



Identifisering av delirium

Hvordan kan sykepleier tidlig identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på ortopedisk sengepost?

Kandidatnummer: 703

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie

Antall ord: 9535

Dato: 16.04.2018

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato 16. april 2018
<p>Tittel</p> <p>Hvordan kan sykepleier tidlig identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på ortopedisk sengepost?</p>	
<p><u>Problemstilling</u></p> <p>Hvordan kan sykepleier tidlig identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på ortopedisk sengepost?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u></p> <p>I det teoretiske kunnskapsgrunnlaget forklares delirium samt tilstandens symptomer og årsaker, hvilket er av betydning for tidlig identifisering. Sykepleiers ansvar- og funksjonsområder relevante for identifisering ligger til grunn. Herunder fagutviklende funksjon og sykepleiers sekundærforebyggende funksjon hvor betydningen av observasjon og kartlegging vektlegges da det er viktig for å identifisere delirium hos eldre pasienter. Her anvendes Florence Nightingales teori om sykepleiers observerende rolle. Vurderingsverktøy CAM og 4AT forklares samt betydningen av dokumentasjon i kombinasjon med relevante lover og forskrifter. Yrkesetiske perspektiver vektlegges da disse er av stor betydning for sykepleier i møte med pasienter med delirium.</p> <p><u>Metode</u></p> <p>Oppgaven er en litteraturstudie der eksisterende litteratur legges til grunn for å besvare problemstillingen. Herunder sykepleiefaglig litteratur bestående av pensum- og lærebøker, fag- og forskningsartikler samt lover og veiledere. I metoden oppsummeres fremgangsmåte og søkehistorikk fra forskningsartikler som er funnet i databasene SweMed+, Cinahl og Sykepleien forskning. Kapitlet avsluttes med kildekritisering av valgt litteratur.</p> <p><u>Drøfting</u></p> <p>I drøftingen besvares problemstillingen i lys av teori og forskning. Sykepleiers funksjonsområder samt lover og yrkesetiske perspektiver vil også ha et naturlig fokus. Områder som drøftes er sykepleiers kunnskapsgrunnlag og hvilken kunnskap som er nødvendig ved identifisering, hvordan sykepleier systematisk kan kartlegge tilstanden ved bruk av observasjon og ulike screeningverktøy, betydningen av dokumentasjon og informasjonsutveksling. Avslutningsvis diskuteres sykepleiers og avdelingen ansvar ved kunnskapsheving.</p> <p><u>Konklusjon</u></p> <p>Sykepleier har en sentral rolle i identifisering av delirium hvor observasjoner og vurderinger står sentralt. Sykepleier bør anvende vurderingsverktøy da det kan lette identifisering og gi presis og rask rapportering til lege. Samtidig må sykepleier se og ivareta pasienten og dens pårørende. Dokumentasjon og vurdering av pasientens sykehistorie er essensielt ved identifisering. Økt kunnskap hos sykepleier er av betydning. Kunnskapsutvikling er både sykepleiers og avdelingens ansvar.</p>	

(Totalt antall ord: 297)

Innhold

1. Innledning	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling	2
1.4 Oppgavens oppbygging	3
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag.....	4
2.1 Delirium	4
2.1.1 Symptomer.....	4
2.1.2 Årsaker, predisponerende og utløsende faktorer	6
2.2 Sykepleiers funksjon- og ansvarsområde og kunnskapsgrunnlag.....	7
2.3 Systematisk observasjon (identifisering) og kliniske vurderinger.....	9
2.4 Verktøy for identifisering: CAM, 4AT.....	10
2.5 Dokumentasjon	11
2.6 Juridiske og etiske perspektiver	11
3. Metode	14
3.1 Fremgangsmåte og søkehistorikk	14
3.2 Kildekritikk	16
4. Presentasjon av forskningsresultater	18
5. Diskusjon.....	22
5.1 Sykepleiers kunnskapsgrunnlag ved identifisering.....	22
5.2 Systematisk observasjon og bruk av vurderings- og screeningverktøy	23
5.3 Betydningen av dokumentasjon og rapportering.....	28
5.4 Sykepleiers fagutvikling og implementering av rutiner i praksis.....	30
6. Oppsummering	33
Litteraturliste.....	34

1. Innledning

Denne oppgaven handler om delirium hos eldre pasienter innlagt på ortopedisk avdeling i sykehus og hvordan sykepleier tidlig kan identifisere denne tilstanden. I dette kapitlet kommer jeg til å presentere bakgrunn for valg av tema samt oppgavens hensikt. Videre vil problemstillingen presenteres samt oppgavens avgrensninger, til slutt nevnes oppgavens oppbygging.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Delirium er en akutt forvirringstilstand som ofte rammer eldre. Risikoen øker ved somatiske sykdommer generelt, og i følge Engedal (2012) får opptil 40-50% av gamle ortopediske pasienter delirium. Uten nødvendig behandling kan dødeligheten være opp mot 25-30%. Prognosen er derimot god om tilstanden identifiseres og behandling gis (Engedal, 2012). Delirium kan videre føre til økt funksjonssvikt og forlenget liggetid (Ranhoff, 2014a). Hele 20-30% av de som har delirium uten en underliggende demensdiagnose, vil utvikle demens i løpet av påfølgende år (Ranhoff, 2014b).

Til tross for at delirium forekommer hyppig så blir tilstanden ofte oversett eller forvekslet med demens (Ranhoff, 2014a). Dette kan i følge Wyller (2015) være grunnen til at tilstanden ofte ikke diagnostiseres. Samlet sett så gjør dette delirium til et svært viktig tema for sykepleie av eldre pasienter på ortopedisk avdeling og for pasientsikkerheten.

Grunnen til valgte tema er for meg et ønske om å lære mer om delirium og hvordan tilstanden kan identifiseres, etter selv å ha opplevd tilfeller av delirium i praksis på ortopedisk avdeling. Pasienter som endret personlighet, mistet virkelighetsoppfatning og som var utagerende, virket inn på meg. Videre fikk jeg inntrykk av at det var fokus på å diagnostisere delirium. Tvert i mot så jeg et tilfelle der sykepleier ikke brukte vurderingsverktøy i sin vurdering av et mulig delirium, til tross for at dette anbefales sykepleiere å gjøre (Stubberud, 2016). I dette tilfellet fikk jeg heller ikke inntrykk av det ble rapportert til legen slik at en diagnostisering kunne finne sted.

Som sykepleier vil man ha en viktig rolle og være i en unik posisjon i å identifisere tilstanden fordi man på en ortopedisk sengepost er tett på pasienten hele døgnet og kan dermed tidlig se endringer hos pasienten. Delirium må behandles raskt da det kan indikere alvorlig sykdomstilstand (Ranhoff, 2014a; Stubberud, 2016). Derfor er det viktig at tilstanden oppdages tidlig. Ved hjelp av observasjoner og systematisk kartlegging kan sykepleier tidlig identifisere, slik at legen blir informert og det kan iverksettes riktige behandlingstiltak, hvilket har betydning for pasientens rehabilitering (Nortvedt & Grønseth, 2016; Stubberud, 2016). I henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere har sykepleier ansvar for å fremme helse og forebygge sykdom (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Studien til Vassbø og Eilertsen (2014) viser til mangel på rutiner for å kartlegge og påvise tilstanden hos eldre pasienter innlagt på ortopediske avdelinger. Hensikten med oppgaven blir, med grunnlag i dette og mine erfaringer fra praksis, å finne ut hvordan sykepleier tidlig kan identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på ortopedisk sengepost.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Med utgangspunkt i overstående er følgende problemstilling formulert;

Hvordan kan sykepleier tidlig identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på ortopedisk sengepost?

1.3 Avgrensning og presisering av problemstilling

Siden eldre er hovedgruppen som utvikler delirium (Stubberud, 2016) vil oppgaven omhandle pasienter over 65 år. Valgt alder er også grunnet i at mange forskningsartikler omhandler eldre pasienter over 65 år. Jeg skiller for øvrig ikke nærmere mellom eldre og gamle pasienter. Konteksten for denne oppgaven vil være tenkt til en ortopedisk sengepost da delirium ofte ses hos eldre i forbindelse med operativ behandling og hoftebrudd, særlig som en postoperativ komplikasjon (Wyller, 2015). Studien til Juliebø et al. (2009) viser at 36% av hoftebruddspasienter utvikler delirium postoperativt.

Insident delirium, der tilstanden oppstår under behandlingen på sykehuset, tas med men

prevalent delirium, der tilstanden er tilstede før innleggelse utelukkes. I tillegg utelates delirium som skyldes alkoholabstinens, delirium tremens, som ifølge Juliebø & Wyller (2010) uansett er sjeldent hos eldre. Grunnet oppgavens omfang ekskluderes også identifisering av delirium hos pasienter med demens. Til tross for at demens er en av de viktigste disponerende faktorene for delirium, ses likevel de fleste tilfeller av delirium hos pasienter som ikke har underliggende demens (Juliebø og Wyller, 2010).

I oppgavens drøfting vil et kapittel handle om implementering av vurderingsverktøy og kunnskapsheving i praksis. Noe av dette vil da være i en avdelingleders perspektiv, men jeg vil likevel holde meg til et overordnet sykepleiefokus gjennom diskusjonen.

Oppgaven er ikke ment å gi en omfattende beskrivelse av alle somatiske eller medikamentelle årsaker til delirium. "Eldre pasienter" vil gjennomgående bli betegnet som "pasienten" og "den eldre".

1.4 Oppgavens oppbygging

Kapittel 2 utgjør oppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag hvor en del begrep som har betydning for oppgavens problemstilling blir utdypet. Videre presenteres her rammeverket for oppgaven inkludert sykepleiers funksjonsområder og etiske og juridiske aspekter. Kapittel 3 beskriver metode og kildekritikk. Kapittel 4 presenterer artikkelmatrise med resultater fra forskningsartikler. Kapittel 5 drøfter litteratur fra kapittel 2 samt ny litteratur og forskningsresultater fra kapittel 4. Avslutningsvis blir punktene samlet som en oppsummering i kapittel 6.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet presenteres teori om delirium og hvorfor eldre pasienter er utsatt. Dette er elementer oppgaven min tar utgangspunkt i. Kapitlet presenterer også oppgavens rammeverk herunder sykepleiers ansvars- og funksjonsområder som anses som mest relevant for identifisering av delirium hos eldre pasienter som er innlagt på ortopedisk sengepost. Videre vil observasjon og kartlegging av helsetilstand med Florence Nightingales syn på observasjon presenteres. Deretter presenteres vurderingsverktøyene CAM og 4AT. Til slutt nevnes etiske og juridiske perspektiver. Dette vil sammen med funn fra forskningsartikler være med på å belyse og besvare problemstillingen i kapittel 5.

2.1 Delirium

Delirium er en tilstand som ofte er eneste tegn på alvorlig sykdom, men ikke en sykdom i seg selv (Wyller, 2015, s.313). Engedal (2012) beskriver delirium som ”en akutt eller subakutt, uspesifikk, organisk reaksjon på en somatisk sykdom eller forgiftning. Hjernen blir overbelastet, og det oppstår en akutt hjernesvikt” (s.281).

Tilstanden kjennetegnes av rask debut og et svingende forløp (Ranhoff, 2014a; Stubberud, 2016). Noen rammes gradvis, enkelte allerede i starten av behandlingen. Vanligvis går tilstanden over innen noen timer eller dager, men i visse tilfeller kan det ta uker, og noen kan få tilbakefall. (Stubberud, 2016, 429). Eldre har en langt høyere risiko for delirium enn yngre. Dette skyldes ikke bare skrøpelighet og forandringer i homeostasen, men også at de også er mer utsatt for andre risikoer. Diagnosen stilles på bakgrunn av kliniske symptomer og i henhold til diagnosekriteriene DSM-5 i det amerikanske psykiatriske klassifikasjonssystemet. Det viktigste med å diagnostisere tilstanden er å finne den utløsende årsaken slik at tilstanden kan behandles best mulig (Ranhoff,2014b; Wyller, 2015, s.313).

2.1.1 Symptomer

Den medisinske tilstanden og stressfaktorer kan gi variasjoner i symptomene (Ranhoff, 2014a, s. 453). Ved delirium ses et redusert og forstyrret bevissthetsnivå i form av

oppmerksomhet så nedsatt at pasienten ofte vil ha vanskelig med å opprettholde konsentrasjonen nødvendig for å fullføre en tankerekke eller et måltid. Videre vil pasienten ha vanskelighet med å skifte oppmerksomhet fra et stimuli til et annet. Pasienten reagerer sterkere på stimuli enn normalt hvilket kan føre til angst og uro på eksempelvis en dør som smeller eller rennende vann. Desorganisert tankegang og vrangforestillinger forekommer ofte. Vrangforestillingene er ofte tilknyttet synshallusinasjoner gjerne fremprovosert av en gitt situasjon. Siden pasienten har redusert persepsjonsevne vil dette kunne føre til både syns- og hørselshallusinasjoner hvilket oftest opptrer om natten med variasjon gjennom døgnet (Engedal, 2012, s.283-284). I følge Ranhoff (2014b) vil hallusinasjoner og vrangforestillinger kunne føre til utagerende atferd.

Pasienten vil ha svekket gjenkalling- og registreringsevne hvilket gir redusert korttidshukommelse, men langtidshukommelsen er inntakt med mindre pasienten samtidig har demens. Nedsatt oppmerksomhet i tillegg gjør pasienten desorientert for tid, og i alvorlige tilfeller også for sted og situasjon (Engedal, 2012, s.284). I følge Ranhoff (2014b) er nedsatt bevissthet med redusert oppmerksomhet alltid tilstede. Hos de fleste pasientene ses søvnforstyrrelser der de deliriske symptomene ofte forverres om natten hvilket gjør at pasientene er urolige om natten og halvsover om dagen. Engedal (2012) sier at urolig søvn med mareritt og problemer med innsovning ofte også opptrer før delirium bryter ut. I de mest alvorlige tilfellene sover pasienten mer enn vanlig. Sykepleier vil kunne observere emosjonelle forstyrrelser som apati, agitasjon, depresjon, mani, angst, frykt og ro (Engedal, 2012, s. 284-285).

Hos eldre pasienter ses ofte forskjellige typer av delirium utifra psykomotrisk aktivitet, herunder en hyperaktiv og hypoaktiv form. Av disse er den hyperaktive formen lettest å gjenkjenne da pasienten er motorisk urolig, utagerende, aggressiv og motvillig. Eksempelvis kan pasienten fjerne medisinsk utstyr (Engedal, 2012; Ranhoff, 2014a; Stubberud, 2016). Hypoaktivt delirium derimot blir ofte oversett. Her er pasienten også lite samarbeidsvillig, men i motsetning til det hyperaktive vil pasienten ligge rolig, være svært stille, treg i samtale og virke apatisk (Engedal 2012; Stubberud, 2016). Ved denne formen får pasienten ofte stivhet og manglende bevegelse i kroppen. Symptomene kan lett forveksles med depresjon, men depresjoner er imidlertid ikke knyttet til akutte fysiologiske faktorer og har et langtrukket forløp (Ranhoff, 2014a, s. 453-454).

Halvparten veksler mellom hyperaktivt og hypoaktiv delirium. Når pasienter gjør det over kort tid kan det bli ekstra vanskelig å identifisere tilstanden (Engedal, 2012; Ranhoff, 2014a). Delirium kan også være vanskelig å skille fra både demens og psykoser. Demens har derimot et varig forløp med gradvis forverring over tid. Ei heller er det noen spesifikk utløsende årsak til demens. Psykoser på sin side skyldes i all hovedsak psykiske lidelser og kriser. Dette understreker at sykehistorien blir et viktig hjelpemiddel for korrekt diagnostisering (Ranhoff, 2014a).

2.1.2 Årsaker, predisponerende og utløsende faktorer

Årsakene til delirium og mekanismene bak tilstanden er sammensatte og ofte ukjente (Stubberud, 2016). I prinsippet kan alle akutte somatiske sykdommer og skader utløse tilstanden (Wyller, 2015). Utviklingen skyldes ofte en kombinasjon av predisponerende og utløsende faktorer, likevel er det vanlig å skille mellom disse (Juliebø og Wyller, 2010; Stubberud, 2016). Hos eldre oppstår delirium oftest i forbindelse med akutt sykdom, skade eller operasjon og som bivirkninger av legemidler, og det er ofte flere faktorer som bidrar til at delirium oppstår (Engedal, 2012, s.282; Ranhoff, 2014b, s. 111).

Som nevnt innledningsvis er eldre langt mer disponert for delirium. Eksempelvis kan selv mindre infeksjoner utløse delirium hos eldre, mens hos yngre er akutt kritisk sykdom eller traume nødvendig (Wyller, 2015). Tilstanden utløses lettere desto flere og mer alvorlige risikofaktorer som er til stede samtidig (Ranhoff, 2014b, s. 113). Eksempelvis vil en pasient som får en lang og omfattende operasjon der smerter oppstår i etterkant være særlig utsatt for å utvikle delirium, især om pasienten må vente lenge før inngrepet og også gis sederende legemidler (Neerland et al., 2013).

Predisponerende faktorer gjør pasienten mer utsatt (Stubberud, 2016). Stubberud (2016) viser til høy alder, demens, mannlig kjønn, nedsatt syn og hørsel, kroniske sykdommer, hypertensjon, underernæring, tidligere hjernesker, røyking, psykiske lidelser og posttraumatisk stresslidelse som de viktigste predisponerende faktorene. Viktige predisponerende faktorer hos eldre pasienter er de som allerede har former for demens, komorbiditet, polyfarmasi og ubehandlet nedsatt syn og hørsel (Wyller, 2015, s. 311-312).

Funnene i studien til Juliebø et al. (2009) viser til ventetid til operasjon som viktig risikofaktor ved preoperativt delirium og BMI under 20 som en viktig risikofaktor for utvikling av postoperativt delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd.

Utløsende faktorer er de som i løpet av behandlingen kan bidra til å utløse delirium. Disse omfatter fysiske faktorer, psykologiske og miljømessige forhold eller hendelser (Cullberg, referert i Stubberud, 2016). De fysiske faktorene anses som de viktigste. Blant fysiske faktorer er somatiske sykdommer og tilstander som medfører nedsatt omsetning av oksygen eller som øker behovet for oksygen, eksempelvis hjerneslag, hypotensjon og blodtap. En annen fysisk faktor vil som tidligere nevnt være kirurgi som følge av stressrespons (Stubberud, 2016). Videre viser Stubberud (2016) til generell anestesi, smerte, søvnmangel, infeksjoner, feber, urinretensjon, elektrolyttforstyrrelser, syre- og baseforstyrrelser, nyresvikt og leversvikt. Det vises også til sammenheng mellom bruk av permanent blærekateter og delirium (Inoye og Charpentier, referert i Ranhoff, 2014a).

Legemidler er viktige utløsende fysiske faktorer, særlig gjelder dette kombinasjon av legemidler med antikolinerg effekt herunder nevroleptika, trisykliske antidepressiver, diuretika og legemidler mot urininkontinens. Legemidler som virker dempende på hjernen, særlig angstdempende og sederende legemidler som benzodiazepiner, opioider og narkosemidler er viktige utløsende fysiske faktorer hos eldre (Ranhoff, 2014a; Stubberud, 2016).

Psykologiske faktorer og miljøfaktorer er belastninger pasienten opplever ved innleggelse i sykehus, eksempelvis ukjente omgivelser og tiltak som fører til angst, utrygghet og følelse av isolasjon. Dette kan føre til psykisk stress som i kombinasjon med fysiske faktorer bidrar til utviklingen av delirium (Stubberud, 2016, s. 431).

2.2 Sykepleiers funksjon- og ansvarsområde og kunnskapsgrunnlag

Sykepleiers kliniske kunnskapsgrunnlag omfatter i tillegg til praktisk og teoretisk sykepleie, blant annet anatomi, fysiologi, medisinsk kunnskap og kunnskap om psykologi, kommunikasjon og etikk (Nortvedt og Grønseth, 2016). Særlig viktig er det at sykepleier har

kunnskap om sykdomstilstander herunder delirium og hvordan utøve sykepleie til denne pasientgruppen. Innenfor sitt funksjons- og ansvarsområde skal en sykepleier ha kompetanse til å utføre alle sentrale oppgaver selvstendig (Kunnskapsdepartementet, 2008). Innenfor rammen av denne faglige kompetansen skal sykepleier gjøre det beste for pasienten (Nortvedt og Grønseth, 2016).

Som sykepleier har man flere bestemte fagfunksjoner og ansvarsområder som skal gi grunnlag for hvordan man tilnærmer seg og ivaretar pasienter på (Nortvedt og Grønseth, 2016, s.21). I denne oppgaven vil det være fokus på sykepleieres forebyggende og helsefremmende funksjon. Denne funksjonen består av tre deler: primær- sekundær- og tertiærforebyggende som er rettet mot friske personer, de som er utsatt for helsesvikt og mot syke. Når sykepleier skal tidlig identifisere delirium vil dette inngå som en del av sykepleiers sekundærforebyggende funksjon. Denne funksjonen skal sikre at tidlige signaler om faktisk eller mulig helsesvikt tidlig identifiseres og at forebyggende tiltak etableres. Observasjoner av sykdommens forløp og endring i symptomer skal varsles lege slik at korrekt behandling gis (Nortvedt og Grønseth, 2016). Sykepleiers observasjoner og vurderinger av tegn og symptomer ved delirium med påfølgende rapportering til legen, gjør at pasienten blir diagnostisert og det iverksettes riktige tiltak for behandling, hvilket har stor betydning rehabiliteringen. Sykepleiers ansvar og evne til å gjøre gode observasjoner og vurderinger av pasienten er betydelig (Kristoffersen, 2016a).

Sykepleiers fagutviklende funksjon vil også være sentralt i denne oppgaven. Sykepleiere har et ansvar for sin egen og fagets kunnskapsutvikling (Holter, 2015, s.114). Dette innebærer å holde seg faglig oppdatert og bidra til kontinuerlig forbedring av praksis. Eksempelvis ved å lese faglitteratur og forskning for deretter anvende og bidra til utvikling av ny kunnskap i praksis (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). En slik prosess krever sykepleiere som er faglig engasjerte og som innehar en positiv holdning til endringer (Kirkevold, 2016; Nortvedt og Grønseth, 2016).

I tillegg til å ha en assisterende funksjon ovenfor legen i diagnostisering og behandling av pasienten, har sykepleier en selvstendig oppgave hva angår å ha omsorg for pasienten med delirium (Nortvedt og Grønseth, 2016, s.20).

2.3 Systematisk observasjon (identifisering) og kliniske vurderinger

Identifisering av delirium innebærer at sykepleier samler inn både primære og sekundære data om pasienten for å få et best mulig datagrunnlag. Undersøkelse av oppmerksomhet og bevissthet er i følge Wyller (2015) avgjørende ved mistanke om delirium. For å innhente relevante opplysninger fra primære datakilder, som er pasienten selv, må sykepleier samtale med, observere og undersøke pasienten (Skaug, 2016, s. 348). Innhenting av data fra sekundære data, herunder pårørende, journal og kolleger, er verdifullt siden pasientens tilstand kan endre seg mye i løpet av et døgn (Skaug, 2016). Pårørende vil i møte med pasienter med delirium kunne være en svært viktig datakilde for sykepleieren da pasientens sykehistorie, som nevnt i forrige kapittel, vil være det viktigste hjelpemiddelet for å avklare hvorvidt pasienten har delirium (Ranhoff, 2014a). Denne kartleggingen vil dermed danne grunnlaget for at sykepleier kan sikre en best mulig kunnskapsbasert vurdering og beslutning (Nortvedt og Grønseth, 2016).

For å påvise delirium må pasienten observeres (Ranhoff, 2014b). Observasjon som for øvrig er sentralt i utøvelsen av sykepleie og danner grunnlaget for alle vurderingene, beslutningene og handlinger sykepleier utfører, vil derfor være essensen ved å identifisere delirium (Nortvedt & Grønseth, 2016, s.24). Teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing er det sykepleiers evne til å observere bygger på, hvilket øves opp i møte med pasienter (Kristoffersen, 2016a; Kunnskapsdepartementet, 2008). Sykepleier må bruke sansene bevisst herunder syn, hørsel, lukt og berøring, hvilket også kalles ”klinisk blikk”. Ved observasjon må sykepleier også vise omtanke og være interessert i pasienten som person, evne til empati og intuisjon er derfor sentralt (Kristoffersen, 2016a).

En systematisk kartlegging av observasjonene eksempelvis ved bruk av vurderingsverktøy, gjør det lettere å raskt se endringer i pasientens helsetilstand (Nortvedt & Grønseth, 2016). Sykepleier må forstå og tolke observasjoner og kliniske funn for å kunne skille det normale fra det unormale for å identifisere sykdomstilstander som delirium. Observasjoner har en diagnostisk funksjon og gir sykepleier grunnlag rapportering til lege og videre behandling (Kristoffersen, 2016a).

Florence Nightingale var med sine ”notater om sykepleie” opptatt av å beskrive hva god og systematisk observasjon betyr for pasientens tilstand. Hun understreket viktigheten av kunnskap, observasjon og vurdering, hvilket vil ha betydning for identifisering av delirium

(Karoliussen, 2011). Hun påpekte at den viktigste kunnskapen som kan gis til sykepleiere er observasjon (Nightingale, referert i Nortvedt og Grønseth, 2016). Herunder at sykepleiere må lære hva som skal observeres og hvordan. Hvilke symptomer som er viktige å fokusere på og hvilke som ikke er viktige. Sykepleieren må kjenne til symptomer på bedring og forverring (Nightingale, referert i Karoliussen, 2011). Symptomer og særtrekk ved enkelte sykdomstilstander er noe enhver sykepleier må merke seg, påpeker Nightingale (Nortvedt og Grønseth, s.20).

Nightingale hevder samtidig at en erfaren sykepleier ikke er en som har jobbet i mange år, men er en som har lang erfaring med observasjon. Videre påpekte hun at vurderingene av observasjonene som utføres er avhengig av at sykepleier har kunnskaper slik at det som observeres også er forstått (Karoliussen, 2011). I følge Nightingale skal sykepleier på grunnlag av sin observasjon og kunnskap gi legen korrekte og nøyaktige rapporter om viktige forandringer i pasientens tilstand (Kristoffersen, 2016a, s. 154).

2.4 Verktøy for identifisering: CAM, 4AT

Det er utviklet flere vurderingsverktøy som sykepleiere å bruke for å identifisere delirium, hvilket vil bidra til at sykepleiers observasjoner styrkes og det foretas systematiske observasjoner og vurderinger (Kirkevold, 2016). Confusion Assessment Method (CAM) er eksempel på et vurderingsverktøy som anbefales sykepleiere å bruke ved vurdering av pasientens mentale og kognitive funksjon (Ranhoff, 2014a; Stubberud, 2016). CAM er det mest brukte verktøyet internasjonalt for diagnostikk ved delirium og har høy validitet og sensitivitet (Berg et al.,2016; Inoye et al., 1990). I tillegg finnes en versjon for bruk i intensivavdelinger, CAM-ICU, hvor pasientene ofte ikke kan kommunisere verbalt. CAM bør brukes på hver vakt der pasienter har høy risiko for å utvikle delirium da verktøyet kan påvise delirium hos pasienter med høy risiko (Ranhoff, 2014a; Stubberud, 2016). Sykepleier kan her vurdere pasientens mentale funksjon ved å svare på spørsmål ut fra fire kjennetegn: 1.akutt debut og vekslende forløp, 2.uoppmerksomhet, 3.desorganisert tankegang og 4.endret bevissthetsnivå. Har pasienten kjennetegn en og to, i tillegg til tre eller fire, er det sannsynlig at pasienten har delirium (Kirkevold, 2014, s. 128). Inoye et al. (1990) hevder CAM gjennomføres på mindre enn 5 minutter som gjør det raskt å anvende.

Et annet screeningverktøy som sykepleier kan bruke for vurdering og diagnostikk av pasienter med delirium er det nye Rapid assessment test for Delirium, 4AT (Berg, Watne og Gjevjon, 2016). 4AT er lett å bruke og vurderer akutt delirium og kognitiv svikt. Testen skal muliggjøre identifisering av pasienter med hyperaktivt- og hypoaktivt delirium (Evensen et al., 2016). 4AT inneholder fire delspørsmål, herunder pasientens årvåkenhet, mental vurdering, pasientens oppmerksomhet, akutt endring eller fluktusjon i tilstand. Det skåres fra 0-2 poeng eller 0-4 poeng. En totalskår over fire skal vekke mistanke om delirium, mens en skår mellom en og tre kan antyde delirium og underliggende kognitiv svikt. Verktøyet er oversatt til norsk, og tar omtrent 2 minutter å gjennomføre (Berg et al., 2016; Evensen et al., 2016).

2.5 Dokumentasjon

Alle opplysninger sykepleier har innhentet og vurderinger om pasienten tilstand skal dokumenteres på en oversiktlig, kronologisk, systematisk og tydelig måte. Sykepleieprosessen ligger til grunn for dokumentasjonen og skal reflektere tilstrekkelige, relevante og nødvendige opplysninger (NSFs faggruppe for e-helse, 2015). Pasientsikkerheten kan settes i fare om påkrevde observasjoner ikke dokumenteres og dermed ikke følges opp (Skaug, 2016, s.344). Dokumentasjon av sykepleie er en egen del av pasientjournalen som skal føres elektronisk i elektronisk pasientjournal (EPJ) hvilket sykepleiere har et selvstendig ansvar for (Skaug, 2016; NSF's faggruppe for e-helse, 2015). Dokumentasjon er et utgangspunkt for all kommunikasjon mellom helsepersonell, hvilket vil gi grunnlag for diagnostikk og være nødvendig for kontinuitet i behandlingen samt sikre god kvalitet og pasientsikkerhet (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 28; NSF's faggruppe for e-helse, 2015).

2.6 Juridiske og etiske perspektiver

For sykepleier som arbeider på en ortopedisk sengepost vil følgende juridisk og faglig rammeverk være relevant for pasientsikkerhet knyttet til delirium;

Sykepleier er pliktet i henhold til § 4 *”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). Det er legen som skal ta beslutninger i medisinske spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient, sykepleier må derfor samarbeide med legen og annet helsepersonell for at en diagnostisering av delirium skal finne sted (Helsepersonelloven, 1999).

I henhold til Helsepersonelloven (1999) er man som sykepleier også pliktet til å gi nødvendig informasjon til pasienten derfor må pasienten eksempelvis bli informert i forkant av at sykepleier tar i bruk vurderingsverktøy. Sykepleier er også lovpålagt til å nedtegne og registrere opplysninger om pasient i journal som skal synliggjøre sykepleiers vurderinger og handlinger i henhold til dokumentasjonsplikten §39 og §40 (Helsepersonelloven, 1999). Dette kan eksempelvis omfatte vurderingsresultater av pasientens atferd og mentale funksjon.

Yrkesetikken står sterkt i møte med pasienter med delirium. Ethiske dilemma og utfordringer vil kunne være knyttet til pasientens krav på respekt, hensyn til medpasienter samt vurderinger om bruk av tvang. Ivaretagelse av velgjørenhetsprinsippet, som plikter sykepleier å tilstrebe å handle godt for pasienten, og autonomiprinsippet kan være utfordrende for sykepleier i møte med denne pasientgruppen (Sneltvedt, 2012; Stubberud, 2016). I slike situasjoner vil de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere kunne gi retning for gode handlinger og refleksjon (Sneltvedt, 2012). Nedenfor nevnes yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som jeg anser relevante for sykepleiers etiske ansvar i møte med pasienter med delirium.

I henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 2.7 skal sykepleier beskytte pasienten mot krenkende handlinger som ulovlig og unødvendig bruk av tvang (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s.8). Eksempelvis hindre en urolig pasient å bevege seg fritt, der bruk av hele sengehester anses som tvang (Ranhoff, 2014a, s.458)

I henhold til retningslinjenes punkt 2.1 har sykepleier et ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, hvilket er en del av sykepleiers ansvar- og funksjonsområder. I punkt 2.3 står det at sykepleier skal ivareta den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 8). Det vil si at sykepleier ser og

ivaretar hele pasienten ikke bare hva angår det fysiske ved delirium, men også psykiske, sosiale og åndelige behov.

Når sykepleier innhenter opplysninger om pasientens sykehistorie fra pårørende skal sykepleier, jamført med retningslinjene, sørge for samhandling og at opplysninger behandles med fortrolighet. Sykepleier skal også i henhold til punkt 3.1 bidra til at pårørendes rett til informasjon ivaretas, hvilket de vil ha et betydelig behov for når pasienten har et delirium (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 9).

I henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere punkt 1.4 skal ”sykepleier holde seg oppdatert på forskning, utvikling og dokumentert praksis innenfor eget fagområde, og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis” (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s. 7). Sykepleien som utøves skal være kunnskapsbasert ved å bygge på forskning, erfaring- og brukerkunnskap (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

3. Metode

Anvendt metode er en litteraturstudie. I følge Dalland (2017) er metode et redskap for å vise hvordan en kan finne frem til ny kunnskap eller løse et problem. I denne oppgaven innebærer det hvordan jeg kan belyse og om mulig besvare problemstillingen. Jeg har gjennom en litteraturstudie fått innsikt i problemstillingen. Her har jeg brukt relevant fag og forskningsartikler sammenstilt med eksisterende teori.

De fleste forskningsartiklene har en kvantitativ metode, hvilket innebærer å presentere data i form av målbare enheter. To studier har en kvalitativ metode som gir innsikt i erfaringer og opplevelse som ikke lar seg måle. Bruk av både kvantitativ og kvalitativ metode kan bidra til en mer helhetlig belysning av problemstillingen siden metodene tar tak i den på hver sin måte (Dalland, 2017, s. 52).

3.1 Fremgangsmåte og søkehistorikk

Eksisterende teori jeg har anvendt er pensumlitteratur i tillegg til annen relevant sykepleiefaglig litteratur som jeg har funnet på skolens bibliotek. Videre anvendes fagartikler, og forskning samt forskjellige offentlige dokumenter som kan være aktuelle for problemstillingen, herunder lover, retningslinjer og veiledere.

Jeg har brukt databasene SveMed+ og Cinahl i tillegg til Sykepleien forskning for å søke etter relevante fag- og forskningsartikler. I tillegg har jeg brukt Google Scholar for å få fullteksttilgang til enkelte artikler som jeg har funnet i Cinahl og SveMed+. Jeg vurderte artiklene basert på overskriften for deretter å undersøke om de var relevante basert på abstraktet. Ut ifra valgte treff ekskluderte jeg blant annet artikler som omhandlet palliativ fase hjemmesykepleie og barn. Valgt fokus for utvalg har vært eldre pasienter over 65 år innlagt i sykehusavdelinger. Konteksten til artiklene er fra ortopedisk avdeling, medisinske-, kirurgiske-, akutt geriatriske og intensivavdelinger. I Cinahl og SveMed+ har jeg brukt engelske søkeord som jeg har kommet frem til ved hjelp av *Norsk MeSH*. I Cinahl har jeg også anvendt databasens forslag til emneord. Søkene er utført i desember 2017 og i mars 2018. I oppgaven anvender jeg også flere artikler hvor søkehistorikken ikke beskrives.

Jeg startet søkeprosessen med å gjøre et generelt søk i databasen SveMed+ og i Sykepleien forskning etter norske og skandinaviske artikler relevante for mitt tema. Her avgrenset jeg

søket til artikler ikke eldre enn fem år. Med søkeordene nursing AND delirium i SveMed+ fikk jeg 14 treff og fant forskningsartikkelen *"Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd"* og *"Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten"* som jeg anså aktuelle for min problemstilling. I Sykepleien forskning søkte jeg på delirium og fant artikkelen *"Ny screening gir sikrere diagnose"*. Her søkte jeg også på dokumentasjon, kvalitet og sykehus ved et senere tidspunkt og fant artikkelen *"Sjuepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv"*.

Jeg har også søkt opp tittel på artikler som er funnet i andre fag- og forskningsartikler for relevante betraktninger til å belyse oppgavens problemstilling. Artikler som er søkt opp på denne måten er blant annet *"Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people"* og *"Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey"*, disse er søkt opp i databasen Cinahl.

I Cinahl gjorde jeg flere søk hvor jeg avgrenset alle søk til artikler ikke eldre enn 10 år.

Med søkeordene delirium OR acute confusion AND screening tools AND elderly or aged or older or elder or geriatric fikk jeg 54 treff. Her fant jeg artiklene *"Developing a strategy to identify and treat older patients with postoperative delirium"* og *"Recognizing acute delirium as part of your routine (RADAR): a validation study"* relevante for min problemstilling.

Jeg gjorde et nytt søk i Cinahl med søkeordene delirium AND nursing AND education AND identification or detection or screening og avgrenset til aldergruppen 65+ og fikk 21 treff. Her fant jeg artikkelen *"Turning education into action: Impact of a collective social education approach to improve nurses' ability to recognize and accurately assess delirium in hospitalized older patients"*.

Funn fra artiklene sammen med eksisterende teori blir trukket frem i kapittel 5 hvor problemstillingen drøftes. I kapittel 4 vil resultater fra flere nevnte forskningsartikler presenteres i en matrise.

3.2 Kildekritikk

”Kildekritikk betyr å vurdere og karakterisere den litteraturen du har funnet” (Dalland & Trygstad, 2017, s.158). Med utgangspunkt i problemstillingen må jeg her avgjøre hvorvidt litteraturen er egnet og aktuell (Dalland & Trygstad, 2017).

Jeg har valgt forskningsartikler i henhold til at de innehar en IMRaD-struktur som er en vanlig oppbygging av forskningsartikler (Dalland og Trygstad, 2017). Videre har jeg påsett at fag- og forskningsartikler er publisert i anerkjente tidsskrifter og publiseringskanaler. Alle artiklene er publisert i tidsskriftene som er nivå 1 og 2 innenfor vitenskapelig publiseringskanaler hvilket betyr at de godkjente. Artiklene skal av den grunn være fagfelleverderte, noe som gjør de kvalitetssikre (Database for statistikk om høgre utdanning, 2018). Foruten fire studier som er gjennomført i Norge, er resterende fra USA, Canada, Australia og Italia. Dette kan resultere i at de ikke er nødvendigvis overførbare til norsk helsevesen. Eksempelvis er kartleggingsverktøyet RADAR, som er validert i Canada, foreløpig ikke testet i Norge og oversatt til norsk. Derimot så er studien fra Italia om validering av screeningverktøyet 4AT allerede oversatt til norsk, og det er også planlagt en norsk valideringsstudie (Evensen et al., 2016). Flere av forskningsartiklene er på engelsk noe som kan ha ført til mistolkninger og kan føre til at sentrale poeng fra studien ikke er tatt med.

”*Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten*” er fra en intensivavdeling, men jeg mener den har flere relevante betraktninger for oppgavens diskusjonsdel. Vurderingsverktøyet CAM-ICU som brukes i denne studien, har for øvrig flere likheter med CAM som jeg vektlegger i både teori og diskusjon, særlig gjelder dette ved systematikken. Det finnes forøvrig mange verktøy sykepleiere kan bruke i identifisering av delirium, jeg har i min oppgave ikke tatt med alle grunnet omfanget av oppgaven. Derfor kan det være gode verktøy som finnes, men som ikke drøftes i denne oppgaven.

Jeg har valgt pensumlitteratur og annen litteratur med utgangspunkt i at de har relevans for oppgavens problemstilling og innehar et sykepleiefokus. Fokus har også være på publikasjon av nyere data da de fleste artiklene har relevans fra de siste seks årene. Pensumlitteraturen er anbefalt av lærestedet og anser derfor denne som kvalitetssikker. I følge Dalland og Trygstad (2017) skal anvendt litteratur fra skolens bibliotek også være kvalitetssikker. I tillegg til

anvendelse av primærlitteratur, anvendes sekundærkilder fra pensumlitteratur og faglitteratur, hvor jeg har påsett å referere riktig. Sekundærlitteratur er oversatt og kan derfor være tolket av noen andre som kan føre til at perspektiv endres (Dalland og Trygstad, 2017, s.162).

Jeg har brukt begreper fra Florence Nightingales teori om observasjon basert på hennes ”notater om sykepleie” gjengitt i sekundærlitteratur. Hennes teori som imidlertid er fra siste halvdel av 1800-tallet er preget av meninger fra den tids samfunn. Jeg velger likevel å anse deler av hennes teori som fortsatt relevante og aktuelle i dag, både for teori og praksis, især hva gjelder sykepleiers ansvar for å observere. Nightingale omtales fortsatt og refereres til både i pensumlitteraturen og i annen faglitteratur.

I drøftingsdelen av oppgaven vil jeg trekke frem egne erfaringer fra praksis. I følge Dalland og Trygstad (2017) er det verdifullt for oppgaven at praksiserfaring trekkes inn i drøftingen. Likevel kan det hende jeg har feil inntrykk av en opplevd hendelse. Mine erfaringer kan også påvirke søkestrategien og måten jeg har utført søk på, hvilket kan påvirke drøftingen. Egne erfaringer kan også skygge over funn fra forskning eller måten diskusjonen blir lagt opp på. Erfaringer vil anonymiseres slik at hverken personer og sted kan gjenkjennes.

4. Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapitlet presenteres en artikkelmatrise. Matrisen, som inneholder en kort presentasjon av forskningsartikler, benyttes for å belyse og besvare problemstillingen i kapittel 5.

Nr	Forfatter og Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Funn
1	Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D. H., Mazzola, P., Turco, R., Gentile, S., & ... MacLulich, A. M. (2014) Age and Ageing	“Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people”	Hensikten med denne studien var å validere 4 A's Test (4AT) i screeningen av delirium hos eldre pasienter. 4AT er et nytt verktøy for rask screening av delirium i klinisk praksis.	Kvantitativ metode: Observasjonsstudie over 4 måneder av 234 eldre pasienter over 70 år innlagt i italienske sykehus.	4AT har en sensitiv og spesifikk metode for screening av delirium hos eldre pasienter innlagt i sykehus. Verktøyet er enkelt og praktisk å bruke. Anvendes på mindre enn 2 minutter.
2	Tove Karin Vassbø og Grete Eilertsen (2014) Nordisk Sygepleie-forskning	“Faser under sykehusopphold et – sykepleieres erfaringer blant gamle med brudd”	Undersøke sykepleieres erfaringer med identifisering, forebygging og behandling av delirium blant gamle som innlegges for ortopedisk kirurgi i ulike faser i et sykehusopphold	Kvalitativ metode: Data fra fokusgruppeintervjuer bestående av 15 sykepleiere fra to ulike ortopediske avdelinger i Norge ble reanalysert.	Sykepleierne opplevde ulike utfordringer i pasientens behandlingsforløp. Der begrenset oppmerksomhet og mangelfulle rutiner var gjennomgående i ulike faser. Sykepleierne ønsket konkrete rutiner og fremgangsmåter for å identifisere delirium.

Nr	Forfatter og Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Funn
3	Britt Sjøbø, Birgitte Graverholt og Gro Jamtvedt (2012) Tidsskriftet Sykepleien	”Kunnskapsbase rt vurdering av delirium hos intensivpasienten”	Kartlegge hvordan sykepleiere dokumenterte observasjoner av kognitive status, vurdere om praksis var i tråd med anbefalinger og iverksette ev. tiltak for å forbedre praksis	Kvantitativ metode Klinisk audit av sykepleiedokumentasjonen til 47 intensivpasienter over 3 måneder om bruk av verktøyet CAM-ICU. Sykepleierne fikk så undervisning i verktøyet for deretter måle i hvilken grad det ble utført.	Sykepleierapporter viste usystematisk og utilstrekkelig tilnærming til delirium. Få tall notater inneholdt en komplett vurdering i tråd med anbefalingene. Etter endringstiltak økte komplett vurdering til 27,5 prosent. Delirium ble identifisert hos flere pasienter etter iverksetting av tiltak
4	Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., & ... Carmichael, P. (2015) BMC Nursing	”Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: a validation study”	Evaluere gyldighet og pålitelighet av screeningverktøyet RADAR anvendt på eldre pasienter over 65 år. I tillegg til å måle akseptgraden blant sykepleiere i to forskjellige kliniske settinger.	Kvantitativ metode	RADAR har en sensitivitet på 73% og en spesifitet på 67% sammenlignet med DSM-IV diagnosekriterier for delirium. Sykepleiere brukte i gjennomsnitt ca syv sekunder på å gjennomføre verktøyet. Som i sin helhet ble godt mottatt av sykepleiere (98%).

Nr	Forfatter og Tidsskrift	Tittel	Hensikt	Metode	Funn
5	Paula Brooks, Jeffery J. Spillane, Karen Dick, og Eileen Stuart-Shor (2014) AORN Journal	“Developing a Strategy to Identify and Treat Older Patients With Postoperative Delirium”	Kvalitetsforbedringsprosjektet med hensikt å vurdere effektiviteten av en flerkomponentstrategi for å identifisere og behandle kirurgiske pasienter over 65 år som hadde risiko for og utviklet postoperativt delirium.	Kvantitativ metode	Implementering av vurderingsverktøy CAM og CAM-ICU økte identifisering av postoperativt delirium hos eldre kirurgiske pasienter. Prevalensen økte fra 8% året før til 13%. Bruk av verktøyene bidro til å forenkle en tidlig identifisering. Bruk av verktøyet Mini-Cog preoperativt for identifisere risikopasienter ble ikke gjennomført i forventet grad.
6	Anne-Grethe Naustdal og Grete Netteland (2012) Tidsskriftet Sykepleien	“Sykepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv”	Undersøke hvordan sykepleieres dokumentasjonspraksis i sykehus og kommunal pleie- og omsorgstjeneste utfordrer elektronisk samhandling	Kvalitativ metode Datainnsamling gjennom individuelle semistrukturerte intervju med 14 sykepleiere i sykehus, sykehjem og hjemmesykepleie.	Sykepleiere dokumenterer oftest kronologisk basert på fritekst, uten form for struktur. Fasene i sykepleieprosessen var lite anvendt som mal for dokumentasjonen.
7	Catherine Travers, Amanda Henderson, Fred Graham og Elisabeth Beattie (2018) Nurse Education Today	“Turning education into action: Impact of a collective social education approach to improve nurses' ability to recognize and accurately assess delirium in hospitalized older patients”	Undersøke og rapportere effekten av et undervisningstiltak som skulle bedre sykepleieres kunnskap om delirium.	Kvantitativ metode 34 erfarne sykepleiere fra 4 medisinske og 2 kirurgiske avdelinger ble utdannet CogChamps som skulle lære opp andre sykepleiere til å nøyaktig identifisere delirium ved bruk av CAM.	Hver avdeling innførte handlingsplanen i varierende grad. Implementering av prosjektet viste en vesentlig forbedring av deliriumsscreening der avdelingene samlet inn data før og etter prosjektet.

8	<p>Anne Dalheim Stig Hartug Roy M Nilsen Og Monica W Nortvedt (2012)</p> <p>BMC Health Services Research</p>	<p>“Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey”</p>	<p>Undersøke faktorer som påvirker implementeringen av kunnskapsbasert praksis blant sykepleiere i et større norsk universitetssykehus.</p>	<p>Kvantitativ metode</p>	<p>Sykepleiere brukte som regel erfaringer fra deres egne observasjoner samt kollegaer i stedet for forskningsbasert kunnskap. Største barriere var mangel på tid og manglende ferdigheter i hvordan finne forskning.</p>
---	--	--	---	---------------------------	---

5. Diskusjon

I dette kapitlet besvares problemstillingen i lys av presentert teori og forskning. Det sykepleiefaglige rammeverket vil også ha et naturlig fokus. Problemstillingen lyder som følger: ”Hvordan kan sykepleier tidlig identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på ortopedisk sengepost?”

5.1 Sykepleiers kunnskapsgrunnlag ved identifisering

Sykepleier har som nevnt en assisterende funksjon for legen hva angår diagnostisering og behandling når pasienten er innlagt på ortopedisk sengepost (Nortvedt og Grønseth, 2016). Siden delirium kan være det eneste symptomet på akutt sykdom, er det viktig at sykepleier varsler lege omkring observasjoner og vurderinger slik at diagnosen blir stilt (Wyller, 2015). Ved at diagnosen blir stilt vil det kunne bidra til å redusere omfanget av delirium i tillegg til at pasienten får de rette forebyggende og behandlende tiltak iverksatt (Evensen et al., 2016; Stubberud, 2016, s.434). Forebygging av tilstandens omfang og komplikasjoner vil som nevnt være sentralt i sykepleiers sekundærforebyggende funksjon (Nortvedt og Grønseth, 2016). Vassbø og Eilertsen (2014) viser i sin studie til viktigheten av kunnskap hos sykepleiere på ortopedisk avdeling for å kunne identifisere delirium hos eldre pasienter med brudd. Dette bekreftes av Wyller (2015, s.309) som påpeker at det blant annet er mangel på kunnskap og oppmerksomhet om symptomer hos helsepersonell som fører til at delirium ikke blir diagnostisert. Dette vil være i tråd med Helsepersonelloven (1999) paragraf der det fastsettes at et solid kunnskapsgrunnlag er en forutsetning for å gjøre gode nok vurderinger til at behandlingen blir faglig forsvarlig. Imidlertid ses utfordringer ved sykepleiers ansvarsområde når det gjelder identifisering av delirium. Særlig gjelder dette pasienter med hypoaktivt delirium da denne formen ofte blir oversett eller forvekslet med depresjon eller demens (Evensen et al., 2016; Wyller, 2015 s.309). Dette bekrefter funnene i studien til Vassbø og Eilertsen (2014) der kliniske tegn ved hypoaktivt delirium vanligvis ikke ble forstått som delirium. Dette understøtter mine erfaringer i praksisperioden på ortopedisk avdeling, hvor tilfeller der pasienter sov mye på dagtid og virket apatiske kan ha vært deliriumstilfeller av den ”stille” hypoaktive varianten. Juliebø og Wyller (2010) hevder dette kan være fordi mange assosierer delirium med hyperaktive symptomer, eksempelvis at pasienten river ut

medisinsk utstyr og er utagerende. Skaug (2016) sier for øvrig at en sykepleier med mye erfaring, eksempelvis med ortopediske pasienter, vil handle raskere og mer intuitivt enn en nyutdannet sykepleier. En uerfaren sykepleier vil antakelig vurdere delirium hos pasienten trinn for trinn og basere seg mer på teoretisk kunnskap (Skaug, 2016, s.339).

For at sykepleier skal kunne tidlig identifisere delirium innebærer det å gjenkjenne og ha kunnskaper om atferdsendringer og symptomer. Dette ses i direkte sammenheng med Nightingale som hevder at sykepleier må ha kunnskaper om spesifikke sykdomstilstander slik at symptomer som observeres forstås i sammenheng med tilstanden (Karoliussen, 2011). Eksempelvis å gjenkjenne apati og somnolens på dagtid som tegn på hypoaktivt delirium og ikke som depresjon eller demens (Engedal, 2012). Dette bekreftes av Ranhoff (2014a, s.454) som påpeker viktigheten av sykepleiers evne til å skille delirium fra andre symptomliknende tilstander da behandling og prognoser er forskjellig. Sykepleier må også ha kunnskaper om tilstandens predisponerende faktorer og utløsende faktorer. Wyller (2015) hevder det vil føre til at pasienter som i utgangspunktet har høy risiko for delirium identifiseres og at sykepleiere blir ekstra årvåkne overfor denne høyrisikogruppen (Wyller, 2015 s.312). Sykepleier må av denne grunn være ekstra på vakt ovenfor eldre som får en lang og omfattende operasjon der smerter oppstår i etterkant da dette gjør dem svært utsatt (Neerland et al., 2013). Særlig bør det være ekstra påpasselighet for eldre hoftebruddspasienter med lav BMI (under 20) da funn i studien til Juliebø et al. (2009) viser til høy risiko for postoperativt delirium blant disse. Siden kunnskap gir grunnlag for observasjon og vurderinger, og observasjon er essensielt ved identifisering av delirium, vil økt kunnskap om tilstanden bidra til at sykepleier ivaretar sin sekundærførebyggende funksjon. I følge Stubberud (2016) må sykepleiers kunnskaper også rettes mot å ha evne til å vurdere og kommunisere med pasienten og pårørende, noe det vises betydningen av i neste kapittel.

5.2 Systematisk observasjon og bruk av vurderings- og screeningverktøy

For at sykepleier skal kunne identifisere delirium hos den eldre må en datasamling ligge til grunn (Ranhoff, 2014a). Når pasienten kommer fra et opphold på postoperativ avdeling etter operativt inngrep, er sykepleier den første pasienten møter på sengeposten. I følge Berntzen et al. (2016) må sykepleier umiddelbart utføre postoperative observasjoner og vurderinger av

pasienten. Herunder vurderer pasientens respirasjon, sirkulasjon og bevissthet. Dette innebærer at sykepleier kartlegger pasientens tilstand ved å systematisk samle inn objektive data fra observasjoner og målinger, i tillegg til subjektive data som pasienten kommuniserer verbalt og via atferd (Nortvedt og Grønseth, 2016). Dette bekreftes av Ranhoff (2014a) der sykepleier i tillegg til sine observasjoner og vurdering av pasientens sykehistorie også må undersøke pasienten klinisk som ledd i identifiseringen. På en ortopedisk avdeling vil det være sykepleiere og annet pleiepersonale som utfører disse observasjonene og vurderer pasientens mentale og kognitive funksjon (Ranhoff, 2014a, s.456). Sykepleier bør undersøke hva pasienten har fått av legemidler ved å se i medisinalister eller anestesijournal da særlig narkosemidler og oppstart av eksempelvis opioater kan utløse forvirring (Ranhoff, 2014a). Dette vil både sikre en årvåkenhet for utvikling og samtidig styrke sykepleiers vurdering av tilstanden. Siden delirium kan hyppig endres og komme og gå, må sykepleiere observere pasienten gjennom døgnet (Ranhoff, 2014a, s.455).

Når sykepleier skal systematisk vurdere og kartlegge tilstanden, vil sykepleier møte pasienter som kan være utagerende og med manglende evne til å følge instruksjoner. Sykepleiers reaksjoner og følelser kan her påvirkes negativt. Sykepleier må derfor være bevisst egne følelser (Eide og Eide, 2007). Dette kan ses i sammenheng med Stubberud (2016) som påpeker at sykepleiere må inneha gode holdninger for å kunne utøve sykepleie til pasienter med delirium. Imidlertid kan pasienter i etterkant av opplevd delirium føle skam og vegre seg for å fortelle om hendelsen da enkelte er bevisst personalets frustrasjon over oppførselen deres (Dupps og Wikblad, O'Malley mfl., referert i Stubberud, 2016, s.433). Til tross for utagerende oppførsel skal sykepleier i henhold til yrkesetiske retningslinjer og Helsepersonelloven (1999) ivareta den eldre krav på respekt og omsorg (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

I følge Berg et al. (2016) kan overseelse av delirium skyldes tiltro til egne vurderinger og erfaringer uten bruk av relevante vurderingsverktøy. Dette kan ses i sammenheng med funn i studien til Vassbø og Eilertsen (2014), der sykepleiere i ortopediske avdelinger opplever manglende rutiner for systematisk identifisering og rapportering av delirium. Dette underbygger hva jeg opplevde i praksis. Funnene vil være i kontrast med Wyller (2015) som derimot påpeker at verktøy som CAM anvendes mye i ortopediske og kirurgiske avdelinger.

Som nevnt i det teoretiske rammeverket, finnes det vurderingsverktøy som det anbefales sykepleiere å bruke for å sikre en systematisk og mer presis tilnærming av delirium hos eldre pasienter (Stubberud, 2016). Dette bekreftes i studien til Brooks et al. (2014), der identifiseringen av postoperativt delirium hos eldre kirurgiske pasienter økte etter implementering av standardiserte vurderingsverktøy som CAM. Implementering bidro til å forenkle en tidlig identifisering Brooks et al. (2014). Dette viser også funnene i til Sjøbø, Graverholt og Jamtvedt (2012) der det kommer frem at flere pasienter ble systematisk vurdert og diagnostisert med delirium i intensivavdelinger etter undervisning og implementering av vurderingsverktøyet CAM-ICU. På ortopedisk sengepost er det sykepleier som er ansvarlig for utførelsen av CAM (Ranhoff, 2014a, .456). Sykepleier bør i følge Juliebø og Wyller (2010) vurdere den eldre som er innlagt i sykehus minst en gang om dagen for delirium. Både Ranhoff (2014a) og Stubberud (2016) anbefaler imidlertid sykepleiere å bruke CAM på hver vakt siden eldre har høy risiko for å utvikle delirium.

Bruk av vurderingsverktøy må derimot ikke ta for stor oppmerksomhet hos sykepleier da det kan føre til at sykepleier ikke ser pasienten. Dersom sykepleier går inn med vurderingsskjema hyppig til pasienten kan det tenkes at pasienten føler seg som et objekt eller opplever redusert autonomi (Stubberud, 2016). Sykepleier må derfor samtidig sette seg inn i pasientens tilstand og prøve å forstå hvordan den eldre opplever sin situasjon (Nortvedt og Grønseth, 2016). Dette belyses av Ranhoff (2014a) som viser til at mange pasienter opplever delirium som en svært belastende tilstand preget av angst og behov for flukt. For øvrig oppleves like mye stress og ubehag pasienter med hypoaktivt delirium som hos de med hyperaktivt delirium (Breitbart mfl., referert i Ranhoff, 2014a). Dette viser viktigheten av at sykepleier ved siden av å utføre observasjoner og vurderinger, også ivaretar pasientens behov for trygghet (Ranhoff, 2014a). Dette vil være i tråd med yrkesetiske retningslinjer som sier at sykepleier må ivareta hele pasienten som person og ikke bare det fysiske (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Det vises imidlertid at en annen årsak til å ikke gjennomføre bruk av screeningverktøy i identifisering av delirium er at helsepersonell ofte verger seg for å utføre kognitive screeningstester fordi disse testene oppfattes som ukomfortable for pasienten og dens pårørende. Sykepleiere ønsker ikke å plassere pasienten i en ukomfortabel situasjon, spesielt ikke før pasienten skal til operasjon (Brooks et al., 2014). Dette kan ses i sammenheng med

Stubberud (2016) som påpeker at det kan være utfordrende for sykepleier å ivareta velgjøringsprinsippet i møte med pasienter med delirium.

Evensen et al. (2016) hevder at verktøyet 4AT er et stort fremskritt når det gjelder diagnostisering av delirium. Nettopp fordi det ikke krever noen spesifikk opplæring og at enhver endring i oppmerksomhet vil vekke mistanke. Siden 4AT tar mindre enn to minutter å gjennomføre (Berg et al., 2016) kan det derimot tenkes at det vil ta mindre tid og derfor være gjennomførbart i en travel hverdag på ortopedisk sengepost. Bellelli et al. (2014) påpeker at 4AT innbefatter generell kognitiv screening slik at separate verktøy for delirium og andre årsaker til kognitiv svikt ikke anses nødvendig. Berg et al. (2016) som har oversatt verktøyet til norsk, hevder derimot at 4AT ikke alene er et diagnostisk verktøy på linje med CAM, men at det vil fungere som en beslutningsstøtte og gi en rask førstegangsvurdering av delirium. 4AT vil derfor være verdifullt når sykepleier skal tidlig identifisere delirium hos den eldre. Særlig da verktøyet er raskt å anvende samtidig som at det skal fange opp pasienter med delirium av den hypoaktive varianten som kan være vanskelig å identifisere (Berg et al., 2016).

Siden vurderingsverktøyet 4AT innebærer at sykepleier stiller pasienten spørsmål og ber pasienten nevne rekkefølgen av årets måneder baklengs (Berg et al., 2016), kan det oppleves belastende og stressende for pasienten som er i en sårbar situasjon. Sykepleier må derfor være påpasselig under utførelsen siden den eldre kan være redd for hva informasjonen skal brukes til eller ikke har krefter til å svare. Ved å informere med ro og vennlighet kan sykepleier sørge for at pasienten føler seg trygg og ivaretatt (Kirkevold, 2014; Nortvedt og Grønseth, 2016). Dette vil være i tråd med yrkesetiske retningslinjer der sykepleier skal bevare pasientens integritet og beskytte pasienten mot krenkende handlinger (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Dette bekrefter Stubberud (2016) som poengterer at sykepleieres bruk av vurderingsskjemaene hos pasienter med delirium må utføres varsomt og med omtanke for pasienten som person.

Wyller (2015) påpeker imidlertid at grunnen til at delirium ofte ikke diagnostiseres, kan være fordi helsepersonell ikke innhenter opplysninger som gjør det mulig å finne ut at den kognitive tilstanden er akutt forverret. Dette bekreftes i studien til Vassbø og Eilertsen (2014), der sykepleiere hadde lite kunnskap om hvordan pasientenes tilstand var før innleggelsen i ortopedisk avdeling, hvilket jeg også har erfart i praksis. Sykepleiere i samme studie opplevde

at det ikke er etablerte rutiner for innhenting av informasjon om pasienten, eksempelvis ved å kontakte pårørende (Vassbø og Eilertsen, 2014).

Sykepleiers vurdering av pasientens sykehistorie er av betydning for identifiseringen og-vil sikre kontinuitet i pasientens behandlingsforløp på ortopedisk avdeling (Skaug, 2016). Delspørsmål i både CAM og 4AT, vil kreve at sykepleier innhenter opplysninger fra pårørende, pleiepersonell eller pasientens journal da delirium gir pasienten en mental svikt (Evensen et al.,2016; Ranhoff, 2014a). Dette er av betydning for at sykepleier skal skille delirium fra demens eller depresjon. Da nettopp endringer i pasientens mentale funksjon sammenlignet med hvordan pasienten er til vanlig og om denne endringen har en akutt debut eller et svingende forløp, må være til stede for å kunne påvise delirium (Evensen et al., 2016; Ranhoff, 2014a). I følge Wyller (2015) bør enhver endring i kognitiv funksjon oppfattes som mulig delirium. Sykepleier kan spørre pårørende eller en som kjenner pasienten godt, eksempelvis hjemmesykepleier, om de synes pasienten er mer forvirret nå enn det han eller hun pleier å være. Svares det ”ja” på dette bør man i følge Wyller (2015) oppfatte det som tegn på delirium. Det er rimelig å anta at dersom sykepleier er hos samme pasient flere dager på rad så vil det være lettere å identifisere endringer i kognitiv funksjon.

I studien til Vassbø og Eilertsen (2015) påpekte sykepleiere at de hadde mindre informasjon om pasienter som var innlagt fra eget hjem enn fra institusjon (Vassbø og Eilertsen, 2014). Dette viser at opplysninger fra pårørende er verdifulle da de kan være de første som oppdager forandringer i pasientens atferd og kan derfor gi sykepleier svar om tilstanden har endret seg raskt eller gradvis (Neerland et al., 2013). I følge Stubberud (2016) må imidlertid sykepleier ivareta pårørende som kan oppleve pasientens tilstand som veldig belastende. Sykepleier må gi de støtte og informasjon slik at de forstår pasientens atferd (Stubberud, 2016). Dette vil være i tråd med etiske retningslinjer der sykepleier skal ivareta pårørendes rett til informasjon i tillegg til å sørge for samhandling og at sykepleier behandler deres opplysninger med fortrolighet (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Voyer et al. (2015) hevder imidlertid at det ikke er nødvendig at sykepleiere innhenter komparentopplysninger om pasientens normale mentale funksjon eller kjenner pasientens sykehistorie med screeningverktøyet RADAR, Recognizing Acute Delirium As part of your Routine. Derimot er det rimelig å anta at om sykepleier innhenter data om pasientens grunnleggende kognitive funksjon, vil dette gjøre sykepleier sikrere i identifiseringen og i

sine vurderinger. Sykepleier bør derfor tilstrebe en datasamling om pasientens grunnleggende kognitive funksjon. En positiv RADAR-screening skal imidlertid følges opp med en full CAM-screening hvilket innebærer å kjenne til pasientens normale kognitive funksjon (Voyer et al., 2015). På den andre siden vil RADAR være behjelpelig med å tidlig identifisere delirium hos pasienten før en påfølgende screening med CAM iverksettes.

5.3 Betydningen av dokumentasjon og rapportering

Det som også er av betydning ved identifisering av delirium er skriftlig kommunikasjon ved hjelp av dokumentasjon. Dokumentasjon som sykepleier er faglig og juridisk ansvarlig for, vil bidra til identifisering av endringer og gi grunnlag for diagnostisering av delirium (Helsepersonelloven, 1999; Nortvedt og Grønseth, 2016). Betydningen av dette ses særlig der pasienter svinger mellom delirium av hypoaktiv og hyperaktiv form som kan gjøre identifisering utfordrende (Engedal, 2012). Dette bekrefter viktigheten av at sykepleier dokumenterer pasientens symptomer og atferdsendringer i tillegg til skåringsresultater fra screeningverktøy som CAM og 4AT, slik at tidlige endringer fanges tidlig opp. Dersom viktige opplysninger om pasientens mentale funksjon ikke skrives ned, vil de heller ikke følges opp, hvilket vil kunne hindre en effektiv diagnostisering og vil true pasientens sikkerhet (Skaug, 2016).

Sykepleiers mulighet til å vurdere endringer i pasientens tilstand i det postoperative forløpet, er avhengig av hvorvidt disse er journalført preoperativt. Preoperativt er det rimelig å anta at sykepleier i større grad har behov for å støtte seg på opplysninger fra pårørende, mens man postoperativt i større grad kan supplere disse med interne journalførte opplysninger. Med gode innkomstrapporter vil sykepleier kunne vurdere hvordan pasienten var ved innkomst, eksempelvis om vedkommende da var klar og orientert.

I følge Wyller (2015) bør pasienter på ortopedisk avdeling hver dag vurderes for endringer i mental funksjon fra foregående dag. Dette innebærer at sykepleier må dokumentere eventuelle endringer i pasientens journal slik at neste sykepleier som kommer på vakt skal vite når og om pasienten har skiftet atferd. Dette bekrefter Ranhoff (2014a, s.455) som sier at det viktigste ved å identifisere delirium er å finne endring i pasientens mentale funksjon. Funn i Studien til

Naustdal og Netteland (2012) viser imidlertid at sykepleiere i liten grad bruker faser i sykepleieprossessen som mal for dokumentasjonen, men heller skriver fortløpende kronologisk rapport om hver pasient. I samme studie kom det frem at sykepleiere mente dette skyldtes for liten tid. Sykepleiere som derimot hadde skrevet sykepleieplaner mente sykepleiekollegaer ikke leste og fulgte opp planene derfor mistet de motivasjonen til å fortsette med å systematisere dokumentasjonen på denne måten (Naustdal og Netteland, 2012). Dette understøtter viktigheten av at sykepleier sørger for god systematisk dokumentasjon og at den tas i bruk. Her vil nok også avdelingsleder ha et ansvar for å sikre at gode holdninger etableres.

Anvendelse av vurderingsverktøy vil kunne føre til en mer presis sykepleiedokumentasjon og kommunikasjon mellom sykepleier og lege (Kirkevold, 2014, s. 125). Sykepleier må varsle legen når bruk av vurderingsverktøy peker på delirium, slik at legen kan ta stilling til en eventuell diagnose (Berg et al., 2016). Dette kan ses i direkte sammenheng med det Nightingale påpekte, nemlig at sykepleier skal gi legen presise rapporter om forandringer i pasientens tilstand (Kristoffersen, 2016a). Siden sykepleier ser pasienten langt mer enn legen. Vil legen derfor være avhengig av at sykepleier rapporterer observasjoner for å kunne diagnostisere delirium (Ranhoff, 2014a, s. 456). På en ortopedisk sengepost har sykepleier ansvaret for pasienten fra innkomst til utskrivelse (Kristoffersen, 2016, s.218). Derfor må sykepleier her innhente kompetanse og samarbeide med legen som er ansvarlig for selve diagnostiseringen av delirium og den eldres medisinske tilstand forøvrig. Dette vil være i tråd med Helsepersonellovens (1999) krav til forsvarlighet, som fastslår at sykepleier skal arbeide ut ifra sine kvalifikasjoner. Det bekrefter viktigheten av at i tillegg til at sykepleier utfører egne observasjoner, også tolker observasjoner fra pårørende og annet pleiepersonale som sykepleier samarbeider tett med, og bringer disse videre til legen (Kristoffersen, 2016b; Ranhoff, 2014a). For at sykepleier skal sikre en mer effektiv muntlig kommunikasjon med lege omkring observasjoner og vurderinger anbefales det imidlertid sykepleier å anvende kommunikasjonsmetoden ISBAR (Kirkevold, 2014, s.135). ISBAR som har til hensikt å forebygge misforståelse mellom sykepleier og lege, bidrar til raskere iverksettelse av tiltak og kortere sykehusinnleggelse (Pasientsikkerhetsprogrammet, 2017, s.9)

5.4 Sykepleiers fagutvikling og implementering av rutiner i praksis

Det er rimelig å anta at rutiner på en ortopedisk avdeling og bruk av vurderingsverktøy kan variere fra sted til sted. Wyller (2015) påpeker imidlertid at det på ortopediske avdelinger bør være rutiner for vurdering av symptomer siden forekomsten av delirium ofte er høy på disse avdelingene. Dette bekrefter Ranhoff (2014a) viktigheten av som hevder at personalet hele tiden har CAM i bevisstheten og at observasjonene faller naturlig i avdelinger der verktøyet er innarbeidet rutine (s.456). Sykepleiere i studien til Vassbø og Eilertsen (2014) savnet derimot kliniske metoder og rutiner for å kunne identifisere delirium.

I følge Ranhoff (2014a) kan alt pleiepersonale etter enkel opplæring bruke vurderingsverktøyet CAM. Wyller (2015) sier derimot at opplæringen må være omhyggelig skal CAM kunne ilegges betydning. Dette bekreftes av Neerland et al. (2013) som også poengterer at en gyldig CAM scoring er betinget at både god opplæring og god kunnskap om pasienten. Disse funnene vil med andre ord være i tråd med Brooks et al. (2014), som sier at sykepleiere må få opplæring ikke bare i hvordan man skårer pasienten, men også hvordan resultatet skal tolkes og at rutiner må utvikles slik at kunnskapsbaserte vurderingsverktøy kan brukes i daglig praksis. Til tross for at forfatterne sier at screeningverktøyet 4AT ikke krever spesiell opplæring (Bellelli et al., 2014; Evensen et al., 2016), vil det derimot kunne kreve en faglig ledelse som legger opp til undervisning og implementering da dette er et nytt verktøy i Norge (Berg et al., 2016).

I henhold til Rammeplan for sykepleierutdanning, må man som sykepleier være innstilt på en kontinuerlig forandring da man befinner seg i en yrkespraksis som hele tiden endrer seg. Derfor må læring ses i et livslangt perspektiv der både sykepleier og arbeidsgiver har ansvar (Kunnskapsdepartementet, 2008). Vassbø og Eilertsen (2014) sier i sin studie at det imidlertid var uklart hvem som har ansvaret for å få frem endringer i praksis selv om faglig forsvarlighet er sykepleieres personlige ansvar jfm Helsepersonelloven (1999).

På den ene siden har sykepleiere ansvar for både sin egen kunnskapsutvikling og fagets (Holter, 2015, s.114). Evne til utvikling av klinisk observasjon, hvilket er essensielt ved identifisering av delirium, vil være avhengig av sykepleiers refleksjon over egen

yrkesutøvelse i tillegg til teoretiske kunnskaper om tilstanden (Kristoffersen, 2016a, s.156). Dette innebærer at sykepleier holder seg faglig oppdatert og vedlikeholder kunnskap om delirium. Dette er i tråd med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som sier at all sykepleie skal være kunnskapsbasert. Dette understrekes i punkt 1.1 som sier at ”sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap” (Norsk Sykepleierforbund, 2011, s.7). Dette er i kontrast med Sjøbø et al. (2012) som konkluderer at deres studie avdekket en sykepleiepraksis som ikke var i tråd med kunnskapsbaserte anbefalinger. Noe som kan ses i sammenheng med Dalheim, Hartug, Nilsen og Nortvedt (2012), der sykepleiere oppga forskningsartikler blant de siste kildene til informasjon som støtte i klinisk praksis. Imidlertid ses avdelingens rutiner og kultur vil påvirke sykepleiers vurderinger, eksempelvis om det er kultur for å innhente og anvende ny og forskningsbasert kunnskap (Tanner, referert i Skaug, 2016, s.339).

På den andre siden vil ledelsen ha ansvar for å legge forholdene til rette. I henhold til Spesialisthelsetjenesteloven (1999) § 3-4a er virksomheten ansvarlig for kunnskapsheving hos sine ansatte. I forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, som er hjemlet i Spesialisthelsetjenesteloven (1999), vil det være avdelingens ledelse som skal legge til rette for kvalitetsforbedring ved eksempelvis å iverksette systematiske rutiner for bruk av screeningverktøy. Dette fordi en slik endring ikke kan innføres uten at avdelingens ledelse sørger for nødvendig opplæring og fastsetter tilhørende rutiner (Alnes mfl., Jensen, referert i Kirkevold, 2016). Dette kan ses i sammenheng med Brooks et al. (2014) sin studie der sykepleiere skulle benytte ulike verktøy for å identifisere eldre pasienter med delirium. Her konkluderer forfatterne med at implementering av nye prosedyrer krever langsiktige strategier for å legge til rette for et miljø som støtter forandring. Dette bekreftes i studien til Travers, Henderson, Graham og Beattie (2018), der forfatterne konkluderer med at det er viktig at forholdene legges til rette for at CAM kan implementeres i praksis.

Tavers et al. (2018) viser til at vurderings- og screeningverktøyet bare har en verdi hvis det faktisk blir anvendt. Løsningen ligger altså ikke bare i å tilby og anbefale sykepleiere å bruke verktøy, som eksempelvis CAM og 4AT, men at avdelingen også planlegger hvordan verktøyet rent faktisk kan implementeres. I forskningsprosjektet til Travers et al. (2018) fikk erfarne sykepleiere, såkalte CogChamps, grundig opplæring i delirium og demens. De fikk så ansvar for å undervise og evaluere andre sykepleiere i å nøyaktig identifisere delirium på sin avdeling ved å bruke CAM. Resultatet ble en vesentlig forbedring i deliriumscreening. Denne

læringsprosessen ble implementert over 5 måneder. Funnene kan ses i sammenheng med studien til Dalheim et al. (2012), der sykepleiere oppga mangel på tid som barriere ved å anvende forskningsbasert kunnskap i praksis. Det er rimelig å anta at det å få til en kunnskapsheving og implementering av rutiner i en travel sykepleiehverdag, og innenfor de rammene man har på en ortopedisk avdeling, vil kunne være utfordrende. Vassbø og Eilertsen (2014) viser derimot til en studie utført av Meako et al., der det var lite innsats som skulle til, kun en time undervisning, for å øke kunnskapsnivået om delirium i ortopedisk sykepleiepraksis. Dette samsvarer med funnene til Sjøbø et al. (2012), som beviser at enkle endringstiltak som undervisning i CAM-ICU, førte til flere systematiske vurderinger av pasientene samt at delirium ble identifisert hos flere pasienter. Kirkevold (2016, s.293) på sin side peker på at sykepleiere bør ta utgangspunkt i gjentagende kliniske utfordringer de ser i avdelingen for å finne muligheter til kvalitetsutvikling. Dette forutsetter imidlertid reflekterte og engasjerte medarbeidere som evner å reflektere over egne erfaringer. Et slikt tankesett er nyttig, da en ser kvalitetsutvikling i relasjon til praksis.

Den faglige kunnskapen om delirium er essensiell og det er viktig at sykepleier deler denne kunnskapen med pleiepersonell og sykepleierstudenter, for å øke kunnskapen om tilstanden. Herunder konsekvenser delirium har for pasienten, variasjoner i symptomer, risikofaktorer og utløsende årsaker. Undervisning og veiledning av pleiepersonell og sykepleiestudenter vil bidra til at sykepleier ivaretar sin fagutviklende funksjon (Nortvedt og Grønseth, 2016). Dette understrekes i de yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere som viser til denne funksjonen og et ansvar for å lære opp andre og bidra til at ny kunnskap anvendes i praksis (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Det er rimelig å anta at økt kunnskap vil skape mer fokus på delirium som igjen vil føre til tidligere og økt identifisering.

6. Oppsummering

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan sykepleier kan tidlig identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt i ortopedisk sengepost, samt redegjort for hvorfor sykepleier har en essensiell rolle i identifiseringen. Systematiske observasjoner og vurderinger er sentralt for å tydeliggjøre endringer i pasientens tilstand. Jeg viser til at sykepleier bør anvende vurderingsverktøy, eksempelvis CAM og 4AT da disse kan lette identifiseringen og gi presis og rask rapportering til lege, som på sin side er avhengig av sykepleiers vurderinger for å kunne iverksette riktige behandlingstiltak. Vurderingsverktøy vil også bidra til en mer konsekvent og systematisk kartlegging hva angår observasjoner av pasientens atferd og kognisjon. Især i et pasientforløp der mange forskjellige sykepleiere observerer pasienten over tid vil systematisk bruk av vurderingsverktøy rimeligvis kunne redusere subjektive variasjoner og dermed gjøre det lettere å oppdage endringer i pasientens tilstand.

Sykepleier må forøvrig ivareta og se pasienten slik at kartleggingen kan utføres med varsomhet. Det er viktig at sykepleier innhenter opplysninger om pasientens sykehistorie siden den er essensielt for identifisering. Gode, systematiske dokumentasjonsrutiner er av betydning for å oppdage endringer i pasientens atferd og kognisjon.

Kunnskapsutvikling er både sykepleiers og avdelingens ansvar. Avdelingen må legge opp til undervisning og implementering av vurderingsverktøy samt bidra til økt kunnskap om delirium. Samtidig har sykepleiere et selvstendig ansvar for å holde seg faglig oppdatert og bidra til at ny kunnskap implementeres i praksis. Økt kunnskap og oppmerksomhet hos sykepleier om tilstandens årsaksforhold og hvilke pasienter som er utsatt, samt tiltak for påvisning av delirium vil bidra til å sikre pasienten forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp.

Litteraturliste

- Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D. H., Mazzola, P., Turco, R., Gentile, S., & ... MacLulich, A. M. (2014). Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age & Ageing*, 43(4), 496-502.
doi:ageing/afu021
- Berg, G. V., Watne, L. O., & Gjevjon, E. R. (2016). Ny screening gir sikrere diagnose. *Sykepleien*, 2016, 104(3), 52-53. doi: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. 310-379). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Brooks, P., Spillane, J. J., Dick, K., & Stuart-Shor, E. (2014). Developing a Strategy to Identify and Treat Older Patients With Postoperative Delirium. *AORN Journal*, 99(2), 256-276. <http://dx.doi.org/10.1016/j.aorn.2013.12.009>
- Dalheim, A., Harthug, S., Nilsen, R.M. & Nordtvedt, M. (2012) Factors influencing the development of evidence-based practice among nurses: a self-report survey. *BMC Health Services Research* 12(1), 367. Hentet fra <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/367>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O., & Trygsatd, H. (2017). Kilder og kildekritikk. I O. Dalland (Red.), *Metode og oppgaveskriving* (6.utg., s. 149-164). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Database for statistikk om høgre utdanning (2018). *Publiseringskanaler*. Hentet 28.03.18 fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>

- Eide, H., & Eide, T. (2007). *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Engedal, K. (2012) Delirium. I M. Bondevik. & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri* (3. Utg., s. 281-292). Fagbokforlaget.
- Evensen, S., Forr, T., Al-Fattal, A., de Groot, C., Lønne, G., Gjevjon, E. R., ... Bergh, S. (2016). Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 136(4), 299-300 doi: 10.4045/tidsskr. 15. 1334
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holter, I.M. (2015). Sykepleierprofesjonens grunnleggende kjennetegn. I: E.K. Grov & I. M. Holter (Red). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. (5.utg., s.107-117). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegal, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Ann Intern Med*, 113(12), 941.
- Juliebø, V., Bjørø, K., Krogseth, M., Skovlund, E., Ranhoff, A., & Wyller, T. (2009). Risk factors for preoperative and postoperative delirium in elderly patients with hip fracture. *Journal Of The American Geriatrics Society*, 57(8), 1354-1361. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02377.x
- Juliebø, V., & Wyller, T. B. (2010). Delirium – en tilstand med høy forekomst og dårlig prognose. *Geriatrisk Sykepleie*, 2(3), 4-6.
- Karoliussen, M. (2011). *Nightingales arv – ny forståelse: Sykepleiens kjerne; verdier, intensjon og handling* (1.utg). 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.
- Kirkevold, M. (2016). Pasientsikkerhet og kvalitet i sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug. & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleiefag og funksjon: Bind 1* (3. utg., s. 267-309). Oslo: Gyldendal akademisk
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Kristoffersen, N.J. (2016a). Sykepleie – kunnskapsgrunnlag og kompetanseutvikling. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie-fag og funksjon: Bind 1* (3. utg, s. 139-185). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kristoffersen, N.J. (2016b). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nordtvedt, & E.-A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie-fag og funksjon: Bind 1* (3. utg, s. 193-253). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Naustdal, A., Netteland, G. (2012). Sjukepleiedokumentasjon i eit elektronisk samhandlingsperspektiv. *Sykepleien Forskning*, 7(3), 270-277.
doi:10.4220/sykepleienf.2012.0133
- Neerland, B. E., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskrift for Den Norske Legerforening*, 133(15), 1596-1600. doi:10.4045/tidsskr.12.1327
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 25.02.18 fra https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud., R. Grønseth. & H. Almås., (Red.), *Klinisk Sykepleie: Bind 1* (5. Utg., s. 17-39). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- NSFs faggruppe for e-helse (2015). *Veileder for klinisk dokumentasjon av sykepleie i EPJ*. Versjon 5.0 Hentet 12.03.18 fra:
<https://www.nsf.no/Content/2690640/cache=20151210072406/Veileder%20for%20elektronisk%20sykepleiedokumentasjon%2010%202015.pdf>
- Pasientsikkerhetsprogrammet 24/7 I trygge hender (2017). *Tiltakspakke for tidlig oppdagelse av forverret tilstand (sykehus)*. Hentet fra:
<http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomr%C3%A5der/attachment/4084?download=false&ts=159f9ca912b>
- Ranhoff, A. H. (2014a). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2. utg, s. 450-463). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A.H. (2014b). Delirium (akutt forvirring) og demens. I A.A. Dahl., T.F. Aarre, & J.H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (s. 109-126). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sjøbø, B., Graverholt, B. & Jamtvedt, G. (2012). Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten. *Tidsskriftet Sykepleien*, 7(4), 358-368.
doi:10.4220/sykepleienf.2012.0155
- Skaug, E-A. (2016). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon av sykepleie. I N.J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug. & G.H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: sykepleie- fag og funksjon: Bind 1* (3. utg., s. 337-376). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sneltvedt, T. (2012). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I: B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 97-116). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved delirium. I D.-G. Stubberud., R. Grønseth. & H. Almås., (Red.), *Klinisk Sykepleie: Bind 1* (5. Utg., s. 429-438). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Travers, C., Henderson, A., Graham, F., & Beattie, E. (2018). Turning education into action: Impact of a collective social education approach to improve nurses' ability to recognize and accurately assess delirium in hospitalized older patients. *Nurse Education Today*, 6291-97. doi:10.1016/j.nedt.2017.12.026
- Vassbø, T. K., & Eilertsen, G. (2014). Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd. *Nordic Nursing Research / Nordisk Sygepleieforskning*, 4(1), 59-71.
- Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., & ... Carmichael, P. (2015). Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: a validation study. *BMC Nursing*, 14(1), 1-13. doi:10.1186/s12912-015-0070-1
- Wyller, T. B. (2015). *Geriatry: en medisinsk lærebok* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk