



Tenk delirium

”Hvordan kan sykepleiere identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på medisinske avdelinger?”

Kandidatnummer: 809

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i Sykepleie

Antall ord: 9601

Dato: 16.04.18

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.18
Tittel: Tenk delirium	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>På bakgrunn av valgt tema for oppgaven ble følgende problemstilling formulert: ”<i>Hvordan kan sykepleiere identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på medisinske avdelinger?</i>”.</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>Det teoretiske rammeverket bygger på kunnskap om den eldre pasienten, medisinsk avdeling, delirium, identifisering, kartleggingsverktøy og forsvarlighetskravet. Deler av Florence Nightingale sin sykepleieteori vil bli anvendt i oppgaven som overordnet perspektiv for sykepleien, med fokus på sykepleieren som observatør.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>I denne oppgaven er litteraturstudie valgt som metode. For å besvare problemstillingen er det benyttet relevant fag- og forskningslitteratur. Artikkelsøkene er hovedsakelig gjort i databasen Cinhal. Aktuelle søkeord som ble benyttet er: <i>Delirium, Clinical assessment tools, Health screening, nurs*, screening, education, nursing staff og Aged, hospitalized.</i></p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>Drøftingsdelen tar for seg hvordan sykepleiere kan identifisere delirium gjennom å se på ulike tiltak og forbedringer. I kapittelet belyses viktigheten av sykepleiernes kunnskaper, ferdigheter og holdninger i forhold til delirium, i tillegg til bruk av systematisk vurdering av pasienten og kartleggingsverktøy i identifiseringen av delirium.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Sykepleiere har en sentral rolle i identifiseringen av delirium, men i følge fag- og forskningslitteratur er identifisering i dag en sykepleiefaglig utfordring. Altfor mange tilfeller blir ikke oppdaget. For å oppnå økt fokus på identifisering av tilstanden må sykepleierne få økt kunnskap og ferdighet om tilstanden.</p>	

(Totalt antall ord: 215)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.1.1	Oppgavens formål:	2
1.2	Problemstilling.....	2
1.3	Avgrensninger og presiseringer	2
1.4	Begrepsavklaring	3
1.5	Oppgavens disposisjon	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	5
2.1	Den eldre pasient	5
2.2	Medisinsk avdeling	6
2.3	Delirium.....	6
2.3.1	Årsak, predisponerende - og utløsende faktorer	7
2.3.2	Symptomer	7
2.3.3	Hyperaktivt og hypoaktivt delirium	8
2.4	Florence Nightingales sykepleieteori	8
2.5	Identifisering.....	9
2.6	Kartleggingsverktøy	9
2.6.1	CAM.....	10
2.6.2	4AT.....	10
2.7	Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp.....	10
3	Metode.....	12
3.1	Presentasjon av metode.....	12
3.2	Faglitteratur.....	12
3.3	Søkehistorikk	13
3.4	Kildekritikk.....	14
3.5	Etiske vurderinger.....	16
4	Presentasjon av forskningsresultater	17
4.1	Artikkelmatrise	17
5	Drøfting	20
5.1	Sykepleiefaglige utfordringer i møte med delirium.....	20
5.1.1	Avdelingens rammer	21
5.2	Kunnskaper og ferdigheter	22
5.3	Systematisk vurdering	25
5.3.1	Observasjon	26
5.3.2	Dokumentasjon.....	29
5.4	Kartleggingsverktøy	30
6	Avslutning	33
	Referanseliste	34
	Vedlegg 1	39
	Vedlegg 2	40

1 Innledning

Tema for oppgaven er delirium, med fokus på hvordan sykepleiere kan identifisere tilstanden blant eldre pasienter innlagt på medisinske avdelinger. Delirium er en akutt forvirringstilstand som kan opptre i forbindelse med akutt sykdom, skade eller som legemiddelbivirkning (Ranhoff, 2014). Det er en vanlig tilstand med forekomst opptil 50% blant eldre pasienter innlagt på sykehus (Ranhoff, 2015a). Til tross for at det er en vanlig tilstand blir delirium ofte oversett eller feildiagnostisert (Ranhoff, 2015a). Tilstanden kan ha alvorlige konsekvenser for pasienten, og er forbundet med funksjonssvikt, forlenget sykehusopphold, økt behov for sykehjems plass, risiko for utvikling av demens og økt dødelighet (Ranhoff, 2015a; Stubberud, 2015b). Disse konsekvensene kan gi økte kostnader for samfunnet (Ranhoff, 2015a).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Siden delirium kan føre til alvorlige konsekvenser for pasienten og økte kostnader for samfunnet, i tillegg til at tilstanden ofte blir oversett og feildiagnostisert av helsepersonell mener jeg at det er et relevant og nødvendig tema å studere. I oversiktsartikkelen til Neerland, Watne & Wyller (2013) kommer det frem at manglende identifisering av tilstanden kan skyldes lav kunnskap, mistolkning av delirium som demens eller depresjon, manglende erfaring i kognitiv vurdering og manglende kjennskap til pasientens premorbide kognitive funksjon. Ved å studere disse faktorene vil en kunne bidra til økt fokus på tilstanden som igjen kan bidra til at flere tilfeller av delirium blir identifisert.

Fokus på identifisering av delirium er av sykepleiefaglig relevans. Det er legens ansvar å diagnostisere, men legen er helt avhengig av sykepleierens observasjon og identifisering av tilstanden (Stubberud, 2015b). Sykepleiere har en svært sentral rolle fordi de har mye kontakt med pasientene døgnet rundt. Dette gjør at sykepleiere kan fange opp endringer som er karakteristiske for utviklingen av delirium. Tidlig intervensjon er viktig da det har betydning for pasientens rehabilitering (Stubberud, 2015b). Som sykepleier må en tørre å tenke at en pasient kan ha utviklet delirium.

Bakgrunnen for valg av tema er inspirert av min medisinske praksis der jeg møtte flere pasienter som utviklet delirium under innleggelsen. Her møtte jeg også pasienter som ikke

fikk diagnosen, men som jeg i senere tid, etter mer kunnskap, tenker at det var åpenbart at pasienten hadde utviklet delirium. Gjennom praksisen erfarte jeg at det tilsynelatende var lite fokus på å identifisere tilstanden. I tillegg var det ingen sykepleiere som brukte kartleggingsverktøy til å identifisere delirium. På dette tidspunktet hadde jeg lite kunnskaper om tilstanden, hvordan forebygge, identifisere og behandle. Denne praksisen ga meg en interesse for tilstanden, og jeg så viktigheten av tidlig identifisering slik at tiltak og behandling kunne bli iverksatt.

1.1.1 Oppgavens formål:

Målet med oppgaven er å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å identifisere delirium hos eldre pasienter gjennom å se på ulike tiltak og verktøy som kan benyttes.

1.2 Problemstilling

Med utgangspunkt i overstående er følgende problemstilling formulert:

Hvordan kan sykepleiere identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på medisinske avdelinger?

1.3 Avgrensninger og presiseringer

Oppgaven omhandler eldre pasienter over 65 år innlagt på medisinske avdelinger på sykehus. Forekomsten av delirium øker med økt alder og skrøpelighet (Stubberud, 2015a). En av risikofaktorene for å utvikle delirium er høy alder. I tillegg kan alderdom redusere personens evne til å mestre flere av stressfaktorene en kan oppleve ved akutt og kritisk sykdom (Stubberud, 2015a). På bakgrunn av dette vil målgruppen i denne oppgaven presentere en høy andel av pasienter som utvikler delirium.

I oppgaven vil det ikke bli skilt mellom pasienter som er kognitiv friske og de med en kjent kognitiv svekkelse. Dette fordi jeg anser det som like viktig å identifisere delirium hos begge gruppene. Det vil derimot bli drøftet om utfordringen med å skille mellom delirium, demens og depresjon. Pasientene i oppgaven skal være innlagt på sykehus grunnet en somatisk

sykdom. Det vil ikke bli tatt utgangspunkt i spesielle medisinske diagnoser, men delirium som et generelt problem. Det er valgt å fokusere på delirium relatert til somatisk sykdom, og ikke på delirium tremens som er utløst av rusmiddelpåvirkning. Fordi oppgaven handler om hvordan sykepleiere kan identifisere delirium velger jeg å ikke skille mellom delirium som er tilstede ved innleggelse i sykehus (prevalent), og delirium som utvikles under sykehusoppholdet (insident) (Ranhoff, 2015a). Tiltak for å identifisere delirium vil være likt enten pasienten har prevalent eller insident delirium. Det ville derimot vært mer aktuelt å skilt mellom disse typene dersom oppgaven omhandlet forebygging.

Konteksten for oppgaven er medisinske avdelinger på sykehus der eldre mennesker innlegges. På slike avdelinger vil en som sykepleier møte ulike pasienter med ulike somatiske sykdommer. Eldre pasienter med somatisk sykdom er spesielt utsatt for å utvikle delirium, og derfor er medisinske avdelinger en stor arena for deliriske pasienter. Sykepleiere på medisinske avdelinger har en nøkkelrolle i å identifisere delirium blant pasientene.

I oppgaven presenteres deler av Florence Nightingale sin sykepleieteori som overordnet perspektiv for sykepleien, med fokus på sykepleieren som observatør. Observasjon inngår som en sentral del av sykepleierens kartlegging av pasientene. Observasjon er en viktig forutsetning for å kunne identifisere delirium.

1.4 Begrepsavklaring

Aktuelle begreper for oppgaven har jeg valgt å forklare i teoridelen i kapittel 2.

1.5 Oppgavens disposisjon

I kapittel 1 presenteres oppgavens tema med begrunnelse for valg av tema, samt presentasjon av oppgavens problemstilling, hensikt, avgrensinger og presiseringer. I kapittel 2 beskrives oppgavens rammeverk. Oppgavens rammeverk inneholder teori om den eldre pasient, medisinske avdelinger, delirium, identifisering, kartleggingsverktøy og forsvarlighetskravet. I tillegg er det valgt å presentere deler av Florence Nightingale sin sykepleieteori. Videre beskrives metode, artiklenes søkehistorikk, kildekritikk og etiske vurderinger i kapittel 3. Kapittel 4 inneholder en artikkelmatrise med utvalgt forskningsartikler som er av betydning

for å svare på oppgavens problemstilling. I kapittel 5 drøftes forskning og annen litteratur for å besvare oppgavens problemstilling. Tilslutt oppsummeres oppgavens funn.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

Teori er en abstrakt forenkling av virkeligheten (Thomassen, referert i Thidemann, 2015, s. 59). Dalland (2017, s. 199) sier at teori og fagkunnskap er de ”brillene” en skal se materialet med. I kapittelet presenteres relevant teori om den eldre pasient, konteksten, delirium og deler av Florence Nightingale sin sykepleieteori, samt identifisering, kartleggingsverktøy og forsvarlighetskravet. Disse temaene vil være av betydning for oppgavens videre diskusjon.

2.1 Den eldre pasient

Ranhoff (2015b, s. 79) definerer den eldre pasienten som: ”et gammelt menneske som har ett eller flere helseproblemer som gjør at han eller hun kommer i kontakt med helsevesenet”. Den eldre pasienten strekker seg fra 60 til 100 år i følge verdens helse organisasjon (Ranhoff, 2015b). Fordi aldersspennet er så stort vil det være store individuelle forskjeller, og pasienter vil ha svært ulike ressurser og behov.

Aldring er en langsom prosess. Den pågår gjennom hele voksenlivet, men det er eldre som oftest merker konsekvensene av den. Den fysiologiske aldringsprosessen fører til endring av organenes bygning og funksjon, en svekket evne til opprettholdelse av et stabilt indre miljø (homøostasen), og til en redusert reservekapasitet (Wyller, 2014). Aldringsprosessen påvirker alle organene, som blant annet hjerne, hjerte, lunger, nyrer, lever, muskler og skjelett. Dette kan føre til at sykdommer oppstår lettere, raskere sykdomsutviklingen, og at sykdom oftere utvikler seg til å bli alvorlige tilstander (Kirkevold, 2015). En svært beskjeden påvirkning vil kunne være nok til å forårsake sykdom hos disse. Når eldre mennesker blir syke stammer ikke nødvendigvis symptomene fra det organsystemet som rammes av selve sykdommen, symptomene vil heller stamme fra det organsystemet med dårligst evne til å opprettholde homøostasen (Wyller, 2014). Delirium kan derfor være det eneste tegnet på akutt sykdom (Juliebø & Wyller, 2010).

Eldre pasienter utgjør i dag en stor andel av befolkningen som har kontakt med helsetjenestene. De opptar rundt halvparten av sykehussengene, og er den største gruppen som bruker kommunens pleie- og omsorgstjenester (Romøren, 2015). Andelen pasienter i spesialisthelsetjenesten øker kraftig med høyere alder (Helsedirektoratet, 2017b). Mye av

grunnen til dette er som nevnt tidligere på grunn av aldersforandringer, men også at eldre ofte har flere sykdommer på en gang (kormobiditet) og bruker flere medisiner samtidig (polyfarmasi) (Ranhoff, 2015b). Befolkningsveksten blant eldre mennesker de siste årene har bidratt til at flere eldre innlegges på sykehus (Helsedirektoratet, 2017b).

2.2 Medisinsk avdeling

Medisinske avdelinger på sykehus er en del av spesialisthelsetjenesten, og styres av spesialisthelsetjenesteloven. Oppgaven til spesialisthelsetjenesten er å gi spesialisert hjelp og behandling på et avgrenset område over en begrenset, ofte kortvarig periode (Brodtkorb & Ranhoff, 2015, s. 197). Det finnes akutt syke gamle i de aller fleste medisinske avdelinger. Eldre mennesker som innlegges på sykehus har ofte en sammensatt helsetilstand med flere diagnoser samtidig. I tillegg har også flere kognitiv svikt eller demens (Brodtkorb & Ranhoff, 2015). I 2016 var gjennomsnittlig liggetid på somatiske sykehus 4,2 døgn per pasient (Statistisk Sentralbyrå, udatert).

2.3 Delirium

Delirium er en akutt forvirringstilstand som kan oppstå ved fysiske og psykiske belastninger (Stubberud, 2015a). Tilstanden ble beskrevet av Hippokrates for omtrent 2500 år siden, og er en av de eldste psykiske lidelsene som er beskrevet i medisinsk litteratur (Ranhoff, 2014). Delirium er ikke en sykdom i seg selv, men en tilstand som kan ses ved ulike sykdommer som infeksjonssykdommer, akutte hjernesykdommer og sykdommer som gir metabolske forstyrrelser i hjernen (Ranhoff, 2014). Tilstanden rammer spesielt eldre pasienter i sykehus eller på sykehjem (Ranhoff, 2014). Forekomsten av delirium er høy. I følge Ranhoff (2015a) vil forekomsten være opptil 50% blant eldre pasienter innlagt på sykehus, mens Juliebø & Wyller (2010) sier at 20-50% av alle eldre pasienter i forbindelse med somatisk sykdom vil rammes av delirium. Tilstanden kan føre til alvorlige konsekvenser for pasienten, og er forbundet med funksjonssvikt, forlenget sykehusopphold, økte kostnader, økt risiko for demensutvikling og økt dødelighet (Ranhoff, 2014; Ranhoff, 2015a; Stubberud, 2015b,).

2.3.1 Årsak, predisponerende - og utløsende faktorer

Årsaksmekanismene til delirium er sammensatte og til dels ukjent. Det kan være vanskelig å identifisere en klar årsaksfaktor hos pasientene. Ranhoff (2014) viser til to hovedårsaker som kan føre til delirium. Den ene årsaken skyldes en skade eller sykdom i hjernen. Den andre årsaken ligger ekstracerebralt og fører til en reversibel forstyrrelse i hjernens stoffskifte eller impulsoverføring (Ranhoff, 2014). Dette kan skyldes betennelse og høye nivåer av stresshormoner som kortisol, samt andre prosesser som påvirker metabolismen i hjernen som endringer i kroppstemperatur, blodsukker, elektrolytter eller syre-base balansen (Ranhoff, 2014). Psykiske påkjenninger og stress kan også utløse delirium grunnet stresshormonenes påvirkning på metabolismen i hjernen (Ranhoff, 2014).

Utviklingen av delirium skyldes ofte en kombinasjon av predisponerende- og utløsende faktorer. Predisponerende faktorer kan være høy alder, hjernesykdom som demens, tidligere hjerneslag og Parkinsons sykdom, samt sansesvikt og kormobiditet (Stubberud, 2015a). Slike faktorer er allerede tilstede hos pasienten. Utløsende faktorer innebærer fysiologiske, psykologiske og miljømessige forhold eller hendelser som oppstår i et behandlingsforløp (Stubberud, 2015a). Slike faktorer kan være infeksjonssykdommer, akutte sykdommer som gir forstyrrelser i hjernen, tilstander som fører til smerter og ubehag, og legemidler med sentralnervøs effekt (Ranhoff, 2014).

2.3.2 Symptomer

Symptomer på delirium kommer ofte brått, og kan være fluktuerende ved at de veksler i intensitet gjennom døgnet, og kan komme og gå (Ranhoff, 2015a). Symptombildet varierer fra person til person, både med hensyn til ulike årsaksforhold, intensitet og varighet (Ranhoff, 2014). Når en person rammes av delirium vil atferden og sinnsstemningen endres, og personen får nedsatt kognitiv funksjon (Stubberud, 2015a). Ved delirium vil nedsatt bevissthet med redusert oppmerksomhet alltid være til stede (Ranhoff, 2014). Andre symptomer som kan oppstå er redusert hukommelse og at personen er desorientert for tid, sted og/eller situasjonen (Ranhoff, 2014). I tillegg ses ofte søvnforstyrrelser. Pasienten kan ha problemer med å falle i søvn, og symptomene på delirium forverres ofte om natten. Dette resulterer i at de snur døgnet, er urolige om natten og sover om dagen (Ranhoff, 2014).

Vrangforestillinger og hallusinasjoner kan også forekomme, og kan føre til agitert atferd (Stubberud, 2015a).

2.3.3 Hyperaktivt og hypoaktivt delirium

Delirium kan deles inn i undergruppene hyperaktivt og hypoaktivt delirium, men kan også forekomme som en kombinasjon (Stubberud, 2015a). Ved hyperaktiv form vil pasienten være psykomotorisk urolig, ofte vandrende og kan ha paranoide hallusinasjoner. Disse pasientene skaper ofte mye uro, forstyrrer andre pasienter, og de kan stå i fare for å skade seg selv og andre (Ranhoff, 2015a). Hypoaktiv form er den vanligste formen av delirium hos eldre mennesker, men er ofte vanskelig å identifisere (Stubberud, 2015a). Disse pasientene har ofte svekket oppmerksomhet og bevissthet, virker apatisk og likegyldig, og har nedsatt psykomotorisk aktivitet. De har mentalt ”lukket seg inne” (Stubberud, 2015a; Ranhoff, 2015a.).

2.4 Florence Nightingales sykepleieteori

I oppgaven vil deler av Florence Nightingales sin sykepleieteori bli belyst med tanke på hennes syn på viktigheten av sykepleier som observatør. Sentralt i dagens sykepleiefag er sykepleieprosessen, en mellommenneskelig og problemløsende prosess (Rotegård, Solhaug & Grov, 2015). I sykepleieprosessen er sykepleierens observasjon avgjørende.

Nightingale la stor vekt på sykepleierens evne til å observere. Hun mente at observasjon er selve poenget i vårt sykepleiekall (Nightingale, 1997b). Sykepleierens observasjon av pasienten vil være helt vesentlig for å kunne identifisere delirium. Delirium er en tilstand som blir diagnostisert på bakgrunn av pasientens atferdssymptomer (Stubberud, 2015b).

Nightingale hevdet at for å bli en god sykepleier må en ha kunnskaper om hva som skal observeres og hvordan en skal observere; hvilke symptomer som tyder på bedring, og hvilke som tyder på det motsatte; hvilke som er nyttige, og hvilke som ikke er det (Nightingale, 1997b, s. 149) Observasjoner er knyttet til alle sykepleierens oppgaver, og skal bygge på fakta – ikke på egne oppfatninger. Dette er viktig ved alle sykdommer, men spesielt viktig i sykdommer som ikke har noe fastlagt og tydelig forløp slik som delirium (Nightingale,

1997b). Nightingale (1997b) hevdet at formålet med observasjon var å redde liv, og styrke helse og velvære.

I tillegg til gode observasjoner var det viktig for Nightingale at sykepleiere hadde kunnskaper om kroppens fysiologi, patofysiologi og sykdomslære. Dette for å kunne hjelpe pasientene med mestring av sykdommen, samt for å kunne vurdere og forstå det som blir observert (Holter, 2015). Det er svært viktig med kunnskapsbasert praksis.

2.5 Identifisering

En sentral sykepleieoppgave er å identifisere pasientens problem og kartlegge pasientens behov for sykepleie. Dette krever en systematisk og kontinuerlig innsamling av informasjon, altså en datasamling. Datasamlingen omfatter informasjon om pasientens ressurser, tidligere sykehistorie, nåværende helsetilstand og funksjonsnivå (Rotegård et al., 2015). Informasjonen innhentes gjennom observasjoner, kliniske undersøkelser, og samtaler med pasient, pårørende og kollegaer. Observasjon av pasienten gjøres kontinuerlig, og er knyttet til alle sykepleieoppgavene. Observasjon handler om å studere, legge merke til, overvåke og holde oppsyn med pasienten (Karoliussen, 2011). Det kliniske blick er sentralt under observasjonen. Da brukes alle sansene; syn, hørsel, lukt, smak og hva hånden kan kjenne (Karoliussen, 2011). Et viktig hjelpemiddel ved identifiseringen av delirium er bruk av kartleggingsverktøy.

2.6 Kartleggingsverktøy

Systematisk kartlegging av pasienten er viktig for å avdekke status og legge grunnlag for videre tiltak og behandling (Rotegård et al., 2015). Tidlig identifisering av delirium kan ha stor betydning for pasientens videre helse- og funksjonstilstand. Siden delirium ofte blir underdiagnostisert anbefales det å bruke kartleggingsverktøy i identifiseringen (Stubberud, 2015b). Det er utviklet ulike kartleggingsverktøy for oppdagelse av delirium. Den mest brukte og anbefalte for sykepleiere er Confusion Assessment Method (CAM) (Stubberud, 2015b). Det er også utviklet nye verktøy for tidlig å kunne oppdage delirium, som eksempelvis 4AT.

2.6.1 CAM

Confusion Assessment Method (CAM) (se vedlegg 1) ble utviklet i 1990 som et hjelpemiddel for ikke-psykiatere for å kunne påvise delirium hos høyrisikopasienter (Ranhoff, 2015a). Det blir i dag brukt av sykepleiere og annet helsepersonell i ulike avdelinger som medisinske-, kirurgiske- og intensivavdelinger (CAM-ICU). Ved hjelp av CAM kan en identifisere delirium ved å se på følgende fire karakteristika; 1) akutt debut og fluktuerende forløp, 2) uoppmerksomhet, 3) desorganisert tenkning, og 4) endret bevissthetsnivå (Ranhoff, 2015a). Det anbefales å bruke CAM på hver vakt i avdelinger hvor pasienter har høy risiko for å utvikle delirium (Ranhoff, 2015a).

2.6.2 4AT

Rapid assessment test for Delirium (4AT) (Vedlegg nr. 2) er et kartleggingsverktøy som kan brukes av sykepleiere eller annet helsepersonell for å identifisere symptomer på delirium og kognitiv svikt (Berg, Watne & Gjevjon, 2016). Det gir en rask førstegangsvurdering av delirium, men er ikke et diagnostisk verktøy. Screeningen består av fire vurderingsområder: 1) pasientens årvåkenhet, 2) mental vurdering, 3) pasientens oppmerksomhet, og 4) akutt endring eller fluktusjon i pasientens tilstand (Berg et al., 2016).

2.7 Faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp

Helsetjenestene bygger på et grunnkrav om at helsehjelpen skal være faglig forsvarlig og at det skal ytes omsorgsfull hjelp. Den rettslige fordringen for helsepersonell uttrykkes slik i Helsepersonelloven § 4 første ledd: ”Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig” (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Dette gjelder all helsehjelp som tilbys. Helsehjelp innebærer forebygging, utredning, behandling, rehabilitering, pleie og omsorg (Molven, 2015). Forsvarlighetskravet har til hensikt å beskytte pasienten mot handlinger og mot unnlaterer av handlinger som innebærer unødvendig skaderisiko eller ignorerende atferd. Helsepersonell skal ikke påføre pasienten unødvendig lidelse og/eller smerte (Molven, 2014).

I følge Molven (2014) retter faglig forsvarlighet seg mot det faglig tekniske. Det betyr at helsehjelpen som gis, skal baseres på kunnskaper, vitenskap og erfaringer (Molven, 2014).

Omsorgsfull hjelp innebærer en verdibasert måte å opptre atferdsmessig på (Molven, 2014). Væremåten til helsepersonell skal oppleves som god og med respekt for pasienten. Utøvelsen av omsorg innebærer å foreta verdivalg gjennom etiske avveininger knyttet til samhandling med pasienten (Molven, 2014). Forsvarlighetskravet er en rettslig minstestandard, og har en stor spennvidde (Flovik & Rokseth, 2015). Kravene faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp er ikke presise krav, og det er ikke entydig hva som forventes (Molven, 2014). Kravene vil kunne endres ut fra ny forskning og erfaring (Molven, 2014).

3 Metode

I dette kapitlet presenteres metoden som danner grunnlaget for oppgavens resultater. Det blir beskrevet hvordan litteraturen er funnet, søkehistorikken som ble brukt for å finne relevante forskningsartikler samt kildekritikk. Avslutningsvis presenteres etiske vurderinger.

3.1 Presentasjon av metode

Metode er en systematisk fremgangsmåte som benyttes for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling (Thidemann, 2015, s. 76). Hvilken metode som er hensiktsmessig å benytte bestemmes av problemstillingen (Thidemann, 2015). For å besvare denne oppgaven er det benyttet et litteraturstudiet som metode. Thidemann (2015, s. 79) definerer et litteraturstudiet som en studieform der en benytter eksisterende kilder for å systematisere kunnskap. Hensikten er å gi en oppdatert og god forståelse av kunnskapen som problemstillingen etterspør, og hvordan en har kommet frem til kunnskapen (Thidemann, 2015). Fordi en benytter allerede eksisterende litteratur er det viktig at en beskriver fremgangsmåten som er brukt for å finne det. Dette innebærer å gjøre rede for valg av litteratur og søkehistorikk (Dalland, 2017). For å belyse min problemstilling har jeg brukt en kombinasjon av lærebøker, fagbøker, fag- og forskningsartikler og nettsider.

3.2 Faglitteratur

For å finne relevant faglitteratur til å belyse problemstillingen har jeg systematisk gjennomgått pensumlitteraturen, i tillegg til faglitteratur på biblioteket. Har også brukt lovdata til å finne relevante lover, statistisk sentralbyrå (SSB) til å finne statistikk, og helsedirektoratet og norsk sykepleierforbund til å finne annen litteratur. Faglitteraturen blir hovedsakelig anvendt i teoridelen. Det teoretiske rammeverket vil videre bli utforsket og diskutert i drøftingsdelen.

3.3 Søkehistorikk

For å finne relevante forskningsartikler til å besvare problemstillingen har jeg hovedsakelig benyttet databasen Cinahl (Cumulative Index of Nursing and Allied Health). Cinahl er en database som dekker sykepleie og tilgrensende fag (Thidemann, 2015). Databasen anses som relevant fordi den inneholder artikler publisert i sykepleiefaglige- og medisinske tidsskrifter. I tillegg er dette en database som er anbefalt av og tilgjengelig gjennom skolens bibliotek. Det er også gjort et søk på sykepleien.no. Har brukt Google Scholar for å få tilgang til enkelte artikler som jeg har funnet gjennom søk i Cinahl.

Ved hjelp av PICO skjema ble passende søkeord valgt med utgangspunkt i problemstillingen. Ved søk i Cinahl har jeg brukt engelske søkeord. For å finne disse søkeordene har jeg brukt Norsk MeSH. Det er et standardisert emneordssystem. Emneordene beskriver innholdet i artikler og fungerer som søkeord i databasene (Thidemann, 2015). Gjennom søk i databaser har jeg benyttet disse søkeordene: *Delirium*, *Clinical assessment tools*, *Health screening*, *nurs**, *screening*, *education*, *nursing staff* og *Aged, hospitalized*. Det ble benyttet ulike kombinasjoner av søkeordene (se tabell 1 neste side). På flere av kombinasjonene ble det mange treff. For å begrense antall treff og for å finne artikler som er relevante til å svare på oppgavens problemstilling ble det utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier. Inklusjonskriterier innebærer at artiklene må være fagfellevurdert, studiene kan være både kvalitative og kvantitative, språket må være nordisk eller engelsk, og artiklene bør være utgitt i tidsrommet 2008-2018. I tillegg bør artiklene omhandle eldre over 65 år innlagt på sykehus, og med et sykepleieperspektiv samt inneholde fagstoff om identifisering av delirium. Eksklusjonskriterier er blant annet publikasjoner som er eldre enn ti år, studier som ikke er overførbare til norske forhold, og studier gjort på yngre pasienter. På bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene avgrenset jeg søkene i Cinahl til age 65+ og publikasjon mellom 2008 – 2018. Gjennom søk på sykepleien.no ble *Delirium* benyttet som søkeord.

Artiklene ble valgt basert på overskriften, for deretter å undersøke om artiklene var relevante ved å lese sammendraget. Dette ga et godt innblikk i hvorvidt de var relevante. Det ble valgt ut 6 forskningsartikler fra databasesøkene som anses som relevante for oppgavens problemstilling. Artiklene tar for seg hvordan sykepleiere kan identifisere delirium, bruk av kartleggingsverktøy til identifisering av delirium samt hvilken betydning kunnskap og undervisning har for sykepleiere for at de skal kunne identifisere delirium.

Tabell 1:

Database	Søkeord	Avgrensning	Antall treff	Utvalgte artikler
Cinahl	Delirium AND (Clinical assessment tools OR Health screening) AND Nurs*	2008-2018 Research article Age: 65+ years	81	<p><i>“Delirium in older people in hospital: an education programme”</i></p> <p><i>“Nurses recognition of delirium in the hospitalizes older adult”</i></p> <p><i>“A quality improvement project to prevent, detect and reduce delirium in an acute setting”</i></p>
Cinahl	Delirium AND screening AND Aged, Hospitalized	2008-2018 Research article Age: 65+ years	8	<i>“ Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalized older people”</i>
Cinahl	Delirium AND identification AND nurs*	2008-2018	50	<i>“Nursing identification of delirium”</i>
Sykepleien.no	Delirium	-	36	<i>“Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpatienten”</i>

3.4 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å kritisk vurdere den valgte litteraturens styrker og svakheter i tilknytning til oppgavens problemstilling. Det er oppgavens beskrivelse og begrunnelse av kildegrunnlag som avgjør oppgavens troverdighet og faglighet (Dalland & Trygstad, 2017). Valg av litteratur er gjort på bakgrunn av litteraturens relevans for oppgavens problemstilling.

Søk etter forskningsartikler er hovedsakelig gjort i databasen Cinahl, samt i sykepleien.no. Søk i flere databaser kunne muligens gitt flere relevante artikler til å besvare problemstillingen, samtidig er Cinahl en anerkjent database med mange sykepleiefaglige tidsskrifter. Alle de valgte artiklene er publisert i sykepleiefaglige tidsskrifter og er fagfelleurdert. Dette gjør artiklene pålitelige fordi de da inneholder høy faglig kvalitet (Dalland & Trygstad, 2017). Artiklene har et tydelig sykepleiefaglig perspektiv, og de er

derfor relevante til å belyse oppgavens problemstilling. Samtlige artikler er skrevet på engelsk. Dette kan resultere i at noe av innholdet er tapt gjennom feiltolkninger og misforståelser.

Det er gjort lite forskning i Norge på sykepleierens identifisering av delirium, og derfor har jeg måtte finne forskning fra andre land. Forskningsartiklene som blir benyttet i oppgaven har studier utført i Italia, USA, Australia og India. En svakhet med artiklene kan derfor være at studiene er utført i utlandet. En kan stille seg kritisk til om resultatene kan påvirke overførbarheten til det norske samfunn. Med dette i betraktning velger jeg likevel å anvende de i oppgaven da flere av forskningsartiklene tar utgangspunkt i vestlige forhold, samt at flere av poengene i forskningen kan implementeres i det norske helsevesen. Studien i artikkelen *“Delirium in older people in hospital: an education programme”* er utført i India. Sammensetningen av helsetjenestene i India kan variere fra vestlige land. Artikkelen tar for seg sykepleiernes kunnskaper om delirium og effekten av et undervisningsprogram. På bakgrunn av dette velger jeg derfor å se at forskningen har overføringsverdi til det norske helsevesenet fordi sykepleiernes kunnskapsbehov er likt uansett hvor i verden en befinner seg, og bør være uavhengig av eventuell organisering. I tillegg er artikkelen publisert i et anerkjent tidsskrift, *British Journal of Nursing*. Studien i artikkelen *“Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten”* er utført på intensivavdeling. Likevel har jeg valgt å anvende den i oppgaven fordi den får frem gode poeng som kan overføres til medisinske avdelinger.

I oppgaven anvendes Nightingales sykepleieteori for å underbygge viktigheten av sykepleierens observerende funksjon. Hennes teorier er fra 1800-tallet, og datidens samfunn kan prege innholdet. Samtidig kan en se at mye av Nightingales forståelse av sykepleier som observatør fortsatt er aktuell for dagens sykepleie. Hennes fokusområder for sykepleie kan en i dag knytte til dagens sykepleieprosess. Jeg har valgt å benytte boken *“Notater om sykepleie”* fra 1997. Dette er notatene til Nightingale oversatt til norsk. Det at boken er oversatt til norsk kan påvirke nyansene i originallitteraturen. Oversetteren kan ha tolket Nightingale sin teori annerledes enn det hun mente.

3.5 Etiske vurderinger

Da jeg har kliniske erfaringer fra praksis om delirium ønsker jeg å trekke inn erfaringer i oppgavens diskusjonsdel. Helsepersonelloven § 21, hovedregel om taushetsplikt sier: ”Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell” (Helsepersonelloven, 1999). Som student har jeg taushetsplikt, og jeg har derfor ivaretatt anonymiteten i oppgaven.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapittelet presenteres forskningsartiklene som utgjør oppgavens resultat. De vil bli framstilt skjematisk i en artikkelmatrise.

4.1 Artikkelmatrise

<i>Tittel</i>	<i>Forfatter</i>	<i>Tidsskrift, år</i>	<i>Hensikt</i>	<i>Metode</i>	<i>Resultat</i>
<i>“Delirium in older people in hospital: an education programme”</i>	N. C. Varghese, L. Macaden, B. Premkumar, P. Mathews & S. Kumar	British journal of nursing (2014)	Hensikten er å vurdere effekten av et undervisningsprogram om identifisering og behandling av delirium for sykepleiere på medisinske avdelinger.	Intervensjonsstudiet. Bruk av en eksperimentgruppe (fikk undervisning om delirium) og en kontrollgruppe. Studien utført på 2 akutt medisinske avdelinger. Brukte spørreskjema for å vurdere sykepleiernes kunnskap om delirium, og sykepleierne ble observert gjennom en praksis sjekkliste.	Studien avdekker at sykepleiere ikke har adekvat kunnskap om delirium, og heller ikke ferdigheter til å identifisere eller behandle delirium. Funn viser at det er betydelig forbedring av kunnskapen til sykepleiere i eksperimentgruppen etter undervisningsprogrammet.
<i>“A quality improvement project to prevent, detect and reduce delirium in an acute setting”</i>	N. M. Foster, N. GHD Waldron, M. Donaldson, H. Margaria, A. McFaull, A.-M. Hill & C. D. Beer	Australian Journal of Advanced Nursing (2010/2011)	Hensikten med studien er å finne den beste praksisen for å kartlegge, forebygge og behandle delirium	Kvalitetsforbedringsmetode Studien ble utført på 2 akutt medisinske avdelinger. Bruk av fokusgrupper og undersøkelser	Ved hjelp av kartleggingsverktøyet CAM ble det funnet ut at 1/3 av pasientene hadde delirium, men kun halvparten ble oppdaget av avdelingens medisinske team. Sykepleiere dokumenterte at pasientene var forvirret, ingen nevnte delirium. Derfor mener forskerne at sykepleiere er et sentralt mål for undervisning om delirium.
<i>“Nurses’ Recognition of Delirium in the</i>	K. L. Rice, M. Bennett,	Clinical Nurse	Hensikten med studien er å måle sykepleierens	Beskrivende design.	Sykepleiere klarte ikke gjenkjenne

<p><i>Hospitalized Older Adult</i></p>	<p>M. Gomez, K. P. Theall, M. Knight & M. D. Foreman</p>	<p>Specialist (2011)</p>	<p>registrering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus.</p>	<p>167 sykepleiere inkludert i studien. Sammenligner sykepleiernes og ekspertdiagnostisk gruppe sin vurdering av delirium ved hjelp av kartleggingsverktøyet CAM.</p> <p>170 pasienter deltok fra 6 medisinske eller kirurgiske avdelinger i USA.</p>	<p>delirium ved 75% av tilfellene.</p> <p>Sykepleiere har problemer med å gjenkjenne de observerbare indikatorene for delirium – hadde vanskeligheter med å gjenkjenne de fire karakteristikaene ved CAM screening.</p> <p>Gjennomsnittlig liggedøgn for deliriske pasienter økte med 5.1 døgn.</p> <p>Sykepleiere mangler kunnskap om delirium og dets konsekvenser, og mangler selvtillit til å identifisere og håndtere deliriske pasienter.</p>
<p><i>”Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienter”</i></p>	<p>B. Sjøbø, B. Graverholt & G. Jamtvedt</p>	<p>Sykepleien forskning (2012)</p>	<p>Hensikten med studien er å vurdere om praksis stemmer overens med kunnskapsbaserte anbefalinger. I tillegg kartlegge hvordan sykepleiere dokumenterer observasjoner av kognitive status.</p>	<p>Kvalitetsforbedrings metode</p> <p>Klinisk audit av sykepleiedokumentasjonen til 47 intensivpasienter.</p> <p>Sykepleierne i avdelingen fikk undervisning om bruk av CAM-ICU i avdeling.</p>	<p>Før endringstiltakene ble ingen kartleggingsverktøy brukt over en 12 ukers periode, til tross for at avdelingen hadde prosedyrer på det. Ble i stedet benyttet subjektive vurderinger i kartleggingen.</p> <p>Sykepleierapportene viste usystematisk og utilstrekkelig tilnærming til delirium.</p> <p>Kun 4,3% av journalene besto av komplett vurdering i tråd med anbefalingene.</p> <p>Etter undervisningen sykepleierne fikk om kartleggingsverktøyet CAM-ICU økte identifiseringen av delirium fra 23,4% til 52,9%.</p>

<p><i>“Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people”</i></p>	<p>G. Bellelli, A. Morandi, D. H. J. Davis, P. Mazzola, R. Turco, S. Gentile, ... A. M.J. Maclullich</p>	<p>Age and Ageing (2014)</p>	<p>Hensikten med studien er å vurdere bruken og gyldigheten av 4AT i kartlegging av delirium hos eldre pasienter.</p>	<p>Tverrsnittsobservasjonsstudie</p> <p>Studien inkluderte 234 pasienter (<70 år) innlagt på sykehus i Italia.</p>	<p>Resultatet viser at 4AT er en gyldig og effektiv metode for å kartlegge delirium hos eldre pasienter.</p> <p>12% av pasientene inkludert i studien hadde delirium.</p> <p>Forekomsten av delirium var signifikant høyere hos pasientene som var demente.</p>
<p><i>“Nursing identification of delirium”</i></p>	<p>B.Flagg, S. Mcdowell, J. M. Mwose & J. M. Buelow</p>	<p>Clinical nurse specialist (2010)</p>	<p>Hensikten med studien er å beskrive sykepleiernes mulighet til å identifisere delirium, sykepleiernes kunnskaper om negative utfall assosiert med delirium og symptomer på delirium. I tillegg beskrive sykepleiernes selvtillit til å identifisere delirium</p>	<p>Beskrivende tverrsnittstudie.</p> <p>61 sykepleiere inkludert i studien fordelt på intensivavdelinger og medisinske- og kirurgiske avdelinger.</p> <p>Spørreundersøkelse som inkluderte temaene sykepleiernes kunnskap om utfall/konsekvenser av delirium, sykepleiernes generelle kunnskap om delirium, og sykepleiernes selvtillit i identifiseringen av delirium</p>	<p>Respondentene forstod ikke behovet for rutine kartlegging hos alle pasientene uavhengig av våkenhet og orienteringsstatus.</p> <p>Negative konsekvenser av delirium ikke godt nok forstått.</p> <p>Sykepleierne har lav selvsikkerhet når det gjelder identifisering, behandling og forklaring av delirium.</p>

5 Drøfting

Identifisering av delirium er i dag en stor sykepleiefaglig utfordring fordi tilstanden ofte blir oversett og underdiagnostisert. I dette kapittelet vil det bli diskutert ulike tiltak og forbedringer som kan hjelpe sykepleiere med å identifisere delirium hos eldre pasienter. Ved å trekke inn fag- og forskningsartikler, samt annen litteratur og egne erfaringer skal oppgavens problemstilling besvares: ”Hvordan kan sykepleiere identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på medisinske avdelinger?”.

5.1 Sykepleiefaglige utfordringer i møte med delirium

Det er i dag stor sannsynlighet for at sykepleiere som jobber på sykehus vil møte pasienter med delirium. Dette fordi delirium er en vanlig tilstand blant eldre pasienter som innlegges på sykehus, og har en forekomst på opptil 50% hos denne gruppen (Ranhoff, 2015a). Juliebø og Wyller (2010, s. 4) påstår at delirium trolig er den viktigste tilstanden i akutt geriatri. Sykepleiere har mye kontakt med pasientene, og ser dem gjennom hele døgnet. De er derfor i en sentral posisjon til å observere pasienten og registrere endringer. Sykepleiere er kanskje derfor det helsepersonell som har best forutsetninger for å identifisere delirium (Flagg, Mcdowell, Mwose & Buelow, 2010). Stubberud (2015b, s. 403) påpeker at tidlig identifisering er av stor betydning for pasientens videre liv. Likevel viser litteratur og forskning at identifisering av delirium i dag er en stor sykepleiefaglig utfordring. Altfor mange tilfeller blir ikke oppdaget. Delirium er heller en tilstand som ofte blir oversett, underdiagnostisert, feildiagnostisert og bagatellisert (Ranhoff, 2014; Ranhoff, 2015a; Stubberud, 2015b). I studien til Rice et al. (2011) kommer det frem at 75% av tilfellene med delirium ikke ble oppdaget av sykepleierne i avdelingen. Dette er et stort problem både for pasienten og for samfunnet. Det at tilstanden ikke blir oppdaget fører til at tilstanden heller ikke blir behandlet. Delirium er forbundet med funksjonssvikt, forlenget sykehusopphold, økte kostnader for samfunnet, og at pasienter uten kjent underliggende demens har høy risiko for å utvikle demens senere. Disse konsekvensene kan bidra til dårlig fungering og livskvalitet for pasienten, og kan i verstefall føre til død (Ranhoff, 2014; Ranhoff, 2015a).

Det at delirium hos eldre pasienter i mange tilfeller ikke blir oppdaget kan tyde på at det er en del sykepleiefaglige utfordringer knyttet til identifisering av tilstanden. Sykepleiernes

forutsetninger for å identifisere delirium avhenger av flere faktorer slik som avdelingens gitte rammer samt sykepleierens kunnskaper, ferdigheter og holdninger, som vil bli drøftet senere i oppgaven. Alle disse faktorene påvirker hverandre, og er viktige for å kunne utøve god sykepleie til pasienter med delirium (Stubberud, 2015b). Utfordringene i forhold til å identifisere delirium vil i fremtiden øke dersom en ikke bedrer sykepleierens forutsetninger. Dette fordi eldre pasienter er en voksende gruppe. De siste årene er det snakket mye om den kommende "eldrebølgen". Årsaken har en sammenheng med økt forventet levealder og store fødselstall etter andre verdenskrig. Rundt år 2050 har befolkningsforskere estimert at antall eldre i Norge kan være opptil 25 % av befolkningen (Romøren, 2015). Den store økningen i andel eldre i befolkningen de kommende årene vil kunne påvirke organiseringen og ressursbehovet i helsetjenestene, og i sammenheng med dette vil en som sykepleier møte enda flere eldre som har et stort behov for helsetjenester. Samtidig vil forekomsten av delirium øke med økt alder, og høy alder er en predisponerende faktor for delirium (Stubberud, 2015b). Som en konsekvens av dette vil trolig antall tilfeller av delirium øke de neste årene. Dette peker i retning av at endringer må skje slik at sykepleiere klarer å identifisere delirium.

5.1.1 Avdelingens rammer

Avdelingens rammer har betydning for sykepleiernes arbeid og hvordan praksis utøves. En del av dagens rammer kan sette en begrensning for identifisering av delirium. En utfordring er at gjennomsnittlig liggetid for eldre i spesialisthelsetjenesten de siste årene har gått ned. Årsaken antas å ha en sammenheng med effekten av samhandlingsreformen og kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter (Helsedirektoratet, 2017a). Dette kan resultere i at sykepleiere i avdelinger får mindre tid til å observere pasienten. En antakelse er at mindre tid med pasienten kan bidra til at helsepersonell gir mest fokus på pasientens innleggelsesdiagnose, og "glemmer" eller ikke har tid til resten av pasienten. Mine erfaringer fra praksis bekrefter noe av dette ved at legene og sykepleierne tilsynelatende var mest opptatt av pasientens innleggelsesdiagnose. Det var innleggelsesdiagnosen de skulle få hjelp til, og det var den som var i fokus. Dette vil ikke være bra nok da aldersforandringer kompliserer eldre menneskers sykdomsuttrykk. **Symptomer på sykdom vil ikke nødvendigvis stamme fra det organet som selve sykdommen er, men vil heller stamme fra det organsystemet som har dårligst evne til å opprettholde homøostasen** (Wyller, 2014). Derfor kan delirium hos eldre pasienter være det eneste tegnet på alvorlig sykdom (Juliebø & Wyller, 2010). Dette

underbygger viktigheten av at helsepersonell må observere hele pasienten, og ikke kun fokusere på innleggelsesdiagnosen. Dersom de kun har fokus på innleggelsesdiagnosen kan helsepersonell miste mye verdifull informasjon om pasienten, og en kan overse tegn på alvorlig sykdom.

En annen antakelse er at en utfordring med avdelingens rammer i forhold til identifisering av delirium kan være avdelingens spesialisering. Eldre pasienter fordeles ofte på de ulike medisinske avdelinger ut i fra innleggelsesdiagnose. Det finnes i dag geriatriske avdelinger på store sykehus, men eldre pasienter innlegges også på andre medisinske avdelinger som er delt inn etter ulik spesialisering slik som lungeavdelinger og hjerteavdelinger. Dette kan være en utfordring fordi på spesialiserte avdelinger vil sykepleiere ofte ha god kompetanse på avdelingens spesialisering, men de kan mangle breddekunnskaper om for eksempel delirium og andre lignende diagnoser fordi de ikke opplever dette daglig slik de kanskje gjør med avdelingens vanlige diagnoser. Sykepleierne vil kanskje derfor observere endringer i pasienten, men fordi de mangler kunnskaper og ferdigheter om delirium klarer de ikke knytte endringene som tegn på delirium.

5.2 Kunnskaper og ferdigheter

Sykepleiernes kunnskaper og ferdigheter er viktig for å kunne utøve god og faglig forsvarlig sykepleie. Sykepleiere har en sentral rolle i å observere og identifisere tegn og symptomer som kan være uttrykk på delirium. For at sykepleiere skal klare dette forutsetter det at de har kompetanse på området. Det innebærer teoretisk-, praktisk-, etisk- og erfaringsbasertkunnskap. Teoretisk kunnskap sier noe om hvordan og hvorfor sykepleiere skal utøve sitt fag, praktisk kunnskap handler om å ha ferdigheter til å utføre sykepleieoppgaver, etisk kunnskap innebærer å bruke sykepleiefagets verdigrunnlag inn i handlinger og holdninger, mens erfaringskunnskap handler om å anvende teorien, og øve og bruke ferdigheter (Norsk sykepleierforbund, udatert). Dette danner grunnlaget for kunnskapsbasert praksis. Det er vesentlig at sykepleiere har bred kunnskap slik at de har forutsetninger for å kunne håndtere situasjoner en møter i avdelingene. Dette er også i tråd med Nightingale sin forståelse av viktigheten av sykepleiernes kunnskapsnivå (Nightingale, 1997b). Ut i fra dette kan en tolke at det er forventet at sykepleiere skal ha kunnskaper og ferdigheter, også om delirium. Likevel viser forskning at det er manglende kompetanse på emnet. Sykepleiere har

ikke adekvate kunnskaper om delirium, og heller ikke ferdigheter og selvtillit til å identifisere tilstanden (Varghese, Macaden, Premkumar, Mathews & Kumar, 2014; Rice et al., 2011). En årsak til at delirium i så stor grad blir underdiagnostisert kan derfor ha sammenheng med sykepleiernes kunnskapsnivå. Begrenset kunnskap vil kunne føre til feilvurderinger og redusert pasientsikkerhet (Eide, Instenes, Ranhoff, Amofah & Norekvål, 2017).

Som sykepleier skal en utføre arbeidet sitt i samsvar med krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut ifra sykepleierens kvalifikasjoner, jmfør helsepersonelloven § 4 (1999). Forsvarlighetskravet skal sikre pasientene en faglig minstestandard, samtidig som de ikke skal påføres skade, unødvendig lidelse eller smerte (Flovik & Rokseth, 2015, s. 281). I dette tilfelle innebærer faglig forsvarlig sykepleie at sykepleierne må ha kunnskap om delirium, og ferdighet i forhold til identifisering og observasjon. Det forutsetter at sykepleierne har konkrete kunnskaper om hva delirium er, undergrupper av tilstanden, hvilke symptomer som er karakteristisk for tilstanden slik at sykepleierne vet hva de skal se etter, og konsekvenser av tilstanden. Dette ble beskrevet i kapittel 2.3. I tillegg må de ha ferdigheter til å bruke kartleggingsverktøy. Da trenger de kunnskaper om kartleggingsverktøy og øvelse i å bruke det. En minstestandard bør derfor inneholde at sykepleiere har kunnskaper slik at de har en forutsetning for å kunne identifisere delirium. Dersom sykepleierne ikke har disse kunnskapene kan en heller ikke forvente at de skal kunne identifisere tilstanden i praksis.

I studien til Flagg et al. (2010) så de på sykepleiernes kunnskaper om konsekvenser av delirium. Resultatene viste at sykepleierne ikke hadde gode nok kunnskaper om konsekvensene. De forsto at delirium kunne øke lengden på sykehusinnleggelsen, men de forsto ikke at delirium økte faren for demens og heller ikke at det bidro til økt forekomst av utskriving til sykehjem. Det at de hadde manglende kunnskaper om konsekvenser av delirium førte til at de ikke forsto behovet for å kartlegge rutinemessig alle pasientene. Som et resultat av dette antok forskerne at mangel på kunnskap om delirium er hovedfaktoren som gjør at sykepleierne ikke prioriterer rutinemessig kartlegging til tross for at det er anbefalt (Flagg et al., 2010). Dette viser at kunnskap styrer sykepleiernes ferdigheter i identifiseringen. Varghese et al. (2014) kommer også frem til at lav forståelse av viktigheten av delirium kan være relatert til dårlig kunnskap om tilstanden. Dette bekrefter at kunnskap er svært viktig. I tillegg viser det at når en ikke har nok kunnskaper om en tilstand og konsekvensene av den, vil en heller ikke forstå viktigheten av å bruke tid og ressurser på å kartlegge den. Det er ofte

slik at kunnskaper styrer det en ser etter og oppfatter, og derfor kan en anta at økt kunnskap om delirium vil bidra til økt fokus på tilstanden.

Forsvarlighetskravet innebærer både helsepersonellens individuelle ansvar og arbeidsgivers systemansvar. For å opprettholde forsvarlighetskravet har en som sykepleier en plikt til å holde seg faglig oppdatert innenfor sitt fagfelt. En viktig forutsetning for kvalitet i helsetjenestene er kunnskapsbasert praksis. Yrkesetiske retningslinjer punkt 1.4 sier at ”sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområde og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis” (Norsk sykepleieforbund, 2016). På den ene siden viser dette at sykepleiere har et personlig ansvar, og må være bevisst på å ha kunnskaper om delirium og kartleggingsverktøy for å kunne identifisere tilstanden. På den andre siden har virksomheten som gir helsehjelp, som i dette tilfellet er spesialisthelsetjenesten, et ansvar for å legge forholdene til rette slik at det er mulig å utøve faglig forsvarlig virksomhet (Flovik & Rokseth, 2015). Dette vil innebære å sikre opplæring av de ansatte som i dette tilfellet kan være undervisning om delirium og kartleggingsverktøy, samt sikre gode rutiner, dokumentasjon og tilstrekkelig faglig bemanning. Som vi har sett viser flere studier at sykepleiere mangler kunnskaper om delirium og ferdigheter til å identifisere tilstanden. Som et resultat av dette mener flere av forskerne at sykepleiere er aktuelle for undervisningsprogram om delirium (Flagg et al., 2010; Foster et al., 2010/2011; Varghese et al., 2014). Kunnskap er ferskvare, og derfor er det nødvendig med repetisjon, og oppdatert og ny kunnskap. Av den grunn er det behov for å øke sykepleierens kompetanse på delirium for å sikre tilstrekkelig helsehjelp. Undervisningsprogram kan bidra til at sykepleierne får øvelse i å bruke kunnskapen. Økt kunnskap om tilstanden vil kunne gi sykepleiere en bedre forståelse på viktigheten av tidlig identifisering av delirium (Flagg et al., 2010). Studiet til Varghese et al. (2014) viser at sykepleierens kunnskaper om delirium ble betydelig forbedret etter undervisningsprogram. Til tross for gode resultater av undervisningsprogram kan det være vanskelig å få alle sykepleierne til å delta på undervisning. For å lykkes med undervisning er det viktig at det skapes en interesse for temaet, og at alle forstår behovet for kompetanseheving. Det krever noe både av hver enkel sykepleier, men også av hele avdelingen. For å sikre kvalitet og kontinuitet i helsetjenesten må alle involveres i endringer. Dette fordi pasienter med delirium trenger forebygging, kartlegging og behandling gjennom hele døgnet.

5.3 Systematisk vurdering

En sentral del av prosessen i identifiseringen av delirium er at sykepleiere foretar en systematisk vurdering av pasienten, altså innhenter en datasamling. En god datasamling av pasienter med delirium eller de som er utsatt for delirium forutsetter at sykepleierne har kunnskaper og ferdigheter om tilstanden slik at de vet hva de skal se etter og hvilken informasjon de må innhente. Gjennom datasamlingen innhenter sykepleieren systematisk og kontinuerlig informasjon om pasienten (Rotegård et al., 2015). Dette var allerede viktig på tiden da Nightingale levde. Hun var opptatt av at informasjonen skulle være systematisk (Nightingale, 1997b). Informasjonen må inneholde nødvendige opplysninger om pasientens tilstand. Det innebærer blant annet å gjøre en vurdering av pasientens fysiologiske status som kontroll av oksygenering, ventilasjon, puls, blodtrykk, hemoglobin, elektrolytter, væskebalanse, søvn, smerte og infeksjon (Stubberud, 2015b). I tillegg er vurdering av pasientens sykehistorie av stor betydning for datasamlingen. For å kunne identifisere delirium er det viktig å innhente informasjon om pasientens symptomer, tidspunkt og tidsforløp, i tillegg til pasientens premorbide kognitive funksjonsnivå og andre faktorer som kan øke sjansen for delirium (Ranhoff, 2015a). Informasjonen innhentes gjennom observasjoner, men den må ofte også innhentes gjennom komparentopplysninger da pasienten med delirium selv har en kognitiv svikt (Ranhoff, 2015a). Da er pårørende helt sentrale, men også kollegaer er viktige. Informasjonen fra kollegaer forutsetter dokumentasjon i pasientens journal og eventuell muntlig rapport.

Når en skal identifisere delirium er det vesentlig å vurdere endringer i pasientens kognitive funksjon. Det forutsetter at en har informasjon om pasientens premorbide kognitive funksjon, altså hvordan den kognitive funksjonen var før han/hun ble syk og innlagt på sykehus. Dersom slik informasjon foreligger vil en kunne sammenligne pasientens premorbide kognitive funksjon med hvordan tilstanden til pasienten er nå. På sykehus må slik informasjon innhentes gjennom komparentopplysninger da en som sykepleier vanligvis ikke har kjennskap til pasienten før han/hun blir innlagt på avdelingen. Gjennom komparentopplysninger mottar en informasjon fra andre, noe som kan være utfordrende hos noen pasienter. Ikke alle pasienter har pårørende eller mye kontakt med helsetjenestene, og pasienten med delirium har selv en mental svikt, og kan derfor ikke alltid gi god nok informasjon (Ranhoff, 2015a). Sykepleieren må prøve å finne andre måter å få denne informasjonen fra. Kanskje har pasienten tidligere vært innlagt på sykehus, fastlegen har skrevet noe om pasientens kognitive

funksjon, eller kanskje pasienten har en nabo som vet noe om hvordan pasienten pleier å være til vanlig. Dette krever at sykepleieren er kreativ, i tillegg til at det tar tid å finne denne informasjonen. Samtidig er dette svært viktig for å kunne vurdere om pasienten har endringer i kognitiv funksjon, og dermed muligens utviklet delirium, eller om pasienten til vanlig har en kognitiv svekkelse. På den andre siden vil det være lettere for sykepleieren å innhente informasjon om pasienten dersom han/hun har pårørende eller har kontakt med helsetjenestene gjennom for eksempel sykehjem eller hjemmesykepleie. Da kan en få viktig informasjon for å vurdere pasienten. Viktigheten av slik informasjon vil sykepleiere trolig først forstå når en har kunnskaper og ferdigheter om tilstanden.

5.3.1 Observasjon

Sykepleierens observasjon av pasienten er en viktig del av en systematisk vurdering av pasienten, og er av stor betydningen for identifisering av delirium. Nightingale var opptatt av at sykepleierne må ha et formål med observasjonen, og at en skal observere det som er viktig for å redde liv og styrke helse og velvære (Nightingale, 1997b). Fordi delirium er forbundet med alvorlige konsekvenser for pasienten, er pasientene avhengig av at sykepleierne klarer å identifisere delirium for deretter å informere legen om funnene. Det er legen som diagnostiserer tilstanden, men fordi legen ser pasientene kun i korte perioder er de helt avhengig av sykepleierens observasjoner og funn (Ranhoff, 2015a). Nightingale støttet også dette, og understreket viktigheten av at sykepleieren nøye må observere fakta på egenhånd for deretter å rapportere observasjonene nøyaktig til legen (Nightingale, 1997b). Sykepleiere har en nøkkelrolle i identifiseringen av delirium. De har mye og nær kontakt med pasientene gjennom hele døgnet. Det er viktig at de utnytter dette slik at de gjør observasjoner i all pasientkontakt. Gjennom observasjoner benytter sykepleierne teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing (Nortvedt & Grønseth, 2015). Hensikten med observasjon av pasienter med delirium er at sykepleierne skal gjøre en vurdering av pasientens endring i kognitiv funksjon. Da er det avgjørende at sykepleieren vet hva en skal se etter. Nightingale understreket dette, og hevdet at sykepleiere må vite hva som skal observeres, hvordan og hvorfor, i tillegg til å forstå symptomer som tyder på forverring eller bedring (Nightingale, 1997b, s. 149). Sykepleiere med kunnskap og erfaring om delirium har derfor en god mulighet til å fange opp tegn og tidlig identifisere tilstanden. Nyutdannede sykepleiere mangler ofte erfaring, og en kan derfor anta at det vil ta lengre tid å observere pasienten enn

hva det gjør for sykepleiere som har jobbet i mange år. Samtidig hevder Nightingale (1997a, s. 180) på sin side at det ikke er antall år som er avgjørende for hvor erfaren en sykepleier er, men hvordan en aktivt observerer. Hun mente at det kun er observasjon som skaper erfaring (Nightingale, 1997a).

Nortvedt & Grønseth (2015, s. 23) mener at kunsten å kunne observere kliniske tegn innebærer å kjenne de kliniske tegnene som gir grunnlag for gjenkjennelse, og at en i bestemte situasjoner vet hva en bør se etter. For å kunne observere tegn på delirium og knytte det til tilstanden er det som tidligere nevnt avgjørende at sykepleiere har kunnskaper om symptomer på tilstanden som ble beskrevet i kapittel 2.3.2. Viktigheten av sykepleiernes kunnskapsnivå i forbindelse med observasjon var også Nightingale opptatt av. Hun mente at sykepleiere må ha kunnskaper slik at en klarer å vurdere og forstå det som blir observert (Holter, 2015). Likevel viser studier at det er utfordrende for sykepleiere å knytte symptomer på delirium til tilstanden. I studien til Sjøbø, Graverholdt & Jamtvedt (2012) kommer det frem at sykepleiere vurderer og dokumenterer symptomer på mental status og endring i bevissthetsnivået, men lite tyder på at sykepleierne koblet dette som tegn på delirium. Som et resultat av dette tyder det på at sykepleierne mangler kunnskaper om hvordan symptomene henger sammen med delirium.

Symptomer på delirium uttrykkes forskjellig fra person til person, og en må derfor ta hensyn til individuelle forskjeller. Mange assosierer pasienter med delirium som hyperaktive med agitert og utagerende atferd, altså pasienter i den hyperaktive formen. Det trenger nødvendigvis ikke å være tilfellet. Få tenker over at deliriske pasienter også kan være rolige og sover usedvanlig mye, altså at de har en hypoaktiv form (Eide et al., 2017). Dette støtter også erfaringer jeg sitter igjen med etter praksisen der jeg erfarte at pasienter i hyperaktivt delirium fikk mer oppmerksomhet enn de i hypoaktivt delirium. Det er ofte slik at det en ser og hører er det som fanger oppmerksomheten. En vil ofte lettere ”glemme” pasienten som sover usedvanlig mye fremfor pasienten som roper og har en agitert atferd. I tillegg kan en tenke at pasienter i hypoaktiv form ikke krever så mye. Selv om en pasient i hypoaktiv form tilsynelatende ikke krever noe av sykepleieren vil denne formen for delirium kunne gi like store konsekvenser for pasienten som de med hyperaktiv form. Dette viser at de har like stort behov for behandling med tiltak og skjerming. På bakgrunn av dette er det avgjørende at sykepleiere kjenner de ulike tegnene på delirium for å kunne identifisere tilstanden, både den

hyperaktive og hypoaktive formen. Det er nødvendig at sykepleierne klare å knytte observasjonene til delirium.

Andre utfordringer med observasjon av symptomer for å identifisere delirium er at det kan være vanskelig å skille symptomene på delirium fra andre kognitive tilstander som demens og depresjon. Symptombildet på disse diagnosene kan ligne. Det er viktig å skille disse tilstandene fra hverandre siden behandlingen og prognosen er forskjellig (Ranhoff, 2015a). Likevel er likt sykdomsbilde på flere kognitive tilstander en av grunnene til at delirium er underdiagnostisert (Ranhoff, 2015a). Identifisering av delirium forutsetter at sykepleiere ikke bare har kunnskaper om delirium, men også breddekunnskaper om tilstander som demens og depresjon. Det vil kunne bidra til å gjenkjenne symptomene på delirium, og dermed kunne skille delirium fra andre lignende tilstander. Sykehistorien til pasienten er et viktig hjelpemiddel til å kunne skille delirium fra de andre tilstandene (Ranhoff, 2015a). Som tidligere nevnt vil karakteristiske symptomer på delirium ofte komme brått og er utløst av en eller flere identifiserbare faktorer som akutt sykdom eller skade, og tilstanden er i de fleste tilfeller reversibel. Ofte opptrer tilstanden med kort varighet, og symptomene fluktuierer gjennom døgnet (Ranhoff, 2015a). Demens er derimot en kronisk og ofte progredierende tilstand som forårsakes av en rekke hjerneorganiske sykdommer (Ranhoff, 2014). Faktorer som kan komplisere identifiseringen av delirium er at i mange tilfeller opptrer delirium samtidig med demens fordi personer med demens ofte utvikler delirium ved akutt sykdom og innleggelse i sykehus (Stubberud, 2015b). Det er derfor viktig at sykepleieren har kunnskaper om at demens er en predisponerende faktor til delirium. Slik kunnskap vil kunne bidra til at sykepleieren blir mer bevisst på risikoen for utvikling av delirium hos disse pasientene. Juliebø og Wyller (2010, s. 4) peker på at atferdsendringer og forverret kognitiv funksjon hos pasienter med demenssykdom kan være et uttrykk for delirium. Dype depresjoner kan gi symptomer som at pasienten blir apatisk, lukker seg inne og tilsynelatende har redusert mental funksjon, som også er typiske symptomer ved hypoaktivt delirium (Ranhoff, 2015a). Det kan derfor være svært vanskelig å skille depresjoner fra hypoaktivt delirium. Mange tilfeller av den hypoaktive formen av delirium blir oversett av sykepleierne. Mange assosierer delirium med hyperaktive symptomer, og glemmer derfor at pasientene som er stille og har "lukket seg inne" også kan ha utviklet delirium og ikke nødvendigvis er deprimerte. Depresjoner skiller seg fra delirium ved at forløpet ofte er lengre, mer kronisk og med fravær av tegn på akutt somatisk sykdom eller skade (Ranhoff, 2015a). For å klare å skille de ulike tilstandene fra

hverandre, og ikke minst klare å observere symptomer på delirium, er en sentral sykepleieoppgave å dokumentere observasjonene.

5.3.2 Dokumentasjon

Når en gjør en systematisk vurdering av pasienten er det avgjørende at informasjon og observasjoner av pasienten dokumenteres. Dokumentasjon er vesentlig for å sikre kvalitet og kontinuitet i helsehjelpen til pasienter. I tillegg er det nedfelt i Helsepersonelloven § 39 at en som helsepersonell har en plikt til å dokumentere i pasientjournalen (Helsepersonelloven, 1999, § 39). Pasientjournalen skal inneholde sykepleierens faglige vurdering av pasientens sykepleiebehov og hvilke tiltak som er planlagt for å imøtekomme pasientens behov for sykepleie, altså skal sykepleieprosessen dokumenteres (Hellesø, 2015). Dette innebærer blant annet at sykepleierne må dokumentere alle relevante observasjoner av pasienten.

Observasjoner er det som danner grunnlaget for videre tiltak og behandling.

Dokumentasjonen skal baseres på fakta, og ikke på sykepleiernes subjektive vurdering.

Studier viser derimot at sykepleiere dokumenterer usystematisk og utilstrekkelig om observasjoner av deliriske pasienter, og dokumentasjonen baseres på subjektive vurderinger (Sjøbø et al., 2012). Av alle pasientjournalene som ble gjennomgått i studien til Sjøbø et al. (2012) var det kun 4,3 % som inneholdt helhetlig vurdering av kjennetegn på delirium i dokumentasjonen. Studiet viser at sykepleiere har for dårlig kompetanse om delirium til å kunne dokumentere observasjoner knyttet til pasientene. Dette til tross for at diagnosen hovedsakelig stilles på bakgrunn av symptomene. Studiet til Foster et al. (2010/2011) viser derimot at sykepleiere dokumenterer symptomer på delirium, men knytter det sjeldent opp til tilstanden. Sykepleiere kan for eksempel dokumentere at pasienten er forvirret, men ser ingen sammenheng med delirium. Det er derfor avgjørende at sykepleiere har kunnskaper om delirium slik at de klarer å knytte symptomene som kjennetegn på tilstanden. Funn fra studiene er også i tråd med mine erfaringer hvor jeg i praksis observerte at sykepleiere dokumenterte at pasientene var forvirret, hallusinerte og var urolige, men jeg oppfattet ikke at de knyttet det opp til delirium. Det hjelper ikke om sykepleierne er gode på å dokumentere endringer i kognitiv funksjon hvis de ikke klarer å se sammenhenger. Når pasienter har endringer i kognitiv funksjon må en som sykepleier reflektere over hva årsaken kan være, og eventuelt henvise videre og søke bistand der det trengs (Helsepersonelloven, 1999, §4). Dette kan blant annet innebære å informere legen.

5.4 Kartleggingsverktøy

Litteratur anbefaler å bruke kartleggingsverktøy i identifiseringen av delirium (Stubberud, 2015a). Kartleggingsverktøy skal være et hjelpemiddel som kan benyttes av helsepersonell til å observere og vurdere pasientens mentale og kognitive funksjon. Verktøyet fungerer som en beslutningsstøtte for sykepleierne, men diagnostiseringen er legens ansvar. Det er i dag utviklet mange ulike verktøy for identifisering av delirium. En må derfor reflektere over hvilke verktøy som er best å benytte for sykepleieren i avdeling, og hvilke som gir mest nøyaktig kartlegging av delirium. Til tross for at det er et stort utvalg av verktøy er delirium fortsatt underdiagnostisert (Rice et al., 2011). En årsak til dette kan ha sammenheng med sykepleierens kunnskaper, ferdigheter og holdninger til kartlegging av deliriske pasienter.

I følge Ranhoff (2015a) anbefales det å bruke kartleggingsverktøy på hver vakt i avdelinger der pasienter har høy risiko for å utvikle delirium. Derfor bør kartleggingsverktøy være en del av rutinene på avdelinger som har høy forekomst av eldre pasienter, slik som medisinske avdelinger. Likevel blir ikke kartleggingsverktøy brukt (Flagg et al., 2010; Sjøbø et al., 2012). En utfordring er at mange sykepleiere på sykehus opplever stort arbeids- og tidspress. Dette kan en anta er noe av grunnen til at sykepleierne ikke prioriterer å bruke kartleggingsverktøy. Likevel viser studiet til Flagg et al. (2010) at ingen av sykepleierne oppga at mangel på tid var grunnen til at de ikke brukte kartlegging. Dette viser at det er andre faktorer som påvirker. Forskning viser at det derimot ikke er tilstrekkelig bevissthet rundt bruken av verktøyene. Studien til Sjøbø et al. (2012) viser at avdelinger har prosedyrer for bruk av kartleggingsverktøy, men at det ikke etterleves. Dette er i samsvar med studien til Flagg et al. (2010) der 63% av respondentene svarte at de ikke bruker rutinemessig kartlegging av delirium. De forstod ikke behovet for å kartlegge delirium rutinemessig hos alle pasientene. Mine erfaringer fra praksis samsvarer med studiene da det tilsynelatende ikke ble brukt kartleggingsverktøy for å identifisere delirium hos pasienter som hadde utviklet delirium eller hos dem som stod i fare for å utvikle det. I løpet av praksisen ble jeg aldri introdusert for bruk av kartleggingsverktøy, og jeg så heller aldri noen anvende dem. En kan derfor stille seg spørsmål om hvorfor sykepleierne ikke bruker kartleggingsverktøy når det flere steder er i avdelingenes prosedyrer. Resultatene kan bli sett i sammenheng med at sykepleiere mangler kunnskaper om delirium, og at dette bidrar til at de ikke prioriterer kartlegging av tilstanden

(Flagg et al., 2010). Dette viser at manglende kunnskaper fører til at de ikke forstår alvorlighetsgraden av delirium, og på bakgrunn av dette forstår de ikke hvorfor de må bruke tid på å kartlegge alle pasientene for delirium. På en annen side viser studiet til Sjøbø et al. (2012) at sykepleiere unngår å bruke kartleggingsverktøy dersom de har lav mestringsfølelse på grunn av utilstrekkelig veiledning, øvelse og oppmuntring. Dette vil påvirke sykepleiernes holdninger fordi mangel på kunnskap og mestringsfølelse kan føre til at sykepleiere opplever usikkerhet rundt kartlegging. Håkonsen (2014, s. 185) definerer holdning som ”en spesiell tilbøyelighet til å reagere på en bestemt måte ovenfor andre mennesker, ting eller hendelser”. Bruk av kartleggingsverktøy krever visse ferdigheter av sykepleierne, og dersom en opplever usikkerhet vil en ofte unngå å bruke disse hjelpemidlene. Holdninger vil speile seg i atferden. Når sykepleiere ikke forstår viktigheten av å identifisere delirium vil de heller ikke forstå behov for å bruke kartleggingsverktøy.

Studiene ovenfor viser at dagens praksis ikke er i tråd med kunnskapsbasert praksis der litteratur og forskning anbefaler å bruke kartleggingsverktøy for å identifisere delirium (Flagg et al., 2010; Sjøbø et al., 2012; Ranhoff, 2015a) Dette kan peke i retning av at det er behov for fokus på implementering av kartleggingsverktøy på avdelinger med høy forekomst av delirium slik som på medisinske avdelinger. Implementering kan være vanskelig, og studiet til Sjøbø et al. (2012) viser at mangel på ressurser i avdelingen gjør det utfordrende å iverksette rutiner for kartlegging. Implementering vanskeliggjøres der sykepleierne ikke støttes i prosessen. Til tross for dette kan en anta at avdelinger som har kartleggingsverktøy innarbeidet i rutinene vil ha økt fokus på delirium, og det å se en sammenheng mellom symptomer og delirium vil skje mer automatisk med bruk av kartleggingsverktøy. Dette underbygger også resultat av studien til Sjøbø et al. (2012) der dokumentert komplett deliriumsvurdering økte fra 4,3 % til 27,5 % etter endringstiltak med implementering av kartleggingsverktøy. Bruk av kartleggingsverktøy må tilpasses slik at det blir en del av rutinen og det må oppleves som et hjelpende verktøy og ikke en ekstra belastning.

Riktig bruk av kartleggingsverktøy i avdelinger vil kunne oppleves som positivt for sykepleiere, i tillegg til at det kan bidra til økt fokus på delirium. Verktøyene kan bidra til at en registrerer viktige symptomer på tilstanden, som igjen kan gi en god indikasjon på om pasienten har utviklet delirium eller ikke. Kartleggingsverktøyene kan også bidra til en mer presis observasjon av pasienten fordi verktøyene gir en retning på hva som må observeres. Dette vil kunne bidra til at flere tilfeller av delirium blir avdekket. I tillegg kan det gi en

mestringsfølelse for sykepleierne. Kartleggingsverktøyet Confusion Assessment Method (CAM) er det mest kjente verktøyet, og det er anbefalt til bruk blant sykepleiere for å identifisere delirium (Stubberud, 2015b). De senere årene er det utviklet mange ulike kartleggingsverktøy for delirium, og 4AT er en av disse. 4AT er et kartleggingsverktøy som er validert og oversatt til norsk. Fordelen med dette kartleggingsverktøyet er at det er en rask kartlegging som kan gjennomføres på to minutter, og det trengs ingen spesiell opplæring, i tillegg til at det kan brukes på pasienter med en kjent demenssykdom (Bellelli et al., 2014).

Siden det finnes mange forskjellige kartleggingsverktøy må en kritisk vurdere nytte. Noen karakteristiske tegn på delirium som for eksempel uoppmerksomhet kan være vanskelig å observere og gjøre en vurdering av, selv med kartleggingsverktøy. Ved gjennomgang av sykepleienotater var tegn på uoppmerksomhet kun vurdert i 8,1% av tilfellene (Sjøbø et al., 2012). Likevel er dette et symptom som er vesentlig for å vurdere om pasienten har delirium. Når en skal vurdere pasientens uoppmerksomhet med hjelp av kartleggingsverktøyet CAM må en vurdere dette skjønnsmessig ved å stille seg spørsmål om pasienten hadde problemer med å holde oppmerksomheten, blir pasienten fort distraheret og hadde pasienten problemer med å forstå det som ble sagt (Ranhoff, 2015a). Det kan være vanskelig for sykepleieren å skulle vurdere i hvilken grad pasienten er uoppmerksom eller oppmerksom. Det er krevende å vurdere skjønnsmessig, og derfor har kartleggingsverktøyet 4AT en mer konkret kartlegging på oppmerksomhet. Her testes oppmerksomheten ved at en spør pasienten om følgende: ”Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg åretes måneder, begynn med desember”. Hvis pasienten oppgir syv eller flere måneder korrekt regnes pasienten til å ha normal oppmerksomhet (Berg et al., 2016). Dette vil kunne bidra til at uoppmerksomhet lettere kan vurderes fordi en som sykepleier har noe mer konkret å se etter. Vurdering av punkt en i CAM og punkt fire i 4AT, akutt debut og vekslende forløp, forutsetter informasjon om pasientens premorbide kognitive funksjonsnivå. Som diskutert tidligere i oppgaven kan det oppleves som en barriere for sykepleierne fordi en må bruke tid på å innhente informasjon fra pårørende eller annet helsepersonell. Likevel er det vesentlig å vurdere dette da delirium oppstår akutt og ofte med et fluktuerende forløp, i tillegg til at dette symptomet kan skille delirium fra andre tilstander som demens og depresjon. Derfor bør sykepleieren som gjør en datasamling av pasienten i starten innhente informasjon om pasientens premorbide kognitive funksjon slik at dette er lett tilgjengelig for alle sykepleierne som skal vurdere pasienten med hjelp av kartleggingsverktøy.

6 Avslutning

Hensikten med denne oppgaven var å belyse hvordan sykepleiere kan identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på medisinske avdelinger. Som vi har sett i oppgaven har sykepleiere en sentral rolle i identifiseringen av tilstanden fordi de har mye kontakt med pasientene gjennom hele døgnet. Likevel er identifisering i dag en stor sykepleiefaglig utfordring. Altfor mange tilfeller av delirium blir ikke oppdaget. Egne erfaringer, og fag- og forskningslitteratur viser at sykepleiere mangler kunnskaper og ferdigheter om tilstanden. I tillegg brukes det lite hjelpemidler som kartleggingsverktøy i identifiseringen. Som et resultat av manglende kunnskaper og ferdigheter forstå ikke sykepleierne hvorfor en rutinemessig skal kartlegge pasienter for delirium.

Identifisering av delirium forutsetter at sykepleiere har kunnskaper, ferdigheter og holdninger om temaet. I tillegg må de gjøre en systematisk vurdering av pasienten som innebærer innhenting av informasjon om fysiologisk status og sykehistorie. Sykepleierens observerende funksjon, og dokumentasjon av kognitiv atferd er avgjørende for å fange opp endringer i pasientens kognitive funksjon som kan være tegn på delirium. Som hjelpemiddel i identifiseringen kan kartleggingsverktøy som CAM og 4AT benyttes.

Forskning viser at sykepleiere er aktuelle for undervisningsprogram om delirium. Økt kompetanse vil trolig øke fokus på tilstanden, samt bidra til å gi sykepleierne en bedre forståelse av alvorlighetsgraden av tilstanden og viktigheten av sykepleiernes arbeid i identifiseringen. Siden konsekvensene av delirium er store både for pasienten og samfunnet er det viktig å oppdage tilstanden tidlig. Pasientene kan få sterkt redusert livskvalitet som igjen kan føre til større pleiebehov. Økt kunnskap om delirium vil derfor være samfunnsnyttig.

Referanseliste

- Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D. H. J., Mazzola, P., Turco, R., Gentile, S., ... MacLulich, A. M.J. (2014). Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age and Ageing*, 43(4), 496-502. Doi: 10.1093/ageing/afu021
- Berg, G. V., Watne, L. O. & Gjevjon, E. R. (2016). Ny screening gir sikrere diagnose. *Sykepleien Forskning*, 104(3), ukjent sidespenn. Doi: 10.4220/Sykepleiens.2016.56686
- Brodtkorb, K. & Ranhoff, A. H. (2015). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland, *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eide, L. S. P., Instenes, I., Ranhoff, A. H., Amofah, H. A. & Norekvål, T. M. (2017). Kjenn tegnene på delirium hos eldre. *Sykepleien Forskning*, 105(8), ukjent sidespenn. Doi: 10.4220/Sykepleiens.2017.62845
- Flagg, B., Mcdowell, S., Mwose, J. M. & Buelow, J. M. (2010). Nursing identification of delirium. *Clinical nurse specialist*, 24(5), 260-266. Doi: 10.1097/NUR.0b013e3181ee5f95
- Flovik, A. M. & Rokseth, T. (2015). Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. I E. K. Grov & I. M. Holter (red.). Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. *Sykepleieboken 1* (5.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Foster, N. M., Waldron, N. GHD., Donaldson, M., Margaria, H., McFaul, A., Hill, A.-M. & Beer, C. D. (2010/2011). A quality improvement project to prevent, detect, and

reduce delirium in an acute setting. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 28(2), 24-32.

Hellesø, R. (2015). Pasientjournalen og prinsipper i journalføring. I E. K. Grov & I. M. Holter (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (5.Utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Helsedirektoratet (2017a). *Bruk av somatiske spesialisthelsetjenester i den eldre befolkningen*.

Hentet fra

https://helsedirektoratet.no/Documents/Statistikk%20og%20analyse/Samdata/Filer%20til%20WEB_Dundas/2017%20Analysenotater/10-2017%20Bruk%20av%20spesialisthelsetjenester%20i%20den%20eldre%20befolkningen.pdf

Helsedirektoratet (2017b). Flere eldre pasienter i spesialisthelsetjenesten. Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/nyheter/flere-eldre-pasienter-i-spesialisthelsetjenesten>

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. Juli 1999 nr. 64. Hentet fra

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell>

Holter, I. M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I E. K. Grov & I.

M. Holter (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (5.Utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser*. (5.utg.). Oslo: Gyldendal

Akademisk.

Juliebø, V. & Wyller, T. B. (2010). Delirium – en tilstand med høy forekomst og dårlig prognose. *Geriatrisk sykepleie*, 2(3), 4-6.

Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv – ny forståelse*. Oslo: Gyldendal Akademiske.

Kirkevold, M. (2015). *Gammel og syk*. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Molven, O. (2014). *Sykepleie og jus* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Molven, O. (2015). Helsepersonells rettigheter og plikter. I: E. K. Grov & I. M. Holter (red.). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (5.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Neerland, B. E., Watne, L. O & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 133(15), 1596-1600.
- Nightingale, F. (1997a). Utfyllende kapittel: Hva er sykepleierske?. I: V. Skretkovicz (Red.). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nightingale, F. (1997b). XIII. Observasjon av syke. I: V. Skretkovicz (Red.). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Norsk Sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleier. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-%20retningslinjer-for-sykepleiere>
- Norsk Sykepleierforbund. (Udatert). Sykepleie – et selvstendig og allsidig fag. Hentet fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/122020/Sykepleie---et-selvstendig-og-allsidig-fag>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2015). Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2014). Delirium (Akutt forvirring) og demens. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (red.). *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2015a). Delirium (Akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Ranhoff, A. H. (2015b). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rice, K. L., Bennett, M., Gomez, M., Theall, K. P., Knight, M. & Foreman, M. D. (2011). Nurses' recognition of delirium in the hospitalized older adult. *Clinical Nurse Specialist*, 25(6), 299-311. Doi: 10.1097/NUR.0b013e318234897b
- Romøren, T. I. (2015). Eldre, helse og hjelpebehov. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.), *Geriatrisk sykepleie* (2.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rotegård, A. K., Solhaug, M. & Grov, E. K. (2015). Sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess. I E. K. Grov & I. M. Holter (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (5.utg.). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Sjøbbø, B., Graverholt, B. & Jamtvedt, G. (2012). Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten. *Sykepleien Forskning*, 7(4), 358-368. Doi: 10.4220/sykepleief.2012.0155
- Statistisk Sentralbyrå. (Udatert). *Tabell døgnopphold, liggedager og gjennomsnittlig liggetid ved somatiske sykehus, etter kjønn*. Hentet fra: <http://www.ssb.no/304492/dognopphold-liggedager-og-gjennomsnittlig-liggetid-ved-somatiske-sykehus-etter-kjonn-sa-134>
- Stubberud, D.-G. (2015a). Bevissthet. I E. K. Grov & I. M. Holter (red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 1* (5.utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2015b). Sykepleie ved delirium. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (red.), *Klinisk sykepleie 1* (4.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Varghese, N. C., Macaden, L., Premkumar, B., Mathews, P. & Kumar S. (2014). Delirium in older people in hospital: an education programme. *British Journal of Nursing*, 23(13), 704-709. Doi: 10.12968/bjon.2014.23.13.704

Wyller, V. B. (2014). *Frisk* (3. Utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Vedlegg 1

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:

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

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

Vedlegg 2



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, forsøk 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. paranoid 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 førstegangsvurdering 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 aktuell før en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder 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 før 4AT. Akutt endring eller fluktuierende 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, Cook

Norsk versjon: Skjema ved screening for delirium og kognitiv svikt.

(Berg et al., 2016)

