridrink Compact

Mindre volum, mer næring

NYHET



www.koniss.no November 2009



Volum kan være en barriere for å oppnå fullt utbytte av næringsdrikker. Nye Nutridrink Compact komprimerer all næringen du får fra en 200 ml Nutridrink i en ny 125 ml flaske. Det betyr 300 kcal og 12 g protein i 40 % mindre volum.

Gi dine pasienter Nutridrink Compact og hjelp dem til å få den næringen de trenger i et volum de kan takle.

NUTRICIA
Nutridrink
Compact