

Kandidatnummer 1538 og 1639

BSYBAC_6

Bacheloroppgave i Sykepleie

Sykepleier sin rolle i tidlig identifisering av delirium hos eldre pasienter på medisinske avdelinger



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet

Bachelor i Sykepleie

Stavanger, 03.01.2023

x Vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn: Delirium er en alvorlig tilstand og eldre pasienter er spesielt utsatte for den. Forekomst av delirium har vært til en utfordring for helsevesenet, pasienter og pårørende. Sykepleier har en nøkkelrolle i tidlig identifisering av delirium.

Hensikt: Hensikten med oppgaven er å belyse faktorer som påvirker sykepleiers funksjon i tidlig identifisering og oppstart av behandling av delirium hos eldre pasienter på sykehus.

Metode: Vi har valgt litteraturbasert studie som metode i denne oppgaven. Litteraturbasert studie gir oss mulighet til å analysere allerede gjennomførte og publiserte forskningsstudier, sammenligne resultatene og trekke egne konklusjoner. Kvalitativ forskning er best for å svare på problemstillingen vår. Den tar sikte på å få frem opplevelser og meninger, og anvendes når data som skal analyseres ikke lar seg måle i tall. I tillegg brukte vi en artikkel med kombinert tilnærming for å få svar på oppgavens problemstillingen.

Resultat: Resultatene viser at sykepleierne mangler kunnskaper om delirium som begrep og ferdigheter i å bruke kartleggingsverktøy. Det oppstår mangel av tid for å bruke retningslinjer og observere endringer i bevissthetsnivå, som hemmer tidlig identifisering og oppstart av behandling av delirium. Tverrfaglig samarbeid er utilstrekkelig og det oppstår uklarhet om hvem sitt ansvar det er å gjenkjenne delirium.

Nøkkelord: Delirium, eldre pasienter, observasjoner, sykepleier perspektiv, kartleggingsverktøy, kvalitativ.

Innholdsfortegnelse

1.0. INNLEDNING	5
1.1 Bakgrunn for valg av tema	5
1.2 Problemformulering	5
1.3 Hensikt med oppgaven	6
2.0. TEORIDEL	6
2.1 Hva er delirium	6
2.1.1 Forekomst	6
2.1.2 Symptomer og kjennetegn ved delirium	6
2.1.3. Hyperaktiv og hypoaktiv delirium	7
2.2.4 Årsaker	7
2.2 Viktigheten av tidlig oppdagelse	8
2.3 Kartleggingsverktøy	8
2.3.1 CAM	9
2.3.2 4AT	9
2.4 Sykepleiers funksjon	10
2.4.1 Observasjonskompetanse og faglig vurdering	10
3.0 METODE	11
3.1 Valg av metode	11
3.2 Litteratursøk	12
3.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier	12
3.4. Analyse	14
4.0 RESULTATER	14
4.1 Ferdigheter og kunnskaper	14
4.1.1 Identifisering av delirium	15
4.1.2 Bruk av retningslinjer	16
4.1.3 Behandling av delirium	16
4.2 Systematisk observasjon	17
4.2.1 Bruk av kartleggingsverktøy	18
4.3 Sykepleieres ansvar og funksjon	19
4.3.1 Tverrfaglig samarbeid	20
5.0 DISKUSJON	20
5.1 METODEDISKUSJON	20
5.2 RESULTATDISKUSJON	22

5.2.1 Ferdigheter og kunnskaper	22
5.2.3. Systematisk observasjon	23
5.2.3 Sykepleieres ansvar og funksjon	25
6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS	27
LITTERATUR	28
Vedlegg 1 4AT test	31
Vedlegg 2CAM skjema	32
Vedlegg 3 SØKELOGG	33
Vedlegg 4 LITTERATURMATRISE	34

Antall ord 7974

1.0. INNLEDNING

1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA

Tema for bacheloroppgaven ble valgt etter å ha observert eldre pasienter med delirium, både i praksis og på jobb. I praksisstudie og på jobb har vi opplevd at delirium hos eldre pasienter ofte blir oversett av helsepersonell. Det kan begrense sykdomsbehandling og true pasientenes integritet. Gjennom studieforløpet har vi lært at delirium er en alvorlig tilstand som er forbundet med økt risiko for morbiditet og død, og derfor var det viktig for oss å undersøke hvordan sykepleier kan bidra til tidlig oppdagelse av tilstanden.

1.2 PROBLEMFORMULERING

Delirium er en akutt hjernesvikt som er karakterisert av forstyrrelser i bevissthet, orientering, hukommelse, tanker og evne til oppfatning og atferd (Kirkevold, Brodtkorb & Hysten, 2020, s. 458). Delirium er en alvorlig akuttmedisinsk tilstand som medfører belastninger for pasienten, pårørende og helsevesenet (Neerland, Watne & Wyller, 2013, s.1596). Det er en aktuell problemstilling på grunn av alvorligheten tilstanden kan medføre. Tilstandens alvorlighet og pasientenes opplevelse kan være undervurdert.

Tidlig oppdagelse av delirium er viktig for å fremme sykdomsbehandling og for å ivareta pasientenes grunnleggende behov. Traumer, infeksjoner, hjerneslag og metabolske forstyrrelser er de vanligste utløsende faktorene (Neerland et al., 2013, s.1596) og derfor er det viktig å kartlegge tiltakene for å undersøke grunnleggende årsak og for å kunne behandle den. Vedvarende smerter kan gi insomni, depresjon og angst. Smerter gir nedsatt livskvalitet og øker forekomst av delirium (Sandvik & Eide, 2020, s. 2).

Pasienter med delirium kan ha begrenset mulighet til å fortelle om sine behov. Delirium kan medføre komplikasjoner og funksjonsnedsettelse som kan true pasientenes kroppslige integritet. Delirium fører til redusert egenomsorgsevne og til økt hjelpebehov. Det kan oppleves krenkende og true verdigheten og den personlige integriteten (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff 2020, s. 467).

I praksisstudier og på jobb har vi opplevd at delirium hos eldre pasienter ofte blir oversett av helsepersonell. Samtidig har vi observert at helsepersonell har manglende kunnskap og erfaring

om tilstanden, og at kartleggingsverktøyer for identifisering av tilstanden var lite brukte på medisinske avdelingene.

1.3 HENSIKT MED OPPGAVEN

Hensikten med oppgaven er å belyse faktorer som påvirker sykepleiers funksjon i tidlig identifisering og oppstart av behandling av delirium hos eldre pasienter på sykehus.

2.0. TEORIDEL

2.1 HVA ER DELIRIUM

Delirium er en mental forstyrrelse som er karakterisert av forstyrrelser i bevissthet, orientering, hukommelse, tanker, evne til oppfatning og atferd. Tilstanden likner til forveksling demens, men er annerledes ved at den oppstår akutt, har svingende forløp og er reversibel (Kirkevold et al., 2020, s. 458). Delirium, er en vanlig og alvorlig komplikasjon til akutt sykdom, særlig hos eldre. Høy alder og demens er de viktigste risikofaktorer (Neerland et al., 2013, s.1596).

Det er en sammenheng mellom utløsende faktorer og sårbarhet. En skrøpelig pasient med mange risikofaktorer kan utvikle delirium ved bare lett ytre belastning. For mer robuste pasienter skal det kraftigere akutt påvirkning til. Jo mer sårbar pasienten er, desto mindre fysiologiske avvik skal til for å utløse et delirium (Neerland et al., 2013, s. 1598).

2.1.1 FOREKOMST

Forekomst av delirium øker med alderen og oppstår hyppigst hos eldre, typisk 70-80 år gamle. Eldre som har underliggende kognitiv svikt er særlig utsatt for å få tilstanden (Stubberud, Grønsen & Almås, 2016, s. 429). Forekomsten av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus kan være så høy som opptil 50%, hvorav mange har demens fra før (Kirkevold et al., 2020, s. 458). Av eldre pasienter i intensiv avdeling får omtrent 70% delirium i løpet av oppholdet. Etter hoftebrudd kan forekomsten bli opptil 60% (Kirkevold et al., 2020, s. 462-464).

2.1.2 SYMPTOMER OG KJENNETEGN VED DELIRIUM

Et kjennetegn på delirium er at symptomene utvikler seg raskt i løpet av timer eller døgnet, og har et fluktuerende forløp. Store variasjoner i symptombildet skyldes endringer i pasientens medisinske tilstand og stressbelastninger (Kirkevold et al., 2020, s. 459).

Vanligste symptomer av delirium er akutt endring i bevissthetsnivået med sviktende oppmerksomhet og konsentrasjon. Kognitive utfall i form av redusert hukommelse, språkvansker og nyoppstått forvirring er også vanlig, der pasienten kan bli desorientert for tid og sted. Søvnforstyrrelser forekommer med de fleste pasientene rammet av delirium (Kirkevold et al., 2020, s. 459)

2.1.3. HYPERAKTIVT OG HYPOAKTIVT DELIRIUM

Hyperaktivt delirium forekommer i ca 15-30% av delirium tilfellene, og er kjennetegnet av psykomotorisk uro, som ofte er kombinert med hallusinasjoner og paranoide vrangforestillinger. Pasienter blir rastløse og vandrende, og kan stå i fare for å skade seg selv eller andre (Kirkevold et al., 2020, s. 459).

Hypoaktivt delirium er mer vanlig, med en forekomst på ca 26-50% (Kirkevold et al., 2020, s. 459), men blir ofte oversett. Hypoaktivt delirium er kjennetegnet av redusert psykomotorisk aktivitet, der en kan få symptomer som døsighet, nedsatt konsentrasjonsevne og svekket oppmerksomhet. Pasienten kan oppfattes som fjern og apatisk, og kan bli desorientert for tid, sted og situasjon (Kirkevold et al., 2020, s. 459)

Blandet delirium er den vanligste formen og forekommer i ca en tredel av delirium tilfellene. Det inkluderer både hyperaktive og hypoaktive tegn og symptomer (Kirkevold et al., 2020, s. 459).

2.2.4 ÅRSAKER

Årsakene til delirium er sammensatte og hos de fleste pasientene er det vanskelig å identifisere en sikker årsak. Ofte dreier det seg om et sett av predisponerende faktorer og en eller flere utløsende årsaker. Årsakene kan deles inn i to hovedgrupper:

1. Fysiologiske avvik som gir direkte hjernepåvirkning som er strukturelle hjerneforandringer (tap av hjernevev), hypoksi og redusert hjernegjennomblødning, og hypoglykemi, syre- base- og elektrolyttforsyrrelser

2. Uhensiktsmessige stressresponser formidlet gjennom hypofyse-binyre-aksen ved smerter og ubehag, også gjennom det sympatiske nervesystemet ved stress, frykt og angst og gjennom inflammasjonssystemet ved infeksjoner og i forbindelse med skader og kirurgi (Kirkevold et al., 2020, s. 465- 466).

Enhver akutt somatisk sykdom kan utløse delirium. Risiko for postoperativt delirium påvirkes i tillegg av det operative inngrepets størrelse og varighet, preoperativ ventetid, postoperativ smerte og komplikasjoner samt bruk av sedativer (Neerland et al. 2013, s.1597).

2.2 VIKTIGHETEN AV TIDLIG OPPDAGELSE

Delirium kan oppstå ved akutt sykdom eller skade og til den medisinske behandlingen eller skade (Kirkevold et al., 2020, s. 464). Personer med delirium kan ha begrenset mulighet til å fortelle om sine behov og sin smerte (Sandvik & Eide, 2020, s. 4). Tidlig oppdagelse av delirium er viktig for å fremme sykdomsbehandling og for å ivareta pasientens grunnleggende behov. Delirium kan medføre komplikasjoner og funksjonsnedsettelse som kan true pasientens kroppslige integritet. Delirium fører til redusert egenomsorgsevne og til økt hjelpebehov. Det kan oppleves krenkende og true verdigheten og den personlige integriteten (Kirkevold et al., 2020, s. 467).

Er det bekreftet at pasienten har delirium, er målet å hjelpe pasienten til å gjenvinne mest mulig kontroll over situasjonen, blant annet ved å skape et best mulig terapeutisk miljø (Stubberud et al., 2016, s. 435).

2.3 KARTLEGGINGSVERKTØY

Delirium er en tilstand som ofte blir oversett og underdiagnostisert, derfor anbefales det å bruke et standard vurderingsskjema for kartlegging av pasientenes sine kognitive funksjon (Stubberud et al., 2016, s. 435). Det finnes ingen enkel test for å påvise delirium. Sykehistorie, klinisk undersøkelse og klinisk observasjon har stor betydning for å oppdage tilstanden (Kirkevold et al., 2020, s. 462).

I løpet av sykepleierstudiet har vi blitt bedre kjent med 2 kartleggingsverktøyer som vi skal se nærmere på i oppgaven vår. CAM (Confusion Assessment Method) som anbefales til bruk for sykepleiere (Stubberud et al., 2016, s.434) og 4AT (4A- testen) som anbefales til bruk i sykehus og den kan brukes av alt pleiepersonalet etter enkel opplæring (Kirkevold 2020, side 462).

2.3.1 CAM

CAM er et godt hjelpemiddel til å påvise delirium hos risikopasienter, og kan brukes av alle helsepersonell. CAM kartleggingsverktøy består av 4 trinn og kan hjelpe til med å vurdere følgende symptomer:

1. akutt debut og vekslende forløp
2. oppmerksomhet
3. tankegang
4. bevissthetsnivå

Trinn 1 og 2 må være oppfylt, og enten trinn 3 eller 4 må være tilstede for å bekrefte delirium. For intensivavdelinger er det utarbeidet en egen versjon av CAM, kalt Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) (Wyller, 2020, s.137).

2.3.2 4AT

4AT er et screeningverktøy for akutt forvirring som kan brukes til påvisning av delirium hos risikopasienter. Skjemaet er godt egnet til bruk i sykehus og kan også brukes i andre institusjoner som sykehjem, legevakt og ambulansetjenesten (Kirkevold et al., 2020, s. 462). 4AT kan hjelpe med å oppdage både hyperaktivt og hypoaktivt delirium (Evensen et al., 2016, s. 299-300). 4AT kan brukes for å få formell skåring, eller kan være en sjekklister for helsepersonell for rask vurdering av akutt forvirring.

4AT inneholder 4 spørsmål, der 4 A-ene står for Alertness, Abbreviated mental test 4, Attention og Acute change or fluctuation course.

1. Alertness. Der det første spørsmålet vurderer pasienten sin årvåkenhet og oppmerksomhet mot omgivelsene. Det kan bli lett observert i løpet av selve undersøkelsen (Wyller, 2020, s. 136).
2. Abbreviated mental test 4. Det andre spørsmålet gir kort mental vurdering, der pasienten blir spurt om å oppgi sitt navn, fødselsdato, årstall og navn på institusjonen pasienten er innlagt i (Evensen et al., 2016, s. 299-300).
3. Attention. Spørsmål 3 hjelper med å vurdere pasienten sin oppmerksomhet der pasienten blir bedt om å oppgi årets måneder i baklengs rekkefølge.
4. Acute change or fluctuation course. Spørsmål 4 vurderer endringer eller fluktusjoner i tilstand. Det forutsetter at en kjenner pasienten fra før, ellers må en innhente opplysninger fra pårørende eller fra helsepersonell som kjenner pasienten.

Skår ≥ 4 indikerer mulig delirium eller kognitiv svikt.

Skår 1-3 indikerer mulig kognitiv svikt, men utelukker ikke delirium.

Skårer pasienten null poeng, indikerer det at delirium eller alvorlig kognitiv svikt er usannsynlig, men kan ikke utelukkes (Evensen et al., 2016, s. 299-300).

2.4 SYKEPLEIERS FUNKSJON

Sykepleieres funksjon er kompleks og mangfoldig. Sykepleier utfører sin funksjon gjennom direkte og indirekte pasientrettede oppgaver. Direkte pasientrettede oppgaver består av helsefremming, forebygging, behandling, lindring, rehabilitering og habilitering. Indirekte pasientrettede oppgaver omfatter undervisning og veiledning, organisering, administrasjon og ledelse, fagutvikling, og forskning (Stubberud et al., 2016, s. 22).

Sentralt fokus i oppgaven rettes mot sykepleiers behandlende og forebyggende funksjon, der sykepleier skal identifisere delirium og derfor forebygge forverring av helsetilstanden. Sekundærforebyggende tiltak innebærer å tidlig identifisere tegn på reell eller mulig helsesvikt og iverksette nødvendige tiltak (Stubberud et al., 2016, s. 22). Behandlende funksjon omfatter datasamling, vurdering, planlegging, gjennomføring, evaluering og dokumentasjon. Det innebærer at sykepleier har god kartleggings-, vurderings- og beslutningskompetanse (Stubberud et al., 2016, s. 22). Datasamling er ikke alltid sykepleieobservasjon, men observasjonen er en sentral del av datasamlingen (Elstad, 2014 s.26).

En av oppgavene til sykepleier er å fremme tverrfaglig samarbeid. Sykepleieren fremmer åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten (Norsk sykepleierforbund, 2019). Et av flere rammeverk for kommunikasjon mellom helsepersonell om pasientsituasjoner er ISBAR (Identifikasjon, Situasjon, Bakgrunn, Analyse, Råd) verktøyet (Moi, Söderhamn, Marthinsen & Flateland, 2019, s. 3).

2.4.1 OBSERVASJONSKOMPETANSE OG FAGLIG VURDERING

En pioner innen moderne sykepleie Florence Nightingale hevder i sin teori at observasjonskompetanse er den viktigste praktiske kunnskap som kan gis til sykepleie (Karoliussen, 2011, side 146).

Det er særlig viktig at observasjoner foretas på bakgrunn av klinisk erfaring, sansing og teoretisk kunnskap slik at den kan fylle en funksjon. Observasjoner danner grunnlag for videre datasamling og kliniske vurderinger (Stubberud et al., 2016, s. 24). Sykepleieobservasjoner gjør at man går i direkte kontakt med pasienten og pårørende (Elstad, 2014 s.26).

Florence Nightingale hevder i sitt forskningsarbeid at observasjoner er en essensiell del av sykepleieutøvelse, og at god observasjon er avgjørende for at pasienten får den nødvendige behandlingen og pleie. Ifølge Nightingale, skal sykepleierne observere hvilke symptomer som indikerer bedring og hvilke som indikerer forverring, og hva som er god og dårlig pleie (Karoliussen, 2011, s. 33-34). Gjennom nøyaktig og kontinuerlig observasjon skal sykepleierne skaffe faktiske og presise opplysninger om pasientens tilstand (Karoliussen, 2011, s. 33-34). Det danner grunnlag for alle kliniske vurderinger og beslutninger og spiller en viktig rolle i valget av hvilke sykepleietiltak som skal iverksettes (Stubberud et al., 2016, s. 23).

I sitt arbeid oppfordret Nightingale sykepleierne til å foreta egne faglige vurderinger i hver konkret situasjon, ikke bare følge ordre blindt. Nightingale legger stor vekt på selve pasienten - den måten sykdommen viser seg på hos den enkelte personen. (Karoliussen, 2011, s. 33). Videre understreker Nightingale at sykepleier skal legge observasjoner til grunn for presise og nøyaktige rapporter til legen om pasientens tilstand (Kristoffersen et al.. 2021, s. 186). Tilstrekkelige kunnskap og nitidig observasjon av pasienten er en forutsetning for å ta gode beslutninger og gjøre gode faglige refleksjoner. (Kristoffersen et al.. 2021, s. 186).

3.0 METODE

3.1 VALG AV METODE

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap (Dalland, 2018, s.51). Valg av en bestemt metode svarer best på spørsmålet eller den problemstilling som vi har stilt på en best mulig måte (Dalland, 2018, s.51).

Vi har valgt litterær oppgave som metode i denne oppgaven. En litterær oppgave gir oss mulighet til å søke og analysere allerede eksisterende forskning og litteratur (Dalland, 2018, s.207).

Den svenske professoren Friberg (2018, s. 38) har utarbeidet en systematisk modell for datasamling i litteraturstudie, noe som vi skal ta utgangspunkt i når vi analyserer artiklene. Vi

skal diskutere hvor relevant funn fra artiklene er for vår problemstilling og skal foreta datareduksjon. Funn fra forskningsstudier skal sammenholdes og sammenlignes, og skal danne grunnlag for videre tolking og syntetisering til en ny helhet.

Litterær oppgave baserer seg på kvalitative og/eller kvantitative studier. Kvantitativ metode gir data i form av målbare enheter mens kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2018, s.52).

3.2 LITTERATURSØK

For å finne artikler brukte vi følgende databaser: Cinahl, Oria, Idunn og PubMed. Disse databasene er tilgjengelige på UiS biblioteket sin nettside og inneholder en god del forskning som er relatert til helsefag. I søkingen anvendte vi systematiske søkeord kombinasjoner. Hensikten med oppgaven er å undersøke faktorer som påvirker sykepleiers funksjon ved identifisering og behandling av delirium. Derfor brukte vi følgende søkeord, som “nursing AND perspective AND delirium”, “nurses AND experience AND delirium" og “delirium AND older AND qualitative”. I databasene Cinah og PubMed brukte vi ordkombinasjoner på kun engelsk og på Oria og Idunn brukte vi både norsk og engelsk ordkombinasjoner. Vi fant flere empiriske artikler som svarer på hensikten vår i databasene Oria og PubMed. Søkeordskombinasjoner ga oss ingen tilfredstillende treff i databasene Idunn og Cinahl. Ved bruk av søkeords kombinasjon i Oria databasen “sykepleier OG erfaring OG delirium”, fikk vi treff på 3 artikler totalt, avgrenset til fagfellovderte tidsskrift og fikk 1 artikkel fra 2011 som var relevant til oppgavens problemstillingen.

3.3 INKLUSJONS OG EKSKLUSJONSKRITERIER

Alder er en kjent risikofaktor for utvikling av delirium, derfor valgte vi å fokusere på eldre pasienter over 65 år.

Vi har valgt å avgrense oppgaven ved å omtale 2 hovedformer av delirium: hyperaktivt og hypoaktivt delirium. Samtidig skal vi inkludere blandet delirium, som forekommer ved ca halvparten av tilfellene. Delirium tremens rammer personer med alkoholabstinens (Kirkevold 2020, s. 462) og derfor er ikke aktuell til oppgavens problemstilling.

Kandidatnummer 1538 og 1639

I utgangspunktet valgte vi artiklene som er skrevet i et sykepleiefaglig perspektiv. 3 av artiklene inkluderte perspektivet til legen og andre yrkesgrupper i tillegg til sykepleieperspektiv.

I utgangspunktet valgte vi kun å inkludere artikler som ikke er eldre enn 10 år, men inkluderte 1 artikkel fra 2011.

I søkeprosessen valgte vi å avgrense til forskning som ble utført i Europa, Kanada og USA, fordi organisering av helsevesenet i andre land kan avvike i stor grad fra det Norske helsevesenet.

Vi brukte oppgavens hensikt i bakgrunn ved søk av artikler. For å svare på vår problemstilling vil kvalitative artiklene egne seg framfor kvantitative, siden vi ønsket å få fram opplevelser og erfaringer til sykepleiere i møte med pasienter med delirium. Likevel valgte vi å inkludere en forskningsartikkel der det er brukt kombinert tilnærming.

I tillegg har vi brukt pensumbøker, litteratur fra biblioteket og offentlige nettsider for å tilegne oss nødvendig kunnskap knyttet til problemstillingen. Litteraturen omhandler ulike perspektiver i henhold til identifisering av delirium, og skal bidra til diskusjon mot resultatene fra artikkel analysen.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter over 65 år	Pasienter i private institusjoner og kommunale helsetjenester
Hyperaktivt, hypoaktivt og blandet delirium	Forebygging av delirium
Sykepleieperspektiv	Delirium tremens
Pasienter på sykehus	Forskning som ble utført utenom Europa, Kanada og USA
Artikler utgitt de siste 10 år	Kvantitative artikler
Fagfellevurderte artikler	
Litteratur som er relevant til problemstillingen	
Kvalitative artikler, kombinert tilnærming	

3.4 ANALYSE

Friberg (2018, s.178) beskriver analyseprosessen som en bevegelse som inkluderer familiarisering, faktisk analyse i deler og til slutt komme fram til en ny helhet. For å kunne se helheten, starter analysen med å sette seg inn i materialet (Friberg, 2018, s.178). Vi begynte å lese gjennom artiklene for å bli kjent med innholdet og for å se helheten i artiklene. Etter det leste vi artiklene igjen og denne gangen for å analysere likhetene og ulikhetene. Vi analyserte artiklene med hensikt i bakgrunnen. Det var viktig å velge ut en tekst som svarer på oppgavens problemstilling. Friberg (2018, s.179) beskriver en måte å komme fram til ny helhet som vi brukte i siste prosessen av analysen. De ulike delene av teksten ble satt sammen på en ny måte, noe som betyr at fenomenet vi studerte ble uttrykt på en ny måte og beskrevet i et sammendrag tekst basert på oppgavens tema (Friberg, 2018, s.179). Vi skrev ned de viktigste temaene som materialiserte seg gjennom analysen av artiklene. De resultatene vi kom fram til, brukte vi i resultatdiskusjon. De nye kunnskapene anvendte vi i praksis.

4.0 RESULTATER

Vi analyserte artiklene og kom fram til de viktigste resultatene som sammenfalt med oppgavens hensikt. Resultatene sorterte vi i 3 hovedkategorier og 5 underkategorier for bedre oversikt.

Hovedkategori	Underkategori
Ferdigheter og kunnskaper	Identifisering av delirium Bruk av retningslinjer Behandling
Systematisk observasjon	Bruk av kartleggingsverktøy
Sykepleieres ansvar og funksjon	Tverrfaglig samarbeid

4.1 FERDIGHETER OG KUNNSKAPER

Oppsummert viser artiklene at det mangler kunnskaper hos sykepleierne for å gjenkjenne delirium.

4.1.1 IDENTIFISERING AV DELIRIUM

I studien til Emme (2020, s.2855) viste det seg at selv om sykepleierne trodde at de hadde nok kunnskaper om delirium, mente senior sykepleierne at de mangler kunnskap om utløsende og disponerende faktorer. Wang (2018, s.883) skriver i sin studie om sykepleierne som noen ganger manglet kunnskap om delirium som begrep. Studien til Emme (2020, s.2855) belyser problemområdet der delirium ofte blir oversett. Spesielt pasienter med hypoaktivt delirium ble forsømt (Emme, 2020, s.2855).

Schonnop (2022, s.4) konkluderte med at sykepleierne har grunnleggende kunnskap, men identifiserte at dypere forståelse om delirium manglet (Schonnop, 2022, s.4). Ifølge Emme (2019, s.2855) hadde sykepleiernes grad av erfaring betydning for kvalifikasjonene til å utføre nødvendig sykepleie. Nyutdannede sykepleierne strevet med å prioritere mellom pasienter og mente det var tidskrevende å møte pasienter med delirium (Emme, 2019, s.2855). Noen sykepleiere syntes å mangle forståelse for viktigheten av å identifisere delirium (Emme, s.2855). Flere sykepleiere uttrykte altså at de merket tegn til delirium hos pasientene, men reagerte ikke før tegnene var tydelige eller pasientene ble vanskelige å håndtere ifølge Emme (2020, s.2855). I intensivavdeling blir ikke pasienter med delirium prioritert, der delirium blir sett på som mindre alvorlig tilstand enn for eksempel organtransplantasjon (Zamoscic et al., 2022, s. 96). I studiene til McLuch et al. (2019, s. 33) kommer det frem at sykepleiere ikke prioriterer bruk av kartleggingsverktøy. En av sykepleiere sa:

“It’s not consistently completed particularly on days like today, when you are extremely busy. It’s probably not one of the first things that you would prioritise...” (2019, s. 33).

Vassbø & Eilertsen (2011, s.138) avdekker i sin studie en praksis som ikke stiller krav til sykepleierne om systematisk observasjon og innsamling av data både når det gjelder identifisering av risikopasienter og pasienter som har utviklet delirium. Mangel på innarbeidet systematisk problemløsning i praksis, kan tolkes som at det ikke er satt fokus på kunnskap og kompetanse knyttet til gamle pasienter med delirium. Fravær av krav til kompetanse på dette området kan være påvirket av sykepleiernes forforståelse og beslutningsmønstre i praksis (Vassbø & Eilertsen, 2011, s.138).

4.1.2 BRUK AV RETNINGSLINJER

Retningslinjen anbefaler at delirium omsorg inkluderer sykepleieaktiviteter, som screening av pasienter for risiko for utvikling av delirium, vurdering av pasienter for delirium, igangsetting av forebyggende tiltak og støttende behandling (van de Steeg, s.813).

De fleste studiene viste at retningslinjer for identifisering av delirium var lite brukt. I studien til Emme (s.2854) rapporterte de fleste sykepleierne at delirium retningslinjen ble anvendt i liten grad, og at de ofte søkte råd hos kollegaer først. Som grunn for lite bruk av retningslinjene nevner Emme (2020, s.2855) at de er svært lange, noe som førte til at sykepleierne ikke leste dem grundig.

I studien til van de Steeg (2014, s.816) viste det seg at sykepleierne med spesialitet på eldreomsorg viste større kunnskap om retningslinjen enn de fleste sykepleiere fra andre medisinske og kirurgiske avdelinger.

4.1.3 BEHANDLING AV DELIRIUM

Vassbø (2011, s.139) setter fokus på kompetansebygging omkring konsekvenser av delirium og hvilke muligheter sykepleiere har til å forebygge delirium. Det anser hun som avgjørende for effektiv forebygging av delirium (Vassbø, 2011, s.139). Resultatene i studien til Vassbø (2011, s.139) synliggjorde manglende faglig bevissthet knyttet til delirium, noe som førte til fravær av systematisk forebygging. Analysen av de fleste studiene gir grunn til å anta at delirium er underrapportert og med det ubehandlet (Emme, 2020, s. 2859).

De aller fleste studiene har fokus på ikke- medikamentell behandling av delirium som førstevalg. Mobilisering, pasientorientering, forebygging av dehydrering og dårlig ernæring anses som den mest effektive strategien for forebygging og behandling av delirium (Emme, 2020, s. 2850). Zamoscik et al. (2017, s.95) nevner forbedret søvn i tillegg til øvrig nevnte tiltakene. Sykepleierne i Vassbø (2011, s.134) sin studie oppga at skjerming av pasientene var et viktig tiltak for å roe og redusere symptomer. Sykepleierne uttrykte at det var manglende tilgang på egnede enerom i forhold til behovet (Vassbø, 2011, s.134).

Zamoscik et al. (2017, s.95) viser til innføring av medikamentell behandling når ikke-medikamentell løsning fungerer til å behandle symptomene. Neuroleptika og atypiske antipsykotika er brukt i behandling av delirium (Zamoscik et al., 2017, s.95). Selv om medikamentell behandling ikke er førstevalg, avdekker Zamoscik et al (2017, s.95) at

sykepleierne opplevde følelsesmessig og fysisk utmattelse på grunn av høyt stressnivå, stor arbeidsbelastning og sporadiske skader relaterte til omsorg for deliriske pasienter. Administrering av legemidler til deliriske pasienter praktiseres ofte for å ivareta pasientsikkerheten, og noen ganger for å unngå å forholde seg til pasientenes psykologiske behov (Zamoscik et al., 2017, s.95). Sykepleiernes beslutninger om å øke sedasjonen hos hyperaktive pasienter også kan skyldes mangel på tid å tilbringe med pasienter, og fra deres lave toleranse for opphisset oppførsel (Zamoscik et al., 2017, s.97).

En av tiltakene som sykepleierne kan ivareta til forebygging av delirium er behandling av underliggende sykdom eller smerte. Vassbø & Eilertsen (2011, s. 136) skriver om smertelindring som en høyt prioritert oppgave for å dempe uro og å hindre pasienter i å påføre seg selv komplikasjoner etter operasjon etter et beinbrudd på ortopedisk avdeling. Selv om smertelindring ikke hadde som mål å redusere omfanget av eller forebygge utvikling av delirium, var sykepleierne gjennomgående opptatt av å hindre negative konsekvenser av smerter (Vassbø, 2011, s.136). Sykepleierne i Vassbø (2011, s.136) sin studie framhever at søvn og ro er forebyggende, og at smertelindring derfor er et viktig tiltak.

4.2 SYSTEMATISK OBSERVASJON

Artikkelen Vassbø & Eilertsen (2011) hevder at tilstedeværelse er viktig i møte med pasienter med delirium. En skal bli med pasienten over tid for å observere endringer i bevissthetsnivå. I flere studier kommer det frem at sykepleiere opplever at mangel på tid gjør det vanskelig å være til stede hos pasienten. En av sykepleierne sa følgende:

«Jeg synes det er så vanskelig å gi tid, for vi er så lite personell, og det er så mange som trenger det. Det synes jeg er et problem. Du får nesten ikke tid til å få observert noen ganger, fordi det ringer fem andre klokker» (Vassbø & Eilertsen 2011, s. 134).

En annen utfordring sykepleiere gir uttrykk for, er å vite om den vanlige mentale statusen til pasienten (Vassbø & Eilertsen 2011, s. 134) når helsepersonell ikke kjenner pasienten godt nok og hvis familien til pasienten ikke er tistede (Maclulich et al., 2019, s. 33). Studien til Shonnop et al. (2022, s.) viser at familiemedlemmer var de som først oppdaget at pasienten hadde ny forvirring eller endret mental status (Shonnop et al., 2022, s. 4). Det kan hjelpe til å ha et utgangspunkt for videre observasjoner.

Sykepleierne ønsker mer kunnskap om identifisering av delirium, spesielt hypoaktivt delirium og delirium hos pasienter med underliggende demens (Emme 2020, s.2850). I studien til Wong

et al. (2018, s.882.), bemerket deltakerne utfordringer med å skille alvorlig demens fra delirium, spesielt når pasientene har afasi. Noen deltakere opplevde at det var vanskelig å skille demens fra delirium, selv om en demens diagnose var dokumentert (Wong et al. 2018, s.882) Det som gjør identifisering av delirium vanskelig er at sykepleiernes oppfatninger, vurderinger og beslutninger preges av en forståelse av at sykdom og mental svikt er en del av den normale aldringen (Vassbø & Eilertsen, 2011, s.138). Vanskeligheter med å skille delirium fra demens var et gjennomgående tema i alle grupper i studien til Wong (2018, s.882).

4.2.1 BRUK AV KARTLEGGINGSVERKTØY

I studien til Wong et al. (2018, s.883) opplevde deltakerne at de mangler formell opplæring til å bruke CAM. En av ulempene med CAM var at ja/nei-svarene var begrensende og sykepleierne foretrakk skriftlige observasjoner slik at de på neste vakt kunne referere til dem (Wong, 2018, s. 883). En beskrivelse av mental status ble ikke rutinemessig overført ved vakskeft, som gjorde den kognitive statusen i utgangspunktet vanskelig å bestemme, spesielt for sykepleiere i nattskift (Wong et al., 2018, s. 883).

I hver fokusgruppe klarte ikke deltakerne å huske de fire vurderingskriterier til CAM selv om de benyttet den på en daglig basis. Det kom frem at sykepleiere generelt fullfører CAM på slutten av sin vakt, basert på sin hukommelse og refleksjoner (Wong et al., 2018, s. 883).

Noen deltakere mente at CAM ikke kunne hjelpe dem å gjenkjenne delirium, og foretrakk klinisk vurdering (Wong et al., 2018, s. 883).

Oppsummert viser analyserte studier at sykepleierne mangler motivasjon til å benytte kartleggingsverktøy. Studien til van de Steeg et al. (2014, s. 815) viser til at sykepleierne mener at utfylling av et registreringsskjema går på bekostning av pasientomsorg (van de Steeg, 2014, s.815). Manglende forståelse av fordelene og formål med kartlegging har påvirkning på motivasjonen til å benytte kartleggingsverktøyene (van de Steeg, 2014, s. 813). I studien til Wong (2017, s. 883) fremkommer det at noen deltakere misforstår formålet med CAM, der de mener at den skal brukes til å avsløre den underliggende årsaken til delirium. Legene og lederne mente at sykepleiere bør bli ordentlig informerte om fordelene med risikokartlegging for å bli motiverte til å utføre den (van de Steeg, 2014, s. 815).

Flere studier viser til lite bruk av kartleggingsverktøyene. Sykepleierne i studien til Emme (2020, s.2854) nevner at det var vanskelig å forholde seg til og anvende de mange hjelpemidlene, noe som hindret deres bruk av retningslinjer. De fleste sykepleierne i Emme sin

studie (2020, s.2855) oppga at CAM ble brukt som kartleggingsverktøy i identifisering av delirium, men kunnskapen om verktøyet varierte.

Tidspress ved bruk av kartleggingsverktøyene istedenfor sine egne observasjoner ble også nevnt i studien til Emme (2020, s. 2860), der 44 % av sykepleierne svarte at mangel på tid og arbeidsbelastning hindret deres mulighet til å bruke retningslinjer.

“My experience is that nurses are quick to say: ‘Oh, not more[registration]’ because it always comes at the expense of patient care. And of course it is a lot they have to do, filling in all these forms.” (van de Steeg, 2014, s.815).

4AT kan være et nyttig kartleggingsverktøy, som kan gi rask kartlegging av delirium i en travel hverdag hvor fart og effektivitet er viktig (MacLulich et al., 2019, s. 67). Funn fra studiene til MacLulich et al. (2019, s. 64) viser at 4AT har rimelig sensitivitet (76%) og høy spesifisitet (95%). CAM viste sensitivitet på 40 %, som er lavere enn 4AT. Spesifisiteten til CAM var nær 100 %. Likevel, konkludere studien til at ingen verktøy kan gi perfekt ytelse, spesielt i tilfellet med delirium, en tilstand med varierende symptomer. 4AT og lignende verktøyer for å kartlegge delirium kan ikke betraktes som et diagnostisk verktøy, men kan brukes for å samle viktig informasjon som kan brukes av legen for å ta en avgjørelse om diagnosen (MacLulich et al., s. 67).

4.3 SYKEPLEIERES ANSVAR OG FUNKSJON

Delirium er ofte oversett og ikke diagnostisert på grunn av at medisinsk behandling for underliggende sykdom har vært i fokus i følge Emme (2020, s.2857). Tre av de analyserte studiene viser at det kan være uklart hvem har ansvar til å identifisere delirium (MacLulich et al. 2019; Emme, 2020; Shonnop et al., 2022).

I studien til Shonnop et al. (2022, s.4) mente deltakere at helsepersonell ideelt sett burde spille en rolle i å oppdage delirium i akuttmottaket. Likevel fremkommer det i artikkelen at sykepleiere har en nøkkelrolle i å vurdere kognitiv funksjon hos eldre pasienter, siden de bruker mer tid med pasienten (2022, s. 4). Leger mener ofte at identifisering av delirium er sykepleiers ansvar og bare vil ha fokus på farmakologisk behandling (Emme, 2020, s.2857). I studien til MacLulich et al. (2019, s. 81) opplyser sykepleierne at de har ansvaret for kartlegging av delirium, men ikke for å generere en formell diagnose.

Wong et al., (2018, s. 883) trekker i sin studie også frem at det kan bli ukomfortabel for sykepleierne å konkludere at pasienten har delirium ifølge CAM, siden diagnostisering er legen sin oppgave. I studiene til Zamoscik et al. (2017, s. 97) opplyser sykepleierne at en av fordelene

til CAM-ICU er at den hjelper til å vurdere pasientens kognitive funksjon, og gir troverdighet til delirium diagnose, og øker deres selvtillit når de kommuniserer med legen.

4.3.1 TVERRFAGLIG SAMARBEID

Emme (2020, s.2857) viser til vanskeligheter i kommunikasjon mellom sykepleiere og leger. Leger manglet hele bilde av pasientsituasjon ifølge studien. Sykepleiere ønsket å ha bedre kommunikasjon med legene (Emme, 2020, s.2857). Ifølge studien til Wong et al. 2018 er en god kommunikasjon mellom sykepleiere og leger en forutsetning for å gi best mulig helsehjelp. God kommunikasjon mellom sykepleierne er like viktig. For eksempel, ved overføring av ansvarlighet ved vaktskifte bør en inkludere en beskrivelse av mental status for å gi et utgangspunkt for sammenligning (Wong, 2018, s.884).

5.0 DISKUSJON

5.1 METODEDISKUSJON

En av styrkene i oppgaven er at vi benyttet flere databaser i søkeprosessen som ga oss mulighet til å undersøke forskjellige artiklene fra forskjellige land.

I oppgaven benyttet vi 6 kvalitative artikler og 1 artikkel med kombinert metode for å svare på problemstillingen. Artikkelen med kombinert metode har godt innhold og der er det klart atskilt mellom kvalitativ og kvantitativ metode. Kvalitative studiene som vi analyserte bygger på intervju, gruppediskusjon eller fokusgruppeintervju. Det ga oss dybdekunnskap innenfor temaet og mulighet til å undersøke erfaringer og opplevelser til sykepleierne i møte med pasienter med delirium. Med hjelp av kvalitative artikler har vi fått en dypere forståelse av utfordringer knyttet til identifisering av delirium. Vi mener at å velge kvalitativ tilnærming kan ses på som en styrke for vår oppgave.

Utvalgte artikler er fagfellevurderte, skrevet av kvalifiserte forskere og fulgte IMRAD (Introduction, Method, Results and Discussion) struktur. Deltakerne har gitt samtykke for deltagelse i studiene og opplysningene ble anonymiserte. Det gir oss sikkerhet at artiklene er vitenskapelig holdbare, og at etiske forhold blir ivaretatt.

Litterær oppgave har vært en god metode for å belyse oppgavens problemstilling. Det har vært tidkrevende å analysere 7 vitenskapelige artikler, men det ga oss bred kunnskap og forskjellige

synspunkter. Vi ble kjent med synspunkter om delirium fra sykepleierne i intensiv, ortopedisk, kirurgisk avdeling og akuttmottak. Selv om studiene ble gjennomførte i forskjellige avdelinger, kunne vi se at innholdet i utvalgte forskningsartikler sammenfaller i stor grad, noe som ga oss mulighet til å trekke felles konklusjoner. Det gir oss en trygghet om at studiene er godt egnet til å besvare oppgavens hensikt. Vi mener at de utvalgte artiklene er relevante for å få et helhetsbilde av sykepleier sin rolle i identifisering av delirium. Samtidig er svakheten med litteraturbasert metode at man eliminerer annen forskning som kunne vært relevant for oppgaven ved å velge et begrenset antall artikler.

De utvalgte studiene ble utført i Canada, Nederland, UK, Norge og Danmark. Disse landene er definert som industriland, og har helsetjenester av høy kvalitet. Kulturen og etableringen av helsevesenet der skiller seg ikke i stor grad fra den norske, derfor er forskningsstudier fra disse landene relevant for vår oppgave.

I søkeprosessen erfarte vi at det ikke finnes så mye kvalitativ forskning på dette feltet. I utgangspunktet valgte vi bare å inkludere artikler som ikke er eldre enn 10 år. Likevel fant vi 1 artikkel fra 2011 som gir relevante og utdypende svar på vår problemstilling, og innhold er aktuelt for nåværende tidspunkt. Derfor valgte vi å inkludere den i oppgaven.

I utgangspunktet valgte vi artiklene som er skrevet i et sykepleiefaglig perspektiv. 3 av artiklene inkluderte perspektivet til legen og andre yrkesgrupper i tillegg til sykepleieperspektiv. Studien til Schonnop et al. (2022) ser fra legen og sykepleier sitt perspektiv. Studien til van de Steeg et al. (2014) omhandler i tillegg perspektivet til leger og helserådgivere. Helserådgiverne i artikkelen har ansvar for retningslinjer for bruk av kartleggingsverktøy i identifisering av delirium. I studien til MacLullic (2019) har sykepleiere, leger, fysioterapeuter og ergoterapeuter deltatt i studien i tillegg til sykepleiere. Likevel mener vi at det er viktig for vår oppgave å inkludere disse artiklene siden de gir oss innsikt i sykepleier sin rolle i tverrfaglig samarbeid. Perspektivet til sykepleiere og andre yrkesgrupper er tydelig atskilt.

6 av 7 artikler er skrevet på Engelsk. Det kan være en svakhet i oppgaven da det tok lang tid å oversette, og kan medføre mistolking.

En annen svakhet i oppgaven er at vi kun inkluderte 2 kartleggingsverktøy. Det finnes mange kartleggingsverktøy for identifisering av delirium, men vi kunne ikke omtale alle grunnet omfanget av oppgaven og tidsrammen vi har for rådighet.

5.2 RESULTATDISKUSJON

5.2.1 FERDIGHETER OG KUNNSKAPER

Delirium er et vanlig og alvorlig problem, og eldre pasienter innlagt på sykehus er spesielt utsatte for den (Emme, 2020, s.2850). Dessverre er det antatt at delirium ofte er underrapportert (Zamoscik et al., 2017, s.95). Flere av studiene kom til konklusjon at grunn til underrapportert delirium kan være manglende kunnskap, tid og motivasjon for bruk av retningslinjer (van de Steeg, s.815). Sykepleierne i Emme sin studie (2020, s.2854) rapporterte at det var vanskelig å forholde seg til og anvende de mange hjelpemidlene. I sin studie viser Emme (2020, s.2855) til at sykepleiernes kunnskap om delirium, deres kvalifikasjoner, holdninger, følelser, ansvarsfølelse og opplevelse av mening påvirket bruk av retningslinjer. Ifølge de yrkesetiske retningslinjene i punkt 1.4, innebærer sykepleiers funksjon et ansvar om å være faglig oppdatert og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2019). For å kvalitetssikre faglig forsvarlig sykepleieutøvelse anbefales det at avdelingen lager prosedyrer eller protokoller for å forebygge og behandle tilstanden (Stubberud et al., 2016, s.434).

Viktigheten med tidlig identifisering av delirium er at helsepersonell kan komme i gang med helsefremmende tiltak. En pasient med delirium i forløpet etter en operasjon er beskrevet i pensumboken «Geriatrisk sykepleie». Hun beskriver det som meget skremmende og hun fikk angstplager i etterkant og hadde nytte av psykologhjelp for å bearbeide opplevelsen (Kirkevold et al., 2020, s. 467). Tilstandens alvorlighet og pasientens opplevelse er ofte undervurdert. I tillegg til forlenget behandling, sykehusinnleggelse med økt dødelighet, høyere intubasjons hastigheter og utvidet intensiv behandling (Zamoscik et al., 2017, s.95), er delirium svært belastende for pasientens mentale og fysiske helse.

Pasienter med delirium har redusert evne til å ta vare på seg selv (Vassbø & Eilertsen, 2011, s.130). Derfor er det viktig å identifisere tilstanden i tidlig fase og begynne med forebyggende tiltak, for å ivareta pasientenes grunnleggende behov. Vi har vært i pasientsituasjoner der pasientene har hatt delirium og ikke var ivaretatt av helsepersonell grunnet manglende ressurser, kunnskaper og tidspress. En eldre pasient dro ut en venekanylene, vannlattet i vasken på tomannsrom, var våken om nettene og gikk i gangene alene med risiko for fall. Delirium kan medføre komplikasjoner og funksjonsnedsettelse som kan true pasientens kroppslig integritet. Tilstanden fører til redusert egenomsorgsevne og økt hjelpebehov. Den kan oppleves krenkende og true verdigheten og den personlige integriteten (Kirkevold et al., 2020, s. 467). Med tidlig

identifisering, kan man begynne tidlig behandling, gi pasienten trygghet og sette fokus på ivaretagelse til pasientenes grunnleggende behov, som tilstrekkelig søvn, ernæring og eliminasjon. Trygghet var et begrep sykepleierne ofte brukte i Vassbø & Eilertsen sin studie (2011, s.136). Sykepleier kan skape trygghet med rolig fremferd overfor pasientene (Vassbø, 2011, s.136). Bevissthet omkring egen innvirkning i å skape et trygt miljø, rolig tempo og avslappende holdning for å skjerme pasienten fra sykepleiernes hverdagens hektiske tempo, ble påpekt som viktig av Vassbø (2011, s.136). Resultatene i studien til Vassbø (2011, s. 139) synliggjorde manglende faglig bevissthet knyttet til delirium, noe som førte til fravær av systematisk forebygging. Hensynet til Eldres behov for saktere tempo og sykepleiernes tilstedeværelse hos pasienten, synes ikke å være prioritert. Identifisering og behandling av delirium krever oppmerksomt nærvær og nærhet til pasienten (Vassbø, 2011, S.139). En konsekvens av å ignorere forebygging av delirium kan medføre økt behov for pleieressurser (Vassbø, 2011, s.139).

Bevis tyder på at en tredel av delirium episoder på sykehus kan forebygges gjennom ikke-farmakologisk forebygging og bør derfor være hovedprioritet (Emme, 2020, s. 2850). De første tiltakene for å håndtere delirium inkluderer identifisering og korreksjon av organiske underliggende årsaker som hypoksi, smerte eller infeksjon, samt rasjonalisering av legemidler for å unngå polyfarmasi (Zamoscic et al., 2017, s.95). De fleste studier tyder på at tilstrekkelig behandlet smerte minsker risiko for delirium (Wong et al., 2018, s.885).

5.2.3. SYSTEMATISK OBSERVASJON

Som tidligere beskrevet i teori kapittelet, understreker Nightingale viktigheten av observasjoner i sykepleieutøvelse. Observasjoner danner grunnlag for datasamling og kliniske vurderinger, som er avgjørende for valg av handlingsalternativ. Spesielt er det viktig å fange opp forandringer når de er under utvikling (Elstad, 2014, s. 24). I identifiseringen av delirium er det spesielt viktig å fange opp endringer av kognitiv tilstand tidlig, noe som kan bli avgjørende for iverksetting av tidlig behandling. I studien til Vassbø & Eilertsen (2011, s. 134) understreker sykepleiere viktigheten av tilstedeværelse for å utføre systematiske observasjoner og for å utføre sine lovpålagte oppgaver. Likevel gir de uttrykk for at mangel på tid gjør det vanskelig for dem å kunne gjøre observasjoner og ivareta grunnleggende behov til pasienter med delirium (Vassbø & Eilertsen, s. 134). Det blir heller ikke utført observasjoner av endringer i bevissthetsnivå hos pasienter under innleggelse (Vassbø & Eilertsen, s. 135). Erfarne

sykepleiere i studien til Emme et al. (2020, s. 2855), gir uttrykk for at de stoler mer på sin erfaringsbaserte observasjonskompetanse enn på retningslinjer og kartleggingsverktøy.

Funn fra analyserte studier viser at sykepleierne har vanskeligheter med å skille delirium fra demens eller depresjon (Emme 2020, s.2850; Wong et al., 2018, s. 882). I studien til Wong et al. (2018, s.882.), bemerket deltakerne utfordringer med å skille alvorlig demens fra delirium, spesielt når pasienten har afasi. Det som gjør identifisering av delirium vanskelig er at sykepleiernes oppfatninger, vurderinger og beslutninger preges av en forståelse av at sykdom og mental svikt er en del av den normale aldringen (Vassbø & Eilertsen, 2011, s.138).

Wyller (2020, s. 303) påpeker at en trenger å innhente opplysninger om pasientens vanlige kognitive tilstand fra noen som kjenner pasienten godt. I flere studier fremkommer det at sykepleiere ikke har utgangspunkt for å vurdere kognitiv funksjon til pasienten. Studien til Wong et al. (2018, s 883) viser til at grunnen kan være at en beskrivelse av mental status ikke ble rutinemessig og tilstrekkelig overført ved vaktskift. Sykepleierobservasjoner innebærer å gå i direkte kontakt ikke bare med pasienten, men også med de nærmeste (Elstad, 2014, s. 26). Ifølge yrkesetiske retningslinjer, skal sykepleieren samhandle med pårørende og behandle deres opplysninger med fortrolighet (Norsk sykepleierforbund, 2019). Pårørende kan være en viktig ressurs og kan opplyse om den vanlige kognitive tilstanden, og på den måten bidra til tidlig identifisering av delirium (Shonnop et al., 2022, s. 4).

Sykepleierens sekundærforebyggende funksjon innebærer å tidlig identifisere tegn på, og iverksette tiltak for å forebygge reell eller potensiell helsesvikt (Nortvedt. P. & Grønseth R., 2016, s. 22). Selv om kartleggingsverktøy kan være et godt hjelpemiddel for tidlig oppdagelse av delirium, viser resultatene fra analyserte studiene at det kan være komplisert å anvende det i praksis. For eksempel, i studien til Wong et al. (2018, s. 883) opplevde deltakere at de mangler formell opplæring til å bruke CAM. En av ulempene med CAM var at ja/nei-svarene var begrensende (Wong, 2018, s. 883). Analyserte studier viser at sykepleierne mangler motivasjon til å benytte kartleggingsverktøy. Sykepleierne foretrekker å bruke sine egne observasjoner og utfyllende beskrivelse av delirium enn å begrense det til å fylle ut skjema rutinemessig. En av årsakene til manglende motivasjon er at sykepleierne misforstår formålet med kartleggingsverktøy. I studien til Wong et al. (2018, s. 833) opplyser for eksempel sykepleierne at de ikke har motivasjon til å bruke CAM. De mener at den ikke hjelper til å avsløre den

underliggende årsaken til delirium. Likevel opplever noen sykepleiere at kartleggingsverktøy kan gi troverdighet i samtale med legen og til dokumentasjon (Zamoscic et al., 2017, s. 97; Wong et al., 2018, s. 883). Både CAM og 4AT er et godt etablert skjema som har vist seg gyldig når det gjelder å fange opp delirium (Helsedirektoratet, 2019). Studien til MacLulich et al., (2019, s. 67) viser at 4AT kan være et nyttig kartleggingsverktøy, som kan gi rask kartlegging av delirium i en travel hverdag hvor effektivitet er viktig. Studien konkluderer med at ingen verktøy er perfekte i tilfellet med delirium. 4AT og CAM kan ikke betraktes som et diagnostisk verktøy, men kan brukes for å samle viktig informasjon som kan brukes av legen for å ta en avgjørelse om diagnosen (MacLulich et al.,; s. 67).

5.2.3 SYKEPLEIERES ANSVAR OG FUNKSJON

Sykepleiere har en sentral rolle i å identifisere, forebygge og håndtere delirium (Emme, 2020, s.2849).

Sykepleierne opplever at det kan være uklart hvem som er ansvarlige i å identifisere delirium (MacLulich et al. 2019; Emme, 2020; Shonnop et al., 2022). Ifølge Ranhoff (2020, s. 462) er det legen sitt ansvar å stille diagnose. Men legen har pasientkontakt i korte perioder, og er derfor avhengig av sykepleierens observasjoner for å stille diagnosen delirium (Ranhoff, 2020, s. 462). Sykepleierne har en nøkkelrolle i å vurdere kognitiv funksjon hos eldre pasienter. De bruker mer tid med pasienten og har mulighet til å observere endringer i kognitiv tilstand (Shonnop et al., 2022, s. 4). Det er sykepleiers ansvar å rapportere sine observasjoner til legen, slik at legen kan sette i gang diagnostiske tiltak for å kartlegge årsakene (Kirkevold et al., 2020, s. 467). Derfor er det viktig at sykepleierne har god kunnskap til å observere og vurdere hvilke symptomer som er nødvendig å rapportere til legen (Kristoffersen et al., 2021, s. 186).

Det er legen sitt ansvar å ta beslutninger i undersøkelse og behandling av delirium. Sykepleier sitt ansvar er å samarbeide med legen og annet helsepersonell for at en diagnostisering av delirium skal finne sted (Helsepersonelloven, 1999, § 4).

Ifølge helsepersonelloven § 39 (1999), har sykepleier plikt til å dokumentere. Sykepleierne opplever at CAM kan gi kredibilitet i dokumentasjon av kognitiv tilstand og i samtale med legen. Funn fra studiene til Wong et al., (2018, s. 883) viser at sykepleierne foretrekker en mer utfyllende beskrivelse av mental status og understreker viktigheten av rutinemessig overføring av det ved vaksift, slik at sykepleier i neste vakt kan ha et utgangspunkt for sammenligning.

En av de viktigste oppgavene til sykepleier er å bidra til prioriteringer som skal ta utgangspunkt i behov for sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2019). Likevel kommer det frem i analyserte studier at delirium ikke blir prioritert, til tross for alvorligheten av tilstanden. Sykepleierne opplever at det er tidkrevende å anvende kartleggingsverktøy, og opplever at utfylling av kartleggingsskjema går på bekostning av pasientomsorg (van de Steeg et al., 2014, s. 815).

En av oppgavene til sykepleier er å fremme tverrfaglig samarbeid (Norsk sykepleierforbund, 2019). For å identifisere og videre behandle delirium er det svært viktig med en god kommunikasjon mellom sykepleier og lege. Selv om det kan virke som helt normal praksis, er det ikke like lett å ha god kommunikasjon med leger angående delirium. I studien til Zamoscik et al., (2017, s. 96) kommer det frem at leger ikke ser delirium som et problem, noe som kan føre til forverring av pasientenes agitasjon. Emme nevner det samme problemet i sin studie (2020, s.2857), der sykepleierne uttrykte at samarbeidet mellom leger og sykepleiere kan være vanskelig og at leger kun fokuserte på farmakologisk behandling (Emme, 2020, s. 2857). En god måte å kunne kommunisere bedre med leger på er å tydelig indikere risikoen eller symptomene som er identifisert ved å bruke kartleggingsverktøy (van de Steeg et al., 2014, s.817). Som nevnt i teoridelen kan ISBAR være et nyttig verktøy som kan bidra til bedre kommunikasjon og informasjonsutveksling med leger.

For å kunne observere pasientens kognitive endringene, er det like viktig med god kommunikasjon mellom sykepleierne. Godt samarbeid og kommunikasjon mellom sykepleierne har en viktig rolle når det gjelder rapportering om pasientens tilstand og eventuelle endringer videre til neste vakt og når det gjelder å gi best mulig omsorg og behandling til pasient. Sykepleierne i Emme sin studie (2020, s.2857) brukte hverandre som sparringspartnere når de opplevde vanskeligheter med å hjelpe sine kollegaer med avlastning, for eksempel med en- til- en vakt til pasient. Det er ikke minst viktig å kommunisere sammen for å dele kunnskaper mellom sykepleierne, spesielt når det er sykepleierne i avdelingen som har videreutdanning i eldreomsorg.

I praksis på sykehus har vi opplevd eldre pasienter med delirium som har blitt forflyttet mellom avdelingene. Dette viser at kommunikasjon mellom avdelingene kunne vært bedre. En mulig årsak til dette kan være tidspress og en hektisk arbeidsdag. Overføringsrapport kan ha blitt sendt i etterkant, og pasienten kan allerede ha blitt plassert på et rom som er ikke tilpasset med tanke på skjerming. Det kan også forekomme at helsepersonell på de andre avdelingene ikke har

diagnostisert pasienten for delirium, som Emme (2020, s.2857) også har nevnt som et problem.

6.0 ANVENDELSE I PRAKSIS

Sykepleier har en viktig rolle i tidlig identifisering av delirium hos eldre pasienter. Funn fra studiene ga oss ny kunnskap og mulighet til å reflektere om hvordan vi som sykepleiere kan bidra til tidlig identifisering av delirium. Vi lærte at sykepleierne opplever utfordringer i tidlig oppdagelse av delirium, og det finnes behov for forbedringer i praksis. En av utfordringene som var nevnt er manglende kunnskap om delirium hos sykepleiere. Avdelingen har ansvar med å gi veiledning og opplæring til ansatte, samt ansvar med å implementere retningslinjer. Samtidig har sykepleiere et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert og bidra til at ny kunnskap implementeres i praksis (Helsedirektoratet, 2019, § 7b, 7c.).

Vi har kommet frem til noen forslag som kan bidra til å øke sykepleiernes kompetanse i området og i et bedre utgangspunkt for å ivareta sykepleiernes funksjon ved identifisering av delirium:

- På institusjon bør det implementeres fagutviklingsdager og veiledningsgrupper med fokus på delirium. Veiledningsgrupper gir rom for å reflektere over utfordrende situasjoner og gir mulighet til utveksling og deling av kunnskap som kan bidra til økt kompetanse.
- Kartleggings skjema for delirium skal være lett tilgjengelig, og sykepleierne bør gis opplæring i bruk av kartleggingsverktøy.
- Vi foreslår implementering av tydelige retningslinjer for risikokartlegging, identifisering og behandling av delirium i medisinske avdelinger på sykehus.
- Avdelingene kan utarbeide rutiner for strukturert kommunikasjon mellom helsepersonell. Alle må bli kjent med ISBAR kommunikasjonsverktøy, som kan bidra til økt pasientsikkerhet ved at helsepersonell kommuniserer mer strukturert, fokusert og konsist. Et godt og støttende arbeidsmiljø er en forutsetning for best mulig tverrfaglig samarbeid.
- Det bør utarbeides gode, systematiske dokumentasjonsrutiner i medisinske avdelinger som skal bidra til å oppdage endringer i pasientens kognitive tilstand.

LITTERATUR

1. Berg, G.V., Watne, L.O. & Gjevjon E. R. (2016). Ny screening gir sikrere diagnose. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/delirium-screening>
2. Dalland O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
3. Den norske legeforening. (2022). Tester og registreringskjemaer. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-geriatri/fag/tester-og-registreringskjemaer/>
4. Emme, C. (2020). "It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent": A qualitative study on hospital nurses' experience of delirium guidelines. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 2849–2862. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
5. Elstad, I. (2014). *Sjukepleietenking* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
6. Evensen, S., Forr, T., Al- Fattal, A., Groot, D. C., Lønne, G., Gjevjon, E. R., Berg, G. V., Bergh, S. (2016). Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 299-300.
7. Friberg F. (2017). *Dags för uppsats* (3. utg.). Lund: Studentlitteratur AB.
8. Helsedirektoratet. (2019, mai). *Delirium*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/delirium>
9. Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64). Lovdata. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
10. Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv – ny forståelse: Sykepleierens kjerne; verdier, intensjon og handling*. (1 utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.
11. Kirkevold M., Brodtkorb K. & Hysten A.R. (2020) *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten* (3.utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
12. Kristoffersen, N. J., Steindal S. A., Grimsbø G. H., Skaug E. A. (Red.), (2021). *Grunnleggende sykepleie 1 : fag og profesjon* (4.utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
13. MacLulich, A. M. J., Shenkin, S. D., Goodacre, S., Godfrey, M., Hanley, J., Stiobhairt, A., Lavender, E., Boyd, J., Stephen, J., Weir, C., MacRaid, A., Steven, J., Black, P.,

- Diernberger, K., Hall, P., Tiegges, Z., Fox, C., Anand, A., Young, J., ... Gray, A. (2019). The 4 'A's test for detecting delirium in acute medical patients: a diagnostic accuracy study. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 23(40), 1–194.
<https://doi.org/10.3310/hta23400>
14. Moi, E. B., Söderhamn, U., Marthinsen, G. N., & Flateland, S. M. (2019). Verktøyet ISBAR fører til bevisst og strukturert kommunikasjon for helsepersonell. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 74699, e–74699.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.74699>
15. Neerland, B. E., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 133(15), 1596–1600.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1327>
16. Norsk sykepleierforbund. (2019). Yrkesetiske retningslinjer. Hentet fra
<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>
17. Nortvedt, P. & Grønseth R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. D. G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie Bind 1* (5.utg., s. 17- 37). Oslo: Gyldendal Akademisk.
18. Sandvik Reidun K.N.M., & Eide, L. S. P. (2020). Smertekartlegging kan forebygge delirium hos eldre. *Sykepleien forskning (Oslo)*, 80661, e–80661.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80661>
19. Schonnop R., Dainty, K. N., McLeod, S. L., Melady, D., & Lee, J. S. (2022). Understanding why delirium is often missed in older emergency department patients: a qualitative descriptive study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 24(8), 820–831.
<https://doi.org/10.1007/s43678-022-00371-4>
20. Stubberud, D.G., Grønseth, R. & Almås, H., (Red.). (2016). *Klinisk sykepleie 1* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
21. Van de Steeg, L., Langelaan, M., Ijkema, R., Nugus, P., & Wagner, C. (2014). Improving delirium care for hospitalized older patients. A qualitative study identifying barriers to guideline adherence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(6), 813–819.
<https://doi.org/10.1111/jep.12229>

22. Vassbø T., & Eilertsen, G. (2011). Uro og uklarhet – Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd. *Nordisk sygeplejeforskning*, 1(2), 129–142.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2011-02-06>
23. Wong, E. K.- C., Lee, J. Y., Surendran, A. S., Nair, K., Della Maestra, N., Migliarini, M., St. Onge, J. A., & Patterson, C. J. (2018). Nursing perspectives on the confusion assessment method: a qualitative focus group study. *Age and Ageing*, 47(6), 880–886.
<https://doi.org/10.1093/ageing/afy107>
24. Wyller, T. B. (2020). *Geriatrici. En medisinsk lærebok*. (3 utg). Oslo: Gyldendal.
25. Zamoscik, K., Godbold, R., & Freeman, P. (2017). Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care. *Intensive & Critical Care Nursing*, 40, 94–100.
<https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.01.003>

VEDLEGG 1 4 AT test (Berg et al., 2016).



Screening for delirium
og
kognitiv svikt

Pasientens navn: _____ (etikett)

Fødselsdato: _____

Pasientnummer: _____

Dato: _____ Tidspunkt: _____

Testen er utført av: _____

[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvning ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvning < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormal(t)	4

[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller flere/ikke testbar	2

[3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember?"
Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgir 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom)	2

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon
(F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt

1-3: mulig kognitiv svikt

0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er ufullstendig)

4AT SKÅR



VEILEDNING

Versjon 1.2. Informasjon og nedlasting: www.the4AT.com

Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangs-vurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt for en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselsnedsettelse, dysfasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.

Årvåkenhet: Endret nivå av årvåkenhet er sannsynligvis delirium i en generell sykehus-setting. Hvis pasienten viser betydelig endret årvåkenhet ved undersøkelsen, sett skår 4 på dette punktet.

AMT4 (Forkortet mental vurdering - 4): Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett for 4AT. **Akutt endring eller fluktuerende tilstand:** Fluktuerende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuerende tilstand indikerer delirium. For å avdekke hallusinasjoner og/ eller paranoide tanker, spør pasienten spørsmål som: "Er du bekymret for hva som skjer her?"; "Er du redd for noe eller noen?"; "Har du sett eller hørt noe uvanlig?" 2011-2014 MacLellan, Ryan, Cash

VEDLEGG 2 CAM skjema (Watne, 2022).

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) KORTVERSJON

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

INTERVJUER:

DATO:

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

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

VEDLEGG 3 SØKELOGG

Søkedato	Database	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Antall valgte artikler
30.10.22	PubMed	qualitative AND delirium AND older	2010-2022	106	102	10	0
30.10.22	PubMed	nursing AND perspective AND delirium	2012-2022	80	55	25	1
30.10.22	PubMed	nurses AND experience AND delirium	2012-2022	189	156	16	1
30.10.22	Oria	qualitative AND delirium AND older	Fagfellovderte tidsskrift; 2012-2022	233	129	21	3
30.10.22	Oria	nurses AND experience AND delirium	Fagfellovderte tidsskrift; 2012-2022	395	150	26	1
30.10.22	Oria	sykepleier OG erfaring OG delirium	Fagfellovderte tidsskrift 2010-2022	1	1	1	1
30.10.22	Oria	nursing AND prespective AND delirium	Fagfellovderte tidsskrift; 2012-2022	264	200	25	0
30.10.22	Oria	kvalitative OG delirium OG eldre	Fagfellovderte tidsskrift; 2012-2022	1	1	1	0
30.10.22	Oria	sykepleie OG perspektiv OG delirium	-	0	0	0	0

VEDLEGG 4 LITTERATURMATRISE

Forfatter(e) Årstall Tidsskrift Land	Artikkel- tittel	Hensikten med studien	Perspektiv(sykepleier/ pasient/ pårørende)	Metode og analyse	Utvalg/ populasjon	Hovedfunn/ resultater
Vassbø, T. K.; Eilertsen, G. 2011 Norge	Uro og uklarhet – Sykepleieres erfaringer med delirium i møte med gamle med brudd	Hensikten med studien er å undersøke sykepleieres erfaringer med delirium hos eldre pasienter fra ortopedisk avdeling	-Sykepleier	-Kvalitativ, deskriptiv tilnærming - Fokusgruppeintervju u. Sykepleierne utgjorde trefokusgrupper med henholdsvis fire, fem og seks deltakere.	15 sykepleiere fra 2 ortopediske avdelinger. Erfaringer med pasienter med delirium varierte fra fire måneder til 14 år blant deltakerne.	Uklarhet og begrenset handlingsrom i preoperative fasen øker risiko for delirium hos pasienter. Det manglet systematisk datasamling og observasjon av endringer i bevissthetsnivå hos pasienter som er utsatt for delirium.
Wong EK, Lee JY, Surendran AS, Nair K, Della Maestra N, Migliarini M, St Onge JA, Patterson CJ Age Aging 2018 Canada	Nursing perspectives on the confusion assessment method: a qualitative focus group study	Hensikt med studien er å se på bruk av CAM kartleggingsverktøy fra sykepleier perspektiv	-Sykepleier	-Kvalitativ tilnærming - Fokusgruppeintervju u Sykepleierne utgjorde 8 fokusgrupper. Fire til åtte sykepleiere deltatt i hver fokusgruppe.	43 sykepleiere fra to forskjellige universitetssykehus i Canada, med et gjennomsnitt på 12,8 års klinisk erfaring var med på studien.	Sykepleierne hadde forskjellige følelser til å bruke CAM kartleggingsverktøy. Til tross for utbredt bruk, ble CAM dårlig forstått av sykepleierne og er vanskelig å anvende i praksis
Zamoscik, K.; Godbold, R.; Freeman, P. 2017 UK	Intensive care nurses' experiences and perceptions of delirium and delirium care	Hensikt med studien er å utforske sykepleieres erfaringer og oppfatninger av delirium, screening og håndtering av delirium med bruk av Confusion Assessment Method på intensivavdeling.	-Sykepleier	-Kvalitativ tilnærming - Fokusgruppediskusjon - Tematisk analyse ble benyttet, da fleksibiliteten, teoretisk frihet og beskrivende karakter av denne metoden gjør den best egnet for studien.	12 sykepleiere fra medisinsk-kirurgisk intensivavdeling på 1 stort undervisningssykehus. Deltakere hadde erfaring som sykepleier fra to til tretten år, og ICU-erfaring mellom åtte måneder og ni år.	Det er gitt lav prioritet til delirium på intensivavdeling. CAM har både fordeler og ulemper når det blir anvendt i praksis
Emme, C. 2020 Journal of clinical nursing Denmark	It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent. A qualitative study on hospital nurses' experience of delirium guidelines	Hensikt med studien er å se på sykepleieres erfaringer med retningslinjer og barrierer som oppstår ved identifisering av delirium på sykehus. Fokus er på identifisering og ikke-farmakologisk forebygging og behandling.	-Sykepleier	-Kvalitativ, deskriptiv tilnærming - 4 fokusgruppeintervju - 6 individuell intervju - Kvalitativ innholdsanalyse	23 deltakere. Registrerte sykepleiere, overordnede sykepleiere og sykepleierveileder fra 4 avdelinger i 530-synges universitetssykehus deltatt i studien.	Manglende identifisering av delirium og mangel på forebyggende tiltak var fremtredende. I tillegg var det beslektede barrierer som mangel på kunnskap, mangel på mening, manglende prioritering, mangel på ressurser og arbeidsforhold, noe som førte til frustrasjon og motløshet hos sykepleierne.

Kandidatnummer 1538 og 1639

<p>Schonnop, R.; Dainty, K. N.; McLeod, S. L.; Melady, D.; Lee, J. S. 2022 Canadian journal of emergency medicine Canada</p>	<p>Understanding why delirium is often missed in older emergency department patients: a qualitative descriptive study</p>	<p>Hensikten med studien er å utforske hva oppfatninger helsepersonellet har om savnet oppdagelse av delirium hos eldre pasienter på akuttmottaket</p>	<p>-Sykepleier -Lege</p>	<p>-Kvalitativ, deskriptiv tilnærming -Semi-struc-tured fokusgruppeintervju - Tematisk dataanalyse</p>	<p>-26 deltakere fra 2 urbane tertiære akuttmottak. Sykepleiere og leger med minst 1 år erfaring i akuttmottak.</p>	<p>Det er fortsatt et grunnleggende kunnskapshull om hvorfor det konsekvent blir savnet. Det er et behov for akuttmottaket å identifisere klare teamroller for gjenkjenning av delirium, standardisere bruk av deliriums screenings verktøy, og prioritere delirium som et symptom på en akutt medisinsk nødsituasjon.</p>
<p>van de Steeg, L.; Langelaar, M.; Ijckema, R.; Nugus, P.; Wagner, C. Journal of evaluation in clinical practice 2014 Netherland</p>	<p>Improving delirium care for hospitalized older patients. A qualitative study identifying barriers to guideline adherence</p>	<p>Hensikt med studie en å se nærmere på barrierer som oppstår ved overholdelse av retningslinjer til identifisering av delirium hos eldre pasienter.</p>	<p>-Sykepleier -Leger -Helserådgiver</p>	<p>-Kvalitativ tilnærming -Åpen intervju Dataene ble analysert ved hjelp av temaanalyse</p>	<p>63 forskningsdeltakere. 28 sykepleiere, 18 leger og 17 helserådgivere som jobber på 19 sykehus i Nederland var med på studien.</p>	<p>Studien viste at de potensielle fordelene ved å følge en retningslinje, både for pasienter og for helsepersonell, må fremheves for å motivere sykepleiere. Ved utforming av nye retningslinjer må det tas hensyn til sykepleierens opplevelse av yrkesrollen og pasientbehandlingen.</p>
<p>MacLulich, A. M. J.; Shenkin, S. D.; Goodacre, S.; Godfrey, M.; Hanley, J.; Stiobhairt, A.; Lavender, E.; Boyd, J.; Stephen, J.; Weir, C.; MacRaid, A.; Steven, J.; Black, P.; Diernberger, K.; Hall, P.; Tiegas, Z.; Fox, C.; Anand, A.; Young, J.; Siddiqi, N.; Gray, A. Health technology assessment 2019 UK</p>	<p>The 4 'A's test for detecting delirium in acute medical patients: a diagnostic accuracy study</p>	<p>Hensikten til studien er å vurdere behov for videre utvikling av 4AT, og deretter teste ut diagnostisk nøyaktighet av verktøyet.</p>	<p>- Lege -Sykepleier -Ergoterapeut -Fysioterapeut</p>	<p>-Kvalitativ tilnærming (Intervju med 19 deltakere) -Grounded theory forskningsmetode for å analysere data -Kvantitativ tilnærming (undersøkelse med 2306 deltakere). Kvantitative data ble analysert ved bruk av R versjon 3.0.2 (2013; R Core Team, The R Foundation for Statistical Databehandling, Wien, Østerrike)</p>	<p>Leger, sykepleiere, ergoterapeuter og fysioterapeuter som har daglig kontakt med delirium deltok i studien. Studien har fokus på akutt syke eldre pasienter i alderen > 70 år</p>	<p>Helsepersonell manglet kunnskap om delirium og negative konsekvenser av delirium. Vanskelig å vite vanlig mental status til pasienten når de ikke kjenner han eller henne. CAM en vesentlig lavere sensitivitet og en noe høyere spesifisitet enn 4AT. Ytelsen til CAM kan bli påvirket av erfaring og kvalifikasjonsnivå. Studien konkluderte at 4AT et effektiv kartleggingsverktøy som kan gi rask deliriumvurdering, og har akseptabel diagnostisk nøyaktighet.</p>