

Lydfil

[LeifOttoWatne_Helhjerta 1.mp3](#)

Heidi

Hei. Jeg heter Heidi Skutlaberg Wiig, og jeg er kreftsykepleier og veileder på Akershus universitetssykehus. Jeg brenner for at alle som ser andre, selv må våge å bli sett. For menneskemøtene de er spennende. Dette er Helhjerta.

Heidi

Det er mye man kan ha dilla på, og i dag i studio så har jeg besøk av en interessant fyr som faktisk har dilla på delirium. Det er gøy, det er spennende. Velkommen hit Leiv Otto Wathne.

Leiv Otto

Jo, takk for det

Heidi

Veldig hyggelig at du vil komme på besøk til oss i Helhjerta. Du er spesialist i indremedisin og geriatri. Du er professor i geriatri er på Ahus.

Leiv Otto

Det er riktig.

Heidi

Ja, og du har gjort en doktorgrad som går på rett og slett delirium. Hvorfor har du dilla på det, da?

Leiv Otto

Altså, det er jo noe jeg har fått etter hvert, og det er fordi at jeg synes det er veldig spennende å prøve å forstå hva som skjer i hjernen ved delirium. Når du jobber som helsepersonell, så er det veldig få som vil si at jeg har dilla på delirium, fordi at det er jo et stort praktisk-problem for oss som jobber der. Og det er veldig plagsomt for pasientene, så jeg tror det er veldig få, sikkert ingen som fra en kliniker ståsted, vil si at jeg har dilla på delirium. Men som en forsker så er det et utrolig spennende fenomen, da.

Heidi

Hva er delir? Hva er fenomenet liksom?

Leiv Otto

Altså, delir har hatt veldig mange synonymer. Det har vært et problem i seg selv at det har blitt kalt så masse forskjellig, så derfor er vi litt opptatt av at det skal hete delirium. Men det blir kalt akutt forvirring, akutt uro og akutt hjernesvikt har det blitt kalt. Men i praksis så er det sånn at pasienter blir innlagt på sykehus med et somatisk problem. De kan ha en lungebetennelse for eksempel, eller en urinveisinfeksjon, eller et hjerteinfarkt eller hva som helst egentlig. Og så i løpet av sykehusoppholdet, så blir de plutselig forvirret. Det er det som er delirium. Og det kan være sånn at når de er i akuttmottaket, så har de feber og er syke, men de får antibiotika og alt er på en måte under kontroll. Og så kommer de opp på sengeposten, så er de der noen timer, og så kommer kvelden og natta, og da tar pasienten på sin egen slåbrok og forteller at "nå vil jeg ikke være her i

dette fengselet lenger. Jeg er omgitt av romvesener. Nå vil jeg hjem igjen og på vei ut døra". Det er et ganske vanlig scenario.

Heidi

Hvor lenge varer et delirium hvis det går ubehandlet på et vis? Hvor lenge kan det vare som regel?

Leiv Otto

Ja, delirium er jo alltid utløst av en eller annen tilstand, og det kan som sagt være en infeksjon eller et hjerteinfarkt eller en operasjon eller et hoftebrudd. Det er det som utløser det. Og så går delirium over når du får behandlet den tilstanden som utløste den. Og da varer det typisk i tre til fire dager, men det kan vare lenger og det kan vare i ukesvis. Og det kan være kortere, kanskje bare en dag eller kanskje til og med bare noen timer.

Heidi

Bare en hendelse liksom på et vis, er det en sånn? Eller en sånn episode?

Leiv Otto

Ja eller det som delir de er det lir lenger enn enn noen minutter. Altså det varer noen timer vanligvis en dag eller 2 eller 3, så det er ikke sånn et lite blaff liksom det.

Heidi

Men det kan være litt sånn større og mindre grad, ikke sant? Er det ofte verst på natta? Eller er det veldig ulikt?

Leiv Otto

Nei, det er jeg enig i. Det er en sånn klinisk observasjon at det ofte er verst om natta. Altså delirium er òg knytta til søvnproblemer. Det sa allerede Hippokrates som var lege for totusen år siden, at hvis du fikk en pasient med delirium til å sove, så gikk deliret over. Og det ser vi jo på sengepostene. Så det blir ofte verre om natta. Og den andre tingen til at delirium ofte blir oppdaget om natta tror jeg, det er jo at det her er enormt ressurskrevende pasienter. Om natten er bemanningen på sengepostene mindre, så det å ha en deliriøs pasient om natten kan sette en sengepost på hodet. Så da blir hvert fall alle delirium-tilfeller, i hvert fall alle hyperaktive delir, de blir oppdaget. Blir lagt merke til om natta.

Heidi

Så det er liksom dette her med operasjoner og infeksjoner og sånne ting? Jeg har jobbet med dårlige kreftpasienter og sett at elektrolyttforstyrrelser har hatt mye å si, eller at de har hatt mye smerter som ikke har vært lindret godt nok. Hva tenker du om det?

Leiv Otto

Alt det kan utløse delirium. Og delirium blir utløst av et samspill mellom hvor sårbar du er og hvor syk du er. Og hvis du er veldig sårbar, så er det lite som skal til for å få delirium. Det er typisk en pasient på geriatrisk avdeling som har mange sykdommer fra før og som kanskje har demens, og så som pasient så er det lite som skal til for å få delir. Det kan være en feilmedisinering, kanskje en feil sovetablett, eller en urinveisinfeksjon, eller i en bagatell i hermetegn - det er nok hvis du er sårbar. Men jo mer robust du er, jo mer er det som skal til for å få delirium. Så hvis du er i utgangspunktet helt frisk og ung, så må du bli skikkelig syk for å få det. Da er ikke nok med nyreinfeksjon. Men hvis

du får en alvorlig infeksjon, sepsis for eksempel, eller hvis du har vært en trafikkulykke og trenger masse operasjoner, da kan du få delirium selv om du var kjempespek i utgangspunktet.

Heidi

Store traumer liksom?

Leiv Otto

Ja, der er det masse delir.

Hedi

For mange, mange år siden så jobbet jeg på gynekologisk avdeling. Og da så vi ofte at når de kom, hvis det var eldre mennesker med akutte operasjoner, så ble de forvirra. Og den gangen så fikk de ... dette er ikke behandlingen nå, det er jeg ganske sikker på. Men det får du si ifra om. Men da husker jeg de fikk ganske høye doser nozinan for å sove. Akkurat som Hippokrates sa, så skulle de sove det av seg på en måte, og det hjelper jo ofte det. Men så jeg husker veldig ofte at de etter operasjon fikk akutt forvirring eller delirium da, selv om det ikke var så kjent den gangen. Og så leser jeg om din doktorgrad, hvor du også påviser at det er stor forskjell, altså hofteoperasjoner med eldre mennesker, at de ofte kan få delirium etter en operasjon. Men er da det å være til operasjon selve traumet? Eller er det narkosen eller bedøvelsen som gjør det?

Leiv Otto

Ja, veldig bra spørsmål altså. Ganske mange hoftebrudd har delir allerede før operasjonen. Så det er delir allerede i akuttmottaket.

Heidi

Så da er det traume som gjør det. At det er selve skaden som gjør det?

Leiv Otto

Skaden kan absolutt være nok til å få delirium. Men hvis du husker tilbake til det at delir oppstår som et sånt samspill med hvor skrøpelig du er og hvor masse stress du blir utsatt for. Så kan du tenke at hos den veldig skrøpelige pasienten, der er hoftebruddet i seg selv nok. Men hvis du er litt mer robust, så har du hoftebrudd og så får du operasjonen i tillegg som òg er en stor påkjenning. Og de to tingene i kombinasjon gjør at du får delirium etter operasjonen. Det er veldig vanlig at du er fri fra delirium før operasjonen, og så får du delirium etter operasjon. Og det så du sikker på kreftavdelingen da, og der var det jo sikkert en del planlagt kirurgi?

Heidi

Ja nei, vi jobba med palliasjon.

Leiv Otto

Men hos kreftpasienter og egentlig alle typer pasienter der en må gjøre en operasjon, så kommer jo de til operasjonsstuen friske i hermetegn, ikke kreftpasientene da. Men la oss si du skal skifte hofte. Da er du jo somatisk frisk. Du vil ikke bli operert hvis du har feber i utgangspunktet, så du er frisk når du kommer til sykehuset og du blir operert. Allikevel får du delirium etterpå fordi at operasjonen i seg selv er jo et stort traume.

Heidi

Så det er ikke bedøvelsen i seg selv som gjør at det at man sover eller får narkose, eller?

Leiv Otto

Det og spiller jo inn, da. Det er veldig viktig tror jeg å skjønne at det er ikke en ting som gir delirium. Veldig mange forskjellige ting kan gi delirium. Så anestesilegene de er veldig opptatt av å prøve å finne ut "er det en type bedøvelse som gir mindre delirium enn en annen type bedøvelse?". Men det er ikke sånn at bedøvelsesmiddelet vil kunne være forklaringen på hvorfor alle får delirium etter operasjon. Uansett hvor bra de blir bedøvd, så vil det være pasienter som får delirium etter en operasjon, fordi at operasjonen i seg selv er stress for kroppen.

Heidi

Er det noe dødelighet i dette?

Leiv Otto

Ja, det er jo det da. Og sånne studier er litt vanskelige å gjøre, fordi som jeg sa; de som er mest skrøpelige i utgangspunktet, de er jo og mest utsatt for å få delir. Og jo mer skrøpelig du er, jo større sjanse har du selvfølgelig for å dø av en hvilken som helst tilstand. Men så når man har prøvd å justere for det da, i statistiske analyser prøvd å ta høyde for det her, så ser det ut som at delirium i seg selv er en risikofaktor for død. Så det er alvorlig.

Heidi

Hvordan går det an liksom at forvirringstilstand fører til død? Den linken er ikke helt logisk for meg.

Leiv Otto

Nei, den er ikke helt logisk. Og hvordan går det og an at et hoftebrudd som er så langt unna hjernen gjør at du blir helt sprø i løpet av så kort tid? Det er veldig rart. Et eller annet dramatisk må jo skje. Så det vet en ikke, da. Og det som er enda mer rart synes jeg er at det har blitt gjort så lite innsats på å finne ut av det her. Du fortalte om at det var jo veldig mange pasienter med delir i kreftavdelingen der du jobbet? Og jeg husker jo når jeg kom i turnus, da nyutdannede leger begynte turnus, så ble jeg overrasket over hvor mange forvirrede folk det var på et sykehus. Det var ikke jeg forberedt på. Og når jeg spurte de eldre kollegaene om det her da, så sa de "ja, men det er bare vanlig".

Heidi

Bare "sånn er det", liksom?

Leiv Otto

Sånn er det bare. Og det var liksom holdningen da. Når eldre folk får lungebetennelser, så blir de forvirra. Det er vanlig. Men når du tar et steg tilbake, og så tenker du at det er jo ikke vanlig ... fordi at det er jo hjernen som slutter å fungere. En må jo gjøre masse større innsats for å prøve å forstå hva det her er for noe, og prøve å forebygge det og behandle det. Et tilleggsargument til at en bør ta det mer seriøst, det er jo det som du allerede har sagt - at delirium er en risikofaktor for død, og det ser og ut til at det er risikofaktor for fremtidig demens.

Heidi

Ja, det er det også. For jeg tenkte veldig mange med hoftebrudd er jo ofte litt glemsk og litt små-demente, kanskje. Nei, det er ikke lov å si lenger! Det er "mennesker med demens" som det heter

nå. Så leste jeg at du har skrevet i en artikkel at det er stor sannsynlighet for at demensen vil forverres ved episoder med akutt delir.

Leiv Otto

Det har jo noen sett at hvis du har demens, så blir demensen verre av å få et delir. Det er også veldig viktig for meg å understreke at delir er kjempevanlig, og det er ubehagelig i seg selv. Så en må liksom ikke skremme pasientene ytterligere med "nå dør du fordi at du har hatt delirium" eller "du får demens", sånn er det ikke. De aller fleste delir-episodene går over etter tre til fire dager. Og pasienten er i livet og uten demens. Men når en ser på litt sånn større materiale, så ser man at delirium er risikofaktor for fremtidig demens eller for død på samme måte som ubehandlet, høyt blodtrykk eller røyking er da.

Heidi

Vi skal snakke mer om behandling og ulike måter å møte det på. Men jeg synes også at noe av det som kanskje var det vanskeligste med noen av våre pasienter, når jeg jobba i palliasjon, det var de som hadde stille-delir. Når jeg tenker tilbake på det, så tenker jeg at da skulle jeg kjenne pasienten godt før jeg skjønnte det. Kan ikke du fortelle litt om stille delir, fordi det er vel noe kanskje vi trenger å informere godt om der ute?

Leiv Otto

Ja, det er et veldig viktig poeng. Altså delir det kan enten være stille delir, sånn som du sa, og det blir kalt "hypoaktivt delir". Hypoaktivt det betyr at pasienten er i lite aktivitet. Og så den andre versjonen er "hyperaktivt delir". Altså pasienten er hyperaktiv, rett og slett. Og hyperaktivt delir, det er den pasienten som jeg snakket om innledningsvis som om natta tok på seg slåbroken og ville i hermetegn rømme fra sykehuset fordi hun var omgitt romvesener. Sånne pasienter er umulig å ikke oppdage fordi at de setter jo sengeposten på hodet. Men stille delir, altså hypoaktiv delir, de blir ofte oversett for de ligger helt stille i sengene sine og plager ingen, ringer ikke på, spør ikke om hjelp, men de er like forvirra og like plaga. Og de kan være ekstremt trøtte, det er et tegn på hypoaktivt delir. Og da må man være litt på vakt for å oppdage de pasientene. De blir ofte oversett.

Heidi

Kan du forklare litt hvordan pasientene har det? Noen har hørselshallusinasjoner, noen har synshallusinasjoner. Hvordan har en typisk delir-pasient det?

Leiv Otto

Ja, det kan jeg gjøre. Nå har jeg snakket med mange pasienter med delir selv, og mitt inntrykk er at når pasienter har vært syke og kommer tilbake til vår poliklinikk på kontroll, så er det jo ofte det er mest behov for å snakke om at de var så forvirret på sykehusoppholdet. Det trumfer på en måte at "jeg holdt på å dø av et hjerteinfarkt eller en infeksjon". Men det at de plutselig var forvirret - det er noe som sitter i, og de har behov for å snakke om. Men så er pasienter litt flau over det her. Og det finnes overraskende få pasienthistorier om pasienter som har hatt delir. Men nå har det begynt å komme noen. Det er en anestesi-lege som har blitt intervjuet flere ganger som heter Rune Larsen. Han fortalte om at han hadde delirium, sto i Aftenposten. Det er en snøbrettkjører som heter Stian Sivertsen som hadde delir. Det som da typisk går igjen, det er at pasientene de forstår ikke lenger at de er på et sykehus. De beskriver gjerne at de er omgitt av spøkelses, og det kan man jo på en måte skjønne ... at hvitkledd helsepersonell blir tolket som et spøkelses. De forstår ikke at det er en sykepleier som prøver å ta en blodprøve - de tror det er et spøkelses som prøver å stikke dem et

sverd. Veldig ubehagelig, og det er veldig sjeldent at delirium er positivt. Altså du kan jo og tenke deg at kanskje de tror de var på ferie, bare omgitt av tjenere og hadde det veldig hyggelig. Og det er typisk at hjernen tar inn ting som skjer, men prosesserer det helt feil. Sånn at en tror at en er i et fengsel, for eksempel.

Heidi

Jeg hadde en eldre dame i familien som lå hjemme med uoppdaget bukspyttkjertelkreft. Hun var veldig forvirret, og så skulle jeg besøke henne. Og da lå hun i senga si, og sa "Huff Heidi, se på muren. Det er helt forferdelig! Se alt blodet som renner ned ved muren". Også ville hun at jeg skulle gå opp og sjekke i etasjen over om det lå noen og blødde i hjel der oppe, for det rant så mye blod nedover. Det er jo forferdelig å se noe sånt. Man må jo bli redd? Men det som jeg synes at jeg kan huske sånn erfaringsmessig er jo at folk husker veldig ofte deliret sitt. Er det vanlig?

Leiv Otto

Det stemmer ja. Det er vanlig, og mange kan plages veldig med det her. Det er derfor det er behov for å snakke om det i etterkant på en poliklinisk samtale. En kan huske mange rare ting som skjedde på sykehuset, og noen ting er jo opplagt fantasi, og det skjønner en jo når en blir frisk igjen. Altså, det var ikke spørsmål på intensivavdelingen. Men så er det en sånn gråsoner der en opplever mange rare ting, altså "hvorfors var det sånn at senga mi hver eneste natt ble trillet ut på parkeringsplassen?". Så kommer de hjem og forteller at "jeg har vært innlagt på Ahus - hver kveld ble senga min trillet ut på parkeringsplassen" så svarer de "nei altså, det kan ikke stemme?", "jo, jeg lover deg! Det stemte; hver eneste natt måtte jeg sove på parkeringsplassen. Og det var en hund som går rundt med medisinerne på sengeposten. Hvorfor skjer det på Ahus?". Og selvfølgelig skjer jo ikke sånne ting, men det er sånne ting en kan oppleve i et delirium, og det er så levende at en er sikker på det har skjedd. Og i og med at den allmennkunnskapen om delirium er så liten, så er det veldig mange som ikke kan bli korrigert av familien. Så det er jo veldig bra at dere nå har en podkast om delirium, fordi det vil være et lite bidrag til å øke allmennkunnskapen om delirium. For hvis de liksom hadde visst litt om delirium, den jevne nordmannen hadde visst litt om delirium, så kunne du sagt at "altså, du ble garantert ikke trillet ut på parkeringsplassen om natta. Men det at du trodde at det skjedde, det er fordi at du var i et delir, og det er ganske vanlig når du er så syk som du var". Men vi er langt unna. Folk flest kan ingenting om delirium.

Heidi

Mange av kreftpasientene jeg har hatt, har hatt sånn type at de har tatt etter bomullsdotter i lufta. Og da har det ikke vært noe mer delir enn det. Er det en slags begynnelse, eller? Har du hørt om det?

Leiv Otto

Det har jeg hørt om, og det har allerede Hippokrates beskrevet for totusen år siden. Han sa at når pasienter med feber begynner å plukke i luften, så er det et tegn på delirium. Og det er et dødelig tegn.

Heidi

Oi, såpass.

Leiv Otto

Så det er godt kjent. Jeg vet ikke helt hva de plukket etter, da men.

Heidi

De sier det er bomullsdotter ...

Leiv Otto

Ja, eller fluer? Jeg hadde en pasient som lå og plukka sånn i lufta, og da tenkte jeg han har delir. Han sa "men altså, det er fluer her". Også svarte jeg "Nei, det er umulig. Det kan ikke være fluer på sykehus.", men det var faktisk det da. Han hadde faktisk rett. Det var det faktisk, for han hadde ikke delirium. Men ellers når pasienter begynner å plukke sånn i lufta så er det typisk tegn på delir.

Heidi

Guri meg, det er veldig spennende. Men det er jo veldig, veldig slitsomt?

Leiv Otto

Ja, og det med at de plukker i lufta er jo greit nok - vel det er slitsomt for pasienten, det skal aldri glemme. Men det er når pasientene begynner å plukke på utstyr; kateter, veneflon. Det er veldig typisk at de plukker det vekk. Det skjer veldig ofte. Og av og til er det jo farlig, sant? Rive ut et thoraxdren for eksempel.

Heidi

Og hva gjør man da? Altså, vi må bare innom dette med når vi må stoppe da, ikke sant? At de vil gjerne ut, eller de vil gjerne fjerne ting som de trenger for å holde seg i live. Så kan man begynne å tenke på; må man må man utføre tvang liksom?

Leiv Otto

Altså, da begynner vi å snakke om det som heter behandling og forebygging av delirium. Og det finnes jo dessverre ingen delirium medisin. Det har igjen blitt overraskende lite studert med tanke på at det her er en tilstand som rammer altså ... tenk hver tid er en av fem pasienter på et sykehus i delirium. Så på Ahus ... jeg vet ikke hvor mange senger det er på Ahus, jeg. Det er jo hundrevis.

Heidi

Det er mange. Jeg husker ikke, jeg.

Leiv Otto

La oss si at det 500 senger, da. Sikkert enda flere. Men da vil jo det være minst 100 pasienter som akkurat nå er i delirium her på dette sykehuset. Og tilstanden er alvorlig. Det har vi allerede sagt, og så medfører det masse praktiske problemer for oss som skal jobbe. Allikevel er det veldig lite forska på, og det inkluderer behandlingsstudier. Det gjort veldig få studier der en prøver å finne en medikamentell behandling for delirium. Men det er gjort noen. Og det er gjort mange, mange flere i de siste åra enn tidligere. Så det er en økning da. Men man har ikke klart å finne en effektiv delirium medisin.

Heidi

Vi brukte haldol. Lavdose haldol.

Leiv Otto

Ja. Det blir brukt fortsatt. Og det er vel nå slått fast ganske tydelig at det hjelper ikke på delirium. Det har blitt gjort ganske fine studier på det.

Heidi

Det gjør ikke deliriumet kortere?

Leiv Otto

Nei. Det gjør ikke det.

Heidi

Men det hjelper på symptomene?

Leiv Otto

Ja, det kan det gjøre av og til. Og det er to leire i delirium-verden. Det er noen som sier at medikamentell behandling av delirium har ingen plass, fordi at det er ikke viste studier at det forkortet forløpet for delirium. Og så er det de som mener at av og til må man bare gjøre noe uansett, fordi at alternativet er livsfarlig eller uholdbart. Og det vil typisk være en pasient som da er motorisk urolig og har et dren som er livsfarlig om det blir fjernet. De som mener at medikamentell behandling ikke har noe plass, de sitter typisk på et kontor ... det er et stygt sagt da, og de skriver oversiktsartikler. Og da kan du konkludere med det. Men hvis du jobber på en sykehusavdeling, så skjønner du at av og til må du bare gjøre et eller annet.

Heidi

Det er derfor at det er så viktig at forskere av og til er i klinikken.

Leiv Otto

Ja, det er sånn typisk skjer er at den bruker kanskje et antipsykotikum, for eksempel haldol, for å dempe symptom. Og da det kan jo roe den situasjonen tilstrekkelig til at du kanskje kan gi behandling som helt nødvendig, eller du kan få gjort en undersøkelse som er helt nødvendig. Med ct-undersøkelse for eksempel, men det hjelper nok ganske sikkert ikke på deliret.

Heidi

Hva er liksom forskjellen på en psykose og et delir?

Leiv Otto

Det er et veldig vanlig og relevant spørsmål. Pasienter med delir kan være i en psykose eller ha psykotiske symptomer. Altså de kan være hallusinert og ha vrangforestillinger. Men hvis det her oppstår hos en pasient som ikke har noen psykiatrisk sykdom fra før, og det oppstår i forbindelse med en akutt somatisk tilstand, altså en lungebetennelse for eksempel, så er det delir. Altså det er garantert delir. Det er ikke en ny oppstått psykiatrisk tilstand. Så selv om det er spørsmålet som du kom med nå dukker veldig ofte opp når jeg holder foredrag og sånt ... i praksis på sykehusavdeling så er en veldig sjelden i tvil, synes jeg.

Heidi

Ja, men hvis du jobber på psykiatrisk avdeling da. Og så har du en pasient som har hatt en langvarig psykotisk periode, og så får de en lungebetennelse. Så blir de akutt dårligere og så får de kanskje deliret oppå psykosen. Er det mulig?

Leiv Otto

Det er mulig, og jeg tenker sånn igjen tilbake til den figuren som jeg nå ser foran meg i hodet, at delirium oppstår som et samspill mellom hvor sårbar du er og hvor syk du er. Og hvis du har en langvarig psykiatrisk sykdom, så tenker jeg at det dytter deg oppover på den sårbarhetsskalaen. Og da er det mindre som skal til for å få delir. Men igjen, alle kan få delir hvis du blir syk nok. Og det gjelder jo selvfølgelig om du har eller ikke har en psykiatrisk sykdom i bunn. Men hvis du til vanlig, med hermetegn, er hallusinert og har vrangforestillinger - så kan det være vanskeligere kanskje å diagnostisere et delir, da. Så stikkordet der er om det er en endring. Altså er det blitt verre enn det er til vanlig? Og da skal man mistenke delir.

Heidi

Men altså det hjelper litt da, som du sier på symptomene, med haldol for eksempel. Men så skal de helst ikke medisineres. Man skal prøve seg først uten å medisineres, ikke sant? Er det sånn fortsatt?

Leiv Otto

Det er absolutt sånn, altså. Selv om det ikke finnes noen medisin mot delirium, så det er veldig masse man kan gjøre for å forebygge delir. Opptil 50 prosent av delirium-tilfellene kan forebygges.

Heidi

På hvilken måte?

Leiv Otto

Det begynner allerede i akuttmottaket at en prøver å ha litt blikk for hvilke pasienter som er utsatt for å få delir, og det er jo hvis det er en eldre pasient med hoftebrudd for eksempel. De bør prioriteres til akuttmottaket for en rask undersøkelse. De blir ikke plassert på en hard benk i timevis før det skjer at noen ser til dem. Og hvis en kan klare å få de raskt undersøkt, raskt skjerma. Altså det og er viktig å skjerme pasienten. Ha det litt stille og rolig, ikke la dem ligge i en korridor bak et skjerm Brett der det går forbi folk hele tiden med masse piping, pipelyder og sånne ting. Sånne ting kan utløse delirium. Og så er det det med å trygge pasientene. Forklare de at "ja, nå er du på Ahus. Du er her med lungebetennelse og vi er for å hjelpe deg. Du får antibiotika". Og gjerne få tak i familiemedlemmer, ha de rundt. De kan liksom hjelpe til å trygge pasienten. Og alt det her var veldig vanskelig å få til under covid, altså. Det var enormt med delirium under covid. En tredjedel av pasientene innlagt på sykehus med covid fikk delirium.

Heidi

Oi, såpass ja?

Leiv Otto

Den ene gode tingen som kom ut av covid var at det løftet fokus på delir. Så det var masse mer fokus på det delir etter covid enn det var før. Men en av grunnene til at det var så masse delir under covid, tror jeg da, var at de tingene som kan gjøre for å beskytte mot delirium, som å trygge pasientene og få tak i pårørende.

Heidi

Ja, for her er pårørende virkelig en viktig ressurs.

Leiv Otto

En viktig ressurs. Men de var jo forbudt for sykehuset i lange perioder med covid, så da var det ingen pårørende. Og så hjalp det ikke at vi gikk i sånne drakter med maske og ...

Heidi

Nei, det så hvert fall ut som romvesener.

Leiv Otto

Det var veldig mange prosenter som sa de var omgitt av romvesen. Så da var spøkelses litt sånn mindre vanlig, for vi gikk ikke hvite klær lenger. Men romvesen var mer vanlig, og du kan tenke deg hvor skremmende det er når du ligger der med sånn oksygenmaske.

Heidi

Så skjerming og kjente personer er liksom en viktig ting?

Leiv Otto

Det er viktige ting.

Heidi

Jeg tenker fortsatt på den psykiatriske pasienten da, som har vært psykotisk. Og så får noen betennelse og så blir det et delir i tillegg. Er det så farlig på en måte? Er det viktig da å oppdage det deliret, og hva vil skje hvis man på en måte diagnostiserer det feil? At man ikke oppdager det og bare tenker at det er psykose?

Leiv Otto

Det er mange ting å si om det. Jeg tror egentlig det er enda mer relevant å snakke om demens, hvis du bytter om demens i stedet for psykose. En feil man kan gjøre det er å tro at en pasient i akuttmottaket, som er helt forvirra på grunn av et delir, at den tror at den pasienten har en demens. Så den feilen er potensielt veldig alvorlig da, at en skriver i journalen at pasienten er preget av sin demens - vifter i lufta og er desorientert. Men så er det i hermetegn bare et delir.

Heidi

Men er det forskjellig behandling?

Leiv Otto

Nei, det er ikke forskjellig behandling nødvendigvis. Men altså en skal aldri diagnostisere en demens i et akuttmottak, eller i løpet av et akutt sykehusopphold.

Heidi

Nei, det skal utredes over tid.

Leiv Otto

Det skal utredes. Altså, demens er en tilstand som utvikler seg over lang tid, måneder og år. Og det er et kriterium for å stille en demensdiagnose at du skal ha hatt en kognitiv svikt som har vart i minst seks måneder. Og det vet du ikke når du ser pasienten for første gang i akuttmottaket. Men pasienten er veldig forvirra og kanskje gjør rede for seg, men det er ikke nok til å stille en demens diagnose. Men med feildiagnostisering, det som er problemet med delirium i all, all hovedsak er at det blir ikke oppdaget. Det er sjeldent et problem at en setter en delirium diagnose på en pasient

der det ikke stemmer. Det vil i praksis alltid være pasienter som allerede har demens. De kan det være veldig vanskelig å stille en delirium diagnose fordi pasienten er forvirret fra før. Men også en pasient som ikke har demens fra før og som blir forvirret, der er problemet at diagnosen delirium ikke blir stilt.

Heidi

De som har hørselshallusinasjoner, er det like vanlig å ha som synshallusinasjoner?

Leiv Otto

Det har jeg ikke noen tall på i hodet. Mitt inntrykk er kanskje at synshallusinasjoner er mest vanlig, men det er kanskje det som er mest påfallende for oss som undersøker pasientene. Men det som er i all fall viktig å være klar over er at en må spørre aktivt om det her på visitten. Fordi det er ikke noe pasienter sier spontant, er mitt inntrykk da. Men hvis du spør "har du opplevd noe rart det siste døgnet, siden jeg var her i går?", da er det stadig vekk pasienter som sier "Ja, når du spør. I natt så jeg noen nisser som så satt bak tv-apparatet der. Det var veldig rart. Nå er de borte, men det var veldig merkelig". Og pasientene er flau over det her, tror jeg da. Så en må spørre om det. Og hvis du har en pasient som beskriver en hallusinasjon, så kan du være ganske sikker på at pasienten har hatt et delir.

Heidi

Ja, og fugler i senga og det ene med det andre ...

Leiv Otto

Katter er det mange som rapporterer.

Heidi

Hvis de avdekker dette da, så skal du skrive det i journal selvfølgelig. Og så hva skal du gjøre? Hva skal doktoren gjøre?

Leiv Otto

Du dokumenterer journaler, det er viktig. Veldig få pasienter blir skrevet ut med delirium diagnose. Altfor få. Hvis en oppdager at pasienten har delir, da må man prøve å sette seg litt inn i hvordan er det den pasienten har det nå, og ta høyde for at alt du sier blir feiltolket. Pasienten kommer ikke nødvendigvis til å samarbeide med en undersøkelse, og undersøkelsene kan virke veldig skumle. Som sagt det å ta en blodprøve kan bli mistolket som at det er noen som prøver å stikke deg med et sverd. Så må en gjøre det en kan for å forebygge det. Prøve å skjerme pasientene, prøve å få tak i pårørende. Og når pårørende kommer, forklare de hva delirium er for noe. Fortell at "det er ikke sånn at din far nå har blitt plutselig dement eller gal. Han har delirium, vi vet godt hva det er. Det er vanlig i forbindelse med akutt sykdom. Det kommer til å gå over, og det hjelper at du sitter her nå".

Heidi

Og da kan man si at som regel så går du over på tre til fire dager?

Leiv Otto

Ja, det kan man si.

Heidi

Og da prøver man de tre, fire dagene uten haldol?

Leiv Otto

Altså haldol gir man ikke med mindre det er nødvendig å dempe symptom. For at en skal oppnå noe som en tenker er til det beste for pasienten. Det er ingen medisin som vil hjelpe på deliret i seg selv. Å stille delir er i utgangspunktet ikke noen indikasjon for medisiner i det hele tatt, for de er jo ikke motorisk urolige per definisjon.

Heidi

Da er det bare å være der som støtteperson.

Leiv Otto

Men du spurte i stad om pasienter som kan beskrive hvordan det er å være i delirium, og det finnes jo noen av de nå. Og det som og går igjen når det høres sånne historier, det er at hvor enormt verdifullt det er når de blir trygget av helsepersonell. At de tar seg tid til å sette seg ned med deg og forklarer "Nå er jeg din sykepleier. Den vakta her jeg passer på deg, og jeg har full kontroll. Du er på Ahus, så du kan være helt trygg". Og da av en eller annen grunn så plutselig siver den informasjonen inn gjennom alt kaoset, og så kan pasienten gripe tak i deg og få pause fra disse forferdelige vrangforestillingene i åtte timer. Og i etterkant blir det sett på som enormt verdifullt. Så det må man bruke som motivasjon til å liksom om igjen, om igjen og om igjen forklare pasienten at "nå er du her på Ahus. Vi er for å hjelpe deg."

Heidi

En kollega av meg fortalte hun hørte at du skulle være gjest i her, så fortalte hun at moren hennes var lagt inn på sykehuset nå for ikke så lenge siden med lungebetennelse. Og hun hadde blitt ringt etter da klokken ett om natta, hvor moren hadde utviklet voldsomt delir. Og så kommer da min kollega til moren, og hun sover litt og er veldig forvirret, og snur seg rundt og ser at datteren er der. Og så er hun bare så hjertens glad, akkurat som at hun var der og samlet på en måte vettet hennes på plass igjen. Og det husker moren nå som hun er frisk, hvor viktig det var at hun var der. Da tenker jeg det motiverer oss litt til at vi skal stille opp på natta for våre, hvis det skjer noe.

Leiv Otto

Men noen ting jeg bare lyst til å si i tilknytning til det, det er jo ikke det at en ikke alltid får tak i pårørende, men bruker fastvakt. Og det er viktig at de som da sitter fastvakt får en minimum opplæring i delirium. Altså, fastvakt det er ikke det samme som dørvakt, og det må fastvaktene skjønne. Det spiller en helt sentral rolle at de liksom får forklart hva delirium er, hvorfor er pasientene urolig og hvorfor hjelper ikke det at de sitter og sier "nå må du roe ned og ligge i sengen". Det tror jeg er ganske viktig.

Heidi

Det er empatisk tilstedeværelse og ro.

Leiv Otto

Ja, og liksom at de skjønner at pasienten gjør ikke det for å være kranglevoren eller vanskelig, men det er fordi at de tror at de innesperret i et fengsel. Og hvis da denne fastvakt slash fangevokteren, i pasientens øye, klarer å forstå hva slags rolle pasienten tror han har, og liksom gjøre det til en kamp for å forklare pasienten at en er der for å hjelpe, så kan nok det være ganske effektivt.

Heidi

Det du skriver i en artikkel er at det er viktig at vi skal reorientere og realitetsorientere den deliriske pasienten. Mens mange mennesker med demens, så kan det hende at det er mer riktig å validere eller å være med dem i samtalen der hvor de er. Og ikke realitetsorientere alltid. Hvorfor er det forskjell på det på disse to her?

Leiv Otto

Ja, det er et godt spørsmål. Jeg tror ikke at det er sånn at pasienter som har demens, og som vanligvis blir oppkava hvis du prøver reorientere de, det er ikke da anbefalt at hvis en får delir så skal du begynne med det. Det er ikke det som er poenget. Men poenget er at hos pasienter som er i delir ... hvis du i utgangspunktet ikke har demens og da ikke lenger skjønner hvor du er, så bør du prøve å reorientere eller hente de tilbake igjen. Men hvis det er en pasient som i utgangspunktet har en demens som er såpass langkommen at det er nytteløst, så er det ikke noe poeng å gjøre det om du får delir på toppen. Det vil jo ikke føre noe med seg, så det var en viktig oppklaring da.

Heidi

Du skriver at 20% av eldre pasienter som er innlagt på sykehus har mest sannsynlig et delir. Men også 50% av intensivpasientene. Det er et ganske voldsomt stort tall.

Leiv Otto

Ja, det er veldig mange. Og det her igjen spiller på det at altså geriatrike pasienter er de mest skrøpelige, så de er jo utsatt for delir. Intensivpasientene er syke, så de er utsatt for å få delir. Sånn at på disse delirium konferansene, det finnes egne delirium konferanser nå, og det er i seg selv illustrativt at den europeiske delirium foreningen ble stiftet i to tusen og ti, altså bare 13 år siden. Men nå er det sånn at hos delirium konferanser, det er ikke så veldig mange som kommer på de da, men et par tre hundre. Men der er det først og fremst geriater da, og så er det intensivleger. Det er de legene. Eller ikke bare leger, det er veldig mange sykepleiere. Men fra de to avdelingene da. Og de ser mest delirumpasienter.

Heidi

Ortopedene ser vel en del av det da?

Leiv Otto

De ser og veldig masse av delirium-pasienter.

Heidi

Når det er en eldre pasient med hoftebrudd og som ikke har demens fra før, men som heller kanskje begynner å bli litt sånn småglemsk og sånn. Vil det hjelpe å gi lavdose haldol eller et eller annet annet på forhånd før operasjonen, på en måte?

Leiv Otto

Nei, det vil ikke hjelpe. Det har blitt prøvd faktisk, og de første studiene på det var litt sånn oppløftende. Fra Nederland, de gjorde akkurat det du sa; de ga haldol til hoftepasienter når de kom til sykehuset, for å så se om de fikk mindre delir. Det kunne se ut sånn i den ene studien, men så har det kommet større studier etterpå som har vist at det er absolutt ikke tilfellet.

Heidi

Det hadde ikke noe å si?

Leiv Otto

Det gjør ikke det, nei.

Heidi

Akkurat. Og sånn postoperativt så er også et delir i tre, fire dager?

Leiv Otto

Altså, det kan vare lenger. Så delir kan vare i ukesvis, men de ser jo typisk ikke vi på sykehus, for da er det kommet en på et sykehjem. Og det finnes veldig få studier på delirium i sykehjem, så hvis noen jobber på et sykehjem og har lyst til å skrive en flott artikkel, så kan du også bare telle opp hvor lenge varer deliret hos pasienter som er utskrevet til sykehjem, kortidsplass. Etter det som ofte er hoftebrudd, etter de er kommet til sykehjem. Så får du en kjempefin studie.

Heidi

Så da kan dem skrive opp det at de skal ringe til deg? Så får du tatt en postdok på det, eller hva? Eller hva det heter.

Leiv Otto

Det kan de. Eller en artikkel.

Heidi

Så bra. Du, Leiv Otto. Hva var det som gjorde at du havna med å må jobbe med dette? Altså du sa du er glad i hjernen da, men hvorfor? Hvorfor ble det geriatri liksom?

Leiv Otto

Det var fordi at når jeg var medisinstudent så var den undervisningen i geriatri, Den var på slutten av studiet og det var den klart beste undervisningen.

Heidi

Å ja, så hadde med lærerne å gjøre?

Leiv Otto

Ja

Heidi

Oi, det er kult. Hva heter denne læreren?

Leiv Otto

De som underviste i geriatri i Oslo det var Torgeir Wyller og Knut Engedal, som jeg husker som kjempefine forelesere og veldig imponerende klinikere. Og de solgte og faget inn veldig bra, synes jeg. At geriatri er det mest kompliserte faget fordi at du må ta alle organsystem, det er ikke bare hjertet eller bare nyre. Og masse polyfarmasi og masse demens og delirium. Så det var det vanskeligste faget og derfor det mest spennende faget, da. Jeg hadde veldig lyst å begynne å jobbe med geriatrien og begynte å jobbe.

Heidi

Så morsomt. Så gøy at det er liksom noen sånne inspirator ... Inspiratorisk er det det det heter? Gode mentorer. Det er viktig, det er bra. Hvem er du Leiv Otto, sånn ellers utenom å være lege?

Leiv Otto

Ja, si det? Jeg er ganske nyansatt her på Ahus.

Heidi

Vært her et halvt år?

Leiv Otto

Halvt år, ja. Nei, jeg vet ikke. Altså jeg bor på Tveita i Oslo. Dialekten har begynt å bli litt utvannet fordi ungene mine har klaget på at de ikke skjønner hva jeg sier. Men den er opprinnelig fra Vestlandet.

Heidi

Fra førde?

Leiv Otto

Fra Førde, ja. Stor Oslo-patriot. Spesielt glad i Østmarka.

Heidi

Derfor bor du på Tveita, tenker jeg?

Leiv Otto

Oppdaget at jeg kan gå på ski til jobb når det var snø her. Så det var jo gjennom Østmarka, så det var jo ganske magisk.

Heidi

Så leste jeg at du er innmari glad i å sykle?

Leiv Otto

Ja, det er og alternativet da, men det har jo ikke vært så kult nå med all den isen.

Heidi

Nei, vi får tro det blir bedre utover våren det der.

Heidi

Det er godt å høre, så ikke du også får delirium med hoftebrudd.

Leiv Otto

Nei, det altså ... Jeg har jo en veldig robust hjerne, en av de mest robuste hjernene i landet, tror jeg. Sånn at det skal veldig mye til før jeg får delirium.

Heidi

Såpass ja

Leiv Otto

Ja, jeg tror det.

Heidi

Så bra. Godt å være sikker på det da. Med denne podkasten her den har to litt sånne faste poster. Og det ene er om du har opplevd, eller det har du helt sikkert, men om du kan komme på et menneskemøte i forbindelse med jobben din, som har betydd mye for deg? Som du kan huske at har betydd noe? Vi har jo så mange menneskemøter, men kanskje av og til så er det noen som setter seg mer enn andre.

Leiv Otto

Ja, altså. Det er jo lettere å huske de ferske eksemplene, kanskje. Når jeg går visitt, så liker jeg alltid å spørre hva pasientene har jobbet med. For det første er det jo relevant, og det står jo overraskende ofte ikke i inntakjournal. Så det passer jeg på å få det på plass når jeg spør da. Og gjør et poeng av det når jeg går visitt sammen med yngre kollegaer. Og da for ikke lenge siden, så var det en pasient som jeg spurte hva hadde jobbet med. Han har vært hvalfanger i Antarktis. Og da spurte jeg "hva gjorde du på fritida?". Nei, det var ikke så masse fritid, men en gang hadde han spasert på ryggen til en levende blåhval. Og da tenker jeg ok ... når du får servert sånne svar, så bør vel alle skjønne at det er lurt å spørre hva folk har jobbet med.

Heidi

Fantastisk!

Leiv Otto

Historier som det der får jeg servert masse av når man jobber med eldre pasienter.

Heidi

Ja. Hva tenker du er det viktigste å lære? Når du har studentene, du har mange studenter vil jeg tro, som professor? Hva er det som står ditt hjerte nært og hva vil du formidle til dem?

Leiv Otto

Ja, jeg er opplagt veldig opptatt av det med delirium, da. Og det har heldigvis altså skjedd en enorm endring bare på ti år, hvor masse fokus det er på delir. Nå er det blitt en bit av standard inntakjournal mange plasser, at en spør om det her. Og så er jeg jo selvfølgelig veldig opptatt av å gi, som mine forgjengere, prøve å selge inn hvor bra geriatri er som fag da. Og det og funker. Nå er det ganske populært å søke geriatri.

Heidi

Så bra! Og da takk gud for det da, sånn som utviklingen blir nå med så mye eldre mennesker.

Leiv Otto

Ja, vi er blitt veldig populære på sykehuset. Og så er det mange, altså det er ortogeriatrici, geriater som samarbeider med ortopedene for hoftebrudd-pasientene. Kreftlegene vil gjerne ha en geriater til å vurdere pasienten før operasjon, skrøpeligheit, hvor stor sjanse for at den pasienten vil utvikle delirium for eksempel. Og etter operasjonen. Hjertelegene vil gjerne ha samarbeid med geriater. Så det er et bra tidspunkt å bli geriater på.

Heidi

Veldig gøy altså. Vi har jo hatt besøk av Marte Mellingsæter her. Hvor hun snakket om sin kjærlighet til faget. Veldig, veldig opptatt av og hvor bra det er å få lov til å bli gammel. Det er mange sider ved det å jobbe i geriatrien. Da du var 18 år, hva drev du med da?

Leiv Otto

Da spilte jeg fotball. Ja, og gikk på videregående skole.

Heidi

Ja. Skulle du bli lege da, eller?

Leiv Otto

Nei, jeg hadde jo fortsatt dette håpet med å bli profesjonell fotballspiller. Selv om realitetsorienteringen begynte å slå inn rundt da.

Heidi

Neste post som vi har sånn fast, det er: hva hadde du hatt behov for å høre, hvis du kunne hviske deg selv et råd i øret til Leiv Otto 18 år. Hva hadde han trengt å høre?

Leiv Otto

Ting har ordnet seg bra, synes jeg så ...

Heidi

Livet har vært fint?

Leiv Otto

Ja altså ... jeg vet ikke helt hva? Man prøver å komme på ett, det må jo være en konkret ting da. Dra til syden. Det ville jeg gjort.

Heidi

Dra til syden?

Leiv Otto

Jeg har aldri vært i syden, og jeg har alltid angret på at jeg aldri kom meg til syden når jeg var 18 år.

Heidi

Den er gøy!

Leiv Otto

Dratt på sånt skumparty.

Heidi

Sånn grisefest som de hadde?

Leiv Otto

Såne ting, ja!

Heidi

Er det for seint det da?

Leiv Otto

Jeg føler det er litt seint nå. Det skulle jeg gjort.

Heidi

Altså på skumparty, ha det litt gøy?

Leiv Otto

Ja altså jeg har hatt kjempemasse gøy, men det er sånn konkret ting som jeg savner at jeg har gått glipp av da.

Heidi

Veldig kult. Det var artig, morsomt. Er det noe du har lyst til å si om faget ditt nå, og i forhold til delirium som vi ikke har snakket om? Som du har lyst til å fortelle?

Leiv Otto

Ja, det er det. Altså nå har jeg allerede sagt ganske masse om det. Men disse pasientene må vi forholde oss til uansett, altså det er deliriumpasienter overalt på sykehus. Noen avdelinger har mer enn andre. Og det er veldig krevende pasienter, og jeg må innrømme at selv så kan jeg bli litt lei av sånne pasienter, fordi de gjør arbeidshverdagen vår så masse vanskeligere. Men vi må forholde oss til de uansett, og det blir masse kjekkere hvis den som setter seg litt inn i det òg skjønner hva er forskjellen på delirium og demens? Og liksom følger litt og lærer seg å undersøke for delir og ser at nå er pasienten på vei inn i et delir ... nå ser det ut som en var på vei litt ut igjen. Da blir det litt mer interessant. Så det er sånn selvhjelp, dette hjelper absolutt pasientene at vi lærer mer om delirium, men det blir litt kjekkere for oss helsepersonell og.

Heidi

Det jeg fortsatt sitter litt igjen med da, Leiv Otto. Det må jeg bare si at ... hva hjelper det at vi oppdager så veldig mye mer av det hvis vi ikke får gjort en dritt?

Leiv Otto

Som sagt, altså 50 prosent av delirium tilfellene kan forebygges. Halvparten.

Heidi

Ved at vi er rolig til stede og trygger.

Leiv Otto

Ja, eller det at du gjør mange glupe ting samtidig. Altså for eksempel da å prioritere hoftebrudd pasienter til operasjon. Hvis de venter på operasjon, så har det vist at sjansen for delirium øker fem prosent hver time du venter på operasjon. Så hvis du venter to-tre dager nå, så er du 100 prosent sikker på å utvikle delirium. Og det å løfte liksom bevisstheten rundt det, altså hoftebrudd-pasientene det er ikke fancy traume ... ingen bilulykke og sånt, men det er og pasienter som må prioriteres. Så det å øke bevisstheten rundt det vil hjelpe de der, selv om vi ikke har medisin for det da.

Heidi

Det er en viktig del av triagen.

Leiv Otto

Ja, jeg syns jo det da. Og det har blitt løfta, det er blitt prioritert mer. Og så igjen, det som jeg sa at det vil hjelpe kjempemasse for folkehelsa tror jeg da, om liksom befolkningen lærer seg et minimum om delirium, og forstår hvorfor du blir forvirret og opplever rare ting når du er på et sykehus og er alvorlig syk. Det tror jeg kan ta vekk masse frustrasjon.

Heidi

Nå kom jeg på et par ting til forresten. Det ene er det med alkohol delir. Altså "delirium" har vi liksom fra gammelt av, så har vi liksom brukt det ordet i forhold til alkoholikere.

Leiv Otto

Det er en vanlig misforståelse. Altså for det første, delirium kan utløses av alkohol, og da er det typisk hvis du drikker veldig masse alkohol i et par uker og så stopper, så kan du få delirium. Og det er det som heter delirium tremens. Men for de fleste pasienter med delir på et sykehus, så har ikke alkohol noe med saken å gjøre. Da er dette utløst av en infeksjon for eksempel, eller et hoftebrudd.

Heidi

Mannen min var innmari sjuk her. Hadde kjempehøy feber, og han er veldig sterk fysisk og psykisk han altså, helt frisk. Plutselig så hadde han en kjempe feberfantasi. Jeg fikk gitt han paracet da, så varte det sånn en halvtimes tid, så ble det borte. Er det et delirium, eller hva er det?

Leiv Otto

Nei, det er vel det jeg kaller et delir. Varte veldig kort da? Hvis han var våken og hallusinert ...

Heidi

Ja. Virket nesten som han sov, men han var våken.

Leiv Otto

Barn kan jo veldig ofte få delir i forbindelse med feber. Og da er det mange som blir urolige når de liksom hører jeg sier det på slutten av et foredrag, og har sagt alle kjipe ting om delir. Og så tenker de at "ungen min var jo sånn", og da er det viktig å understreke at barn tåler delir veldig masse. De får ikke noen langtidsproblemer med å ha delir.

Heidi

Men det er verre med mannen min da eller? Etter en halvtimes tid?

Leiv Otto

Altså nå varte det veldig kort da

Heidi

Ja, maks en halvtime.

Leiv Otto

Ja, jeg tror jo kortere deliret er, jo mindre skadelige er det da.

Heidi

Men det kan skje?

Leiv Otto

Jeg tror helsepersonell bør være klar over at delirium har en del kjedelige langtidskonsekvenser. Kan ha. Og det er grunnen til at vi må vite om det. For det første er det relevant, men det kan brukes som motivasjon, ytterligere motivasjon for vi skal forebygge det. Men når en skal spre informasjon om delirium i befolkningen, så er det og veldig viktig å understreke at delirium er en kortvarig forvirrings episode som vanligvis går over. Og det har ingen langtidskonsekvenser, annet enn at en kan tenke tilbake på minnene som svært ubehagelig da.

Heidi

Så er det en ting til som jeg lurer litt på. Jeg holder jo veldig mye foredrag, og har gjort det i veldig mange år, om det å være rundt pasienter som er i palliativ og døende fase. Altså terminale fasen. Og det er jo sånn at både pasienter, pårørende og vi som jobber med mye død. Vi ser jo at veldig mange rett før de dør, så er det mange som åpner øya og så ser de noe rett foran seg som vi andre ikke ser. Så de hallusinerer jo, det er jo et eller annet de ser. Men det er aldri redsel i blikket da. Skjønner du hva jeg mener?

Leiv Otto

Ja, jeg skjønner. Jeg har ikke jobba på palliativ avdeling, selv om jeg ble intervjuet om akkurat det der faktisk for noen år siden. Det var en som hadde skrevet en artikkel om sånn ... jeg husker ikke helt ordet han brukte. Men det var det fenomenet du beskrev, at det var veldig vanlig, og at det virker som en positiv opplevelse. Og jeg ble spurt om hva jeg tenkte om det, og jeg tenkte at hallusinasjoner i forbindelse med alvorlig sykdom var delirium. Og delirium er veldig sjelden positivt da, så det kan være at kanskje det er noe annet. Jeg husker ikke hva det hva han kalte det fenomenet.

Heidi

Jeg har aldri hørt navnet på fenomenet, men vi ser det ganske ofte faktisk. Og så jeg har tenkt at liksom enten så er det sånn at det er medisinene som gjør det, men det tror jeg ikke, for det er flere jeg har sett som gjør det som ikke er medisinert. Ellers så pleier jeg å si at; er det et eller annet kroppen ... noe som skjer kjemisk, biologisk et eller annet som skjer hormonelt? Eller hva er det da som skjer med kroppen akkurat rett før vi dør, for det skjer rett før vi dør! Som gjør at det hjelper oss over på en måte ... hjelper oss med slutten? Ellers så er det noe der, og det vet vi jo ikke. Finner du ut av det, så vil vi gjerne høre om det.

Leiv Otto

Ja, likeså!

Heidi

Spennende. Det er kjempeviktig jobb du gjør, og du forsker masse på det fortsatt?

Leiv Otto

Ja, altså jeg er kjempeinteressert i å prøve å finne ut av hva det er som skjer i hjernen ved delirium. Det vet en lite om. Men hvis du skal ha noe som helst håp om å lage en skikkelig delirium medisin, så må man jo forstå mer hva som skjer konkret. Hvorfor er det sånn at et hoftebrudd kan gjøre at du får delir. Altså, på en måte må jo den prosessen i hofta må føre til et eller annet i hjernen som gjør at den ikke fungerer lenger. Og hva konkret er det som foregår der? Og det prøver vi å finne ut av da. Det er veldig spennende.

Heidi

Veldig spennende. Masse lykke til videre. Og så er det veldig gøy at du jobber her på Ahus.

Leiv Otto

Ja, takk for det og tusen takk for at jeg ble invitert hit og fikk snakke om delirium. Det er jo alltid interessert i, men i dag er jo spesielt relevant, for det er verdens delirium dag.

Heidi

Yes, tenk på det du!

Leiv Otto

Det har ikke vært så mange delirium dager opp gjennom. Den første delirium dagen var for fire-fem år siden, og den ble startet nettopp fordi at det må komme mer oppmerksomhet rundt delirium. Og det har hjulpet veldig, så på verdens delirium dag blir helsepersonell og andre oppfordra til markere det på en annen måte. Det kan være en Kahoot, en kan bare si at "i dag skal vi undersøke alle pasientene på vår avdeling for delirium", eller en kan bake en delirium-kake, eller en kan gi en haldol i lunsjen til alle på avdelingen. Det siste var en spøk.

Heidi

Veldig gøy altså. Det var kjempegøy. Men altså ha en telling av delir på avdelingen synes jeg er en veldig god ide at man gjør i dag.

Leiv Otto

Ja, vi gjorde det for noen år siden, og det resulterte i en egen artikkel der den telte opp delirium tilfeller på flere sykehus i Norge.

Heidi

Og da fant man 20% ca?

Leiv Otto

Ja

Heidi

Men da sier jeg igjen, Leiv Otto Watne: tusen, tusen takk for at du kom hit til Helhjerta, det er kjempespennende.

Leiv Otto

Ja, takk for det.

Heidi

Lykke til videre.

Leiv Otto

Takk.

Heidi

Helhjerta er en podkast fra Kompetansebroen. En digital plattform for kompetansedeling i helsetjenesten. Personer som blir omtalt i pasienthistorier er enten anonymisert eller har gitt samtykke til deling.