



Identifisering av delirium

Hvordan kan sykepleier identifisere delirium hos geriatriske pasienter, innlagt på sykehus, etter hoftebrudd?

Kandidatnummer: 681
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie, emne 14B

Antall ord: 9657
Dato: 23.04.2019

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 23.04.2019
Tittel: Identifisering av delirium	
<p><u>Problemstilling:</u> Hvordan kan sykepleier identifisere delirium hos geriatiske pasienter, innlagt på sykehus, etter hoftebrudd?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I oppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag vil teori om delirium, den geriatiske pasienten og hoftebrudd utdypes. Kartleggingsverktøyene Confusion Assessment Method og 4 As Test trekkes frem som eksempler på kartleggingsverktøy som kan benyttes i identifiseringen av delirium. Videre vil sykepleierens behandlende funksjon utdypes, med fokus på datasamling og diagnostisering. Sykepleierens observasjonsevne trekkes frem og belyses på bakgrunn av teori av Nightingale. Kapittelet avsluttes med en gjennomgang av relevante etiske og juridiske prinsipper.</p> <p><u>Metode:</u> Bacheloroppgaven er en litterær oppgave, der kunnskap fra allerede eksisterende forskning og relevant faglitteratur er benyttet for å besvare oppgavens problemstilling. Innhenting av relevante forskningsartikler er gjort på bakgrunn av litteratursøk fra flere databaser. Følgende søkeord er benyttet i litteratursøket: Delirium, Nursing Assessment, Aged, Aged Hospitalized, Clinical Assessment Tools og CAM.</p> <p><u>Drøfting:</u> I oppgavens drøfting blir resultater og funn fra forskningsartikler diskutert på bakgrunn av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget, for å belyse og besvare oppgavens problemstilling. Sykepleierens kunnskaper om delirium, og synet på egen rolle i identifiseringen trekkes frem som faktorer for sykepleierens evne til å identifisere delirium. Bruken av kartleggingsverktøyene og sykepleierens evne til å observere pasientens symptomer blir belyst. Til slutt blir tidspress og manglende implementering av kartleggingsverktøy i avdelingen problematisert.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Flere faktorer spiller inn på hvordan sykepleiere kan identifisere delirium. Sykepleiere har en viktig rolle i å identifisere delirium, men de trenger økt kunnskap om tilstanden, og spesielt de hypoaktive symptomene. Tilgjengelige kartleggingsverktøy i avdelingen og kompetanse til å benytte disse vil være til hjelp for å strukturere observasjonene og for å identifisere delirium. I tillegg må sykepleiere anerkjenne sin rolle i identifiseringen, og bruke sin behandlende funksjon i møte med pasientene, og ikke bagatellisere symptomene.</p>	

(Totalt antall ord: 290)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2	Temaets sykepleiefaglige relevans.....	2
1.3	Problemstilling.....	2
1.3.1	Kontekst.....	2
1.3.2	Avgrensning og presisering av problemstilling.....	2
1.3.3	Begrepsavklaring.....	3
1.4	Disposisjon.....	4
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag	5
2.1	Delirium.....	5
2.1.1	Årsaker.....	5
2.1.2	Hyperaktivt og hypoaktivt delirium.....	6
2.1.3	Diagnostisering.....	6
2.2	Kartleggingsverktøy.....	7
2.2.1	Confusion Assessment Method (CAM).....	7
2.2.2	4 As Test (4AT).....	8
2.3	Den geriatriske pasienten.....	9
2.3.1	Skrøpeligheit.....	9
2.3.2	Multimorbiditet.....	10
2.4	Hoftebrudd.....	10
2.5	Sykepleierens behandlende funksjon.....	11
2.6	Observasjon.....	12
2.7	Etiske og juridiske prinsipper.....	13
3	Metode	15
3.1	Litteratursøk.....	15
3.1.1	Valg av databaser og søkeord.....	15
3.1.2	Tabell over litteratursøk.....	16
3.1.3	Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	17
3.1.4	Kvalitativ og kvantitativ metode.....	18
3.2	Utvalg av faglitteratur.....	18
3.3	Kildekritikk.....	19
3.4	Etiske vurderinger.....	20
4	Resultater og funn	21
4.1	Artikkelmatrise.....	21
5	Drøfting	24
5.1	Sykepleierens kunnskaper.....	24
5.2	Observasjon og bruk av kartleggingsverktøy.....	27
5.3	Sykepleierens funksjon og rolle i identifiseringen av delirium.....	29
5.4	Faktorer på arbeidsplassen.....	31
6	Avslutning	34
	Referanseliste.....	35

1 Innledning

Tema for denne bacheloroppgaven er sykepleierens identifisering av delirium hos den geriatriske pasienten etter hoftebrudd.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Hvert år rammes om lag 9000 personer av hoftebrudd i Norge. Bruddene rammer særlig de skrøpeligste og de eldste grunnet osteoporose og fall, og skal alltid opereres hos denne pasientgruppen (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2015, s. 514). Fysisk og psykisk belastning grunnet akutt eller kritisk sykdom kan være årsak til at flere i denne pasientgruppen utvikler en akutt forvirringstilstand, kalt delirium (Stubberud, 2016, s. 429). Forekomsten av delirium er mellom 40-50 % blant pasienter innlagt med hoftebrudd i sykehus (Wyller, 2015, s. 309). Delirium er vanlig, men en alvorlig tilstand, og det kan i mange tilfeller være det eneste symptomet på en somatisk sykdom som ubehandlet kan ha en alvorlig prognose. Pasienter med delirium har behov for lengre sykehusopphold, i tillegg har de økt risiko for dødelighet og utvikling av demens, eller forverring av demenssykdommen. På grunn av disse alvorlige konsekvensene er delirium å anse som et stort folkehelseproblem. Likevel er det mye som tyder på at delirium blir oversett av helsepersonell, og ofte blir ikke diagnosen stilt (Watne & Wyller, 2018; Wyller, 2015, s. 309-310). Wyller (2015, s. 309) forklarer mangelfull diagnostisering med en mulig sammenheng mellom manglende kunnskaper hos helsepersonell om delirium og at diagnosen lett forveksles med demens.

Med bakgrunn i det overstående har jeg valgt identifisering av delirium som tema for denne oppgaven. Erfaringer fra egen klinisk praksis har vært med å inspirere til valg av tema. Jeg har selv opplevd eldre pasienter med symptomer lignende en akutt forvirring, men uten at det ble iverksatt kartlegging av pasienten med tanke på delirium. Sykepleiere på avdelingen konkluderte med at pasientens oppførsel trolig skyldtes pasientens høye alder og kognitive svikt. Jeg kan ikke med sikkerhet si at pasienten hadde delirium i dette tilfellet, siden det ikke ble kartlagt. Likevel er feildiagnostisering og mangelfull kartlegging av delirium momenter som stadig kommer frem i litteraturen om delirium (Watne & Wyller, 2018), og det er ikke usannsynlig at dette var tilfellet her også. Eksempelet fra praksis har gitt meg inspirasjon til å lære mer om temaet gjennom denne oppgaven.

1.2 Temaets sykepleiefaglige relevans

Sykepleieren har flere ansvars- og funksjonsområder. Sykepleierens behandlende funksjon består av å samle data, vurdere, planlegge, gjennomføre, evaluere og dokumentere sykepleien. Observasjon og datasamling står sentralt ved identifisering av delirium, og sykepleierens behandlende funksjon vil dermed være aktuell i denne sammenhengen (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). I følge Nightingale (1997, s. 149) er observasjon av pasientens kliniske tilstand den viktigste praktiske kunnskapen en sykepleier kan ha. Sykepleiere tilbringer mye tid inne hos pasientene, og står dermed i en viktig posisjon med å innhente observasjoner av pasientenes tilstand, og formidle dette videre til den behandlende legen (Ranhoff, 2015a, s. 456). Sykepleierens behandlende funksjon og observasjonskompetanse vil bli nærmere beskrevet i teorikapittelet (se kapittel 2.5 og 2.6).

1.3 Problemstilling

Formålet med oppgaven er å finne ut hvordan sykepleiere kan identifisere delirium og på den måten styrke fokuset, og ikke minst kunnskapen rundt temaet. Økt kunnskap om delirium kan forhindre at sykepleiere overser eller forveksler tilstanden med andre sykdommer og potensielt står i fare for å gi mangelfull helsehjelp. Med bakgrunn i det overstående resonnementet har jeg formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier identifisere delirium hos geriatiske pasienter, innlagt på sykehus, etter hoftebrudd?

1.3.1 Kontekst

Oppgaven tar utgangspunkt i geriatiske pasienter innlagt på sykehus, på ortopedisk sengepost med hoftebrudd, siden dette er en pasientgruppe som har økt risiko for utvikling av delirium (Wyller, 2015, s. 309).

1.3.2 Avgrensning og presisering av problemstilling

I oppgaven velger jeg å fokusere på den geriatiske pasienten. Denne pasientgruppen er ikke først og fremst kjennetegnet ved sin alder, men heller på pasientgruppens komplekse helseproblemer (Wyller, 2015, s. 19). Likevel velger jeg å avgrense pasientgruppen i denne oppgaven til å gjelde eldre geriatiske pasienter over 65 år, siden delirium rammer hyppigst

eldre og skrøpelige pasienter (Wyller, 2015, s. 311). I tillegg er denne avgrensningen på alder hensiktsmessig siden det meste av forskningslitteraturen tar utgangspunkt i eldre geriatrike pasienter som er 65 år eller eldre.

Større kirurgiske inngrep og høy sårbarhet øker risikoen for delirium postoperativt, men delirium kan også forekomme allerede preoperativt. Hvis pasienten blir delirisk preoperativt vil det ofte vedvare inn i det postoperative forløpet. Fokuset for denne oppgaven vil ligge på sykepleierens identifisering av delirium postoperativt, uavhengig av om det oppstår preoperativt eller postoperativt (Wyller, 2015, s. 309). Det avgrenses ikke på kjønn i oppgaven. I hovedsak er forekomsten av delirium vist å være høyest blant menn (Stubberud, 2016, s. 430), samtidig er forekomsten av hoftebrudd høyest blant kvinner (Grønsløth, Roa, Kjønnøy & Almås, 2016, s. 184). Avgrensning med utgangspunkt i kjønn ville dermed ikke være hensiktsmessig i denne oppgaven. Sykepleietiltak knyttet til behandling av delirium vil ikke bli utdypende beskrevet siden problemstillingen er sentrert rundt identifisering av delirium. Fokuset vil være på sykepleierens behandlende funksjon, med hovedfokus på de første delene av sykepleieprosessen som består av datainnsamling og problemidentifisering (Rotegård, Solhaug & Grov, 2015, s. 246).

Enkelte forbinder delirium med delirium tremens (alkoholisk delirium) som er delirium utløst av alkoholabstinens, men i slike tilfeller er alkohol den direkte årsaken til at pasienten utvikler delirium (Wyller, 2015, s. 307). Delirium tremens vil derfor ikke bli nærmere beskrevet siden hovedfokus for denne oppgaven er delirium utløst postoperativt etter hoftebrudd. Delirium kan også i en klinisk situasjon lett forveksles med demens, depresjon eller akutt psykose siden symptomene på disse sykdommene har flere likhetstrekk med delirium (Engedal, 2012, s. 290). På bakgrunn av oppgavens problemstilling har jeg valgt å ikke beskrive eller utdype de ulike differensialdiagnosene til delirium, selv om det i klinisk situasjon vil være nødvendig å gå bredt ut i vurderingen av en pasient som har blitt akutt forvirret.

1.3.3 Begrepsavklaring

Sentrale begreper som benyttes i oppgaven vil kort defineres her, med unntak av den geriatrike pasienten som vil bli definert senere i teorikapittelet under punkt 2.3.

Delirium er også kjent som akutt forvirring, og kjennetegnes som en forstyrrelse i pasientens bevissthet og oppmerksomhet (Wyller, 2015, s. 308).

Identifisering betyr å gjenkjenne og vise samstemmighet med (Store norske leksikon, 2009).

Hoftebrudd er en fellesbetegnelse for lårhalsbrudd, pertrokantære- og subtrokantære femurfrakturer (Wyller, 2015, s. 414).

1.4 Disposisjon

I kapittel 2 vil relevant teori presenteres som bakgrunn for å belyse problemstillingen. Oppgavens metode presenteres i kapittel 3 med begrunnelse over valgt fagstoff og tabell over litteratursøket. Resultater og funn fra forskningsartikler presenteres i en egen artikkelmatrise i kapittel 4. I kapittel 5 vil teori fra kapittel 2 og funn og resultater fra forskningslitteraturen benyttes for å drøfte problemstillingen, før sentrale funn fra drøftingen oppsummeres og oppgavens problemstilling besvares i avslutningen.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I det teoretiske kunnskapsgrunnlaget vil relevant teori om delirium, kartleggingsverktøy og den geriatrike pasienten beskrives. Videre vil hoftebrudd kort beskrives før sykepleierens behandlende funksjon og observasjon trekkes frem. Kapittelet avsluttes med en gjennomgang av relevante etiske og juridiske prinsipper knyttet til problemstillingen.

2.1 Delirium

Delirium skyldes en akutt svikt i hjernens funksjoner, men hva som utløser det rent nevrobiologisk er fremdeles uklart og preges enda av hypoteser (Wyller, 2015, s. 310). Imidlertid kan delirium betraktes som en ”akutt eller subakutt, uspesifikk, organisk reaksjon på en somatisk sykdom eller forgiftning. Hjernen blir overbelastet, og det oppstår en akutt hjernesvikt” (Engedal, 2012, s. 281). Delirium er ingen enkeltstående sykdom, men et symptomkompleks med en underliggende årsak (Ranhoff, 2015a, s. 455).

2.1.1 Årsaker

Det er vanlig å skille mellom bakenforliggende og utløsende årsaker for delirium. De viktigste bakenforliggende risikofaktorene er høy alder og demens. Andre risikofaktorer kan være andre hjernesykdommer, redusert syn eller hørsel, bruk av legemidler med kognitive bivirkninger, underernæring og søvnapné. Utløsende årsaker kan i prinsippet være alle akutte sykdommer og traumer pasienten utsettes for, for eksempel hoftebrudd. Ofte kan det skyldes en kombinasjon av flere utløsende årsaker (Wyller, 2015, s. 311-312). Sårbarhet hos pasienten står i nær sammenheng med styrken på den ytre belastningen og den utløsende hendelsen som skal til for å utvikle delirium. En person med høy sårbarhet har lite reservekapasitet og det kan kreves kun en minimal ytre påkjenning for å utløse delirium hos de mest sårbare pasientene. Samtidig vil en pasient med lav sårbarhet være bedre rustet og kreve mye sterkere ytre påkjenning for at delirium skal oppstå (Wyller, 2015, s. 311). Den geriatrike pasienten som utsettes for et traume i form av hoftebrudd med påfølgende operasjon, vil være i en særlig risiko for å utvikle delirium (Ranhoff, 2015a, s. 457). Jeg vil komme nærmere inn på pasientens sårbarhet i kapittel 2.3.

2.1.2 Hyperaktivt og hypoaktivt delirium

Delirium kan deles inn i to ulike typer ut ifra endringer i pasientens psykomotoriske tempo og symptombylde. Hyperaktivt delirium gir for høyt psykomotorisk tempo. Pasienten kan oppleves som agitert, motorisk urolig, ofte vandrende, preget av raske inadekvate tankesprang og med paranoide hallusinasjoner (Ranhoff, 2015a, s. 453; Wyller, 2015, s. 308). Hypoaktivt delirium er den andre formen delirium kan vise seg på. I motsetning til den hyperaktive formen har pasienter med hypoaktivt delirium et for lavt psykomotorisk tempo. Typiske tegn hos pasienten er at pasienten reagerer sløvt, kan sovne midt i sin egen setning og ligger i en døs. Denne formen for delirium blir også kalt stille delirium (Wyller, 2015, s. 308). Pasienten skaper lite bryderi i avdelingen og ligger rolig i sengen, og det kan gjøre det utfordrende å oppdage. Likevel er det viktig å identifisere hypoaktivt delirium siden det har minst like alvorlig prognose som den hyperaktive typen med tanke på dødelighet og senere funksjonsevne (Ranhoff, 2015a, s. 453). Det er vanlig at pasienter med delirium veksler mellom den hyperaktive og den hypoaktive typen. Endringen kan skje over noen få minutter eller langsommere over døgnet (Wyller, 2015, s. 308).

2.1.3 Diagnostisering

Diagnosen delirium stilles på bakgrunn av de diagnostiske kriteriene i det amerikanske psykiatriske diagnosesystemet DSM-5. Der er det oppsatt fem kriterier fra punkt A-E som alle må være oppfylt for at pasienten skal diagnostiseres med delirium. Kriteriene kan kort oppsummeres med at pasienten har en forstyrrelse i oppmerksomhet, bevissthet og kognisjon som utvikles over kort tid. Forstyrrelsene har ingen annen forklaring og undersøkelser og sykehistorie gir holdepunkter for at forstyrrelsene er en konsekvens av annen medisinsk tilstand, forgiftning eller abstinens (Wyller, 2015, s. 308). Se tabell 1 for utfyllende diagnostiske kriterier for delirium.

Tabell 1 – Diagnostiske kriterier for delirium etter DSM-5

A	Forstyrrelse i oppmerksomhet (reduert evne til å rette, fokusere, opprettholde og flytte oppmerksomhet) og bevissthet (reduert orientering om miljøet omkring)
B	Forstyrrelsene utvikles i løpet av kort tid (vanligvis timer til noen få dager), er en endring fra personens vanlige oppmerksomhet og bevissthet, og har tendens til å fluktuere i alvorlighetsgrad gjennom døgnet
C	Forstyrrelse i kognisjon (for eksempel forstyrret hukommelse, orientering, språk, visuospatial evne eller persepsjon)
D	Forstyrrelsene i kriteriene A og C blir ikke bedre forklart av en annen nevrokognitiv lidelse som allerede er etablert, eller som er under utvikling, og de forekommer ikke i sammenheng med en alvorlig bevissthetsnedsettelse som koma

E	Det er holdepunkter fra sykehistorie, klinisk undersøkelse eller laboratorieundersøkelser for at forstyrrelsen er en direkte fysiologisk konsekvens av en annen medisinsk tilstand, forgiftning eller abstinens (for eksempel av rusmidler eller legemidler), annen toksisk påvirkning eller har flere slike årsaker
---	--

(Wyller, 2015, s. 308)

2.2 Kartleggingsverktøy

Det finnes ingen enkel diagnostisk test for å diagnostisere delirium, men diagnosen kan stilles på bakgrunn av sykehistorie, kliniske undersøkelser og observasjoner. Det viktigste er å observere om pasienten har en endring i sine mentale funksjoner gjennom døgnet (Ranhoff, 2015a, s. 455). Kartleggingsverktøy er ikke en diagnostisk test ment for å diagnostisere og fastslå om en pasient har en sykdom eller ikke. Hensikten med kartleggingsverktøy er å identifisere pasienter med økt risiko for å utvikle en sykdom (Public Health England, 2018). Kartleggingsverktøy styrker sykepleierens systematiske observasjoner for å finne potensielle sykdomsindikatorer på et tidlig tidspunkt, og gjør dokumentasjonen og kommunikasjonen med de andre i det tverrfaglige teamet mer presist for å sikre helhetlig pleie og behandling av pasienten (Kirkevold, 2015, s. 125). Det finnes flere ulike kartleggingsverktøy som kan anvendes ved identifisering av delirium. Jayita og Wand (2015, s. 1081) har i sitt systematiske review identifisert og vurdert bruken av 21 ulike kartleggingsverktøy som brukes i praksis for å identifisere delirium. På bakgrunn av deres funn vil kartleggingsverktøyet Confusion Assessment Method (CAM) og 4As Test (4AT) trekkes frem. Disse to kartleggingsverktøyene er valgt fordi de er validert og oversatt til norsk, og brukes i praksis (Evensen et al., 2016, s. 299).

2.2.1 Confusion Assessment Method (CAM)

CAM er det hyppigst brukte kartleggingsverktøyet ved identifisering av delirium (Jayita & Wand, 2015, s. 1095). CAM er en sjekkliste som sykepleieren kan bruke for å identifisere symptomer på delirium. Spørsmålene er direkte relatert til de diagnostiske kriteriene for delirium som nevnt i tabell 1 (Wyller, 2015, s. 142). Verktøyet består av fire vurderingskriterier; akutt debut og fluktuerende forløp, uoppmerksomhet, desorganisert tankegang og endret bevissthetsnivå, som er nærmere presentert i tabell 2.

Tabell 2 – Vurderingskriterier i CAM

1	Akutt debut og fluktuerende forløp: Er det en akutt endring i pasientens mentale tilstand fra normalt tilstand (baseline)? Vekslet den unormale atferden i løpet av døgnet?
2	Uoppmerksomhet: Har pasienten problemer med å holde oppmerksomheten for eksempel lett distraherert eller problemer med å få med seg det som blir sagt?
3	Desorganisert tankegang: Har pasienten desorganisert eller usammenhengende tankegang med for eksempel uklare eller ulogiske tankerekker eller uforutsigbar endring fra tema til tema?
4	Endret bevissthetsnivå: Hvordan vurderer du pasientens bevissthetsnivå? - våken (normal) - oppspilt (anspent) - somnolent (søvnig, lett å vekke) - stuporøs (omtåket, vanskelig å vekke) - komatøs (umulig å vekke)

(Inouye et al., 1990, s. 947)

Sykepleieren bruker kriteriene i CAM som en sjekklister for å vurdere symptomene på pasienten. Skåringen ved bruk av CAM innebærer at sykepleieren svarer ja eller nei på spørsmålene i de fire vurderingskriteriene. Hvis pasienten oppfyller kriteriet 1 (akutt debut og fluktuerende forløp) og kriteriet 2 (uoppmerksomhet), samt kriteriet 3 (desorganisert tankegang) eller kriteriet 4 (endret bevissthetsnivå) så er det sannsynlig at pasienten har delirium ifølge CAM. Pasienter som skåres til "våken" under vurderingskriteriet 4 vil vurderes til å være i en normal tilstand, og det er derfor kun de øvrige punktene (oppspilt, somnolent, stuporøs og komatøs) som vil lede til mistanke om delirium under vurderingskriteriet 4 (Inouye et al., 1990, s. 947).

2.2.2 4 As Test (4AT)

4AT er et relativt nytt kartleggingsverktøy for identifisering av symptomer på delirium og kognitiv svikt. Det er enkelt i bruk og et godt verktøy for å skille delirium hos pasienter med en allerede kjent demensdiagnose (Jayita & Wand, 2015, s. 1095). Kartleggingsverktøyet består av fire vurderingskriterier; årvåkenhet, AMT4 (mental vurdering), oppmerksomhet og akutt endring eller fluktusjon, som blir presentert i tabell 3.

Tabell 3 – Vurderingskriterier i 4AT

1	Årvåkenhet: - Normal: helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse (skår 0) - Lett søvnig < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal (skår 0)
---	---

	- Tydelig unormal: pasienten virker tydelig døsig eller motorisk urolig/hyperaktiv (skår 4)
2	AMT4 (forkortet mental vurdering): Spør pasienten om alder, fødselsdag, sted og årstall <ul style="list-style-type: none"> - Ingen feil (skår 0) - 1 feil (skår 1) - 2 eller flere feil eller ikke testbar (skår 2)
3	Oppmerksomhet: Spør pasienten om å nevne årets måneder i baklengs rekkefølge fra desember <ul style="list-style-type: none"> - Oppgir 7 måneder eller flere korrekt (skår 0) - Begynner, men klarer <7 måneder/avslår å begynne (skår 1) - Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom) (skår 2)
4	Akutt endring eller fluktusjon: Har pasienten betydelige endringer eller fluktusjon knyttet til årvåkenhet, kognisjon eller annen mental funksjon (for eksempel paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer <ul style="list-style-type: none"> - Nei (skår 0) - Ja (skår 4)

(Berg, Watne & Gjevjon, 2016)

Poengene summeres opp på en skala fra 0-12 poeng. Ved skår 0 er delirium eller alvorlig kognitiv svikt lite sannsynlig, men det kan ikke utelukkes siden mer detaljert testing kan være påkrevd avhengig av pasientens kliniske tilstand. En poengsum mellom 1-3 viser til en mulig kognitiv svikt. En totalskår på 4 eller mer antyder mulig delirium. 4AT er imidlertid ikke en diagnostisk test som med sikkerhet kan stille diagnosen (Berg et al., 2016).

2.3 Den geriatriske pasienten

Den geriatriske pasienten har en høy grad av skrøpeligheit (frailty) og lider av flere aktive sykdommer som krever en helhetlig tilnærming. Typisk hos denne pasientgruppen er et atypisk symptombylde som gjør det utfordrende å diagnostisere (Geriatric Medicine – section of UEMS, 2008). Det er helseproblemets kompleksitet og ikke pasientens alder som gjør pasienten til en geriatrisk pasient, likevel er de fleste geriatriske pasientene over 65 år (Wyller, 2015, s. 20-21).

2.3.1 Skrøpeligheit

Det finnes ingen god norsk oversettelse på det engelske ordet ”frail”, men det blir ofte oversatt til skrøpelig eller sårbar. Videre i denne oppgaven vil skrøpeligheit benyttes. Skrøpeligheit er ikke ensbetydende med å være syk, men det handler om en redusert evne til å opprettholde den fysiologiske homøostasen ved en belastning. Det vil si kroppens opprettholdelse av et stabilt indre miljø (Ranhoff, 2015c, s. 81). En skrøpelig person vil få et

større funksjonstap som konsekvens av en belastning for eksempel ved akutt sykdom, sammenliknet med en robust person som utsettes for den samme belastningen (Wyller, 2015, s. 26). Med økende alder kommer også aldersforandringer som disponerer for sykdom og funksjonssvikt. Aldersforandringer gir endringer i de fleste av kroppens organer med redusert organkapasitet og svekket homøostase. Sammenlagt medfører fysiologiske aldersforandringer redusert reservekapasitet og dermed økt sårbarhet for sykdom og skader (Ranhoff, 2015c, s. 79-81).

2.3.2 Multimorbiditet

Den geriatriske pasienten kjennetegnes av å ha flere sykdommer samtidig (multimorbiditet). Aldersforandringer er en viktig årsak som øker risikoen for en rekke sykdommer. Sykepleie til pasienter med flere sykdommer kan være en utfordring både når det gjelder diagnostikk, behandling, rehabilitering og risikoen for komplikasjoner (Ranhoff, 2015c, s. 84-85). Flere sykdommer utfordrer også sykdomsbildet med tanke på polyfarmasi, det vil si bruken av flere legemidler på en gang. Det disponerer for interaksjoner og uønskede effekter.

Aldersforandringer og svekket homøostase kan endre legemidlenes virkning i kroppen og øke risikoen for bivirkninger (Ranhoff & Engh, 2015, s. 184, 186). Aldersforandringer, multimorbiditet og polyfarmasi kan gi den geriatriske pasienten diffuse og uspesifikke symptomer og tegn på sykdom. Allmensymptomene blir ofte mer dominerende, mens de spesifikke organsymptomene er dempet eller helt kamuflert (Ranhoff, 2015b, s. 226).

2.4 Hoftebrudd

Osteoporose (beinskjørhet) og falltendens gir økt risiko for bruddskader hos den geriatriske pasienten. Hoftebrudd er et av de vanligste og mest alvorlige osteoporotiske bruddene. Hvert år opereres omlag 9000 pasienter for hoftebrudd i Norge (Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre, 2017). Hoftebrudd er en fellesbetegnelse på brudd i øvre del av lårbeinet og omfatter lårhalsbrudd og pertrokantære- og subtrokantære brudd som er brudd sentrert nedenfor selve lårhalsen. Alle hoftebrudd skal opereres hos eldre, men ulike hoftebrudd med ulik lokalisasjon krever ulike kirurgiske behandlinger. Lårhalsbrudd behandles stort sett med en hemiprotese som erstatter lårhalsen med hoftekulen. Pertrokantære- og subtrokantære brudd behandles med nagler og støtteplate (Ranhoff et al., 2015, s. 513-514).

Pasienter som rammes av hoftebrudd har høy risiko for delirium, forekomsten er på mellom 40-50%. Årsaken til den høye forekomsten av delirium etter hoftebrudd kan skyldes flere ulike årsaker. Større kirurgiske inngrep og skrøpeligheit hos eldre geriatriske pasienter øker risikoen for delirium (Wyller, 2015, s. 309). Operasjon kan føre til en kirurgisk stressrespons og smerte som kan utløse delirium. Pasientens opplevelse av stress og økning av stresshormoner, som blant annet kortisol, kan føre til delirium. Årsaker til stress kan være relatert til angst og utrygghet i forbindelse med sykehusoppholdet og fremmedgjøring i et ukjent miljø (Stubberud, 2016, s. 431).

2.5 Sykepleierens behandlende funksjon

Sykepleiere har ulike fagspesifikke funksjoner og ansvarsområder som preger sykepleieutøvelsen i møte med pasienten. Sykepleierens direkte pasientrettede oppgaver omfatter forebyggende og helsefremmende, behandlende, lindrende og rehabiliterende/habiliterende funksjoner. Sykepleierens indirekte pasientrettede oppgaver omfatter oppgaver som inngår i den undervisende-, administrative- og fagutviklende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22-23). Fokuset for denne oppgaven vil ligge på sykepleierens behandlende funksjon og dermed vil denne funksjonen utdypes videre. Delirium kan i mange tilfeller være det eneste symptomet på en somatisk sykdom, som ubehandlet kan ha en alvorlig prognose (Wyller, 2015, s. 309). Derfor kunne også sykepleierens forebyggende og helsefremmende funksjoner vært aktuell ved identifisering av delirium på bakgrunn av å forebygge alvorlig prognose. Likevel søker problemstillingen å finne ut *hvordan* sykepleier kan identifisere delirium og fokuset for oppgaven vil dermed falle på sykepleierens evne til å kartlegge delirium, og sykepleierens behandlende funksjon vil stå i fokus.

Sykepleierens behandlende funksjon tar utgangspunkt i sykepleieprosessen som metode (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Sykepleieprosessen inngår i sykepleierens arbeids- og beslutningsprosess og tar utgangspunkt i innhenting av informasjon om pasienten gjennom observasjon, samtaler og kliniske undersøkelser. På bakgrunn av innsamlet informasjon gjøres en vurdering over pasientens helsetilstand. Videre må det planlegges og formuleres mål, før det utføres målrettede tiltak. Tilslutt skal effekten av tiltakene evalueres opp mot de formulerte målene. Kort oppsummert består sykepleieprosessen av fem faser: 1 – Datasamling, 2 – Diagnostisering, identifisering av behov, 3 – Planlegging og formulering av mål, 4 – Sykepleietiltak, 5 – Evaluering (Rotegård et al., 2015, s. 244-246). På bakgrunn av

oppgavens problemstilling vil det ikke redegjøres ytterligere for de tre siste fasene i sykepleieprosessen da det er identifisering av delirium som er fokuset, og ikke behandlingen. Trinn 1 og 2 vil derimot være aktuelle da identifisering henger sammen med observasjon og innhenting av data (trinn 1), samt å vurdere og trekke konklusjoner ut fra dataene (trinn 2) (Skaug, 2016, s. 360).

I møte med den geriatriske pasienten postoperativt etter hoftebrudd, vil det være aktuelt med en systematisk og kontinuerlig innsamling av opplysninger (data), for å kartlegge pasientens behov for sykepleie. Datasamlingen utgjør grunnlaget for problemløsningen. På bakgrunn av de innhentede opplysningene gjør sykepleieren seg opp noen antakelser (hypoteser) for hva problemet handler om, det vil si diagnostisering og identifisering av behov, som kan lede til mistanke om delirium (Skaug, 2016, s. 340, 346).

2.6 Observasjon

Observasjon i sykepleiesammenheng betyr å studere, legge merke til, overvåke og holde oppsyn med pasienten. Det krever presis bruk av sansene; syn, hørsel, det hånden kan kjenne samt lukt og smak som til sammen utgjør sykepleierens kliniske blikk (Karoliussen, 2011, s. 146-147). Nightingale vektla særlig sykepleierens observasjonsevne i sin teori om sykepleie. Nightingale hevder at sykepleierens observasjonsevne er en forutsetning for å kunne observere og tolke pasientens symptomer på en kunnskapsrik og innsiktsfull måte (Kirkevold, 1998, s. 91).

Den viktigste praktiske leksen man kan gi sykepleiersker, er å lære dem hva de skal observere, og hvordan de 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; hvilke som tyder på forsømmelse, og hva slags forsømmelse. (Nightingale, 1997, s. 149)

Nightingale viser til at observasjon bør utgjøre en vesentlig del av sykepleierens utdanning. Hensikten med sykepleierens observasjon er ikke å samle opp mengder av data med variert informasjon, men å redde liv og styrke pasientenes helse (Nightingale, 1997, s. 149, 167). Den viktigste grunnen til å identifisere delirium er å finne den utløsende årsaken som ubehandlet kan ha en alvorlig prognose (Wyller, 2015, s. 309). Nightingale mente at hvis man som sykepleier ikke klarer å venne seg til å observere burde man heller ikke være sykepleier. Uten evne til å observere er ikke sykepleie ditt kall (1997, s. 155). En annen viktig side ved

observasjonen som Nightingale belyser er sykepleierens observasjoner av pasienter som blir svakere. Pasienten forteller ikke dette selv og det er sykepleierens oppgave å observere pasientens utvikling. Sykepleieren kan ikke forvente at pasienten er slik han nødvendigvis var på et tidligere stadium i sykdomsforløpet (1997, s. 160). Observasjon av endringer i pasientens bevissthet og oppmerksomhet vil være avgjørende i identifiseringen av delirium. For å vurdere endringer i pasientens kognitive tilstand kan det være behov for å innhente komparentopplysninger fra pårørende som har kjennskap til pasientens tidligere kognitive tilstand for å kartlegge om det har skjedd en akutt endring (Wyller, 2015, s. 308-309).

2.7 Etske og juridiske prinsipper

Helsetjenestens og helsepersonellens, herunder sykepleierens, virksomhet er i stor grad regulert gjennom lover og forskrifter. Helsepersonelloven gjelder alle helsepersonell som yter helsehjelp, og er sykepleierens profesjonslov (Molven, 2016, s. 26, 29). Loven har til hensikt å bidra til pasientsikkerhet og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten, samt tillit til tjenesten fra befolkningen (Helsepersonelloven, 1999, §1). Ett av de helserettslige hovedprinsippene for sykepleiere er at sykepleiere plikter å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp etter helsepersonelloven §4. Det å utøve forsvarlig og omsorgsfull hjelp bygger på det etiske ”ikke skade” -prinsippet om å gjøre det som gagnar pasienten og ikke det som skader han (Molven, 2016, s. 130). I forlengelsen av lovparagrafen står det at helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og innhente bistand der dette er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Mangelfull identifisering av delirium som hindrer behandling av tilstanden kan potensielt gi alvorlige konsekvenser som økt dødelighet og økt risiko for ytterligere sykdomsutvikling, for eksempel demens (Wyller, 2015, s. 309). Sykepleiere er pliktig til å nedtegne eller registrere opplysninger i pasientens journal. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten, og det skal være lett for annet kvalifisert helsepersonell å forstå (Helsepersonelloven, 1999, §39-40).

I tillegg til lovverket har sykepleierne et sett med yrkesetiske retningslinjer som gir føringer for gode praktiske og moralske handlinger. Verdier som barmhjertighet, omsorg og respekt for grunnleggende menneskerettigheter ligger til grunn for de yrkesetiske retningslinjene og sykepleiers grunnlag. Sykepleiere skal bruke sin kunnskap til å fremme helse, forebygge sykdom og lindre lidelse, dette er selve drivkraften bak sykepleierens handlinger (Sneltvedt, 2016, s. 97, 100). Pasienter med delirium kan ofte utagere eller ha en aggressiv atferd. Det

stiller krav til sykepleieren om å bevare pasientens integritet og verdighet og beskytte han/henne mot sine krenkende handlinger som kan oppleves nedverdiggende for pasienten (Stubberud, 2016, s. 430). Pasientmedvirkning og samtykke fra pasienten kan være utfordrende og vanskelig å realisere når pasienten har en kognitiv svikt, som delirium. Redusert samtykkekompetanse stiller økt krav til involvering av pårørende (Ranhoff, 2015b, s. 229). Pasientens samtykkekompetanse kan bortfalle helt eller delvis dersom pasienten åpenbart ikke er i stand til å forstå hva samtykket innebærer, grunnet fysiske eller psykiske forstyrrelser, senil demens eller psykisk utviklingshemming (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4-3).

3 Metode

Bacheloroppgaven er en litterær oppgave. Det innebærer at kunnskap fra allerede eksisterende forskning og relevant faglitteratur er benyttet for å diskutere og besvare problemstillingen (Dalland, 2017, s. 207). I det følgende presenteres fremgangsmåten for litteratursøket med tilhørende beskrivelse over valgene som er gjort i søket på forskningslitteratur. Deretter vil utvalg av annen faglitteratur beskrives før kapittelet avsluttes med en gjennomgang av kildekritikk og etiske vurderinger.

3.1 Litteratursøk

Litteratursøket handler om hvordan jeg har søkt og kommet frem til relevante forskningsartikler i forskningsdatabaser.

3.1.1 Valg av databaser og søkeord

Jeg har i hovedsak brukt databasen Cinahl til å søke etter forskningsartikler for å belyse problemstillingen siden dette er en database som i hovedsak dekker forskningsartikler for sykepleiefaget, samt andre tilgrensende fag. For å sikre en større dekning av forskningslitteratur på temaet har jeg også brukt databasen PubMed som er den mest brukte databasen blant helsepersonell, og Svemed+ for å finne relevant forskning fra nordiske helsefaglige tidsskrifter (Thidemann, 2015, s. 85).

Før jeg startet prosessen med å utføre selve litteratursøkene i databasene jobbet jeg med å finne aktuelle søkeord. Søkeordene er valgt med hensyn til å finne aktuelle forskningsartikler som belyser oppgavens problemstilling. Jeg brukte nettsiden til Norsk MeSH for å oversette norske søkeord til engelske emneord. Nettsiden til Norsk MeSH ga ingen resultater til emneordet for *identifisering*, jeg fikk derfor hjelp fra biblioteket ved LDH for å finne det aktuelle emneordet. Ved å søke med det engelske ordet *identification* i Cinahl som et tekstord fikk jeg opp artikler som benyttet *nursing assessment* som emneord. Derfor er *nursing assessment* valgt som emneord for identifisering i litteratursøket. *Aged* er benyttet som emneord siden det inkluderer pasientgruppen fra 65-79 år, i tillegg omfavner emneordet søkeordene *Aged, 80 and Over, Aged, Hospitalized og Frail Elderly*. Søkeord som er benyttet i oppgaven er: *Delirium, Nursing Assessment, Aged, Aged Hospitalized og Clinical Assessment Tools*. I tillegg er *CAM* benyttet som et tekstord i et av søkene for å finne artikkel

som spesifikt omhandlet bruken av dette kartleggingsverktøyet. Søkeord for hoftibrudd eller ortopedi ble ikke benyttet i søket da disse søkeordene avgrenset utvalget av artikler i så stor grad at jeg mistet relevante artikler i søket.

3.1.2 Tabell over litteratursøk

Litteratursøket vil her presenteres i en tabell (se tabell 4). Forskningsartiklene er avgrenset til å gjelde artikler publisert de siste ti årene, for å tilstrebe å finne ny og oppdatert forskning på emnet. I tillegg er det gjort ytterligere avgrensninger på ”research article” og ”engelskspråklig” i de tilfeller der jeg sto igjen med mange treff. Jeg valgte å ikke avgrense søket til ”peer reviewed” da jeg manuelt sjekket tidsskriftet de aktuelle artiklene er publisert i gjennom Norsk senter for forskningsdata (NSD). På den måten fikk jeg oversikt over om tidsskriftene var godkjente publiseringskanaler, og foretar fagfelleevaluering av artiklene de publiserer.

For hver avgrensning som er gjort i litteratursøket ble antall treff redusert. På bakgrunn av de gitte avgrensningene gjort i tabell 4 sto jeg igjen med henholdsvis 109, 45, 76, 35 og 9 treff på artikler etter de ulike søkene.

Tabell 4 – Litteratursøk

Nr.	Dato for søk	Database	Søkeord med kombinasjoner	Antall treff	Avgrensninger	Antall treff	Valgt artikkel
1.	4.1.19	PubMed	”Delirium” AND ”Nursing Assessment” AND ”CAM”	150	Publiseringsdato de siste 10 årene Engelskspråklig	109	Wong, E. K-C., Lee, J. Y., Surendran, A. S., Nair, K., Maestra, N. D., Migliarini, M., ... Petterson, C. J. (2018). ”Nursing perspectives on the confusion assessment method: a qualitative focus group study”.
2.	4.1.19	Cinahl	”Delirium” AND ”Aged” AND ”Nursing Assessment”	171	Publiseringsdato 2009-2019 Research article	45	Coyle, M. A., Burns, P. & Traynor, V. (2017). ”Is it My Job? The Role of RNs in the Assessment and Identification of Delirium in Hospitalized Older Adults”

3.	7.2.19	Cinahl	"Delirium" AND "Nursing Assessment"	279	Publiseringsdato 2009-2019 Engelskspråklig Research article	76	Flagg, B., Cox, L., McDowell, S., Mwose, J. M. & Buelow, J. M. (2010). "Nursing Identification of Delirium"
4.	9.2.19	Cinahl	"Delirium" AND "Aged, Hospitalized" AND "Clinical Assessment Tools"	75	Publiseringsdato 2009-2019	35	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"
5.	21.3.19	Svemed+	"Delirium" AND "Nursing Assessment"	11	Publiseringsdato 2009-2019	9	Sjøbø, B., Graverholt, B. & Jamtvedt, G. (2012). "Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten"

3.1.3 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Utvalget av forskningsartiklene ble gjort på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriterier, se tabell 5. Artikler som omhandlet intervensjoner eller differensialdiagnoser ble ekskludert, det samme ble studier som ikke foregikk på pasienter innlagt på sykehus. Artikler fra land utenfor Europa, USA, Canada og Australia ble heller ikke inkludert i oppgaven siden helsevesenet i sin helhet, identifisering av delirium og sykepleiers rolle i møte med denne pasientgruppen kan være svært ulik fra det norske helsevesenet. Artikler som omhandlet bruk av kartleggingsverktøyene CAM eller 4AT og sykepleierens erfaringer omkring identifisering av delirium ble inkludert. Utvalget av artiklene, som oppfylte inklusjonskriteriene, ble deretter gjort på bakgrunn av artiklens overskrift og gjennomgang av abstraktet til enkelte av artiklene.

Tabell 5 – Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Delirium - Eldre over 65 år - Innlagt på sykehus - Europa, USA, Canada, Australia 	<ul style="list-style-type: none"> - Differensialdiagnoser - Intervensjonsstudier - Utenfor sykehus, for eksempel sykehjem, hjemmetjeneste eller andre institusjoner

- CAM eller 4AT	- Øvrige land/kontinenter enn Europa, USA, Canada og Australia - Andre kartleggingsverktøy enn CAM og 4AT
-----------------	--

3.1.4 Kvalitativ og kvantitativ metode

Både kvalitative og kvantitative forskningsartikler er benyttet i oppgaven. Kvalitativ forskning er en gunstig forskningsmetode for å finne ut av blant annet menneskelige egenskaper, opplevelser og erfaringer. Datainnsamlingen foregår som regel ved intervju, observasjon, feltarbeid eller dokumentanalyse (Thidemann, 2015, s. 78). To av de inkluderte artiklene (se tabell 4, nr. 1 og 2) har et kvalitativt design i form av fokusgruppeintervju og individuelle intervju. Artikkel nr. 1 og 2 (se tabell 4) benyttes i oppgaven for å se på hvordan sykepleiere vurderer og identifiserer delirium og sykepleierens erfaringer med bruk av CAM. Kvantitativ forskningsmetode tar utgangspunkt i målbare enheter og analyseres ved hjelp av statistikk. Datainnsamlingen skjer blant annet ved bruk av spørreskjemaer med faste svaralternativer, systematisk og strukturert observasjon eller eksperiment for å få breddekunnskap (Thidemann, 2015, s. 77-78). To av de inkluderte artiklene (se tabell 4, nr. 3 og 4) benytter kvantitativ forskningsmetode. Artikkel nr. 4 er et valideringsstudie som vurderer sensitiviteten og spesifisiteten til 4AT. Sensiviteten til et kartleggingsverktøy sier noe om verktøyets evne til å identifisere de som faktisk er syke – true positive. Spesifisiteten sier noe om verktøyets evne til å identifisere de som er friske – true negative (Lydersen, 2017). Artikkel nr. 3 er et tverrsnittstudie som vil si at resultatene er samlet på et gitt tidspunkt i en definert populasjon (Helsebiblioteket, 2016b). Artikkel nr. 5 benytter klinisk audit som metode og går ut på å evaluere klinisk praksis og tar utgangspunkt i et kvalitetsforbedringsprosjekt (Helsebiblioteket, 2016a).

3.2 Utvalg av faglitteratur

I tillegg til tidligere relevant pensumlitteratur fra studiet har jeg benyttet biblioteket ved Lovisenberg diakonale høgskole (LDH) for å finne relevant faglitteratur på temaet. Jeg brukte søkemotoren Oria for å finne aktuell litteratur. Følgende søkeord ble benyttet: delirium og geriatri. Basert på søket vil jeg beskrive de mest sentrale bøkene som benyttes i oppgaven. Søket resulterte i boken *Geriatry: en medisinsk lærebok* fra 2015 av Torgeir Bruun Wyller. Wyller er spesialist innen indremedisin og geriatri, og har delirium blant sine viktigste forskningsinteresser. Det styrker troverdigheten til kilden, og boken blir hyppig brukt i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget i kapittel 2.1 om delirium og kapittel 2.3 om den geriatriiske

pasienten. Fagartikkel av Wyller fra den norske legeforening er også benyttet i drøftingen. Anette Hysten Ranhoff er også spesialist i indremedisin og geriatri og flere av hennes kapitler i boken *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* blir også benyttet i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget. Ranhoff henviser til artikkelen til Inouye et al., fra 1990 for beskrivelse av CAM. Dalland (2017, s. 171) presiserer at man som hovedregel bør tilstrebe å oppsøke primærkilden. Derfor valgte jeg å benytte Inouye et al., (1990) sitt valideringsstudie som kilde for beskrivelse av CAM siden det er den første publikasjonen som presenterer kartleggingsverktøyet. I kapittelet om observasjon benyttes teori fra Nightingales bok *Notater om sykepleie*.

3.3 Kildekritikk

Kildekritikk handler om å vurdere den utvalgte litteraturen og hvilken relevans og gyldighet litteraturen har til å belyse problemstillingen. Kildekritikk er viktig for oppgavens troverdighet og faglighet (Dalland, 2017, s. 152).

Søket etter forskningsartikler er gjort på egenhånd. Tre databaser ble benyttet i søket for å få mest mulig bredde på søkeresultatene. Likevel kan jeg ha mistet aktuelle og relevante artikler i søkeprosessen siden jeg begrenset søket til enkelte databaser. Det er heller ikke utført et systematisk søk med fokus på å innhente all relevant forskning på emnet, men gjennomføring av et systematisk søk var heller ikke et mål for denne oppgaven. Begrenset erfaring på litteratursøk kan også ha påvirket søkeprosessen da jeg ikke har foretatt så mange søk tidligere. Relevante søkeord er benyttet i litteratursøket, men det utelukkes ikke at det finnes flere aktuelle søkeord som hadde vært relevant å benytte for å få resultater med mer treffsikkerhet. Søkeordene ble kun kombinert med bruk av AND siden jeg ønsket at artiklene skulle inneholde alle søkeordene, likevel kan dette ha resultert i at jeg gikk glipp av relevante artikler. Alle de utvalgte forskningsartiklene er fagfellevurdert, men tidsskriftet som artikkel nr. 3 (se tabell 4) er publisert i et ikke registrert i listen over godkjente tidsskrift i NSD. Etter nøyere vurdering ble det klart at artikkel nr. 3 er fagfellevurdert i følge Cinahl, og etter nærmere diskusjon med bibliotekar ved LDH har jeg fått det bekreftet at forskningsartikkelen er fagfellevurdert. Jeg har derfor valgt å inkludere artikkelen i oppgaven.

De fleste artiklene som er valgt er skrevet på engelsk og det må tas høyde for at det kan oppstå feiltolkninger eller misforståelse ved bearbeidelse av innholdet i drøftingen. Boken

Notater om sykepleie: samlede utgaver blir benyttet for å presentere Nightingales fokus på sykepleierens observasjon. Boken er en oversettelse av originalen *Notes on Nursing* og er revidert og bearbeidet av Skretkowicz. Det må derfor tas høyde for at oversettelsen kan ha endret det opprinnelige perspektivet.

Artikkel nr. 5 (se tabell 4) tar utgangspunkt i sykepleiernes vurdering av delirium hos intensivpasienter og bruk av kartleggingsverktøyet CAM-ICU. CAM-ICU er en versjon av CAM som er spesielt utviklet til bruk på intensivavdelinger (Ranhoff, 2015a, s. 456). Selv om artikkelen tar utgangspunkt i en annen versjon av kartleggingsverktøyet CAM enn det som er fokus for denne oppgaven belyser den noen interessante funn om sykepleiernes rutiner ved identifisering av delirium og manglende bruk av kartleggingsverktøy som jeg vurderer som relevant for å belyse problemstillingen.

3.4 Ethiske vurderinger

Kliniske erfaringer fra egen praksis er omtalt i oppgaven med respekt og verdighet og med hensyn til taushetsplikten. Taushetsplikten ”skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold” (Helsepersonelloven, 1999, §21). Omtale av pasienter og praksiserfaringer i oppgaven er anonymisert og det vil ikke være mulig å identifisere praksissted, pasienter eller helsepersonell basert på beskrivelsene gitt i denne oppgaven.

4 Resultater og funn

I dette kapittelet presenteres en oversikt over utvalgte forskningsartikler i en artikkelmatrise (se tabell 6) med fokus på artiklenes hensikt, metode og funn. Forskningsartiklene som presenteres vil senere bli brukt for å diskutere og besvare problemstillingen i oppgavens drøfting.

4.1 Artikkelmatrise

Tabell 6 - Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter(e)	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode og design	Funn
1.	Wong et al., (2018).	”Nursing perspectives on the confusion assessment method: a qualitative focus group study”	Age and Ageing	Utforske sykepleiernes oppfatning av delirium, og erfaringer med bruk av kartleggingsverktøyet CAM for identifisering av delirium.	Kvalitativ studie med åtte fokusgrupper bestående av sykepleiere (n=43). En moderator stilte gruppen spørsmål som omhandlet sykepleiernes identifisering av delirium og erfaring med bruk av CAM. Samtalen ble tatt opp og senere transkribert til tekst.	Enkelte ønsket en mer beskrivende beskrivelse av deliriumet. Utfordringer med å vite pasientens kognitive normaltilstand. Utfordringer med å skille delirium fra demens. CAM ble brukt i retrospekt og ikke inne på pasientens rom
2.	Coyle et al., (2017).	”Is it My Job? The Role of RNs in the Assessment and Identification of Delirium in Hospitalized Older Adults”	Journal of Gerontological Nursing	Utforske praksisen blant sykepleiere for identifisering av delirium hos eldre innlagt på sykehus.	Kvalitativ studie med åtte semistrukturerte gruppeintervjuer med til sammen 24 sykepleiere fra Australia. Sykepleierne ble spurt hvordan de vurderer og identifiserer delirium. Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert til tekst.	Funnene deles inn i tre hovedkategorier :det er ikke min jobb, det er min jobb og det er komplekst. Enkelte sykepleiere mente at det ikke var deres rolle å identifisere delirium. Behov for mer

						<p>trening og ressurser for implementering av kartleggingsverktøy i praksis.</p> <p>Utfordringer med å identifisere hypoaktivt delirium, og skille delirium fra demens.</p>
3.	Flagg et al., (2010).	"Nursing Identification of Delirium"	Clinical Nurse Specialist	Beskrive sykepleiernes evne til å oppdage delirium	<p>Kvantitativ metode med tverrsnittsdesign. 61 sykepleiere fra både intensiv- og medisinsk kirurgisk avdeling fra to sykehus i USA deltok. Sykepleierne fikk utdelt spørreskjema med svaralternativer "rett" og "galt", og spørsmål som skulle graderes. Spørsmålene gikk ut på sykepleiernes kunnskap om delirium og evne til å identifisere det.</p>	<p>90% av sykepleierne kunne identifisere hyperaktive symptomer. 77% identifiserte hypoaktive symptomer.</p> <p>Sykepleiernes kunnskap om konsekvensene av delirium varierte.</p> <p>Sykepleierne forsto ikke behovet for rutinemessig kartlegging av delirium.</p>
4.	Bellelli et al., (2014).	"Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people"	Age and Ageing	Å teste nøyaktigheten av 4AT ved identifisering av delirium.	<p>Kvantitativ metode. Tverrsnittstudie som inkluderte pasienter fra en geriatrisk avdeling og en avdeling for rehabilitering (n=234) i Italia. Pasientene ble vurdert med verktøyet 4AT og DSM-IV ble brukt som "gullstandard" for identifisering av delirium.</p>	<p>4AT er en god og brukervennlig metode for raskt å identifisere delirium hos eldre pasienter med og uten demens. 4AT har høy sensitivitet og spesifisitet. Kan brukes uten behov for spesifikk trening.</p>

5.	Sjøbø et al., (2012).	”Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten”	Sykepleien forskning	Å kartlegge hvordan sykepleiere dokumenterer observasjoner om kognitiv status, og vurdere om praksis er i tråd med anbefalinger med bruk av CAM-ICU og iverksette tiltak for bedre praksis.	Klinisk audit med en systematisk kartlegging av sykepleiedokumentasjonen og bruk av CAM-ICU hos 47 intensivpasienter.	CAM-ICU ble ikke brukt i identifiseringen av delirium hos noen av pasientene (n=47). Praksis viste usystematisk og utilstrekkelig tilnærming til delirium preget av subjektive vurderinger blant sykepleiere.
----	-----------------------	---	----------------------	---	---	--

5 Drøfting

I dette kapittelet vil det teoretiske kunnskapsgrunnlaget, egne erfaringer fra praksis og resultater og funn fra utvalgte forskningsartikler benyttes for å drøfte problemstillingen: *Hvordan kan sykepleier identifisere delirium hos geriatriske pasienter, innlagt på sykehus, etter hoftebrudd?*

5.1 Sykepleierens kunnskaper

Den geriatriske pasienten kjennetegnes ved å være skrøpelig og er særlig disponert for delirium grunnet økt sårbarhet. Forekomsten av delirium etter operasjon for hoftebrudd er særlig stor hos denne pasientgruppen. Mellom 40 til 50% av pasientene som legges inn med hoftebrudd rammes av delirium (Wyller, 2015, s. 309). Likevel er det mye som tyder på at delirium er underdiagnostisert og at sykepleiere overser pasientens symptomer. Watne & Wyller (2018) forklarer underdiagnostiseringen med mangelfull kunnskap om delirium blant helsepersonell. De trekker særlig frem helsepersonellens forventninger til at den deliriske pasienten ”skal” være urolig, og at pasienter som ikke oppfattes som urolig ikke blir identifisert, uavhengig om pasienten oppfyller alle de diagnostiske kriteriene for delirium (se tabell 1). Deres erfaring er at delirium blir identifisert hos de pasientene som har de karakteristiske kjennetegnene på delirium, det vil si de pasientene som er urolig, aggressive og de som er vanskelige å håndtere (Watne & Wyller, 2018). Disse erfaringene kjenner jeg også igjen fra egen klinisk praksis der delirium utelukkende har blitt vurdert på de pasientene som viser et typisk hyperaktivt symptombilde. Erfaringene mine viser at den generelle forventningen blant sykepleiere er at pasienter som har delirium skal fremstå urolig. I de diagnostiske kriteriene for delirium i DSM-5 fremkommer det imidlertid ikke et eget punkt som viser til at pasienten skal være urolig for å diagnostiseres med delirium (se tabell 1) (Wyller, 2015, s. 308). Watne & Wyller (2018) poengterer at pasienter som oppfattes urolige, aggressive og vanskelige å håndtere, men uten at de diagnostiske kriteriene for delirium er tilstede, har som oftest demensrelaterte atferdsforstyrrelser og ikke delirium.

Coyle et al., (2017, s. 33) viser i sin studie til at sykepleiere har mangelfull kunnskap og forståelse av sammenhengen mellom delirium og demens. Sykepleierne er usikre på hvordan de skal skille diagnosene fra hverandre og det hindrer de i å identifisere delirium. En av sykepleierne i studien forteller at hun ikke har kunnskap nok til å identifisere om pasienten har delirium eller ikke. Mangelfull kunnskap om delirium er vist å kunne påvirke

sykepleierens tro på egne evner til å identifisere delirium (Flagg et al., 2010, s. 265). Wong et al., (2018, s. 882) viser i sin studie at sykepleiere opplever det utfordrende å skille delirium og demens, og at det kan være et hinder for sykepleiere i å identifisere delirium.

Den geriatrike pasienten er multimorbid med flere sykdommer samtidig, det kan gjøre det utfordrende for sykepleieren å identifisere den enkelte sykdommen blant spekteret av alle sykdommene pasienten kan ha (Ranhoff, 2015c, s. 85). 4AT er et godt kartleggingsverktøy for å identifisere delirium hos pasienter med demens. Verktøyet har høy sensitivitet for delirium hos pasienter som allerede har en demenssykdom (Bellelli et al., 2014, s. 499). Forstyrret oppmerksomhet er et av de diagnostiske kriteriene for delirium (se tabell 1), i tillegg er det et vanlig symptom hos pasienter med demens. På bakgrunn av resultatene i studiet til Bellelli et al., (2014, s. 498) er det grunn til å tro at bruk av 4AT i identifisering av delirium hos pasienter med demens, vil være en gunstig måte for sykepleiere å identifisere delirium.

Pasienter med delirium kan veksle mellom et hyperaktivt- og hypoaktivt symptombilde. Hypoaktivt delirium er mer vanlig enn hyperaktivt, samtidig er det vist at pasienter over 65 år har høyere forekomst av den hypoaktive typen sammenlignet med yngre pasienter (Ranhoff, 2015a, s. 453). Likevel viser studier at sykepleiere i mindre grad har kunnskap nok til å identifisere delirium hos pasienter som har hypoaktive symptomer (Coyle et al., 2017, s. 33; Flagg et al., 2010, s. 264). Studiet til Flagg et al., (2010, s. 264) viser at opp til 90% av sykepleierne (n=61) som deltok i studiet korrekt identifiserte de hyperaktive symptomene til delirium. Forvirring ble vurdert som et symptom på delirium av alle sykepleierne (100%). Når det gjaldt de hypoaktive symptomene var det kun opp til 77% av sykepleierne som identifiserte disse, med unntak av forstyrret oppmerksomhet som ble identifisert som et symptom på delirium av 90% av sykepleierne på medisinsk kirurgisk avdeling. Resultatene i studien er basert på hvilke symptomer sykepleierne klarte å identifisere ut ifra en spørreundersøkelse om symptomer på delirium. Studien viser derfor ikke hva sykepleiere fysisk er i stand til å observere og identifisere i kontakt med den geriatrike pasienten på sengeposten. Det kan tenkes at resultatene hadde vært annerledes hvis det tok utgangspunkt i hva sykepleieren faktisk observerte hos pasienten. Likevel gir Flagg et al., (2010, s. 264) en indikasjon på at sykepleierne har varierende kjennskap til de ulike symptomene relatert til delirium.

Sykepleiere har ikke god nok kunnskap om delirium, og særlig den hypoaktive typen, og hvilke symptomer de skal se etter. Hypoaktivt delirium blir ofte identifisert for sent (Coyle et al., 2017, s. 33). Årsaken til at det ikke identifiseres kan være relatert til at disse pasientene ikke krever like mye oppmerksomhet sammenlignet med pasientene som har et hyperaktivt symptombilde (Flagg et al., 2010, s. 261). Pasientene som har et hypoaktivt symptombilde kan gjerne ligge stille og rolig i sengen, og på den måten "kreve" mindre av sykepleieren (Coyle et al., 2017, s. 33). Det betyr likevel ikke at de ikke er i behov for samme oppfølging som de med et hyperaktivt symptombilde. Behovet for å identifisere den hypoaktive formen av delirium er minst like viktig siden denne typen har like alvorlige prognoser som den hyperaktive typen (Ranhoff, 2015a, s. 453).

Delirium medfører økt risiko for dødelighet, i tillegg har pasienter som gjennomgår delirium økt risiko for å bli innlagt på sykehjem og for å utvikle demens (Wyller, 2015, s. 309). De fleste sykepleiere har kunnskap om at utvikling av delirium er forbundet med negative konsekvenser, for eksempel forlenget sykehusopphold og økt dødelighet (Flagg et al., 2010, s. 264). Men sykepleiere har trolig ikke tilstrekkelig kunnskap om alle de negative konsekvensene knyttet til delirium, slik som økt risiko for demens og funksjonstap (Neerland, Watne & Wyller, 2013, s. 1597). Økt kunnskap kan føre til økt bevissthet omkring konsekvensene knyttet til delirium blant sykepleiere. Økt bevissthet kan igjen føre til økt fokus rundt identifisering av tilstanden, og sykepleierens forståelse av behovet for rutinemessig kartlegging. Likevel viser sykepleierne mindre forståelse for rutinemessig kartlegging av alle pasientene og nødvendigheten av kartlegging blant pasienter som fremstår som klare og orienterte (Flagg et al., 2010, s. 264). I det postoperative forløpet etter hoftebrudd vil det imidlertid være avgjørende at sykepleieren gjør observasjoner av pasienten for å oppdage tidlig tegn på endring, slik at de kan forebygge og behandle eventuelle komplikasjoner. Disse observasjonene inkluderer blant annet observasjon av pasientens bevissthetstilstand (Berntzen et al., 2016, s. 347). Den geriatriske pasienten har ofte diffuse og uspesifikke symptomer som kan gjøre det vanskelig for sykepleieren å observere og tolke tegn på sykdom. Observasjonen bør derfor gjøres på en systematisk måte for å få pålitelige data, og bruk av kartleggingsverktøy kan være til hjelp (Ranhoff, 2015b, s. 227).

5.2 Observasjon og bruk av kartleggingsverktøy

En viktig del av sykepleierens behandlende funksjon består av å samle inn data og identifisere pasientens problemer (Skaug, 2016, s. 340). Legen ser kun pasienten i korte perioder og er avhengig av sykepleierens observasjoner for å stille diagnosen. Sykepleiere står i en viktig posisjon med å innhente observasjoner av pasienten, i tillegg til å tolke og bringe videre observasjoner fra pårørende og annet pleiepersonell (Ranhoff, 2015a, s. 456).

Bruk av kartleggingsverktøy i identifiseringen av delirium kan være til hjelp for å få en oversikt over hvilke symptomer og tegn man skal se etter hos pasienten. Sjøbø et al., (2012, s. 363) viser imidlertid i sin studie at kartleggingsverktøy ikke blir benyttet i praksis, selv om det er tilgjengelig. Det skyldes primært manglende kunnskap om verktøyet. Studiet til Wong et al., (2018, s. 883) viser at sykepleiere i større grad ønsker å dokumentere observasjoner av pasientens tilstand på en mer beskrivende måte enn det kartleggingsverktøyene legger til rette for. Sykepleierne fortalte at bruken av kartleggingsverktøyet CAM begrenset deres evne til å gi gode beskrivelser av pasientens tilstand siden kartleggingsverktøyet tar utgangspunkt i å besvare ja og nei spørsmål og gir ikke en fylldigere beskrivelse av pasientens tilstand. Enkelte sykepleiere mente bruk av CAM i identifiseringen av delirium er overflødig og gir ingen bedre kartlegging enn vanlig rutinemessige observasjoner (Wong et al., 2018, s. 883). På den ene siden vil bruk av kartleggingsverktøy strukturere sykepleiernes observasjoner, og gi en mer presis dokumentasjon over endring av pasientens tilstand over tid (Kirkeveld, 2015, s. 123). På den andre siden gir kartleggingsverktøy mindre rom for tolkninger, og standardiserte ja og nei spørsmål i kartleggingsskjema kan føre til manglende observasjoner og vurderinger av helheten. Det vil derfor være viktig at observasjonene ses i sammenheng med helheten og med bruk av sykepleiernes kliniske skjønn (Kirkeveld, 2015, s. 142). Slik jeg tolker det vil det være hensiktsmessig at sykepleierne både bruker kartleggingsverktøy og sitt kliniske skjønn i observasjon og vurdering av pasienten.

Akutt endring i pasientens tilstand og fluktuerende forløp er momenter som skåres både ved bruk av CAM og 4AT. Det er viktige observasjoner som direkte inngår som et av kriteriene som må være tilstede i diagnostikken av delirium etter DSM-5 (se tabell 1, punkt B) (Wyller, 2015, s. 308). Likevel viser det seg at det kan være utfordrende for sykepleiere å evaluere om pasienten har en akutt endret mental tilstand, særlig hos pasienter uten pårørende tilstede som kjenner pasienten (Wong et al., 2018, s. 882). Bruk av pårørende for å innhente komparentopplysninger om pasientens kognitive tilstand er en viktig kilde til informasjon, for

å vurdere om pasienten har hatt en akutt endring (Wyller, 2015, s. 309). Samtidig er det ikke alle som har pårørende i nærheten slik Wong et al., (2018, s. 882) belyser. Vurdering av pasientens endring i mentale funksjoner fordrer derfor at sykepleiere har kjennskap til pasientens normaltilstand. Etter at en pasient har blitt utsatt for et traume, slik som hoftebrudd, kan det imidlertid være vanskelig å få et godt bilde av pasientens normaltilstand. Pasienten kan være preget av smerter og fortvilelse over situasjonen, som gjør det vanskelig å vite hvordan pasienten er til vanlig (Grønsløth et al., 2016, s. 179; Ranhoff et al., 2015, s. 516). Av egen klinisk erfaring ser jeg utfordringene knyttet til vurdering av endringer i mental tilstand med tanke på stadig kortere innleggelsestid og kontakt med mange ulike sykepleiere gjennom sykehusoppholdet. Kort ventetid før operasjon er et av prinsippene for god akuttbehandling av eldre med hoftebrudd for å forebygge komplikasjoner (Ranhoff et al., 2015, s. 515). Samtidig gir nettopp kort ventetid før operasjon og kontakt med flere sykepleiere under innleggelsen det krevende for sykepleier å få et helhetlige bilde av pasienten og hvordan pasienten er til vanlig før operasjonen. Tilstrekkelig og god dokumentasjon vil derfor være avgjørende for å sikre kontinuitet i pleien og observasjon av pasientens symptomer over tid. Plikten til å føre journal er lovbestemt og er et viktig ledd i pasientsikkerheten og for å sikre kontinuitet i pasientbehandlingen (Vabo, 2018, s. 33).

Studiet til Sjøbø et al., (2012, s. 363) viser at sykepleiere dokumenterer og vurderer pasientens endring i mentale status fra normaltilstand, og fluktuasjon i forløpet i alle (100%) sykepleienotatene som ble gjennomgått. Det var imidlertid ingenting som tydet på at sykepleierne koplet disse observasjonene til vurderingen av delirium (Sjøbø et al., 2012, s. 365). Artikkelen indikerer mangelfull kartlegging med bruk av kartleggingsverktøy, og vurderingene av pasientens tilstand ble vurdert på bakgrunn av sykepleiernes subjektive og skjønsmessige vurderinger. Det viste seg imidlertid å være utilstrekkelig fordi sykepleiedokumentasjonen viste liten refleksjon rundt kjennetegnene til delirium. Blant annet ble vurdering av pasientens oppmerksomhet og desorganisert tankegang sjeldent beskrevet etter sykepleiernes subjektive vurdering av pasienten (Sjøbø et al., 2012, s. 365). Som tidligere diskutert på side 27 er bruk av klinisk skjønn viktig når sykepleieren skal observere pasienten. Samtidig kan subjektive vurderinger og identifisering uten bruk av kartleggingsverktøy, men med bruk av klinisk skjønn alene og tiltro til egen individuelle erfaring hindre sykepleiere i å identifisere delirium, og særlig den hypoaktive typen (Berg et al., 2016). Likevel må man ikke se bort fra verdien av en totalvurdering av pasienten og

nedvurdere verdien av sykepleierens erfaringer og kliniske skjønn som er en viktig del av praksis.

Feilaktig bruk av kartleggingsverktøy kan hindre sykepleiere i å identifisere delirium. I studiet til Wong et al., (2018, s. 883) kommer det frem at sykepleiere kartlegger pasienten ved bruk av CAM i ettertid, på slutten av hver vakt, for å oppsummere og se tilbake på pasientens tilstand gjennom vekten. En slik ”oppsummerende vurdering” står i motsetning til å vurdere pasienten på bakgrunn av de fire vurderingskriteriene (se tabell 2) inne hos pasienten, ved sengekanten, slik CAM er ment å benyttes (Ranhoff, 2015a, s. 456). Sykepleiernes observasjon av pasienten etter CAM gir et øyeblikksbilde av pasientens tilstand der og da, derfor må observasjonen gjøres kontinuerlig. Observasjon krever kontinuerlig iakttagelse med bruk av alle sansene. Dette danner grunnlaget for sykepleierens kliniske blikk. Kliniske observasjoner av pasienten er påkrevet for å utøve forsvarlig sykepleie. Mangelfull observasjon av pasienten kan være årsak til utilstrekkelig sykepleie (Karoliussen, 2011, s. 147). Siden CAM ikke aktivt ble benyttet av sykepleierne inne hos pasienten var det heller ingen av sykepleierne som kunne gjengi de fire vurderingskriteriene (se tabell 2) i CAM uten å ha skjema foran seg (Wong et al., 2018, s. 883). Det kan tyde på at mangelfull kjennskap til kartleggingsverktøyet hindrer sykepleierne i å aktivt ta en vurdering av pasienten når de er inne på pasientens rom. Ved å ha kjennskap til de ulike vurderingskriteriene i CAM og ha kartleggingsverktøyet i bevisstheten hele tiden vil sykepleierne automatisk og kontinuerlig kunne observere pasienten etter de ulike vurderingskriteriene og dermed lettere fange opp tegn til delirium (Ranhoff, 2015a, s. 456).

5.3 Sykepleierens funksjon og rolle i identifiseringen av delirium

Sykepleiernes syn på egen rolle ser ut til å påvirke hvorvidt sykepleiere identifiserer delirium eller ikke. Coyle et al., (2017, s. 32) viser i sin studie til at sykepleiere sier at kartlegging av pasientens kognitive status blir gjort av samarbeidende helsepersonell, slik som ergoterapeuter, og at det primært ikke er sykepleiernes rolle å identifisere delirium. Hvis det er slik at sykepleiere ikke anser identifisering av delirium som sin oppgave, vil det bli utfordrende for sykepleier å ivareta sin behandlende funksjon i møte med denne pasientgruppen. For å kunne behandle pasienten i form av målrettede og systematiske sykepleietiltak må sykepleier innhente informasjon om pasienten og vurdere dataene for å trekke konklusjoner eller antagelser om hva som feiler pasienten (Skaug, 2016, s. 355, 360).

Identifisering ved bruk av kartleggingsverktøy kan være en måte for sykepleieren å strukturere datainnsamlingen. Studiet til Coyle et al., (2017, s. 33) viser at sykepleiere gjør generelle observasjoner slik som vitale målinger, men det var kun én av sykepleierne som rapporterte observasjoner omkring endringer i pasientens kognitive tilstand i identifiseringen av delirium. Generelle observasjoner og vitale målinger av pasientene er viktig postoperativt etter hoftebrudd, men uten en helhetlig vurdering som inkluderer pasientens kognitive tilstand vil sykepleiere stå i fare med å overse pasientens problemer. Observasjon av pasientens tilstand er nødvendig for å kunne yte forsvarlig sykepleie (Karoliussen, 2011, s. 147). Det fordrer imidlertid at man kjenner til hva man skal observere. Sykepleiere er pliktig til å yte faglig forsvarlig helsehjelp, og innhente bistand der det er nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Nightingale (1997, s. 149) fremhever sykepleierens evne til observasjon som en forutsetning for å kunne yte god sykepleie, og at sykepleieren må lære hva de skal observere og hvordan. Hvorvidt hennes teori om sykepleie er aktuell i dagens helsevesen må vurderes da hennes tanker og meninger om sykepleie er skrevet i en helt annen tid. Likevel må det presiseres at sykepleierens evne til å observere står sterkt i dagens helsevesen også, og det er en viktig del av sykepleierens behandlende funksjon og for datainnsamlingen som inngår i sykepleieprosessen.

Identifisering og diagnostisering av delirium er et tverrfaglig arbeid. Det er legens ansvarsområde å stille den medisinske diagnosen delirium, men sykepleierne har en viktig rolle med å innhente data om pasienten, vurdere og trekke konklusjoner ut fra dataene etter sykepleieprosessen (Skaug, 2016, s. 360, 363). En studie viser at sykepleiere ikke bruker betegnelsen delirium om de symptomer de observerer, siden det er koblet til en medisinsk diagnose og hører til legenes ansvarsområde. Sykepleierne føler seg ikke sikker på å si at pasienten har delirium eller ikke, og foretrekker derfor å bruke betegnelsen *forvirret* om det de observerer (Coyle et al., 2017, s. 33). Sykepleiere kan likevel mistenke at pasienten har delirium ut ifra de observasjoner som gjøres. Wong et al., (2018, s. 883) trekker også frem i sin studie at sykepleiere er ukomfortable med å si at pasienten har delirium ifølge CAM, siden de føler at de diagnostiserer, og at det ikke er en del av deres rolle som sykepleier. Min erfaring fra klinisk praksis tyder på at sykepleiere i mindre grad bruker betegnelsen delirium på det de observerer, og heller beskriver pasienten som forvirret. Erfaringene mine sammenfaller med det som kommer frem i forskningen, og det kan tenkes at manglende bruk av ordet delirium bidrar til at det ikke blir nok oppmerksomhet rundt diagnosen, som igjen

kan føre til mangelfull identifisering. Slik jeg oppfatter det kan det være problematisk å bruke ordet *forvirret* synonymt med delirium, siden forvirret ofte brukes mer generelt i beskrivelse av den geriatrike pasienten på grunn av normale aldersforandringer eller demens. Samtidig kan årsaken til at sykepleiere velger å unngå bruk av ordet *delirium* være relatert til at det er en leges ansvar å diagnostisere pasientene. Likevel kan det tenkes at konsekvent bruk av betegnelsen delirium, ved mistanke, blant sykepleiere vil øke oppmerksomheten omkring diagnosen og hindre at symptomene bagatelliseres og forklares som forvirring relatert til demens eller normale aldersforandringer.

Sykepleiernes holdninger ser ut til å være et hinder for sykepleiere i å identifisere delirium. I en av de inkluderte artiklene blir pasientenes forvirring utelukkende sett på som normale aldersforandringer av sykepleiere uten å vurdere det opp mot en medisinsk årsak (Coyle et al., 2017, s. 34). Allerede fastlåste holdninger og antakelser omkring den geriatrike pasienten er noe jeg også har opplevd i egen klinisk praksis. Sykepleiere kan stå i fare for å bagatellisere pasientens symptomer som normale aldersforandringer eller demensrelaterte symptomer og dermed overse delirium. Bagatellisering av pasientens symptomer kan forsinke eller hindre oppstart av nødvendig behandling som kan gi alvorlige prognoser, som blant annet høyere dødelighet (Wyller, 2015, s. 309). Bagatellisering av pasientens symptomer, som hindrer identifisering av delirium, vil på mange måter gå imot ikke-skade prinsippet ved at sykepleierne hindrer oppstart av nødvendig behandling og dermed ikke gjør det som gagnar pasienten, men det som skader (Molven, 2016, s. 130). Det er trolig ikke det som er sykepleiernes intensjon, men sykepleiere er pliktig til å gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Helsepersonelloven, 1999, §4) på bakgrunn av ikke-skade prinsippet. På bakgrunn av de helserettslige og etiske prinsippene er det en del av sykepleierens behandlende funksjon å hindre bagatellisering av pasientens symptomer. Opplæring og økt kunnskap om delirium og symptomer relatert til delirium som diskutert under punkt 5.1 vil trolig være en viktig faktor for å hindre bagatellisering av pasientens symptomer.

5.4 Faktorer på arbeidsplassen

Dagens helsevesen er preget av høyt press. Mangel på tid blir trukket frem som et hinder for sykepleiere til å identifisere delirium. Andre sykepleieoppgaver blir sett på som viktigere og identifisering av delirium blir ikke prioritert i praksis til tross for betydningen det har å identifisere det tidlig (Coyle et al., 2017, s. 32, 34). Samtidig er det ingen av sykepleierne i

studiet til Flagg et al., (2010, s. 265) som rapporterer om mangel på tid som et hinder for rutinemessig identifisering av delirium. Likevel må det presiseres at studien til Flagg et al., (2010) er en tverrsnittstudie og viser dermed kun en måling av hva sykepleierne rapporterte ”der og da”. Samtidig kan vi anta at tidspress vil variere fra avdeling til avdeling, og det er ikke usannsynlig at mangel på tid kan være et hinder for sykepleierne til å sette av tid til systematisk å kartlegge og identifisere delirium. Likevel skal både CAM og 4AT være relativt enkle kartleggingsverktøy som går raskt å gjennomføre. CAM tar mellom 5-7 minutter, mens 4AT tar 2-3 minutter å gjennomføre (Jayita & Wand, 2015, s. 1083). På den ene siden skulle man tro at det enkelt lar seg gjøre å kartlegge pasienten når kartleggingsverktøyene er utviklet for å være enkle å gjennomføre i en klinisk hverdag. På den andre siden kan det være utfordrende å gjøre en kartlegging av pasienten på relativt kort tid, hvis pasienten for eksempel fremstår utagerende eller med en aggressiv atferd, slik de kan gjøre når de har delirium (Stubberud, 2016, s. 430). Hensynet til pasientmedvirkning og samtykke kan da være en utfordring. Pasientmedvirkningen og samtykke kan være vanskelig å realisere i slike situasjoner og på bakgrunn av pasientens psykiske forstyrrelser kan det bortfalle helt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3). 4AT er imidlertid utviklet for at sykepleiere kan gjøre identifisering av pasienter som opptrer aggressivt eller som er sløve, og krever ingen fysisk respons for å gi pasienten en skår. Pasienten vil imidlertid bli skåret som ikke testbar under vurderingskriteriet for AMT4 og oppmerksomhet (se tabell 3) hvis pasienten ikke evner å besvare disse kriteriene (Bellelli et al., 2014, s. 497).

Mangelfull opplæring i bruk av kartleggingsverktøy og manglende implementering av kartleggingsverktøy i praksis blir belyst som et hinder for sykepleiere i å identifisere delirium (Coyle et al., 2017, s. 32; Sjøbø et al., 2012, s. 365). Manglende rutiner i avdelingen kan være en årsak til hvorfor sykepleiere ikke gjør rutinemessig kartlegging av pasientene (Flagg et al., 2010, s. 265). 4AT skal imidlertid være enkelt i bruk, og krever ingen spesiell trening for å benyttes (Bellelli et al., 2014, s. 501). Studiet tar utgangspunkt i erfarne psykiatere som benytter 4AT, og det er dermed uvisst om kartleggingsverktøyet er like enkelt å benytte, uten opplæring, for andre profesjoner, slik som sykepleiere (Bellelli et al., 2014, s. 500). CAM derimot forutsetter trening og opplæring, og implementering av verktøyet i en avdeling uten et system for opplæring er ikke anbefalt (Wyller, 2015, s. 142). I en av artiklene rapporterte sykepleierne at de ønsket mer trening på å identifisere delirium, og bruk av CAM (Wong et al., 2018, s. 883). Ønske om mer trening og ressurser for å implementere kartleggingsverktøy belyses også i Coyle et al., (2017, s. 32) sitt studie, og sykepleiere mener dette vil være til

hjelp for å styrke sykepleiernes evne til å identifisere delirium. Ledelsen har det overordnede ansvaret for fagutvikling i avdelingen, og spiller en viktig rolle i arbeidet med å innføre nye kartleggingsverktøy. Ledelsen må ha et system med gode strukturer som kan sikre kompetanseheving i praksis for å bedre kvalitet på behandlingstilbudet (Løvsletten, 2013, s. 49). Uten et system for å implementere kartleggingsverktøy i praksis vil det være utfordrende for sykepleiere å ta kartleggingsverktøyene i bruk på riktig måte (Wyller, 2015, s. 142). Samtidig har sykepleiere et selvstendig ansvar for å holde seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis over sitt fagområdet, og for at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk sykepleierforbund, 2016). Slik jeg tolker dette har alle et ansvar for at ny kunnskap anvendes i praksis. Erfaringsmessig vil det likevel være sentralt med en god ledelse som tar det overordnede ansvaret med å implementere kartleggingsverktøyene i praksis, og sørger for at sykepleierne blir trygge på bruken av disse slik at man styrker sykepleiernes evne til å identifisere delirium.

6 Avslutning

I denne oppgaven har jeg forsøkt å besvare problemstillingen: hvordan kan sykepleier identifisere delirium hos geriatrike pasienter, innlagt på sykehus, etter hoftebrudd?

Geriatriske pasienter er skrøpelige og har økt risiko for å utvikle delirium etter hoftebrudd. Delirium blir imidlertid ofte underdiagnostisert, og identifiseringen kan være utfordrende siden symptomene lett kan forveksles med demens eller normale aldersforandringer. For å besvare problemstillingen ser jeg at det er flere faktorer som spiller inn på hvordan sykepleier kan identifisere delirium hos den geriatrike pasienten. Økt kunnskap om diagnosen delirium, og spesielt fokus på de hypoaktive symptomene ser ut til å være en viktig faktor for sykepleierens evne til å identifisere delirium. For at sykepleieren skal ta ansvar for sin behandlende funksjon er det viktig at sykepleieren kjenner til symptomene, og er bevisst sin rolle i arbeidet med å identifisere tilstanden. Subjektive vurderinger av pasientens tilstand er ikke tilstrekkelig for å identifisere delirium. Systematisk bruk av kartleggingsverktøyene CAM eller 4AT vil derimot være til hjelp for sykepleieren med å strukturere observasjonene, og avdelingen bør legge til rette for tilgang og opplæring i bruk av disse. Dessuten kan det se ut til at økt fokus på å bruke ordet *delirium* om det sykepleierne observerer vil styrke deres evne til å sette fokus på tilstanden, hindre bagatellisering av symptomene, og fremme sykepleierens evne til å identifisere delirium.

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. <https://doi.org/ageing/afu021>
- Berg, G. V., Watne, L. O. & Gjevjon, E. L. R. (2016). Ny screening gir sikrere diagnose. *Sykepleien forskning*, 104(3), 52-53. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56686>
- Berntzen, H., Almås, H., Bruun, A. M. G., Dørve, S., Giskemo, A., Dåvøy, G. & Eide, P. (2016). Perioperativ og postoperativ sykepleie. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (5. utg, s. 309-379). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Coyle, M. A., Burns, P. & Traynor, V. (2017). Is it My Job? The Role of RNs in the Assessment and Identification of Delirium in Hospitalized Older Adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(4), 29–37. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170111-02>
- Dalland, O. (2017). Metode og oppgaveskriving. (6. Utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. (2012). Delirium. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (3. utg, s. 281-292). Bergen: Fagbokforlaget.
- Evensen, S., Forr, T., Al-Fattal, A., de Groot, C., Lønne, G., Gjevjon, E. R., ... Bergh, S. (2016). Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. *Den norske legeforening*, 299-300. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.1334>
- Flagg, B., Cox, L., McDowell, S., Mwose, J.M. & Buelow, J.M. (2010). Nursing identification of delirium. *Clinical Nurse Specialist: The Journal for Advanced Nursing Practice*, 24(5), 260–266. <https://doi.org/10.1097/NUR.0b013e3181ee5f95>
- Geriatric Medicine – section of UEMS. (2008). Definition of Geriatrics (English version, Original version). Hentet fra <https://uemsgeriatricmedicine.org/www/land/definition/english.asp>
- Grønseth, K. L., Roa, E., Kjønnøy, I. & Almås, H. (2016). Sykepleie ved skader og sykdom i bevegelsesapparatet. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 2* (5. utg, s. 169-206). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsebiblioteket. (2016a, 7. juli). 6. Evaluere praksis. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/evaluere-praksis>
- Helsebiblioteket. (2016b, 7. juli). Tverrsnittstudie. Hentet fra <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

- Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P. & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying Confusion: The Confusion Assessment Method: A New Method for Detection of Delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941-948.
- Jayita, D. & Wand, A. R. F. (2015). Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *Gerontologist*, 55(6), 1079-1099. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv100>
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv – ny forståelse: sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (2015). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg, s. 122-144). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lydersen, S. (2017). Hva er sannsynligheten for riktig resultat av en diagnostisk test? *Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0409>
- Løvsletten, M. (2013). Fagutvikling i praksis. *Sykepleien*, 101(2), 47-49. <https://doi.org/10.4220/sykepleiens.2013.0002>
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Juridisk.
- Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre. (2017). Nasjonalt hoftebruddregister. Hentet fra <https://www.kvalitetsregistre.no/registers/525/resultater/1091>
- Neerland, B. E., Watne, L. O. & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Den norske legeforening*, 133, 1596-1600. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1327>
- Nightingale, F. (1997). *Notater om sykepleie*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norsk sykepleierforbund. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-for-sykepleiere>
- Nortvedt, P & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D-G. Stabberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (5. utg, s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
- Public Health England. (2018, 5. November). NHS population screening explained. Hentet fra <https://www.gov.uk/guidance/nhs-population-screening-explained#fileid7942>
- Ranhoff, A. H. (2015a). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H.

- Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg, s. 452-463). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2015b). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg, s. 225-237). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2015c). Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg, s. 79-91). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. & Engh, E. (2015). Eldre og legemidler. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg, s. 184-196). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H., Helbostad, J. & Martinsen, M. I. (2015). Osteoporose og brudd. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg, s. 511-519). 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, s. 244-270). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sjøbø, B., Graverholt, B. & Jamtvedt, G. (2012). Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten. *Sykepleien forskning*, 358-368.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0155>
- Skaug, E.-A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie – fag og funksjon: Bind 1* (3. utg, s. 337-372). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sneltvedt, T. (2016). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg, s. 97-113). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Store norske leksikon. (2009, 14. februar). Identifisering. Hentet fra <https://snl.no/identifisering>
- Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved delirium. I D-G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: Bind 1* (5. utg, s. 429-438). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken til akademisk oppgaveskriving*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis*. (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Watne, L. O. & Wyller, T. B. (2018). Delirium – framleis underdiagnostisert. *Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0118>

Wong, E. K-C. Lee, J. Y., Surendran, A. S., Nair, K., Maesrea, N. D., Migliarini, M., ...
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>

Wyller, T. B. (2015). *Geriatrici: En medisinsk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.