

Systematiske kartleggingsverktøy for identifisering av delirium

Kandidatnummer: 385 & 438
Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie – Emne 14 B

Antall ord: 8899
Dato: 10. april 2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

ABSTRAKT	Lovisenberg Diakonale Høgskole Dato: 10. April 2021
<p><u>Tittel</u> Systematiske kartleggingsverktøy for identifisering av delirium</p>	
<p><u>Problemstilling</u> Hvilke systematiske kartleggingsverktøy kan sykepleieren benytte for å identifisere delirium hos eldre med hoftebrudd?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det teoretiske kapittelet bygger på teori om delirium og tilstandens disponerende- og utløsende årsaker, samt teori om hoftebrudd hos eldre personer. Videre presenteres sykepleierens ansvars- og funksjonsområder ved identifisering, og Florence Nightingales teori om sykepleierens observerende rolle. Kapittelet presenterer tre ulike kartleggingsverktøy, først observasjonsverktøyet NEWS II, deretter de spesifikke kartleggingsverktøyene CAM og 4AT for identifisering av delirium. Til slutt presenteres sykepleierens juridiske og etiske rammeverk, inkludert dokumentasjonsplikt.</p> <p><u>Metode</u> Metoden som benyttes er en litterær oppgave. Først presenteres oppgavens fremgangsmåte med valgte databaser og søkeord. De fem hovedartiklene som anvendes i drøftingsdelen er hentet fra databasene PubMed og CINAHL. Videre presenteres gjennomført litteratursøk med søkehistorikk, inklusjons- og eksklusjonskriterier, øvrig faglitteratur og kildekritikk.</p> <p><u>Drøfting</u> I drøftingen prøver vi å besvare problemstillingen i lys av teori og forskningsartikler. At sykepleieren ikke identifiserer tilstanden kan føre til alvorlige konsekvenser, som forlenget sykehusopphold, funksjonssvikt og økt dødelighet. I dette kapittelet har sykepleierens funksjons- og ansvarsområder et naturlig fokus. Videre drøftes hvorfor sykepleierens observasjonskompetanse og kunnskapsgrunnlag er nødvendig for identifisering. Til slutt drøftes det hvordan sykepleieren kan systematisk kartlegge tilstanden ved bruk av kartleggingsverktøy, samt betydningen av dokumentasjon.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleieren har en sentral rolle i identifisering av delirium på sengepost. Likevel viser både fag- og forskningslitteratur at identifisering er en sykepleiefaglig utfordring. Sykepleierens observasjonskompetanse og kunnskapsgrunnlag er en forutsetning for systematisk kartlegging og identifisering av delirium hos den eldre pasienten. Sykepleieren bør anvende validerte kartleggingsverktøy for å systematisere identifiseringen, samt dokumentere symptomer og eventuelle endringer for å danne et verdifullt sammenligningsgrunnlag.</p>	

(Totalt antall ord: 262)

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling	2
1.3	Avgrensing og presisering av problemstillingen	2
1.4	Oppgavens oppbygning	3
2	Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1	Delirium	4
2.1.1	Symptomer og inndeling av delirium.....	4
2.1.2	Diagnostiske kriterier for delirium	5
2.1.3	Årsaker og disponerende- og utløsende faktorer.....	6
2.2	Hoftebrudd	7
2.3	Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder.....	7
2.4	Nightingales syn på observasjon og klinisk kompetanse.....	8
2.5	Systematisk kartlegging ved bruk av kartleggingsverktøy.....	9
2.5.1	National Early Warning Score II (NEWS II)	10
2.5.2	Confusion Assessment Method (CAM)	10
2.5.3	Rapid Assessment Test (4AT).....	11
2.6	Juridiske og etiske perspektiver	11
2.6.1	Sykepleierens dokumentasjonsplikt	12
3	Metode for oppgaven.....	13
3.1	Fremgangsmåte: Valg av databaser og søkeord	13
3.2	Gjennomført litteratursøk	14
3.2.1	Søkehistorikk.....	14
3.2.2	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	15
3.3	Øvrig faglitteratur	15
3.4	Kildekritikk	16
4	Presentasjon av forskningsresultater	18
4.1	Syntese	18
4.2	Artikkelmatrise	18
5	Diskusjon.....	22
5.1	Sykepleierens kunnskapsgrunnlag ved identifisering	22
5.2	Sykepleierens observasjonskompetanse ved identifisering av delirium	24
5.3	Sykepleierens identifisering av tidlig forverring av klinisk tilstand	26
5.4	Bruk av validerte kartleggingsverktøy for tidlig identifisering av delirium.....	28
5.5	Betydningen av sykepleierens dokumentasjon	30
6	Avslutning	33
7	Litteraturliste.....	34

1 Innledning

Denne bacheloroppgaven omhandler delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd innlagt på ortopedisk sengepost, og hvordan sykepleieren kan identifisere tilstanden delirium.

Hoftebrudd forekommer ofte blant eldre mennesker, og representerer en verdensomspennende utfordring (Cheng et al., 2011, referert i Prestmo et al, 2015). Norge er på verdenstoppen i antall hoftebrudd, med om lag 9000 hoftebrudd i året (Bøyum, 2013; Norsk ortopedisk forening, 2018). Delirium er en vanlig komplikasjon hos eldre mennesker med hoftebrudd, med en forekomst på mellom 40 og 50 prosent (Ranhoff, 2014; Wyller, 2020). Ifølge Sederstrom et al. (2021) kan delirium hos pasienter med hoftebrudd være så høyt som 62 prosent.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Delirium er den vanligste, mest kostnadskrevene og underdiagnostiserte komplikasjonen for eldre mennesker etter kirurgisk operasjon (Sederstrom et al., 2021). Særlig er den hypoaktive varianten av delirium, som karakteriseres som passivitet og døsighet, betydelig underdiagnostisert, og ofte forvekslet med depresjon og demens (Krogseth & Wyller, 2019; Berg et al., 2016). Den reelle forekomsten av delirium er derfor sannsynligvis høyere enn tallene som presenteres (Ranhoff, 2014). Tilstanden kan få alvorlige konsekvenser for de eldre pasientene, og kan føre til forlenget sykehusopphold, økt sannsynlighet for institusjonalisering, funksjonssvikt, risiko for utvikling av demens og økt dødelighet (Ranhoff, 2014; Moksnes, 2018; Stubberud, 2013^a).

Hensikten med denne oppgaven er å belyse hvordan sykepleieren ved systematisk kartlegging kan identifisere delirium på et tidlig stadium (Norsk Legemiddelhandbok, 2020^a). Det er sykepleierne som er til stede hos pasienten hele døgnet, og som har det døgnkontinuerlige ansvaret for å identifisere delirium hos den eldre pasienten (Stubberud, 2013^b; Ranhoff, 2014). Legen som skal diagnostisere delirium, er avhengig av sykepleierens observasjoner og identifisering av tilstanden. Tidlig diagnostisering og videre tiltak kan ha stor betydning for pasientens rehabilitering (Stubberud, 2013^a).

Bakgrunn for valgt tema er at vi begge hadde praksis på en sengepost der vi møtte pasienter som utviklet delirium. Det var likevel tilsynelatende lite fokus på tilstanden, og vi observerte at sykepleierne ikke brukte kartleggingsverktøy. I løpet av praksisperioden ble vi klar over viktigheten av tidlig identifisering, slik at tiltak og behandling kunne iverksettes.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Oppgavens problemstilling er følgende:

Hvilke systematiske kartleggingsverktøy kan sykepleieren benytte for å identifisere delirium hos eldre med hoftebrudd?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Delirium oppstår ofte som en komplikasjon til hoftebrudd, særlig postoperativt (Wyller, 2015). Konteksten for denne oppgaven er derfor på en ortopedisk sengepost. Hovedgruppen som utvikler delirium er eldre mennesker (Juliebø & Wyller, 2009). Vår nedre aldersgrense er derfor 65 år og uten en øvre aldersgrense. Alder ble også valgt på bakgrunn av at flere forskningsartikler omhandlet pasienter over 65 år. Oppgaven skiller ikke mellom eldre og gamle pasienter, men bruker gjennomgående “den eldre pasienten”.

Sykepleie omfatter områder og funksjoner som samlet utgjør sykepleierens funksjons- og ansvarsområde (Nortvedt & Grønseth, 2016). Vi avgrenser oss kun til sykepleierens sekundærforebyggende funksjon i forhold til å identifisere delirium. Vi avgrenser også til kun aktuelle lovverk for sykepleierens funksjon knyttet til pasientgruppen. Sykepleieren bør også innhente opplysninger fra pårørende, for å få fram endringer i pasientens tilstand (Wyller, 2020). Likevel går ikke oppgaven noe nærmere inn på dette enn å nevne pårørende som en ressurs.

Oppgaven fokuserer på å identifisere delirium blant eldre pasienter med hoftebrudd. Fokuset er ikke på selve hoftebruddet, og derfor skiller vi ikke mellom ulike typer brudd eller bruddets lokalisasjon. Vi har valgt å benytte fellesbetegnelsen «hoftebrudd» gjennom hele oppgaven. Oppgaven fokuserer på insident delirium, som vil si at tilstanden oppstår og utvikles i forbindelse med sykehusoppholdet. Vi fokuserer ikke på prevalent delirium, hvor delirium allerede er til stede når pasienten blir innlagt på sykehus (Ranhoff, 2010). På bakgrunn av oppgavens omfang vektlegger vi delirium som oppstår hos opprinnelig kognitivt friske

pasienter, og uten tilleggssykdommer som kan komplisere identifiseringen. Vi ekskluderer identifisering av delirium hos pasienter med kjent demens eller delirium tremens. Oppgaven skiller heller ikke på kjønnsforskjellene.

Det eksisterer mange kartleggingsverktøy som kan benyttes for å identifisere delirium. Kartleggingsverktøyene Confusion Assessment Method (CAM) og Rapid Assessment Test (4AT) er valgt på bakgrunn av sykepleiefaglig relevans og oppgavens omfang. Vi ekskluderer det validerte screeningverktøyet CAM-ICU, fordi det har som hensikt å identifisere delirium på intensivavdelinger (Sjøbø et al., 2012). Videre benyttes det kliniske observasjonsverktøyet National Early Warning Score II (NEWS II) i oppgaven. Når vi nevner NEWS, mener vi spesifikt NEWS II som er den videreutviklede versjonen av verktøyet (Helsedirektoratet, 2020). Det samme gjelder når forskningsartikkelen nevner EWS (Early Warning Score). Ifølge Helsedirektoratet (2020) er NEWS II den best validerte og egnede EWS- scoren nasjonalt. Oppgaven drøfter også implementering av kartleggingsverktøy og kompetanseheving i praksis, men med et overordnet sykepleiefokus.

1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 presenteres teori om delirium, symptomer, diagnostiske kriterier, årsaker og relevans til hoftebrudd. Videre presenteres sykepleierens funksjons- og ansvarsområder, sykepleierens observasjon, kliniske vurderinger, samt observasjons- og kartleggingsverktøy. Kapitlet tar også for seg juridiske og etiske perspektiver, inkludert dokumentasjonsplikten. Kapittel 3 tar for seg oppgavens metode og kildekritikk. I kapittel 4 presenteres resultatene fra forskningsartiklene i en artikkelmatrise. Kapittel 5 drøfter ulike kartleggingsverktøy som kan identifisere delirium på et tidlig stadium, og tar for seg tidligere presentert teori og forskning. Oppgaven avsluttes i kapittel 6.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet presenteres teori om delirium og hoftebrudd, og hvorfor eldre med hoftebrudd er spesielt utsatte. Videre presenteres sykepleierens funksjons- og ansvarsområder, samt Florence Nightingales syn på sykepleierens observerende rolle. Kapitlet presenterer tre ulike kartleggingsverktøy, først teori om observasjonsverktøyet NEWS, deretter de spesifikke kartleggingsverktøyene for delirium, som tidligere nevnt CAM og 4AT. Avslutningsvis vil kapitlet omhandle sykepleierens etiske og juridiske rammeverk.

2.1 Delirium

Delirium, ofte kalt akutt forvirring, beskrives som en akutt innsettende og oftest forbigående hjernesvikt som kan være preget av forstyrret bevissthetsnivå, oppmerksomhet, konsentrasjonsevne og oppfattelse (Moksnes, 2018). Delirium kan forekomme hos mennesker i alle aldre, men barn og eldre mennesker er spesielt utsatt (Inouye et al, 2014, referert i Sandvik & Eide, 2020).

2.1.1 Symptomer og inndeling av delirium

Delirium presenterer en brå mental endring, med symptomer som utvikler seg raskt, ofte i løpet av få timer (Norsk Legemiddelhandbok, 2020^a). På samme måte som at delirium oppstår akutt, kan tilstanden raskt gå over. I lette tilfeller kan et delirium vare noen få timer, men tilstanden kan også vedvare i dager eller uker (Wyller, 2020).

Symptomene ved delirium har en tendens til å variere i intensitet i løpet av døgnet eller perioden tilstanden varer (Moksnes, 2018; Stubberud, 2013^c). Pasienten er ofte desorientert for tid og sted. Mange pasienter opplever hallusinasjoner og vrangforestillinger, som kan oppfattes skremmende for pasienten, og føre til rastløshet og urolighet (Moksnes, 2018). Pasienten er ofte lett distraherbar, og lar seg lett avlede av irrelevante stimuli (Wyller, 2020). Språket kan oppfattes som usammenhengende og intetsigende (Moksnes, 2018). De fleste pasienter med delirium har forstyrret søvn- og våkenhetsrytme, der pasientene ofte er søvnløse på dagtid, og har oppstykket eller forkortet søvn om natten (Moksnes, 2018).

Delirium kan inndeles i tre forskjellige varianter etter ulikt psykomotorisk aktivitetsnivå: Hyperaktivt-, hypoaktivt- og blandet delirium (Norsk legemiddelhandbok, 2020^b). Ved

hyperaktivt delirium er pasienten oftest psykomotorisk urolig. Pasienten kan ha rastløse bevegelser, aggressiv atferd eller verbal utagering (Krogseth & Wyller, 2019). Dette kan komme til uttrykk ved at pasienten drar i medisinsk utstyr som urinkatetre og venekatetre (Krogseth & Wyller, 2019). En slik hyperaktivitet skaper ofte mye uro på en sykehusavdeling, og pasienten kan stå i fare for å skade seg selv eller andre. Hos eldre pasienter er derimot hypoaktivt delirium mer vanlig (Ranhoff, 2014). Pasienten kan da fremstå apatisk, ha svekket oppmerksomhet og bevissthet, og nedsatt psykomotorisk aktivitet (Stubberud, 2013^a; Ranhoff, 2014). Pasienten ligger typisk ubevegelig i sengen med øynene igjen (Krogseth & Wyller, 2019). Trolig passerer rundt 70 prosent av tilfellene av hypoaktivt delirium udiagnostisert (Krogseth & Wyller, 2019). Denne varianten kan ha dårlig langtidsprognose ettersom tilstanden ofte ikke fanges opp (Nester et al, 2018).

Pasienten med delirium kan også ha hyper- og hypoaktive symptomer på samme tid, for eksempel ved at pasienten ligger helt stille i sengen og samtidig plukker i luften med fingrene (Wyller, 2020). At pasienten veksler mellom eller kombinerer hyper- og hypoaktive symptomer, kalles for blandet delirium (Stubberud 2013^a; Wyller, 2020). Slike vekslinger kan skje i løpet av minutter eller langsomt gjennom døgnet (Wyller, 2020).

2.1.2 Diagnostiske kriterier for delirium

Delirium er en klinisk tilstand, og betraktes som et symptomkompleks med underliggende årsaker (Inouye et al., 2014, referert i Melhus & Lærum-Onsager, 2019). Tilstanden er som regel utløst av akutt somatisk sykdom, akutt funksjonssvikt, operative inngrep eller som reaksjon på medikamenter (Wyller, 2015, referert i Finnbakk et al., 2018). Tilstanden kan identifiseres på bakgrunn av sykehistorie, klinisk observasjon og klinisk undersøkelse, samt ved bruk av kartleggingsverktøy (Ranhoff, 2014; Norsk Legemiddelhandbok, 2020^a).

Supplerende undersøkelser har kun betydning for å finne årsaksforholdene til delirium, slik at tilstanden kan behandles på best mulig måte (Ranhoff, 2014; Wyller, 2015).

De diagnostiske kriteriene for delirium kommer fra diagnosesystemet DSM-5. Alle kriteriene fra A til E må oppfylles:

Tabell 1

- A. En forstyrrelse i oppmerksomhet (reduisert evne til å rette, fokusere, opprettholde og flytte oppmerksomhet) og bevissthet (reduisert 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. I tillegg sees en 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 holdepunktet fra sykehistorie, klinisk undersøkelse eller laboratorieundersøkelser for at forstyrrelsen er en direkte fysiologisk konsekvens av annen medisinsk tilstand, forgiftning eller abstinens (for eksempel av rusmidler eller legemidler), annen toksisk påvirkning eller har flere slike årsaker.

(Wyller, 2020, s. 298)

2.1.3 Årsaker og disponerende- og utløsende faktorer

Delirium er en akutt svikt i hjernens funksjoner, men hva som utløser tilstanden rent nevrobiologisk er fremdeles fragmentarisk og preget av ulike hypoteser (Wyller, 2020). Trolig kommer symptomene fra endret stoffskifte i nervecellene i sentralnervesystemet. Den viktigste patofysiologiske mekanismen ved delirium er ubalanse mellom ulike signalstoffer. Med økende alder reduseres mengden av disse signalsubstansene, og medfører redusert hjernerreservekapasitet og lavere terskel for utvikling av delirium (Inouye et al., 2014, referert i Moksnes, 2018).

Det er vanlig å skille mellom predisponerende og utløsende faktorer for delirium (Krogseth & Wyller, 2019). Disponerende faktorer handler om pasientens sårbarhet, også kalt "frailty" (Krogseth & Wyller, 2019). Hos sårbare pasienter kan minimale ytre påkjenninger utløse et delirium, mens hos robuste pasienter skal det sterkere ytre påkjenninger til for å utvikle tilstanden (Wyller, 2020). Høy alder og demens er de to viktigste disponerende faktorene (Krogseth & Wyller, 2019). Andre risikofaktorer er sansesvikt, polyfarmasi, depresjon, redusert fysisk funksjon, lav kroppsmasse eller tidligere gjennomgått delirium (Wyller, 2020;

Neerland et al., 2013). Utløsende faktorer er årsaker som kan bidra til å utløse delirium, og flere slike faktorer foreligger ofte samtidig (Norsk Legemiddelhandbok, 2020^a). Enhver akutt sykdom og traume kan i prinsippet utløse tilstanden (Wyller, 2020). Klassiske eksempler er infeksjoner, akutt hjerteinfarkt, urinretensjon, kols eksaserbasjon, brudd og andre traumer som kirurgiske inngrep (Krogseth & Wyller, 2019; Wyller, 2020).

2.2 Hoftebrudd

Hoftebrudd er en fellesbetegnelse på brudd i øvre del av lårbeinet. Det kan deles i lårhalsbrudd, og pertrokantære og subtrokantære brudd, som er nedenfor selve lårhalsen. Hoftebrudd hos eldre skal alltid opereres. Målet etter et hoftebrudd er at pasienten, så langt det er mulig, skal få tilbake samme funksjon som før bruddet (Ranhoff et al., 2014).

Hoftebrudd forekommer først og fremst hos eldre pasienter (Johnsen et al, 2015). De fleste eldre pasientene med hoftebrudd er skrøpelige, komorbide og har nedsatt fysisk funksjon (Auais et al., 2013, referert i Prestmo et al, 2015). Prognosen for hoftebrudd kan være alvorlig, både for kortsiktige og langsiktige utsikter med tanke på motorikk, selvhjulpenhet og kognisjon (Johnsen et al, 2015). Hoftebruddet med den påfølgende operasjonen er en stor belastning for den eldre pasienten. Pasienten kan utvikle delirium grunnet inngrepets størrelse og varighet, anestesi, ventetid på operasjon, smerter og sederende legemidler. I tillegg kan delirium etter et hoftebrudd utvikles som komplikasjon til infeksjoner som urinveisinfeksjon og pneumoni (Neerland et al., 2013; Wyller, 2020). Det første året etter hoftebruddet representerer økt dødelighet hos pasientene (Bentler et al, 2009, referert i Prestmo et al, 2015).

2.3 Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder

Sykepleierens funksjons- og ansvarsområder har grunnlag fra Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, samt lover og regler (Nortvedt & Grønseth, 2016). I denne oppgaven er sykepleierens helsefremmende- og forebyggende funksjon, og den fagutviklende funksjonen de mest sentrale.

Sykepleierens forebyggende funksjon innebærer å forebygge skade og komplikasjoner, samt bevare pasientens helse, livskvalitet og funksjonsnivå. Den forebyggende funksjonen består

av tre stadier: Primær-, sekundær-, og tertiærforebyggende funksjon. Identifisering av delirium utgjør en del av sykepleierens sekundærforebyggende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2016). Sekundærforebyggende funksjoner rettes mot at sykepleieren tidlig skal kunne identifisere pasientens helsesvikt eller økt risiko for sykdom, og deretter kunne iverksette tiltak som hindrer videre utvikling (Kristoffersen et al., 2016). I denne sammenhengen er sykepleierens funksjon å identifisere symptomer på delirium. Sykepleieren bør også identifisere pasientene som har forhøyet risiko for utvikling av delirium, slik at forebyggende tiltak kan igangsettes (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Sykepleieren har også et ansvar for å holde seg oppdatert om ny kunnskap og utvikling innenfor eget fagområde, og bidra til at fagutvikling og at oppdatert kunnskap anvendes i praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Det kan være å holde seg faglig oppdatert på kartleggingsverktøy for delirium, og aktivt bruke det på sengeposten (Nortvedt & Grønseth, 2016).

2.4 Nightingales syn på observasjon og klinisk kompetanse

Sykepleieren på sengepost har nær kontakt med pasienten, og har ansvaret for å observere og vurdere pasientens tilstand (Kristoffersen, 2016). Observasjon i forbindelse med sykepleie betyr å legge merke til, overvåke og holde oppsyn med pasienten (Karoliussen, 2011).

Observasjon er en av sykepleierens kjernefunksjoner, og danner grunnlaget for alle kliniske vurderinger, beslutninger og handlinger (Finnbakk & Heyn, 2018; Nightingale 1997, referert i Nortvedt og Grønseth, 2016). Sykepleiernes evne til å observere bygger på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og kontinuerlig bruk av sansene (Nightingale 1997, referert i Nortvedt og Grønseth, 2016). Utgangspunktet for observasjonskompetansen er sykepleierens kunnskap om anatomi, fysiologi, patofysiologiske prosesser og sykdommer (Nortvedt & Grønseth, 2016). Det er en forutsetning at sykepleieren både kan utføre grundige observasjoner, men også vurdere og handle adekvat ut fra disse vurderingene. Med klinisk erfaring og refleksjon rundt disse tolkningene, utvikles sykepleierens kliniske vurderingsevne. Det er selve vurderingen og handlingene som sykepleieren utfører på bakgrunn av observasjonene, som uttrykker sykepleierens samlede kliniske kompetanse (Kristoffersen, 2016).

Florence Nightingale (1820-1910) beskrev i læreboken “Notater om sykepleie” at observasjonsevne er en avgjørende del av sykepleierens praktiske kompetanse (Nightingale, 1984; referert i Nortvedt & Grønseth, 2016). Nightingale påpekte at sykepleieren må vite hva som skal observeres og hvordan man observerer, samt hvilke symptomer som indikerer bedring eller forverring av pasientens tilstand (Stubberud, 2013^b). Hun mente at sykepleieren skulle samle empiriske data, som vil si opplysninger om pasientens helsetilstand, gjennom nøyaktig og kontinuerlig observasjon (Karoliussen, 2011). Korrekt observasjon av pasientens tilstand og eventuelle endringer, er avgjørende for at pasienten skal få den sykepleie som er nødvendig (Nortvedt, 2019).

Ifølge trinnene i sykepleieprosessen danner observasjon grunnlaget for å identifisere og vurdere pasientens behov og problemområder. Sykepleieprosessen kan bidra til en strukturert implementering av systematisk kartlegging og problemløsing (Sandvik & Eide, 2020). Identifisering av delirium innebærer at sykepleieren innhenter primære og sekundære data om pasienten. Pasienten er primærkilden, og sykepleieren skaffer relevante opplysninger ved samtale, observasjon og undersøkelse av pasienten. Sykepleieren bør også innhente sekundære data ved å snakke med pårørende og kollegaer (Skaug, 2016). Ifølge Nightingale, skal sykepleieren på grunnlag av observasjoner og vurderinger, også formidle presise og korrekte rapporter om viktige endringer i pasientens tilstand til legen (Kristoffersen, 2016). Legen som skal diagnostisere delirium, er avhengig av at sykepleieren rapporterer og dokumenterer relevante observasjoner (Ranhoff, 2014).

2.5 Systematisk kartlegging ved bruk av kartleggingsverktøy

Systematisk kartlegging vil si å avdekke pasientens status og legge grunnlaget for videre tiltak. Det er derfor utviklet forskjellige kartleggingsverktøy, som ved standardisert og strukturert datasamling, skal avdekke potensielle eller aktuelle problemområder (Rotegård et al., 2015). Først presenteres verktøyet NEWS II for å identifisere tidlige tegn på forverring av pasientens tilstand (e-Håndbok, 2021; e-Håndbok, 2020^a). Deretter presenteres to kartleggingsverktøy spesifikt for identifisering av delirium: CAM og 4AT (Melhus & Lærum-Onsager, 2019).

2.5.1 National Early Warning Score II (NEWS II)

Når pasienten overflyttes til ortopedisk sengepost skal sykepleieren kontrollere vitale tegn ved bruk av observasjonsverktøyet NEWS II (e-Håndbok, 2020^b). NEWS II, videre referert som NEWS, er basert på seks kliniske målinger: Respirasjonsfrekvens, oksygensaturasjon, systolisk blodtrykk, puls/hjertefrekvens, bevissthetsnivå og temperatur. Særlig relevant er “nyoppstått forvirring” som er en del av vurderingen i bevissthetsnivå og “ACVPU” i NEWS. “ACVPU” står for “Awake, Confusion, Verbal response, Pain only and Unresponsive” (e-Håndbok, 2020^a).

NEWS er et nasjonalt tiltak som ledd i Nasjonal Pasientsikkerhetsprogram, og er en del av et system som kalles Risk Respons System (RRS). NEWS er det best validerte skåringsverktøyet av Early Warning Score (EWS) (Helsedirektoratet, 2020). Hensikten med NEWS-skåring på ortopediske sengeposter er å gi sykepleieren et verktøy for å identifisere tidlige tegn på forverring av pasientens tilstand. Sykepleieren må NEWS-skåre pasienter som ansees som stabile, for å fange opp pasientene som kan utvikle forverring. Et minimum for hyppighet av NEWS-målinger er i utgangspunktet hver 12. time, dersom den totale NEWS-skåren av pasienten er null (e-Håndbok, 2021; e-Håndbok, 2020^a).

2.5.2 Confusion Assessment Method (CAM)

Internasjonalt er Confusion Assessment Method (CAM) det mest brukte diagnostiske instrumentet for å identifisere delirium (De & Wand, 2015, referert i Melhus & Lærum-Onsager, 2019). Skåringskjemaet kan etter enkel opplæring brukes av alle ansatte. Metoden går ut på at sykepleieren vurderer ut fra fire karakteristika:

1. Akutt debut og vekslende forløp
2. Uoppmerksomhet
3. Desorientert tankegang
4. Endret bevissthetsnivå

Diagnosen blir bekreftet dersom kjennetegn 1 og 2, og i tillegg enten 3 eller 4 er til stede (Stubberud, 2013^a). Inouye et al. (1990) hevder at verktøyet har høy pålitelighet, og kan gjennomføres på omtrent 5 minutter (Inouye et al., 1990). Verktøyet er særlig brukt på indremedisinske, ortopediske og kirurgiske avdelinger (Wyller, 2015).

2.5.3 Rapid Assessment Test (4AT)

Rapid Assessment Test (4AT) er et annet kartleggingsverktøy sykepleieren kan bruke for å identifisere symptomer på delirium (Evensen et al., 2016, referert i Moksnes, 2018). 4AT er et kartleggingsverktøy for rask vurdering av akutt forvirring og kognitiv svikt. Verktøyet vurderes som enkelt å bruke, og tar omtrent to minutter å gjennomføre (Berg et al., 2016).

Den består av fire vurderingsområder som blir skåret fra 0-2 eller 0-4:

1. Pasientens årvåkenhet
2. Mental vurdering
3. Pasientens oppmerksomhet
4. Akutt endring eller fluktuasjon i pasientens tilstand

Instrumentet er ikke i seg selv et diagnostisk verktøy, men fungerer som en beslutningsstøtte for sykepleieren (Berg et al., 2016). Instrumentet kan benyttes som en formell skåring, eller som sjekklister og påminnelser for å aktivt observere symptomer på delirium (Wyller, 2020). 4AT skal muliggjøre identifisering av både hyperaktivt og hypoaktivt delirium hos pasienten (Evensen et al., 2016).

2.6 Juridiske og etiske perspektiver

I Lov om helsepersonell reguleres sykepleierens yrkesutøvelse og primære formål som å bidra til å øke kvaliteten på helsetjenestene som gis (Helsepersonelloven, 1999). Faglig forsvarlighet er et grunnleggende krav i helselovgivningen. Sykepleieren er lovpålagt å «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). I tillegg skal sykepleieren utføre arbeidet etter faglig kvalifikasjon, og eventuelt innhente annet helsepersonell om nødvendig (Helsepersonelloven, 1999, §4). Plikten om å utøve faglig forsvarlig sykepleie, bygger i stor grad på det etiske prinsippet om velgjørenhet og ikke-skade, som både er lovfestet og oppført i de Yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (Sneltvedt, 2012; Brinchmann 2016).

I Lov om spesialisthelsetjenesten § 3-10 stilles det krav til sykepleierens opplæringsplikt, hvor ledelsen er pliktet til å gi sykepleieren opplæring som sikrer at arbeidet blir utført faglig forsvarlig (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-10). I tillegg skal "Enhver som yter

helsetjenester etter loven, sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet” (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999 §3-4^a).

Lov om pasient- og brukerrettigheter omhandler pasientens rettigheter overfor helse- og omsorgstjenesten. Loven fastslår pasientens individuelle rett på informasjon, samt pasientens selvbestemmelsesrett og brukermedvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Ifølge Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.1 har sykepleieren ansvar for å utøve en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleieren har etter punkt 2.3 ansvaret for å ivareta pasientens individuelle behov for helhetlig omsorg. Dette betyr også ivaretagelse av psykiske, sosiale og åndelige behov, som er relevant i møte med pasienter med delirium. Sykepleieren skal også ifølge punkt 1.4, som en del av sykepleierens funksjons- og ansvarsområde, holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis i eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

2.6.1 Sykepleierens dokumentasjonsplikt

Sykepleierens dokumentasjonsplikt er nedfelt i kapittel 8, § 39-40 (Helsepersonelloven, 1999). Dokumentasjon av sykepleie er “det skriftlige uttrykket for hva sykepleiere observerer, vurderer, planlegger, gjennomfører og evaluerer i samhandling med pasienten” (Moen et al., 2008, s. 16, referert i Skaug, 2016, s. 343). Helsepersonelloven § 40 stiller krav til journalens innhold. Journalen skal være i samsvar med god yrkesskikk og inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasient og helsehjelp (Helsepersonelloven (1999) §40, referert i Skaug, 2016). Dokumentasjonen føres i elektronisk pasientjournal (EPJ) (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, referert i Skaug, 2016). Sykepleieprosessen er den faglige rammen for dokumentasjon (Rotegård et al., 2015).

3 Metode for oppgaven

En metode er en systematisk fremgangsmåte basert på kunnskap og informasjon, som vil belyse oppgavens problemstilling. Det er et redskap ved undersøkelse som hjelper oss å samle inn data for å løse en utfordring eller et problem. Metoden som benyttes er en litterær oppgave. En litterær oppgave benytter i hovedsak skriftlige kilder (Dalland, 2017). Ved bruk av relevant pensumlitteratur og forskningsartikler, samt annen sykepleiefaglig litteratur, ønsker vi å få innsikt i problemstillingen og prøve å besvare den.

Det er to ulike metoder å samle inn data på: Kvantitativ og kvalitativ metode. Kvantitativ metode innebærer å gi data i form av målbare enheter, som tall eller bestemte mengder data. Kvalitativ metode kan basere seg på meninger og opplevelser, og kan ikke måles eller defineres i form av tall (Dalland, 2017). Forskning kan være både kvantitativ og kvalitativ i en og samme studie (Christoffersen et al., 2015). Vi har valgt flest kvantitative forskningsartikler.

3.1 Fremgangsmåte: Valg av databaser og søkeord

Vi ønsket å belyse temaet “eldre pasienter med delirium”. Vi søkte i databasene PubMed og CINAHL, samt Sykepleien Forskning, for å finne fag- og forskningsartikler. Disse databasene ble valgt fordi de inneholder relevante sykepleiefaglige tidsskrifter, og er faglig anerkjente databaser innen medisin- og sykepleieforskning. I tillegg er databasene anbefalt av biblioteket på Lovisenberg Diakonale Høgskole og av Folkehelseinstituttet (FHI) sitt Helsebiblioteket (LDH, 2020; FHI, u.å.).

Vi valgte å benytte ulike søkeord som kunne dekke vår problemstilling. Underveis i søkeprosessen og basert på funn, ble det tydeligere hva vi ønsket å konsentrere søket på, og hvilke kartleggingsverktøy vi ønsket å inkludere. Vi kombinerte forskjellige søkeord, med *delirium* som fellesnevner. Andre søkeord vi benyttet var *screening*, *confusion assessment method*, *confusion assessment tool*, *4AT*, *early warning score*, *nurses*, *hospital*, *documentation*, *elderly*, *hip fracture* og *tools* (se Tabell 2).

3.2 Gjennomført litteratursøk

Vi søkte først med bare søkeordene og fikk flere hundre treff. For å spisse søket og finne relevante artikler mot vår problemstilling brukte vi først “AND” mellom ulike søkeord. Vi valgte å spesifisere søkene mer, med avhukning for “*Last 10 years*”, “*Free full text*”, “*Research Support*”, “*Systematic Review*”, “*Aged 65 +*”. Ettersom kunnskapen vår økte rundt problemstillingens tema, spesifisere vi søkene ved å kombinere visse av de valgte søkeordene. Ved enkelte søk endte vi opp med å endre søkeordene helt fordi resultatene for eksempel kun omhandlet verktøyet CAM-ICU. Dette var tilfellet ved funnet av artikkelen til Wei et al. (2008), hvor vi endret søkeordene og spesifikt valgte artikkelen som tok for seg den originale CAM-metoden. Spesifikasjonen “*De siste 10 årene*” fjernet vi spesifikt ved søk 2 og 5 (se Tabell 2) fordi vi ikke fant artikler som var relevante nok i forhold til vår problemstilling. Når vi valgte disse to artiklene, vurderte vi nøye om de hadde relevans for nåtidens praksis, og vi konkluderte med at vi fortsatt ville benytte artiklene i oppgaven. De aktuelle artiklene ble videre valgt på grunn av artikkelens tittel. Vi leste deretter sammendragene for å se om artiklene var relevante for vårt tema og oppgavens oppbygning og metode. Vi gikk også igjennom litteraturlistene til de valgte fag- og forskningsartiklene for å få oversikt over flere relevante artikler. Vi fant både norske og internasjonale vitenskapelige artikler med ulike vinklinger av temaet. Denne søkeprosessen ledet frem til fem hovedartikler, samt flere andre fag- og forskningsartikler som er med på å belyse temaet og besvare problemstillingen vår.

3.2.1 Søkehistorikk

Søkedato	Søk nr.	Databas e	Søkeord	Antall treff	Leste samme ndrag	Leste artikkel er	Artikler inkluder t	Valgte artikler
16/11/2020	1	PubMed	“delirium” AND “screening” AND “4AT”	42	4	2	1	“Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalized older people”
04/03/2021	2	PubMed	“confusion assessment tool” AND “delirium”	430	9	4	1	“The Confusion Assessment Method: A Systematic Review of current usage”
03/03/2021	3	PubMed	“delirium” AND “4AT”	26	7	3	1	“Delirium detection in older

			AND “the confusion assessment method”					acute medical inpatients: a multicentre prospective comparative diagnostic test accuracy study of the 4AT and the confusion assessment method”
21/03/2021	4	PubMed	“early warning score” AND “nurses” AND “hospital”	153	2	2	1	“The impact of Early Warning Score and Rapid Response Systems on nurses' competence: An integrative literature review and synthesis”
22/03/2021	5	CINAHL	“nurse” AND “documentation” AND “delirium”	62	5	3	1	“Accuracy of nurse documentation of delirium symptoms in medical chart”

3.2.2 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Våre inklusjon- og eksklusjonskriterier var enkle i starten, fordi vi ville søke bredt og ikke ekskludere mulige relevante forskningsartikler. Vi startet med å spesifisere søk som “forskningsartikkel” (Review) og “De siste 10 årene” (Last 10 years). Dette gjorde vi for å sikre at artiklene vi fikk opp fortsatt var relevante og oppdaterte for nåtidens praksis. Videre var inklusjonskriteriene at artiklene måtte være fagfellevurderte, at studiene både kunne være kvalitative og kvantitative, studier skrevet i eller om vestlige land, at språket var nordisk eller engelsk, samt at artiklene var utgitt i tidsrommet 2008-2021. I tillegg skulle artiklene ha et tydelig sykepleieperspektiv, og baseres på eldre pasienter på sykehus. Eksklusjonskriteriene var forskning som bare omhandlet CAM-ICU, yngre pasienter, forskning skrevet for leger og videreutdannede sykepleiere, forskning eldre enn 13 år, demens og delirium tremens.

3.3 Øvrig faglitteratur

For å besvare problemstillingen har vi også benyttet øvrig faglitteratur. Vi har benyttet flere fagbøker og fagartikler med sykepleiefokus og relevans for oppgavens problemstilling, for eksempel fagbøkene Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten og Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1. På grunn av et tydelig

sykepleiefokus, har vi også hentet flere tidsskrifter og artikler fra Sykepleien. Vi har benyttet flere tidsskrifter og fagbøker av Torgeir Bruun Wyller, som er lege og spesialist i indremedisin og geriatri, men som gir sykepleierne et godt somatisk grunnlag (Neerland et al., 2013).

3.4 Kildekritikk

“Kildekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen du har funnet” (Dalland & Trygstad, 2017, s. 158). Det vil si å vurdere om litteraturen egner seg til å belyse den valgte problemstillingen (Dalland & Trygstad, 2017).

Forskningsartikler og faglitteratur er valgt på bakgrunn av problemstilling og et tydelig sykepleiefokus. De valgte forskningsartiklene har en tydelig IMRaD-struktur, som er en vanlig oppbygging for forskningsartikler (Dalland & Trygstad, 2017). Vi har også sjekket at forskningsartiklene er fagfellevurderte og publiserte i anerkjente tidsskrifter. For å vurdere om innholdet i forskningsartiklene er troverdige, har vi brukt en sjekklister fra Helsebiblioteket. Den inneholder kritiske spørsmål for å vurdere kvaliteten på både kvalitative og kvantitative forskningsdesign (FHI, 2016).

Vi har benyttet studier som er gjennomført i land som Norge, Skottland, Italia, Canada og USA. Når vi benytter studier utført i andre land enn Norge, måtte vi stille oss kritisk til om resultatene er overførbare til det norske helsevesenet. Vi valgte likevel å anvende artiklene, fordi de tar utgangspunktet i vestlige forhold, og har poeng som kan implementeres til vårt helsevesen. Studiene er gjennomført på spesifikke avdelinger som akuttmottak, akuttgeriatrik, kirurgisk og avdeling for rehabilitering. Vi mener artiklene likevel er relevante, fordi kartleggingsverktøyene også er beregnet for bruk på ortopediske sengeposter. Videre er fagfeltet stadig i utvikling, og det er derfor nødvendig å søke etter tilstrekkelig oppdatert litteratur (Dalland & Trygstad, 2017). Vi har søkt etter oppdaterte forskningsartikler angående vår problemstilling, hovedsakelig begrenset til de siste ti årene. I tillegg har vi to forskningsartikler som dekker de siste 13 årene, fordi vi vurderer at artiklene fortsatt er relevante i praksis. Det utvikles stadig nye kartleggingsverktøy, og vi antar at det blir mindre ny forskning, unntatt muligens metaanalyser, på det allerede eksisterende verktøyet CAM.

Pensumlitteratur anses som troverdig og pålitelig da det er anbefalt fra lærestedet. Ifølge Dalland & Trygstad (2017) skal anvendt litteratur fra skolens bibliotek være pålitelig. Vi har i tillegg valgt å benytte oss av noen internettkilder med helse- og sykepleiefaglig relevans, slik som FHI, Helsedirektoratet og Sykepleien. I tillegg til å anvende primærlitteratur, anvendes også sekundærkilder fra faglitteratur. Her har vi påsett å referere riktig, da sekundærlitteratur er bearbeidet og dermed kan medføre at perspektivet endres (Dalland & Trygstad, 2017). Vi har valgt å bruke Florence Nightingales teori om observasjon, som er basert på boken hennes «Notater om sykepleie», gjengitt som sekundærlitteratur. Nightingales teori er fra siste del av 1800-tallet, men teorien refereres fortsatt til i annen faglitteratur, og anses som relevant både for teori og praksis.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapittelet presenteres en syntese og en artikkelmatrise. Artikkelmatrisen presenterer kortfattet de valgte forskningsartiklene som benyttes for å besvare problemstillingen i kapittel 5.

4.1 Syntese

Oppsummert viste studiene at kartleggingsverktøyene CAM og 4AT kunne bidra til å forbedre sykepleierens identifisering av delirium hos eldre pasienter på sykehus. Studiene belyste derimot at CAM og 4AT hadde ulik sensitivitet og spesifisitet (Shenkin et al., 2019; Wei et al., 2008; Bellelli et al., 2014). For å optimalisere ytelsen av CAM, burde verktøyet baseres på observasjoner foretatt under formell kognitiv testing, og det anbefales spesifikk opplæring (Wei et al., 2008). Videre indikerte funn at EWS og RRS positivt påvirket sykepleierens kompetanse til å identifisere og håndtere forverrede pasienter (Jensen et al., 2017). En annen studie indikerte at dokumentasjon av deliriumsymptomer i pasientens journal var dårlig, og at dokumentasjon i pasientjournaler kan forbedres. Funnene indikerte at dersom pasienten hadde komorbiditet, alvorlige symptomer på delirium og fysisk tilbakeholden, var sannsynligheten større for at pasientens symptomer ble dokumentert (Voyer et al., 2008).

4.2 Artikkelmatrise

Nr.	Forfatter og tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Funn/Resultater
1	Giuseppe Bellelli, Alessandro Morandi, Daniel H.J. Davis, Paolo Mazzola, Renato Turco, Simona Gentile, Tracy Ryan, Helen Cash, Fabio Guerini, Tiziana Torpilliesi, Francesco Del Santo, Marco Trabucchi, Giorgio Annoni & Alasdair M. J. MacLulich. (2014)	«Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalized older people»	Hensikten med studien var å evaluere bruken av the 4 'A's Test (4AT) som kartleggingsverktøy for delirium hos eldre pasienter. 4AT er en ny test for rask kartlegging av delirium i rutinemessig klinisk praksis.	Kvantitativ metode: En observasjonsstudie av fortløpende innlagte eldre pasienter med uavhengige 4 AT-tester og standard referansevurderinger. Foregikk over 4 måneder, med 234 pasienter over 70 år innlagt på sykehus i Italia.	Studiens funn viser til at 4 AT-testen er enkel å bruke i klinisk praksis fordi den er effektiv og kortfattet. 4 AT har en sensitiv, spesifikk og validert metode for screening av delirium hos eldre pasienter.

	<i>Age and Ageing</i> 2014 Jul; 43 (4): 496-502.				
2	Leslie A. Wei, Michael A. Fearing, Eliezer J. Sternberg & Sharon K. Inouye. (2008) <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 2008 Mai; 56 (5): 823-830.	«The Confusion Assessment Method: A Systematic Review of Current Usage»	Hensikten med studien var å undersøke de psykometriske egenskapene, tilpasning og bruk av kartleggingsverktøy et Confusion Assessment Method (CAM). Et mye brukt kartleggingsverktøy og en diagnostisk algoritme for identifisering av delirium.	Kvantitativ metode: En systematisk litteraturstudie. Ved å ta utgangspunktet i 239 artikler som vurderte ytelsen av CAM innenfor følsomhet og spesifisering som verktøy. 10 (4%) ble kategorisert som valideringsstudier, 16 (7%) som tilpasninger, 12 (5%) som oversettelser og 222 (93%) som applikasjoner. Valideringsstudier evaluerte ytelsen til CAM mot en referansestandard.	I studiens funn vurderer artiklene til slutt CAM som et verktøy med følsomhet på 94% og en spesifisering på 89%. CAM har bidratt til å forbedre identifikasjonen av delirium i kliniske og forskningsmessig e omgivelser. For å optimere ytelsen, bør CAM scorer basert på observasjoner gjort under formell kognitiv testing og opplæring er anbefalt.
3	Susan D. Shenkin, Christopher Fox, Mary Godfrey, Najma Siddiqi, Steve Goodacre, John Young, Atul Anand, Alasdair Gray, Janet Hanley, Allan MacRailld, Jill Steven, Polly L. Black, Zoë Tieges, Julia Boyd, Jacqueline Stephen, Christopher J. Weir & Alasdair M. J. MacLulich. (2019) <i>BMC Medicine</i> 2019 Jul; 17 (138): 1-14.	«Delirium detection in older acute medical inpatients: a multicentre prospective comparative diagnostic test accuracy study of the 4AT and the confusion assessment method»	Hensikten med studien var å vurdere nøyaktigheten av 4AT for delirium identifikasjon. Studiens sekundære mål og hensikt var å sammenligne 4AT med et annet ofte brukt kartleggingsverktøy nemlig CAM.	Kvantitativ metode: Prospektiv diagnostisk studie som måler nøyaktigheten ved kartleggingsverkt øyene CAM, 4AT & DSM- IV. Studien ble utført i akuttmottak og på akutte medisinske avdelinger, på pasienter med alder > 70. Alle uten akutt livstruende sykdom eller koma ble kvalifiserte. I tilfeldig rekkefølge ved hjelp av datamaskingenere te pseudotilfeldige tall og stratifisert etter undersøkelsessted ble studien utført	Studien funn viser at 4AT er et kort og pragmatisk verktøy som kan bidra til å forbedre identifiseringen av delirium i rutinemessig, klinisk behandling. Studien viste at 4AT hadde en følsomhet på 76%, og en spesifisitet på 94%. CAM hadde en følsomhet på 40% og en spesifisitet på 100%.

				av selvstendige og uavhengige ratere.	
4	<p>Jørghild Karlotte Jensen, Randi Skår & Bodil Tveit. (2017)</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i> 2017 Des; 27 (7-8): 1256-12</p>	<p>“The impact of Early Warning Score and Rapid Response Systems on nurses’ competence: An integrative literature review and synthesis”</p>	<p>Hensikten var å beskrive, tolke og syntetisere gjeldende forskningsresultater om innvirkningen av Early Warning Score og Rapid Response Systems, på sykepleiernes kompetanse til å identifisere og håndtere forverrede pasienter i generelle sykehusavdelinger.</p>	<p>Reviewet er en samling av kvalitative og kvantitative studier. Databasene CINAHL, PubMed, Cochrane, EMBASE og Ovid Medline ble brukt for systematisk søk etter relevant artikler.</p>	<p>36 studier oppfylte inklusjonskriteriene. Analysen viste at EWS og RRS påvirket tre kompetanseområder: i) sense klinisk forverring a) utvikling av ferdigheter og kunnskaper b) utvikling av ferdigheter og kunnskaper. ii) sykepleiernes kompetanse i å henvise pasienter relatert til a) avgjøre om de skal tilkalle hjelp b) språk- og kommunikasjonslinjene i henvisningsprosessen. iii) sykepleierens håndtering- og mestringsopplevelser.</p>
5	<p>Philippe Voyer, Martin G. Cole, Jane McCusker, Sylvie St-Jacques & Johanne Laplante. (2008)</p> <p><i>International Journal of Nursing Practise</i> Mar; 14 (2): 165-177.</p>	<p>«Accuracy of nurse documentation of delirium symptoms in medical charts»</p>	<p>Hensikten med studien var å evaluere sensitivitet og spesifisitet på dokumentasjonen av sykepleierapporter av deliriumsymptomer i pasientjournaler på et akutt omsorgssykehus.</p>	<p>Kvantitativ metode: En studie basert på kliniske vurderinger av sykepleiere og sykepleienotater i pasientjournalen hos 226 eldre pasienter med delirium innlagt på akutt omsorgssykehus.</p>	<p>Studiens funn indikerte at dokumentasjonen av deliriumsymptomer er dårlig. Symptomene desorientering, uro og endret bevissthetsnivå ga høy følsomhet, men likevel ble symptomene rapportert i mindre enn en tredjedel av pasientjournalene. Den antyder av høyere komorbiditet nivå, alvorlige symptomer og fysiske begrensinger var assosiert med mer validert dokumentasjon av symptomer i</p>

					pasientjournaler. Studien bekrefter resultatene av tidligere studier, som indikerer at dokumentasjon av symptomer i pasientjournaler kan forbedres.
--	--	--	--	--	---

5 Diskusjon

Identifisering av delirium er en vanlig sykepleiefaglig utfordring på en ortopedisk sengepost (Meako et al., 2011). I dette kapittelet diskuteres det hvordan sykepleierens kunnskapsgrunnlag, observasjonskompetanse, bruk av systematiske kartleggingsverktøy og dokumentasjon kan bidra til at sykepleieren identifiserer delirium. Ved å trekke inn relevante fag- og forskningsartikler, samt annen litteratur, prøver vi å besvare oppgavens problemstilling: «Hvilke systematiske kartleggingsverktøy kan sykepleieren benytte for å identifisere delirium hos eldre med hoftebrudd?».

5.1 Sykepleierens kunnskapsgrunnlag ved identifisering

Det er en forutsetning at sykepleieren på ortopedisk sengepost har kunnskap om delirium for å kunne identifisere tilstanden hos den eldre pasienten (Meako et al., 2011; Vassbø & Eilertsen, 2014). Dette er i tråd med Helsepersonelloven (1999) § 4 som fastslår at et solid kunnskapsgrunnlag er en forutsetning for å utføre faglig forsvarlig sykepleie (Helsepersonelloven, 1999, §4). Forsvarlighetskravet skal sikre en faglig minstestandard, og beskytte pasienten mot handlinger som kan påføre skade, lidelse eller smerte (Kirkevold, 2014). Økt kunnskap om delirium kan dermed bidra til at sykepleieren ivaretar sin sekundærforebyggende funksjon (Stubberud, 2013^a).

Det er et minstekrav at sykepleieren har kunnskap og relevante ferdigheter som samlet utgjør den grunnleggende kompetansen, som forventes for å kunne identifisere delirium (Tønnessen, 2013; Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dette er i tråd med Nightingales forståelse av viktigheten av sykepleierens kunnskapsnivå. Nightingale mente at sykepleieren burde ha kunnskap om de spesifikke sykdomstilstandene, slik at de observerte symptomene kunne forstås i sammenheng med tilstanden (Karoliussen, 2011). Faglig forsvarlig sykepleie betyr i dette tilfellet at sykepleieren har kunnskap om delirium, og ferdigheter i forhold til observasjon og identifisering. Det forutsetter at sykepleieren har konkrete kunnskaper om delirium, de ulike variantene, om predisponerende og utløsende faktorer, hvilke symptomer som er karakteristisk for tilstanden, samt konsekvenser av tilstanden (se Kapittel 2) (Melhus & Lærum-Onsager, 2019; Meako et al., 2011). Det er også en forutsetning at sykepleieren mestrer å skille delirium fra andre symptomliknende tilstander, og dette krever kunnskap i forskjellige diagnostiske kriteriene og kliniske kjennetegn (Ranhoff, 2014; Wyller, 2020). Det er særlig aktuelt at sykepleieren identifiserer symptomer som passivitet og døsighet på

hypoaktivt delirium, og ikke forveksler symptomene med liknende tilstander, slik som demens og depresjon (Krogseth & Wyller, 2019; Berg et al., 2016).

På tross av alvorlighetsgraden til delirium, indikerer studier at sykepleieren ikke mestrer å identifisere tilstanden (Melhus & Lærum-Onsager, 2019). Dette kan tyde på at sykepleiere har for liten kunnskap om delirium, særlig om den hypoaktive varianten (Coyle et al., 2017, referert i Melhus & Lærum-Onsager, 2019). I følge Voyer et al. (2008) var det større sannsynlighet for at symptomer på delirium ble dokumentert, dersom pasienten hadde et psykomotorisk aktivitetsnivå som tilsvarte hyperaktivt delirium. Mangelfull identifisering av delirium kan relateres til at sykepleieren har forventninger om at pasienten “skal” være urolig (Melhus & Lærum-Onsager, 2019). Det kan oppfattes som et uttrykk for en manglende helhetlig forståelse av tilstandens kompleksitet (Vassbø & Eilertsen, 2014). Manglende kunnskap kan medføre feilvurderinger og redusert pasientsikkerhet (Eide et al., 2017). Dette tyder på et behov for økt kunnskap og kompetanse for å bedre kvaliteten av sykepleieutøvelsen (Vassbø & Eilertsen, 2014). For å fremme kunnskap om delirium, bør sykepleiere ha teoriundervisning om de ulike variantene av delirium (Melhus & Lærum-Onsager, 2019).

Det har vært stor fagutvikling rundt delirium i løpet av de siste årene, som blant annet har medført oppdaterte diagnosekriterier og nye validerte kartleggingsverktøy (Watne & Wyller, 2018; Berg et al., 2016). For å opprettholde forsvarlighetskravet er sykepleieren pliktig til å holde seg faglig oppdatert innenfor eget fagfelt. Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 1.4 påpeker at sykepleieren skal holde seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor sitt fagområde (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Sykepleieren bør være bevisst på eget kunnskapsnivå i forhold til delirium, og egne ferdigheter for å kunne anvende kartleggingsverktøyene som en del av observasjonen (Sjøbø et al., 2012; Flovik & Rokseth, 2015). Dette kan bety at sykepleieren bør lese oppdatert faglitteratur og forskning om delirium, og bidra til at dette anvendes i praksis (Nortvedt & Grønseth, 2016; Sandvik & Eide, 2020). Det er imidlertid virksomheten som yter helsehjelp, i dette tilfellet spesialisthelsetjenesten, som har ansvaret for å legge til rette for faglig forsvarlig virksomhet og faglig forsvarlig sykepleie (Flovik & Rokseth, 2015; Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-10).

Spesialisthelsetjenesteloven (1999) og Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i Helse- og omsorgstjenesten (2016) viser til at ledelsen skal sikre kunnskapsheving og kvalitetsforbedring hos de ansatte på sengeposten (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999, §3-4a; Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016, §9). I studien til Bellelli et al. (2014) forklarte sykepleierne at god klinisk kunnskap og opplæring var avgjørende for grundig bruk av kartleggingsverktøyet. Selv om studien forklarer at kartleggingsverktøyet 4AT ikke krever spesiell opplæring, kreves det implementering og opplæring på avdelingen nye verktøy (Bellelli et al., 2014; Berg et al., 2006). Mangelfull opplæring i kartleggingsverktøy og manglende implementering i praksis kan gjøre det vanskelig å bruke kartleggingsverktøy som en del av identifiseringen (Wyller, 2011, referert i Melhus & Lærum-Onsager, 2019). Øvelse i å bruke ulike kartleggingsverktøy, og ressurser til å implementere verktøyene i praksis, er viktige ledd for å styrke sykepleiernes muligheter til å identifisere delirium (Wong et al., 2018, referert i Melhus & Lærum-Onsager, 2019).

5.2 Sykepleierens observasjonskompetanse ved identifisering av delirium

Observasjon danner grunnlaget for sykepleierens systematiske kartlegging og identifisering av delirium hos den eldre pasienten. Nightingale påpekte at sykepleierne måtte ha et formål med observasjonen. Sykepleiernes observasjoner handler om pasientens tilstand og eventuelle endringer, med hensikt å opprettholde liv og velvære (Nightingale, 1997, referert i Kristoffersen, 2016). Delirium indikerer alvorlig prognose, og kan medføre en rekke komplikasjoner (Wyller, 2020). Studier antyder at delirium under sykehusinnleggelse kan føre til permanent kognitiv svikt (Sederstrom, 2021). Studier viser også at dødeligheten øker med varigheten av et aktivt delirium, og at dødelighetsraten er generelt høyere for pasienter med den hypoaktive varianten (Sederstrom, 2021). Dette kan forebygges, dersom sykepleieren tidlig identifiserer tilstanden (Sederstrom, 2021). Identifisering av delirium, samt å forebygge tilstandens omfang og komplikasjoner, er dermed helt sentralt i sykepleierens sekundærforebyggende funksjon (Nortvedt & Grønseth, 2016).

Studier viser derimot at sykepleierens observasjoner av delirium ikke er strukturert nok for å identifisere tilstanden (Sjøbø et al., 2012). I studien til Bellelli et al. (2014) forklarte sykepleierne at de savnet gode, kliniske rutiner og metoder for identifiseringen. For å øke diagnostiseringen burde alle sengeposter hvor forekomsten av delirium forventes å være høy, slik som på en ortopedisk sengepost, ha utarbeidet rutiner for vurdering av symptomer

(Wyller, 2020). Ved delirium kan symptombildet raskt endres, og det tydeliggjør viktigheten av at sykepleieren observerer pasienten gjennom hele døgnet (Finnbakk & Heyn, 2018; Ranhoff, 2014). Sammenlignet med hyperaktivt delirium, er det ofte mer utfordrende å identifisere hypoaktivt delirium på grunn av tilstandens subtile symptomer (Sharma et al., 2012). Dette gjenspeiler kompleksiteten ved å gjennomføre systematiske observasjoner (Finnbakk & Heyn, 2018; Helsedirektoratet, 2020). Det er i slike situasjoner at sykepleieren må anvende sin kliniske observasjonskompetanse for en helhetsvurdering av pasientens tilstand (Nortvedt & Grønseth, 2016).

For at sykepleieren kan identifisere delirium hos den eldre pasienten, er det sentralt at sykepleieren innhenter en datasamling av pasienten, som del av sykepleieprosessen (Ranhoff, 2014). Når pasienten tas imot på sengeposten, bør sykepleieren utføre observasjoner og vurderinger. Det innebærer blant annet grundig vurdering av pasientens respirasjon, sirkulasjon og bevissthet (Berntzen et al., 2016). Sykepleieren bør kartlegge pasientens tilstand ved å systematisk innhente objektive data fra observasjoner og målinger, samt subjektive data om pasientens atferd og verbale kommunikasjon (Nortvedt & Grønseth, 2016). Sykepleieren bør samle nødvendige opplysninger om pasientens tilstand, og gjøre en vurdering av pasientens fysiologiske status, som kontroll av oksygenering, blodtrykk, puls, væskebalanse, smerte og infeksjonstegn (Stubberud, 2013^a). Dette er særlig viktig da risikoen for å utvikle delirium etter hoftebrudd ofte er preget av multifaktorielle årsaker (Norsk Legemiddelhåndbok, 2020^b).

Sykepleieren bør, som del av datasamlingen, vurdere pasientens sykehistorie. For å identifisere delirium bør sykepleieren innhente informasjon om symptomer, debuttidspunkt og tidsforløp (Ranhoff, 2014). For å vurdere om pasienten har endringer i kognitiv funksjon, forutsetter det at sykepleieren har informasjon om pasientens premorbide tilstand (Ranhoff, 2014). Det er ofte pårørende som først oppdager endringer, og deres innspill kan derfor være vesentlige (Eide et al., 2017). Et enkelt spørsmål som “Synes du n.n. fremstår forvirret nå i forhold til før operasjonen?” stilt til en pårørende eller andre personer som kjenner pasienten godt, kan ha god treffsikkerhet for delirium (Wyller, 2020). Sykepleieren bør også kartlegge predisponerende og utløsende faktorer for delirium, noe sykepleieprosessen gir en god struktur for (Sandvik & Eide, 2020).

5.3 Sykepleierens identifisering av tidlig forverring av klinisk tilstand

Delirium er et symptomkompleks med flere mulige underliggende årsaker. Det bør alltid gjennomføres en bred og systematisk klinisk undersøkelse for å finne utløsende årsak (Ranhoff, 2014; Norsk Legemiddelhåndbok, 2020^a). NEWS er et verktøy sykepleieren på ortopedisk sengepost kan benytte for å identifisere tidlige tegn på forverring av pasientens tilstand (e-Håndbok, 2021). Ifølge Jensen et al. (2017) kan EWS og RRS støtte den kliniske vurderingen av endringer i pasientens tilstand. På grunn av NEWS og EWS grunnleggende likheter, tas EWS med i drøftingen i relevansen mellom NEWS og delirium.

NEWS retter seg ikke direkte mot delirium, men er et observasjonsverktøy som brukes i tillegg til klinisk observasjon og undersøkelse (e-Håndbok, 2020^a). Verktøyet kan bistå sykepleierne i utfordrende situasjoner, og supplere sykepleierens totale observasjonskompetanse (Granaas et al., 2016). Studien til Jensen et al. (2017) beskrev EWS som et nyttig system for å registrere forverring, forbedre praksis- og pasientutfallet, og sikre pasientsikkerheten. Det bør foreligge dokumentasjon på pasientens normale vitale mål før en tar i bruk NEWS (Thomsen, 2020). Standardisering av observasjon kan gjøre det enklere å følge utviklingen av den kliniske tilstanden over tid og tidlig oppdage forverring (Helsedirektoratet, 2020). Ifølge Jensen et al. (2017) mente sykepleierne at EWS var enkelt å lære, og implementeringen hadde positiv innvirkning på sykepleiernes tro på egen evne til å håndtere forverrede pasienter. Videre beskrev forskningsfunnene at EWS økte bevisstheten rundt viktigheten av vitale målinger og hyppigheten av overvåkning (Jensen et al., 2017).

Til tross for at hovedfunnene i stor grad er positive, viser forskningen at EWS også kunne resultere i nøytrale eller uønskede opplevelser (Jensen et al., 2017). Noen sykepleiere mente at EWS økte arbeidsbelastningen, og nyutdannede sykepleiere opplevde reduserte ferdigheter i vurdering og håndtering av forverrede pasienter (Jackson et al., 2016). Verktøyet kunne hemme sykepleiernes evne til å stole på seg selv, slik at de unnlot å bruke egen faglig kompetanse i pasientvurderingen (Jensen et al., 2019). Studien til Jensen et al. (2017) påpekte også at sykepleierne brukte intuisjon, følelser eller «kjente at noe var galt» for å identifisere tegn på forverring hos pasienten. De brukte visuell vurdering som endringer i pasientens farge, pust og bevissthetsnivå for å oppdage klinisk forverring (Donohue & Endacott, 2010). Sykepleiernes kliniske skjønn bidro til vurdering av pasienten og å oppdage klinisk forverring (Jensen et al., 2017). Subjektiv diagnostikk, klinisk skjønn og utelatelse av kartleggingsverktøy, kan også medføre utfordringer (Berg et al., 2016). Ifølge de kliniske

diagnosekriteriene for delirium (se Tabell 1) har tilstanden en identifiserbar somatisk årsak. Likevel avskrives ofte symptomer på delirium med overflatiske psykososiale forklaringer: “Det er ikke rart han er forvirret, det er tross alt et nytt miljø”. Dette kan være svært uheldig, fordi delirium ofte er det eneste symptomet på en akutt somatisk tilstand (Wyller, 2020).

Hoftebrudd kombinert med nødvendig kirurgi og anestesi kan være noen av de utløsende årsakene til delirium. Likevel skal delirium i forbindelse med hoftebrudd ha en grundig utredning, fordi det kan være flere utløsende faktorer (Wyller, 2020). For eksempel er infeksjoner som urinveisinfeksjon eller pneumoni blant de vanligste utløsende årsakene til delirium hos eldre (Pendlebury, 2015, referert i Myrstad et al., 2017). Å være oppmerksom på risikofaktorer og symptomer, samt å kunne forutse forverring i pasientens tilstand før det er tydelige tegn, kan ha stor betydning for pasientens sykdomsforløp (Stubberud, 2013^b).

Dersom pasienten ved første måling skårer null på NEWS, og noen timer senere skårer høyere på NEWS, er det kvantifiserbare bevis på en endring (Hernæs, 2019; Andrews & Waterman, 2005). En parameter i NEWS er bevissthetsnivå, som også inkluderer “ACVPU”. Det betyr at nyoppstått forvirring, manglende orientering eller endret adferd gir tre poeng, og det må vurderes om hyppigheten av monitoreringen skal økes og om andre kliniske tiltak skal iverksettes (e-Håndbok, 2020^a). Punkt C, Confusion, er viktig for å øke bevisstheten om at nyoppstått forvirring er et symptom som ikke burde oversees. Dersom pasienten har vært klar og orientert, men eksempelvis utvikler symptomer på delirium tredje eller fjerde postoperative dag, burde sykepleieren mistenke at det kan ha oppstått komplikasjoner (Wyller, 2020). Dette kan varsle om utvikling av delirium, og behovet for å kartlegge pasienten med kartleggingsverktøyene CAM eller 4AT. Det er likevel viktig å være klar over at skåring av pasienten med NEWS kan medføre overvurdering av alvorlighetsgrad, og forårsake «falske» forhøyede skåringer (Jensen et al., 2019). Sentrale forutsetninger er at helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse til å gjennomføre observasjonene riktig og kunne tolke resultatet, samt videreformidle på rett tidspunkt (Helsedirektoratet, 2020).

På sengeposten bør sykepleieren anvende NEWS på pasienter som anses som stabile, for å fange opp pasientene som kan utvikle forverring (e-Håndbok, 2021). NEWS kombinert med klinisk skjønn kan fungere som et utgangspunkt for vurdering av pasientens kliniske tilstand, og danne et grunnlag for ytterligere bruk av kartleggingsverktøy og prioritering av tiltak (e-Håndbok, 2021; Thomsen, 2020). Dersom sykepleieren fanger opp endringer, nøyaktig overvåker og iverksetter behandling på et tidlig tidspunkt, kan det begrense

sykdomsutvikling, forebygge komplikasjoner og bedre prognosen (Nortvedt & Grønseth, 2016). Vi oppfatter at det er manglende litteratur og forskning rundt koblingen mellom delirium og NEWS.

5.4 Bruk av validerte kartleggingsverktøy for tidlig identifisering av delirium

Det er sykepleieren som har hovedansvaret for bruk av kartleggingsverktøy (Ranhoff, 2014). Systematiske kartleggingsverktøy som CAM og 4AT kan strukturere sykepleierens observasjoner for å identifisere delirium (Melhus & Lærum-Onsager, 2019). Artikkelen til Wei et al. (2008) belyser at identifiseringen av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd økte ved bruk av kartleggingsverktøyet CAM. Det er på norske sykehus i dag ingen felles retningslinjer for utredning for delirium, og derfor varierer det hva som er etablert praksis og hvilke kartleggingsverktøy som brukes (Melhus & Lærum-Onsager, 2019). 4AT og CAM er to av de mest brukte verktøyene internasjonalt (Shenkin et al., 2019). Til tross for at det finnes flere validerte kartleggingsverktøy, er det en vedvarende utfordring å identifisere delirium (Wei et al., 2008). Sykepleiere uttrykker også en utfordring med å inkludere kartleggingsverktøy i rutinemessig pasientbehandling (Neufeld et al., 2011). Nøkkelpunkter for å forbedre identifiseringen innebærer å inkludere kartlegging og validerte verktøy til daglige kliniske rutiner (Sederstrom et al., 2021).

Forekomsten av delirium hos pasienter med hoftebrudd kan være så høyt som 62 prosent (Sederstrom et al., 2021). Etersom den eldre pasienten har høy risiko for å utvikle delirium ved sykehusinnleggelse, bør sykepleieren på hver vakt systematisk kartlegge pasienten ved bruk av kartleggingsverktøy (Ranhoff, 2014; Stubberud, 2013^a). CAM er det mest brukte verktøyet i klinisk praksis (Melhus & Lærum-Onsager, 2019). Verktøyet er basert på gunstige ytelsesegenskaper og brukervennlighet, og kan benyttes etter enkel opplæring (Wei et al., 2008). Selv om CAM blir vurdert som et enkelt kartleggingsverktøy å bruke, viser studier at sensitiviteten til CAM avtar markant ved utilstrekkelig opplæring eller tid for evaluering (Sederstrom et al., 2021). For å sikre nøyaktighet i identifiseringen av delirium, må sykepleierne få opplæring i å bruke verktøyet (De & Wand, 2015). En annen barriere ved CAM er at det tar cirka fem minutter å fullføre den kognitive vurderingen (Inouye, 2014, referert i Shenkin et al., 2019). Sykepleierens tidspress kan føre til at kartleggingsverktøy ikke prioriteres (Sederstrom et al., 2021). Wei et al. (2008) anbefaler ikke at CAM brukes som eneste metode for å identifisere delirium, men som en del av sykepleierens observasjoner.

Sykepleierens kliniske skjønn, i kombinasjon med andre kartleggingstiltak, er særlig nødvendig for å unngå mangelfull identifisering av hypoaktive, subtile eller atypiske tilfeller av delirium (Wei et al., 2008).

Det nyere kartleggingsverktøyet 4AT blir ofte sammenlignet med CAM. 4AT representerer et stort fremskritt innenfor diagnostikk av delirium, og er så kortfattet at det tar to minutter å gjennomføre. Det kreves ingen spesiell opplæring, og kan derfor passe inn i en travel arbeidshverdag (Bellelli et al., 2014; Berg et al., 2014). 4AT er et svært verdifullt verktøy, da det er konstruert slik at det skal fange opp både hypo- og hyperaktivt delirium (Evensen et al., 2016). Verktøyet inkluderer mennesker med syns- og hørselshemming, og krever ingen fysiske responser. Dette verktøyet kan særlig være aktuelt å benytte ettersom de fleste eldre har delirium med hypoaktive symptomer og redusert bevissthet (De & Wand, 2015, referert i Melhus & Lærum-Onsager, 2019). Verktøyet muliggjør vurdering av pasienter som ikke kan gjennomgå kognitiv testing. 4AT inkluderer også generell kognitiv kartlegging, slik at separate verktøy for delirium og kognitiv svikt ikke anses som nødvendig ved identifisering (Bellelli et al., 2014). Videre er verktøyet relevant å bruke for sykepleieren, fordi 4AT kan skåres selv om ingen sykehistorie er tilgjengelig på tidspunktet for vurderingen (Shenkin et al., 2019).

I forskningsartiklene til Bellelli et al. (2014), Wei et al. (2008) og Shenkin et al. (2019) vurderes sensitiviteten og spesifisiteten til både CAM og 4 AT. Artikkelen til Shenkin et al. (2019) sammenligner de to verktøyene. Ifølge Wei et al. (2008) viser studien at CAM har en sensitivitet på 94% og en spesifisitet på 89%. I artikkelen til Bellelli et al. (2014) hadde 4AT en sensitivitet på 89,7 % og en spesifisitet på 84,1%. Artikkelen til Shenkin et al. (2019) konkluderer med at 4AT hadde en sensitivitet på 76% og en spesifisitet på 94%, og CAM med en sensitivitet på 40% og en spesifisitet på 100%. Dette viser en interessant forskjell mellom resultatene i forskningsartiklene. Det kan trolig forklares med forskjeller i studienes metoder. Inklusjons- og eksklusjonskriterier for hver metode kan gi forskjellige utslag i resultatene. Bellelli et al. (2014) har for eksempel med demens i vurderingen, noe de to andre ikke har vurdert. Artiklene har i tillegg svært ulike publiseringstidspunkter, rekrutteringsprosesser og valg av testpasienter (Bellelli et al., 2014; Shenkin et al., 2019; Wei et al., 2008).

Gitt kartleggingsverktøyenes forskjeller, mente Shenkin et al. (2019) at det er av interesse for sykepleiere å vite at ytelsen til 4AT minst tilsvarende CAM. Wyller (2020) mener også at

sjekklisten til 4AT kan bidra til å øke personalets oppmerksomhet på symptomer på delirium. Kartleggingsverktøyene CAM og 4AT har begge styrker og svakheter, men korrekt bruk av CAM krever mer trening og opplæring enn 4AT (Wyller, 2020). Berg et al. (2014) hevder at 4AT alene ikke er et diagnostisk verktøy på lik linje med CAM, men at instrumentet gir en rask førstegangsvurdering og fungerer som en beslutningsstøtte for sykepleieren (Berg et al., 2014). Dessuten anbefales 4AT å brukes av ansatte som ikke kan gjennomgå den vesentlige opplæringen som kreves for CAM (Shenkin et al., 2019). Uavhengig av nøyaktig resultat, viser studiene til Wei et al. (2008), Bellelli et al. (2014) og Shenkin et al. (2019) at bruk av kartleggingsverktøy har bidratt til å forbedre identifiseringen av delirium i klinisk praksis.

Bruken av systematiske kartleggingsverktøy bør ikke ta for stor oppmerksomhet, slik at sykepleieren ikke ser det helhetlige bildet av pasientens tilstand. Det er viktig at sykepleieren ivaretar pasientens autonomi til tross for delirium, og at pasienten ikke opplever å føle seg kun som et objekt (Stubberud, 2013^a). Pasienten har, ifølge Pasient- og brukerrettighetsloven, lovfestet rett på informasjon og brukermedvirkning (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §3-1). Dette innebærer at sykepleieren inkluderer og informerer pasienten, og gir konkret informasjon om hvorfor kartleggingsverktøy blir benyttet, og viktigheten av å kartlegge kognitiv funksjon (Ranhoff, 2014; Kirkevold, 2014).

5.5 Betydningen av sykepleierens dokumentasjon

Det har betydning for identifisering av delirium at sykepleieren systematisk dokumenterer. Dokumentasjon kan synliggjøre endringer i pasientens tilstand og danner et verdifullt sammenligningsgrunnlag for tilstandens symptomer (Voyer et al., 2008). Sykepleieren plikter å føre pasientjournal for å sikre kvalitet og kontinuitet for pasienten (Helsepersonelloven (1999), §39, referert i Grimsbø, 2016). Ifølge Forskrift om pasientjournal §1 er formålet med loven blant annet å bidra til at pasienter gjennom relevant og nødvendig dokumentasjon gis helsehjelp av god kvalitet. I tillegg kan helsehjelpen i ettertid kontrolleres (Pasientjournalforskriften, 2019, §1).

Ifølge Voyer et al. (2008) er det mangel på dokumentasjon av symptomer på delirium. Sykepleierne dokumenterer ofte som fritekst, uten fast struktur, og bruker i liten grad fasene i sykepleieprosessen som mal for dokumentasjonen. Det kan føre til at det blir uoversiktlig for sykepleieren å få tak i relevante pasientopplysninger, og vanskeliggjør å lage en fullstendig

inn- eller utskrivningsrapport (Naustdal & Netteland, 2012). Sykepleierne bør bruke den samme faglige terminologien, og ha klare instruksjoner på hvordan og hvor symptomene skal dokumenteres. Videre belyser Voyer et al. (2008) at sykepleierne ofte bruker vag og inkonsekvent terminologi for å beskrive pasientens mentale status, slik som begrepet “forvirret”. Begrepet “forvirret” har imidlertid dårlig spesifisitet fordi det kan presentere et bredt spekter av kognitive forstyrrelser. Ifølge Voyer et al. (2008) er den hypoaktive varianten dårligere dokumentert enn den hyperaktive varianten. I studien ble 30,9 % av tilfellene av hyperaktivt delirium dokumentert, sammenlignet med kun 19 % av hypoaktivt delirium (Voyer et al., 2008). Mangelfull dokumentasjon representerer et lovbrudd, og kan true pasientsikkerheten, kontinuiteten og kvaliteten på pasientoppfølgingen (Skaug, 2016).

Dersom sykepleieren skal vurdere endringer i pasientens tilstand, forutsetter det at pasientens premorbide kognitive tilstand er dokumentert (Ranhoff, 2014). Dersom sykepleieren ikke har kunnskap om tidligere kognitiv status, er det ifølge Voyer et al. (2008) trolig flere tilfeller av delirium enn det som faktisk blir dokumentert. Sykepleieren bør innhente opplysninger fra muntlige rapporter, pasientens journal og pleie- og behandlingsplaner (Dahl & Skaug, 2014). Disse skal inneholde opplysninger om pasientens symptomer, tilstandens debuttidspunkt og forløp (Ranhoff, 2010). Ifølge Forskrift om pasientjournal § 6 skal pasientens journal inneholde opplysninger om symptomer, observasjoner, vurderinger innhentet ved kliniske undersøkelser og diagnostiske overveielser (Pasientjournalforskriften, 2019, §6). Sykepleieren bør på hver vakt dokumentere eventuelle symptomer og atferdsendringer, samt resultater fra kartleggingsverktøy som CAM og 4AT (Ranhoff, 2014; Skaug, 2016). Kombinasjonen av dokumentasjon og systematisk bruk av CAM og 4AT vil trolig styrke en presis kommunikasjon mellom helsepersonell (Melhus & Lærum-Onsager, 2019; Kirkevold, 2014; Nortvedt & Grønseth, 2016). Dette samsvarer med Nightingales teorier om at sykepleieren skulle gi legen presise rapporter om endringer i pasientens tilstand (Kristoffersen, 2016). Dokumentasjon er utgangspunktet for tverrfaglig kommunikasjon mellom helsepersonell, og skal bidra til et helhetlig behandlingstilbud (Skaug, 2016; Heggdal, 2006; Vabo, 2018). At pasientopplysninger blir synliggjort for alle som deltar i sykepleieutøvelsen, er viktig for å sikre faglig forsvarlighet (Skaug, 2016).

Manglende dokumentasjon kan også forklares med tidspress og manglende rutiner (Naustdal & Netteland, 2012). Det bør være skriftlige rutiner for dokumentasjon av pasientens vitale tilstand. Sykepleieren skal dokumentere NEWS-skåring, vurdering og eventuelle tiltak i

pasientens journal (e-Håndbok, 2021; e-Håndbok, 2020^a). NEWS kan bidra til at sykepleieren kommuniserer på en systematisk måte (Helsedirektoratet, 2020). Ifølge Jensen et al. (2017) er EWS et viktig kommunikasjonsverktøy. Poengsummen gir objektiv informasjon som gjør at sykepleiere kan bruke et mer presist språk (Jensen et al., 2017). Det er viktig at poengsummen ikke går på bekostning av, men som et tillegg til sykepleiernes dokumentasjon av observasjoner og kliniske vurderinger (Jensen et al., 2019). Voyer et al. (2008) belyser betydningen av utdanning som en sentral rolle i forhold til å påvise og dokumentere delirium. Ledelsen på sengeposten bør derfor vektlegge opplæring og undervisning til sykepleierne (Skaug, 2016).

6 Avslutning

Utgangspunktet for denne bacheloroppgaven var å belyse hvilke systematiske kartleggingsverktøy sykepleieren kan benytte for å identifisere delirium hos eldre med hoftebrudd. Identifisering av delirium er i dag en stor sykepleiefaglig utfordring, og forskning viser at delirium ofte er underdiagnostisert hos eldre pasienter. Fag- og forskningslitteratur dokumenterer at sykepleieren mangler kunnskap om tilstanden og rutiner på sengeposten.

Sykepleierens observasjonskompetanse og kunnskapsgrunnlag er en forutsetning for systematisk kartlegging og bruk av validerte kartleggingsverktøy. Økt kunnskap om delirium og viktigheten av tidlig identifisering, vil trolig bidra til større fokus og bedre forståelse av tilstandens alvorlighetsgrad. Det er både sykepleierens og avdelingens ansvar å holde seg oppdaterte på kunnskapsutvikling i feltet. Videre kan systematisk dokumentasjon synliggjøre pasientens tilstand over tid, og danne et grunnlag for videre observasjoner, tiltak og behandling.

Sykepleierens bruk av observasjonsverktøyet NEWS, i kombinasjon med klinisk skjønn, kan bidra til å identifisere tidlige tegn på forverring av pasientens tilstand. Våre søk har ikke funnet forskning som kobler NEWS og delirium sammen. Verktøyet er likevel relevant fordi identifisering av klinisk forverring også inkluderer endret bevissthet og akutt forvirring. Dette kan gjøre sykepleieren oppmerksom på behovet for videre observasjon av delirium og bruk av kartleggingsverktøyene CAM og 4AT. Kartleggingsverktøyene CAM og 4AT kan bidra til å strukturere sykepleierens observasjon og totale kartlegging. Verktøy bør innarbeides som daglige kliniske rutiner på sengeposten, særlig hos pasienter med hoftebrudd som har høy risiko for å utvikle delirium. Det er derimot viktig å poengtere at kartleggingsverktøy alene ikke er godt nok for å identifisere delirium, men anses som et viktig supplement til totalvurderingen av pasienten. Vår konklusjon er at systematiske kartleggingsverktøy kan bidra til at sykepleieren tidlig identifiserer delirium på sengeposten, og dermed kan være et hjelpemiddel for utførelse av forsvarlig og omsorgsfull sykepleie.

7 Litteraturliste

- Andrews, T. & Waterman, H. (2005). Packaging: A grounded theory of how to report physiological deterioration effectively. *Journal of Advanced Nursing*, 52(5), 473–481. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03615.x>
- Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D. H. J., Mazzola, P., Turco, R., Gentile, S., Ryan, T., Cash, H., Guerini, F., Torpilliesi, T., Santo, F. D., Trabucchi, M., Annoni, G. & MacLulich, A. M. J. (2014). Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: A study in 234 hospitalized older people. *Age and Ageing*, 43(4), 496-502. <http://doi.org/10.1093/ageing/afu021>
- Berg, G., Watne, L. O. & Gjevjon, E. R. (2016). Ny screening gir sikrere diagnose. *Sykepleien*, 104(3), 52-53. <http://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. 309-380). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2016). *Etikk i sykepleien* (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bøyum, Å. W. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien Forskning*, 8(3), 210-218. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0091>
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, A. P. & Utne, I. (2015). *Forskningsmetode for sykepleierutdanningene*. Abstrakt.
- Dahl, K. & Skaug, E.-A. (2014). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Grunnleggende behov, Bind 2* (2. utg., s. 15-58). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. & Trygstad, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og*

oppgaveskriving (s. 149-164). Oslo: Gyldendal Akademisk.

De, J., & Wand, A. P. (2015). Delirium screening: A systematic review of delirium screening tools in hospitalized patients. *The Gerontologist*, 55(6), 1079–1099.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnv100>

Donohue, L. A., & Endacott, R. (2010). Track, trigger and teamwork: Communication of deterioration in acute medical and surgical wards. *Intensive and Critical Care Nursing*, 26, 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2009.10.006>

Eide, L. S. P., Instenes, I., Ranhoff, A. H., Amofah, H. A. & Norekvål, T. M. (2017).

Kjenn tegnene på delirium hos eldre. *Sykepleien*, 105(7), 52-55.

<https://www.doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.62845>

Evensen, S., Forr, T., Al-Fattal, A., Groot, C. D., Lønne, G., Gjevjon, E. R., Berg, G. V. & Bergh, S. (2016). Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. *Tidsskriftet for Den Norske Legeforening*, 136(4), 299-300.

<http://www.doi.org/10.4045/tidsskr.15.1334>

e-Håndbok. (2020^a, 24. februar). *National Early Warning Score II (NEWS II)*. eHåndboken OUS - HF. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/78636>

e-Håndbok. (2020^b, 3. november). *Postoperativ sykepleie*. eHåndboken OUF - HF.

<https://ehandboken.ous-hf.no/document/77906>

e-Håndbok. (2021, 29. januar). *NEWS-skåring på Ortopediske sengeposter*. eHåndboken

OUF - HF. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/121488>

Finnbakk, E. & Heyn, L. G. (2018). Kommunikasjon med eldre personer og pasienter i ulike situasjoner. I L. G. Heyn (Red.), *Klinisk kommunikasjon i sykepleie* (s.161-195). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Finnbakk, E., Olaussen, C., Heyn, L., Sellevold, G. S., Rødland, E. K. & Gjevjon E. R.

- (2018). Delirium er en tverrprofesjonell utfordring: Slik forberedes våre sykepleier-studenter. *Sykepleien*.
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/05/delirium-er-en-tverrprofesjonell-utfordring-slik-forberedes-vare>
- FHI (Folkehelseinstituttet). (2016, 3. juni). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- FHI (Folkehelseinstituttet). (u.å). *Alle databaser*. Helsebiblioteket.
<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser>
- 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., s. 271-296). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Granaas, M., Vatn, L. & Lund, S. B. (2016). Fanger opp forverring tidligere. *Sykepleien*, 104(6), 54-57. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.57777>
- Grimsbø, G. H. (2016). Digitale tjenester i pasientomsorgen. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon, Bind 1* (3. utg., s. 311-331). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Heggdal, K. (2006). *Sykepleiedokumentasjon* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk forlag
- Helsedirektoratet. (2020, 30. april). *Virksomheten bør etablere rutiner for systematiske observasjoner av pasienters vitale funksjoner*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand/observasjonsrutiner/virksomheten-bor-etablere-rutiner-for-systematiske-observasjoner-av-pasienters-vitale-funksjoner>
- Helsepersonelloven - hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-2020-12-04-134). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Hernæs, N. (2019). Nye tiltak mot sepsis på sengeposten. *Sykepleien*.

<https://sykepleien.no/2019/04/nye-tiltak-mot-sepsis-pa-sengepost>

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.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941>

Jackson, S., Penprase, B., & Grobbel, C. (2016). Factors Influencing Registered Nurses' Decision to Activate an Adult Rapid Response Team in a Community Hospital. *Dimensions of Critical Care Nursing*, 35(2), 99–107.
<https://doi.org/10.1097/DCC.0000000000000162>

Jensen, J. K., Skår, R. & Tveit, B. (2017). The impact of Early Warning Score and Rapid Response Systems on nurses' competence: An integrative literature review and synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(7-8), 1256 -1274.
<https://doi.org/10.1111/jocn.14239>

Jensen, J. K., Skår, R. & Tveit, B. (2019). Introducing the National Early Warning Score - A qualitative study of hospital nurses' perceptions and reactions. *Nursing Open*, 6(3), 1067–1075. <https://doi.org/10.1002/nop2.291>

Johnsen, L. G., Watne, L. O., Frihagen, F., Helbostad, J. L., Prestmo, A., Saltvedt, I., Sletvold, O. & Wyller, T. B. (2015). Hvorfor ortogeriatreri? *Tidsskrift for Den Norske Legerforening*, 135(6), 523-524. <http://www.doi.org/10.4045/tidsskr.15.0188>

Juliebø, V. & Wyller, T. B. (2009). Geriatrisk sykepleie: Delirium hos eldre mennesker. *Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens*, 2(3), 1-28.
https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2019-11/geriatrisk-sykepleie-3_2010.pdf

Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv – ny forståelse: Sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.),

Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten (2. utg., s. 122-144). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleie: Kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimstbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon, Bind 1* (3. utg., s. 139-185). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.- A. & Grimstbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A Skaug & G. H. Grimstbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon, Bind 1* (3. utg., s. 15-27). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Krogseth, M. & Wyller, T. B. (2019). Delirium. I K. I. Birkeland, L. Gullestad & L. Aabakken (Red.), *Indremedisin II* (2. utg., s. 457- 464). Fagbokforlaget.

LDH (Lovisenberg Diakonale Høgskole). (2020, 17. januar). *Oppgaveskriving*. LDH.
<https://ldh.no/bibliotek/oppgaveskriving>

Meako, M. E., Thompson, H. J. & Cochrane, B. B. (2011). Orthopaedic Nurses' Knowledge of Delirium in Older Hospitalized Patients. *Orthopaedic Nursing*, 30(4), 241–248.
<http://doi.org/10.1097/NOR.0b013e3182247c2b>

Melhus, G. K. & Lærum-Onsager, E. (2019). Sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus. *Geriatrisk sykepleie: NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens*, 2019(2), 15-21.
https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2020-09/gs-2-2019.pdf?fbclid=IwAR3Y6ePpKLQ80-XJprt7MhLTwAs2L73QW7XeovbrZEPRbio9wLsgS_RXlQc

Moksnes, K. M. (2018). Livets siste fase. I F. Skårderud, S. Haugsgjerd & E. Stänicke (Red.), *Psykiatriboken: Sinn - kropp - samfunn* (2. utg., s. 494 - 534). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Myrstad, M., Neerland, B. E., Hagberg, G. & Watne, L. O. (2017). Vurdering av mental status hos den akutt syke gamle. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 2017(12/13), 1-3. <http://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0480>
- Naustdal, A.-G. & Netteland, G. (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 270-277. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2012.0133>
- Neerland, B. E., Watne, L. O., Hov, K. R. & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(5), 1596-1600. <http://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1327>
- Nester, M., Fossøy, F., Ellingsen, K. M., Strand, K. & Busch, M. (2018). *Delirium - ikke-farmakologisk forebygging og identifisering av delirium hos intensivpasienter*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/delirium-ikke-farmakologisk-forebygging-og-identifisering-av-delirium-hos-intensivpasienter>
- Neufeld, K., Hayat, M., Coughlin, J., Huberman, A., Leistikow, N., Krumm, S., & Needham, D. (2011). Evaluation of two intensive care delirium screening tools for non-critically ill hospitalized patients. *Psychosomatics*, 52(2), 133–140. <https://doi.org/10.1016/j.psych.2010.12.018>
- Norsk Legemiddelhåndbok. (2020^a, 20. august). *T5.8 Delirium*. Legemiddelhåndboka. <https://www.legemiddelhandboka.no/T5.8/Delirium>
- Norsk Legemiddelhåndbok. (2020^b, 6. mars). *T22.4.2 Postoperativ delir*. Legemiddelhåndboka. https://www.legemiddelhandboka.no/T22.4.2/Postoperativt_delir
- Norsk Ortopedisk Forening. (2018). *Norske retningslinjer for tverrfaglig behandling av hoftebrudd*. Den Norske Legeforening. <http://nrlweb.ihelse.net/Anbefalinger/Norske%20retningslinjer%20for%20tverrfaglig%20behandling%20av%20hoftebrudd.pdf>

- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. NSF.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, P. (2019, 19. februar). *Tilbake til Nightingale*. Sykepleien.
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/12/tilbake-til-nightingale>
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie - funksjon, ansvar og kompetanse. I D.- G. Stubberud, R. Grønseth & H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (5. utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Pasientjournalforskriften. (2019). *Forskrift om pasientjournal* (FOR-2019-03-01-168). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-01-168>
- Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Prestmo, A., Hagen, G., Sletvold, O., Helbostad, J. L., Thingstad, P., Taraldsen, K., Lydersen, S., Halsteinli, V., Saltnes, T., Lamb, S. E., Johnsen, L. G. & Saltvedt, I. (2015). Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial. *The Lancet*, 385 (9978), 1623-1633.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62409-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62409-0)
- Ranhoff, A. H. (2010). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 395-405). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2014). 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., Helbostad, J. & Martinsen, M. I. (2014). Osteoporose og brudd. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg., s. 511-518). 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. 244-268). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sandvik, R. K. N. M. & Eide, L. S. P. (2020). Smertekartlegging kan forebygge delirium hos eldre. *Sykepleien*, 2020(108),1-15. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.80661>
- Sederstrom, J. R., Aliory, C. D., Hanneman, E. M. & Buras, M. R. (2021). Delirium Triage Screen/ Brief Confusion Assessment Method in Adult Orthopaedic and Hematological Patients. *Orthopaedic Nursing*, 40(1), 16-22.
<https://doi.org/10.1097/nor.0000000000000726>
- Sharma, A., Malhotra, S., Grover, S., & Jindal, S. K. (2012). Incidence, prevalence, risk factor and outcome of delirium in intensive care unit: A study from India. *General Hospital Psychiatry*, 34(6), 639–646.
<https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2012.06.009>
- Shenkin, S. D., Fox, C., Godfrey, D., Siddiqi, N., Goodacre, S., Young, J., Anand, A., Gray, A., Hanley, J., MacRaid, A., Steven, J., Black, P. L., Tiegues, Z., Boyd, J., Stephen, J., Weir, C. J. & MacLulich, A. M. J. (2019). Delirium detection in older acute medical inpatients: a multicentre prospective comparative diagnostic test accuracy study of the 4AT and the confusion assessment method. *BMC Medicine*, 17(1), 1-14.
<https://doi.org/10.1186/s12916-019-1367-9>
- Sjøbbø, B., Graverholt, B., & Jamtvedt, G. (2012). Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten. *Sykepleien forskning*, 7(4), 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. Grimmsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Sykepleie - fag og funksjon, Bind 1* (3. utg., s. 337-376). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 97-116). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2013^a). Sykepleie ved delirium. I H. Almås, D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (4. utg., s. 399-407). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2013^b). *Psykososiale behov ved akutt og kritisk sykdom*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-1999-07-02-61). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Thomsen, L. H. (2020). *National Early Warning Score 2 og ISBAR kommunikasjon*. Legeforeningen. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/e1841fd9b4844a44b5d8986cc60d05ce/news-2-og-isbar.pdf>
- Tønnessen, S. (2013). Faglige forutsetninger for forsvarlighetsbegrepet. *Sykepleien*, 8(2), 148-155. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2013.0057>
- Vabo, G. (2018). *Dokumentasjon i sykepleiepraksis* (3. utg.). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Vassbø, T. K. & Eilertsen, G. (2014). Faser under sykehusoppholdet - sykepleiers erfaringer med delirium blant gamle med brudd. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 1(4), 59-71. https://www.idunn.no/file/pdf/65640218/faser_under_sykehusoppholdet_-_sykepleieres_erfaringer_med.pdf
- Voyer, P., Cole, M. G., McCusker, J., St-Jacques, S. & Laplante, J. (2008). Accuracy of nurse documentation of delirium symptoms in medical charts. *International Journal of Nursing Practice*, 14(2), 165-77. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172x.2008.00681.x>
- Watne, L. O. & Wyller, T. B. (2018). Delirium - framleis underdiagnostisert. *Tidsskriftet for Den norske legeforening*, 2018(5), 1-3. <http://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0118>

Wei, L. A., Fearing, M. A, Sternberg, E. J. & Inouye, S. K. (2008). The Confusion Assessment Method: A Systematic Review of Current Usage. *J Am Geriatr Soc*, 56(5), 823-830. <http://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01674.x>

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

Wyller, T. B. (2020). *Geriatrisi: En medisinsk lærebok* (3.utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.