



Identifisering av delirium hos eldre pasienter

Kandidatnummer: 875

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave i sykepleie

Emne 14B

Antall ord: 9228

Dato: 16.04.2018



ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 16.04.2018
Tittel: Identifisering av delirium hos eldre pasienter	
<p><u>Problemstilling:</u> <i>Hvordan kan sykepleier identifisere delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd innlagt på sykehus?</i></p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> Det teoretiske kunnskapsgrunnlaget for denne oppgaven er teori om den gamle pasienten og delirium. Fag- og forskningsartikler om to validerte kartleggingsverktøy er også tatt med. Sykepleierens behandlende funksjon og sykepleieprosessen er valgt ut som relevant sykepleieteori. Enkelte deler av sykepleieprosessen var mer aktuelle enn de andre for å kunne svare på problemstillingen. Derfor ble de to første delene av prosessen, datasamling og problemlidentifisering, valgt ut.</p> <p><u>Metode:</u> Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Litterære kilder som pensum, fag- og forskningslitteratur er tatt i bruk for å forsøke å besvare problemstillingen. Søk etter forskningsartikler er gjort i databasene CINAHL, PubMed og SweMed+.</p> <p><u>Drøfting:</u> Det drøftes hvordan sykepleier kan identifisere delirium gjennom de to første delene av sykepleieprosessen; datasamling og problemlidentifisering. Funn fra forskning brukes til å drøfte de ulike kartleggingsverktøyene opp mot hverandre. Det drøftes også rundt andre forutsetninger, slik som kunnskap hos sykepleieren og organisatoriske rammer. Det kommer frem i forskning jeg har funnet at det kan være mangel på kunnskap om delirium hos sykepleierne. I noen av artiklene kommer det frem at det sjelden brukes kartleggingsverktøy for å identifisere delirium på ortopediske sengeposter.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Det gis ingen klar konklusjon på problemstillingen, men en oppsummering. Grundig sykepleieanamnese og bruk av kartleggingsverktøy kan muligens øke sannsynligheten for at sykepleier kan identifisere delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd. Men det kreves også at sykepleieren har tilstrekkelig med kunnskaper om tilstanden. Sykepleieren bør også søke å bli kjent med pasienten. På denne måten får kjennskap til hvordan vedkommende fungerer og oppfører seg til vanlig.</p>	

(Totalt antall ord: 272)

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	1
1.2 Sykepleiefaglig relevans	1
1.3 Avgrensning og presisering	2
1.4 Presentasjon av problemstilling og kontekst	3
1.5 Oppgavens oppbygning og formål	3
2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag	4
2.1 Eldre pasienter med hoftebrudd	4
2.1.1 Hoftebrudd	4
2.1.2 Sårbarhet	5
2.2 Delirium	6
2.2.1 Årsaker	6
2.2.2 Hyperaktivt og hypoaktivt delirium	7
2.3 Kartleggingsverktøy for identifisering av delirium	8
2.3.1 Confusion Assessment Method (CAM)	8
2.3.2 Verktøyet 4AT	8
2.4 Sykepleieprosessen og sykepleierens behandlende funksjon	9
2.4.1 Sykepleieprosessen	10
2.4.2 VIPS-modellen	11
2.4.3 Sykepleierens juridiske plikter	11
2.4.4 Etske aspekter	12
3. Metode	13
3.1 Fremgangsmåte for søk i forskning	13
3.2 Utvalg av forskningsartikler	14
3.3 Kildekritikk av forskningsartikler	15
3.4 Utvalg og kildekritikk av faglitteratur	16
3.4 Etske vurderinger	17
4. Presentasjon av forskningsresultater	18
5. Drøfting	20
5.1 Datasamling	20
5.1.1 Sykepleieanamnese	20
5.1.2 Kartlegging av pasientstatus	22
5.2 Problemidentifisering	24
5.2.1 Sykepleierens kunnskaper om delirium	25
5.3 Etske og juridiske aspekter	26
5.4 Betydningen av systematikk og dokumentasjon	28
6. Avslutning	30
Referanseliste	31

1. Innledning

1.1 Begrunnelse for valg av tema

I arbeidet med denne bacheloroppgaven ønsker jeg å lære mer om hvordan sykepleieren kan identifisere delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd innlagt på sykehus. Hvert år opereres over 9000 hoftebrudd i Norge og gjennomsnittsalderen for pasientgruppen er 80 år. Høy alder og tilleggssykdommer gjør pasienten svært sårbar for per- og postoperative komplikasjoner (Gjertsen, Dybvik & Kvamsdal, 2017). I følge Wyller (2015, 309) er forekomsten av delirium spesielt høy fordi operasjonen regnes som et stort kirurgisk inngrep. Forekomsten av delirium hos eldre med hoftebrudd er på rundt 30-50% (Björkelund et al., 2010; Ranhoff, 2014a, 112). I forbindelse med litteratursøket lærte jeg at tilstanden ofte blir oversett og dermed ikke alltid diagnostisert. Mangelfull identifisering kan derfor hindre korrekt behandling (Wyller, 2015). Delirium hos eldre pasienter kan føre til flere liggedøgn på sykehus. Flere konsekvenser er institusjonalisering, utvikling av demens og økt risiko for død (Siddiqi, House & Holmes, 2006, 350; Witlox et al., 2010). Gjennom Samhandlingsreformen er det uttrykt et politisk ønske om å dempe bruk av sykehus tjenester. Samarbeidsavtaler mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bidra til bedre og mer sammenhengende pasientforløp (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011, 28). Slike målsetninger belyser også hvor viktig det er å identifisere delirium hos denne pasientgruppen.

Ved siden av studiet jobber jeg på en ortopedisk sengepost og har i den forbindelse opplevd den gamle hoftebruddspasienten i delirium. Den sterke redselen som kan oppstå hos pasienten gjør inntrykk på meg. Det er ofte utfordrende for sykepleieren å skape trygghet i en slik situasjon. Min erfaring fra arbeidsplassen er at systematisk kartlegging og dokumentasjon rundt den gamle pasientens mentale tilstand ikke er en del av daglige rutiner på avdelingen.

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Pasientgruppen har ofte en høy sårbarhet, som også henger sammen med risiko for delirium og hoftebrudd. Sårbarhet hos den gamle pasienten beskrives nærmere i kapittel to. Stubberud (2016, 430) beskriver at delirium er en veldig vanlig tilstand hos eldre som ofte blir oversett.

Sykepleierne er den yrkesgruppen som har mest direkte pasientkontakt på en sykehusavdeling. Vi har derfor en god mulighet til å oppdage endringer i pasientens mentale tilstand. I Rammeplan for sykepleieutdanning står det at sykepleieren skal ha bevisste og reflekterte holdninger i sin utøvelse av sykepleie. Vi skal også kunne begrunne våre handlinger ut ifra et faglig ståsted (Kunnskapsdepartementet 2008, 3, 5). Innenfor klinisk praksis og sykepleierens behandlende funksjon er kompetanse innenfor kartlegging, vurdering og beslutningstaking viktig. Her benyttes sykepleieprosessen som systematisk arbeidsmetode for å identifisere og behandle følger av sykdom (Nortvedt & Grønseth, 2016, 22).

Delirium innebærer ofte motorisk uro, liten evne til å samarbeide og nedsatt kognitiv funksjon. Derfor kan det være svært utfordrende å ivareta autonomiprinsippet og pasientens krav på respekt (Stubberud, 2016, 429). Jeg anser temaet derfor som relevant for sykepleiere, da vi har ansvar for å beskytte pasienten mot krenkende handlinger, ivareta verdigheten, samt begrense skade hos den som er syk (Norsk sykepleierforbund, 2016).

1.3 Avgrensning og presisering

Å forebygge delirium er en svært viktig og til dels en selvstendig sykepleieoppgave. Dette er spesielt viktig på avdelinger med høy andel eldre. Forebygging innebærer tiltak som ro, skjerming, regelmessig urinlating og avføring, smertelindring og mobilisering (Ranhoff, 2014b, 459). Jeg velger allikevel å begrense oppgaven til å handle om identifisering av delirium. Dette betyr at bacheloroppgaven vil handle om sykepleierens rolle i oppdagelse av delirium hos en pasientgruppe som allerede er utsatt for å få det. Å identifisere betyr å gjenkjenne eller å vise samstemmighet med (Lund, 2009). I sykepleiesammenheng kan dette linkes til de første delene av sykepleieprosessen, nemlig datasamling og problemindefisering (Nortvedt & Grønseth, 2016, 21, 23).

Målgruppen er eldre pasienter innlagt på sykehus i forbindelse med hoftebrudd. Verdens helseorganisasjon definerer eldre mennesker som mellom 60-74 år, mens de over 75 år betegnes som gamle. På tross av dette omtaler vi i Norge også personer over 75 år som eldre (Myrstad, 2015). I geriatrisk medisin blir ofte pasientgruppen definert til å være 65 år og oppover (Den Norske Legeforening, 2011). I denne oppgaven velger jeg også å bruke den

samme aldersbegrensningen. Dette gir mening da de fleste forskningsartiklene jeg har funnet også har 65 år som aldersgrense.

1.4 Presentasjon av problemstilling og kontekst

Hvordan kan sykepleier identifisere delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd innlagt på sykehus?

Konteksten vil være en ortopedisk sykehuspost, da hoftebruddspasienter som regel behandles i et slikt miljø. Mine erfaringer tilsier at sykepleiere på en slik avdeling kan ha ansvar for mange pasienter i løpet av en vakt. Tid er også en del av konteksten som påvirker sykepleierens mulighet til å oppdage delirium (Voyer et al., 2015).

1.5 Oppgavens oppbygning og formål

Etter innledning presenteres det teoretiske kunnskapsgrunnlaget i kapittel to. Her beskrives pasientgruppen først. Videre beskrives fenomenet, altså delirium. Kartleggingsverktøy presenteres i et eget underkapittel fordi dette temaet er ganske sentralt for bacheloroppgaven. Videre gjøres det rede for sykepleieprosessen og sykepleierens behandlende funksjon. I dette underkapittelet presenteres også juridiske plikter og etiske aspekter. I kapittel tre gjøres det rede for metode. Her presenteres fremgangsmåte for søk i forskning, samt begrunnelse for valg av forskningsartikler og annen litteratur for denne litterære oppgaven. Kapittel fire er en kort presentasjon av funn fra forskning som er relevante for å drøfte problemstillingen. Selve drøftingen kommer i kapittel fem. Her brukes blant annet VIPS-modellen som mal for oppbygning av drøfting. Til slutt drøftes etiske og juridiske elementer knyttet til problemstillingen, samt betydning av systematikk og dokumentasjon i forbindelse med identifisering av delirium.

Formålet med oppgaven er å finne svar på hvordan sykepleier kan identifisere delirium ved hjelp av sykepleieprosessen. Jeg ønsker også å belyse hva delirium betyr for den eldre pasientens helse.

2. Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet presenteres den gamle pasienten med hoftebrudd. Jeg vil også beskrive hva delirium er, og hvordan det diagnostiseres, samt metoder for kartlegging. Til slutt i kapitlet vil jeg beskrive sykepleierens behandlende funksjon. I dette underkapitlet presenteres også rammer for utøvelsen av sykepleie, nemlig juridiske plikter og etiske aspekter.

2.1 Eldre pasienter med hoftebrudd

Eldre pasienter er ingen homogen gruppe. De er allikevel mer sårbare for sykdom og skader på grunn av naturlige aldersforandringer i kroppens organer (Ranhoff, 2014c, 79, 80).

2.1.1 Hoftebrudd

Forekomsten av hoftebrudd i Norge er rundt 9000 i året og risikoen for brudd øker etter fylte 70 år (Meyer & Søgaard, 2016). Gjennomsnittsalderen på pasienter med hoftenærebrudd er 80 år. Bruddene kan grovt sett kategoriseres innenfor de tre områdene rundt hoften hvor skaden kan oppstå. Disse er fraktur i collum femoris (lårhalsen), pertrokantær fraktur eller subtrokantær fraktur (brudd i femur under trokanter). Slike brudd krever nesten alltid kirurgisk behandling (Varmarken, 2010, 186, 187). I følge Wyller (2015, 309) regnes en slik operasjon som et stort inngrep.

Ortogeriatrici betyr samarbeid mellom disiplinene geriatri og ortopedkirurgi. Begrepet geriatrisk pasient betyr at den gamle personen har aldersforandringer, kroniske sykdommer og funksjonssvikt (Ranhoff, 2014c, 80). Formålet med ortogeriatricien er å optimalisere behandlingsforløpet til den eldre pasienten med benbrudd, blant annet ved å forebygge komplikasjoner. Kjennetegnet er tverrfaglig samarbeid om helhetlig behandling. Å foreta CAM-skåring for å oppdage delirium er også aktuelt her (Jakobsen & Carlsen, 2016, 399, 403, 405). I følge Wyller har de fleste pasienter med hoftebrudd tegn på generell sårbarhet (Wyller, 2015, 41).

2.1.2 Sårbarhet

Eldre mennesker med hoftebrudd passer ofte inn i kategorien sårbare (frail). Ordet skrøpeligheit brukes om det samme fenomenet, og dette begrepet står sentralt i geriatrik vurdering (Wyller, 2015, 415, 26). Det er særlig to aldersforandringer som bidrar til sårbarhet, nemlig redusert organkapasitet og svekket homeostase (Ranhoff, 2014c, 81). Dette betyr at vedkommende har en risiko for å utvikle sykdom når det skjer noe spesielt, som for eksempel traume og kirurgi (Wyller, 2015, 26).

Det finnes flere modeller som beskriver fenomenet. Disse brukes i geriatrik sammenheng til å vurdere grad av sårbarhet. Elementer som går igjen i modellene er blant annet polyfarmasi, kognitiv svikt, redusert ganghastighet, utilsiktet vekt tap, sosialt nettverk, komorbiditet og ADL-funksjon. Et hoftebrudd forårsaker ofte en forverring av personens helsestatus, for eksempel at en dårlige ernæringsstatus blir ytterligere forverret (Wyller, 2015, 26, 27, 415). Hoftebrudd hos eldre oppstår som regel på grunn av fall fra egen høyde i hjemmet (Varmarken, 2010, 186). Slike brudd, som også kan kalles lavenergibrudd, skyldes ofte osteoporose. Redusert bentetthet er en følge av normale aldersforandringer. Andre risikofaktorer for utvikling av osteoporose er inaktivitet, røyking og lav kroppsmasseindeks, blant flere. Osteoporose forekommer hos begge kjønn, men hyppigst hos kvinner (Ranhoff, Helbostad & Martinsen, 2014). I følge Helbostad (2014, 352) kan fall være tegn på infeksjon, dehydrering, eller annen akutt underliggende sykdom. Det kan også være tegn på utvikling av funksjonssvikt. Personer med demens er spesielt utsatt for fall.

Personer med demens er også utsatt for å utvikle delirium i forbindelse med sykehusinnleggelse. Somatisk sykdom og stressende miljø bidrar til dette. En person med demens kan få delirium ved mindre påkjenninger enn en eldre person uten demens (Ranhoff, 2014b, 454). I og med at dette vanskeliggjør diagnostikken er det i denne sammenheng helt nødvendig med komparentopplysninger. En som kjenner pasienten kan gi svar på om pasientens mentale tilstand er endret i forhold til slik den er til vanlig (Wyller, 2015, 309).

2.2 Delirium

Delirium er et hjerneorganisk syndrom som oppstår på grunn av akutt somatisk sykdom. Symptomene er forstyrret bevissthetsnivå og oppmerksomhet, redusert hukommelse, samt endret motorisk atferd. Søvnforstyrrelse er også vanlig (Ranhoff, 2014a, 111; Wyller, 2015, 309). Tilstanden er spesielt vanlig hos hoftebruddspasienter, sammenlignet med andre grupper eldre pasienter (Wyller 2015, 307, 312). Forekomsten hos denne pasientgruppen kan være opptil 50% (Ranhoff, 2014a, 112).

Tilstanden diagnostiseres på bakgrunn av kriterier i diagnosesystemet DSM-5, fra American Psychiatrics Association. Kort oppsummert er kriteriene følgende; a) forstyrret oppmerksomhet med redusert evne til å fokusere og skifte oppmerksomheten, samt forstyrret bevissthet og orienteringsevne, b) forstyrrelsene utvikler seg over kort tid og alvorlighetsgraden fluktuerer gjennom døgnet, c) forstyrret kognisjon eller persepsjonsforstyrrelser, d) symptomene kan ikke forklares med kjent nevrokognitiv lidelse eller oppvåkning fra koma, e) undersøkelser tyder på at forstyrrelsen er en fysiologisk konsekvens av annen medisinsk tilstand, forgiftning eller abstinens (Ranhoff, 2014a, 111).

2.2.1 Årsaker

Patofysiologien bak delirium er fremdeles ikke helt kjent. Årsakene og det kliniske bilde varierer, derfor er det ikke usannsynlig at patofysiologien også kan variere. Årsaker kan deles inn i utløsende årsaker og bakenforliggende årsaker, også kalt risikofaktorer (Wyller, 2015, 310, 312). Ofte skyldes delirium en kombinasjon av disse (Stubberud, 2016, 430). En sårbarhet for å utvikle delirium kan sees i sammenheng med generell sårbarhet ("frailty") som er beskrevet i 2.1.2.

Risikofaktorer er faktorer som er tilstede hos pasienten før innleggelse og som gjør vedkommende utsatt for å få delirium. Eksempel på risikofaktorer er høy alder, demens, depresjon, sansesvikt, underernæring og komorbiditet (Neerland, Watne og Wyller, 2013). Demens og kognitiv svikt er predisponerende for delirium, blant annet fordi det svekker pasienten evne til å takle stress og nye miljøer. Sansesvikt begrenser pasientens

informasjonsflyt, og underernæring kan disponere til delirium på grunn av mangler på B-vitaminene folat, niacin og tiamin (Stubberud, 2016, 430, 431).

Listen over utløsende årsaker er lang, og det er ikke sjelden at delirium skyldes en kombinasjon av disse. Alvorlig sykdom og skade, og behandlingen av disse kan gi fysiologiske symptomer som påvirker sentralnervesystemet. Utløsende årsaker er blant annet nedsatt oksygenmetning i hjernen, kirurgisk stressrespons, smerter, urinretensjon, infeksjon, feber, søvnmangel, elektrolyttforstyrrelser, syre-base-forstyrrelser, underernæring og legemidler med antikolinerg eller dempende effekt på hjernen. I tillegg er det psykologiske utløsende faktorer i forbindelse med sykdom og sykehusinnleggelse som angst, utrygghet, avhumanisering og fremmedgjøring (Stubberud, 2016, 431). Cofer (2005) påpeker at hypoksi, urinretensjon, feber, væsketap, smerter og smertestillende legemidler er postoperative faktorer som gjør hoftebruddpasienten spesielt utsatt for delirium. Det er også viktig å finne ut av hvorfor pasienten falt og brakk hoften i utgangspunktet, da det kan dreie seg om sykdommer eller funksjonssvikt (Wyller, 2015, 415).

2.2.2 Hyperaktivt og hypoaktivt delirium

Et delirium kan variere i alvorlighetsgrad og hvordan det arter seg (Ranhoff, 2014b, 453). En person med delirium er ofte desorientert, har redusert korttidshukommelse og svekket oppmerksomhet. Påvirket kognisjon og bevissthet kan føre til psykotiske symptomer som persepsjonsforstyrrelser og feiltolkning av omgivelsene. Delirium kan deles inn i hyperaktivt og hypoaktivt type basert på pasientens psykomotoriske fremtoning (Pedersen & Taudorf, 2016, 350, 351). Det er lettere å kjenne igjen den hyperaktive varianten, hvor pasienten er psykomotorisk urolig. En pasient med hyperaktivt delirium vil typisk være plukkete, vandrende eller forsøke å komme seg ut av sengen. Paranoide hallusinasjoner kan gjøre pasienten svært redd. Dette kan igjen føre til utagering, som for eksempel slag eller roping. Hypoaktivt delirium er mer vanlig enn en rent hyperaktiv tilstand. Et hypoaktivt delirium blir ofte ikke erkjent fordi personen er stille, passiv og skaper dermed ingen bryderi. Svekket oppmerksomhet og bevissthet, sammen med nedsatt psykomotorisk aktivitet er de viktigste symptomene. Rigiditet i kroppen og manglende bevegelser (akinesi), forekommer også. Med tanke på funksjonsevne og dødelighet etter sykehusoppholdet er hypoaktivt delirium like alvorlig som hyperaktivt delirium. Prognosen kan potensielt være mer alvorlig ved den

hypoaktive varianten, da tilstanden som regel identifiseres og behandles senere. Det er vanlig at pasienten veksler mellom de to ulike variantene. Dette blir kalt blandet delirium (Ranhoff, 2014b, 453).

2.3 Kartleggingsverktøy for identifisering av delirium

Kartlegging er nødvendig for å oppdage endringer i helsetilstand (Kirkevold, 2014, 122). Det er allikevel viktig å tolke resultatene sammen med den kliniske situasjonen (Wyller, 2015, 134). Her presenteres to validerte kartleggingsverktøy for identifisering av delirium. Disse er valgt ut på bakgrunn av oppgavens omfang og sykepleiefaglig relevans.

2.3.1 Confusion Assessment Method (CAM)

Spørsmålene i Confusion Assessment Method (CAM) er relatert til de diagnostiske kriteriene for delirium. CAM-skjemaet er forholdsvis enkelt å følge og innebærer fire trinn for å identifisere om pasienten har delirium (Wyller, 2015, 142). Den første delen spør om det foreligger akutt endring i den mentale tilstanden, og om atferden endrer seg gjennom døgnet (fluktuerer). Del to spør om pasienten har vansker med å fokusere oppmerksomheten. Del tre handler om forstyrret tenkning. Eksempler på dette er usammenhengende tale, ulogisk tankestrøm eller uforutsigbar veksling mellom temaer. Del fire handler om bevissthetsnivå. Hvis pasienten er hyperalert, døs, vanskelig å vekke eller komatøs kan man dokumentere at bevissthetsnivået er endret. Med endret bevissthetsnivå menes alt annet enn våken og klar. Delirium er sannsynlig hvis man har svart ja på spørsmålene i del en og to, i tillegg til ja på enten del tre eller fire. Den fulle versjonen av CAM inneholder også spørsmål om perseptuelle forstyrrelser, forstyrret søvnmønster og unormalt psykomotorisk nivå (Inouye et al., 1990).

2.3.2 Verktøyet 4AT

Rapid Clinical Test for Delirium (4AT) er et kartleggingsverktøy i fire deler, hvor de tre første innebærer kognitive tester. Pasienten skåres innenfor hver av delene, og det regnes ut

en sum til slutt. Verktøyet ble utviklet i Skottland av Professor Alasdair MacLulich, Dr. Tracy Ryan og Dr. Helen Cash, og er validert gjennom flere valideringsstudier (MacLulich, u.å.). Det er forholdsvis nytt og derfor i prosessen til å bli validert og implementert i Norge (Berg, Watne & Gjevjon, 2016).

I den første delen vurderer man bevissthetsnivå med Richmond Agitation and Sedation Scale. Denne skalaen består av ti bevissthetsnivåer, fra -5; ikke vekkbare til +4; aggressiv (Ely et al. 2003). Del to er en kortfattet mental vurdering (AMT4) hvor man ber pasienten oppgi sin alder, fødselsdato, stedet man er på og hvilket år det er (Berg et al., 2016). I del tre blir pasienten bedt om å si årets måneder baklengs (MOTYB). Å nevne årets måneder baklengs er en egnet metode for å teste oppmerksomhet. Det er viktig å kartlegge oppmerksomhetssvikt da dette er et sentralt element i deliriumdiagnosen (Wyller, 2015, 140). Del fire kalles Single Question in Delirium (SQiD). Dette enkle spørsmålet kartlegger et grunnleggende kjennetegn på delirium, nemlig om tilstanden oppstod akutt og om den fluktuerer gjennom døgnet. Testen gir en skår mellom 0-12. En poengsum på 4 og over kan tyde på at det muligens er et delirium (Bellini et al., 2014). 4AT er ikke et diagnostisk verktøy, men kan fungere som en beslutningsstøtte for sykepleiere i vurderingen av mulig delirium (Berg et al. 2016).

2.4 Sykepleieprosessen og sykepleierens behandlende funksjon

Reduksjon i antall liggedøgn gjør at det stilles høyere krav til sykepleiernes kliniske vurderings og beslutningskompetanse. Sykepleierens behandlende funksjon handler om å kartlegge og vurdere pasientens problemer, i tillegg til å gjennomføre og evaluere tiltakene som blir gjort (Nordtvedt & Grønseth, 2016, 22, 23). I følge Wyller (2015) er aktiv holdning til bekjempelse av komplikasjoner en viktig del av helhetlig behandling ved hoftebrudd hos eldre. Det at helsepersonell ofte unnlater å innhente komparentopplysninger, samt for lite kunnskap om tilstanden gjør at delirium ofte ikke diagnostiseres. Hensikten med kartlegging og identifisering av delirium er å kunne behandle de underliggende årsakene (Wyller, 2015, 309). Rask identifisering av et eventuelt delirium er viktig slik at pasienten har mulighet for rehabilitering (Stubberud, 2016, 434).

Arbeidsmetoden innenfor sykepleierens behandlende funksjon kalles sykepleieprosessen (Nordtvedt & Grønseth, 2016, 22, 23). Som nevnt i innledningen vil denne oppgaven ta for seg de to første elementene av denne modellen, nemlig datasamling og problemidentifisering.

2.4.1 Sykepleieprosessen

Sykepleieprosessen (Process of Nursing Practice) kan også deles opp i to prosesser kalt betraktning og utøvelse. I den betraktende prosessen bruker sykepleieren tilgjengelig informasjonen, som for eksempel observasjoner, journaler, sin egen og andres kunnskap. Sykepleieren skal på bakgrunn av den samlede informasjonen finne frem til aktuelle tiltak. Til slutt skal hen foreta vurderinger av sine beslutninger. Den innledende, betraktende delen av sykepleieprosessen bør bestå av en intellektuell refleksjon i den kliniske situasjonen. Hensikten med datasamling og refleksjon er å identifisere pasientens behov, slik at man kan sette i gang egnede sykepleie- og behandlingstiltak (Kim, 2015, 105, 110).

Sykepleieprosessen er en systematisk problemløsningsmodell som skal bidra til målrettet og metodisk arbeid (Elstad, 2014, 72). Første elementet i prosessen er datasamling hvor man ved hjelp av spørsmål, observasjoner og målinger samler relevant informasjon om pasienten. En god datasamling er helt nødvendig for at sykepleieren skal kunne ta riktige vurderinger av pasientens tilstand, og påvirker alle leddene i sykepleieprosessen (Nordtvedt & Grønseth, 2016, 23). Når sykepleier skal identifisere et eventuelt delirium anbefales det gjøre en systematisk vurdering av pasientens sykehistorie og fysiologisk status. I tillegg bør man bruke et kartleggingsverktøy for delirium (Stubberud, 2016, 434). Observasjonskompetanse bygger på kunnskaper om anatomi og fysiologi, men også oppmerksomhet rundt den sykes situasjon og endringer i tilstanden. Kunnskap om sykdommer og hvordan de kan utvikle seg er nødvendig for neste del av sykepleieprosessen, nemlig problemidentifisering. Sykepleieren må altså vite hva hen skal se etter for å kunne oppdage problemer hos pasienten. En observerende sykepleier formidler stemninger med sin tilstedeværelse, og bør derfor tilstrebe å uttrykke omtanke og vennlighet i denne sammenheng (Nordtvedt & Grønseth, 2016, 23, 24, 25).

2.4.2 VIPS-modellen

VIPS-modellen er en dokumentasjonsmodell som følger den problemløsende sykepleieprosessen. Modellen brukes som struktur for sykepleiedokumentasjon og pasientjournal på mange sykehus i Norden. Sykepleierens datasamling er definert med to hovedtemaer; sykepleieanamnese og pasientstatus. Under sykepleieanamnese undersøker man blant annet pasientens helsehistorie, sosial bakgrunn og nåværende pleietiltak. Under pasientstatus er det listet søkeord som kommunikasjon, respirasjon, sirkulasjon, ernæring, eliminasjon, hud/vev, smerte, psykososialt og velvære. Søkeordene brukes til innhenting av relevant informasjon for å avklare pasientens situasjon (Dahl & Skaug, 2011, 51, 52).

2.4.3 Sykepleierens juridiske plikter

Sykepleiere skal i henhold til helsepersonelloven nedtegne relevante og nødvendige opplysninger om pasienten i journal (Helsepersonelloven, 1999, §§ 39, 40). Hovedformålet med dokumentasjonsplikten er å sikre forsvarlig behandling og oppfølging av pasienten, og dersom det er mulig skal journal føres fortløpende (Befring, 2017, 179). Eksempel på dette kan være utfyllelse av kartleggingsverktøy. Dessuten er systematisk dokumentasjon viktig for kontinuitet i sykepleien og behandlingen av pasienten. Undersøkelser viser at sykepleiere ikke alltid identifiserer og dokumenterer de problemene som pasientene har (Moen, Hellesø & Berge, 2008).

Som et krav til helsepersonellens yrkesutøvelse, sier helsepersonelloven at den skal være faglig forsvarlig. I dette ligger det at sykepleier må innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner og søke bistand fra annet helsepersonell når det trengs (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Kunnskap er avgjørende for at sykepleien skal kunne utøves på en forsvarlig måte. I tillegg til kunnskaper om sykdomsprosesser og symptomer må helsepersonell ha forståelse for hvordan sykdom innvirker på mennesket og vedkommendes livskvalitet (Kunnskapsdepartementet, 2008, 6). Kravet om forsvarlighet skal beskytte pasienten mot uheldige handlinger og sørge for forsvarlig behandling og pleie. Norsk sykepleierforbund (NSF) mener at tegn på uforsvarlig sykepleie kan være når pasienten ikke får nødvendig

helsehjelp eller når pasienten blir utsatt for unødvendig skade (Norsk sykepleierforbund, 2013, 8, 24).

2.4.4 Etiske aspekter

For å gjøre god etisk vurdering av en situasjon må sykepleier ha kunnskap innenfor medisin og patofysiologi, i tillegg til sykepleiefaglige kunnskaper. Uten dette har ikke vedkommende nok innsikt i grunnlaget for behandlingen og omsorgen (Nortvedt, 2016, 26). I følge yrkesetiske retningslinjer skal sykepleier forebygge sykdom, men også beskytte pasienten mot krenkende handlinger (Norsk sykepleierforbund, 2016). Ideen om menneskelivets ukrenkelighet ligger til grunn for prinsippet om å ivareta personens verdighet (Befring, 2017, 49). I følge Kirkevold (2014, 129) kan testing av kognitiv funksjon være et sensitivt tema for den eldre, da kognitiv svikt forbindes med skam. Sykepleier må være bevisst på dette og sørge for at kartleggingen blir gjort på en slik måte at pasienten føler seg trygg.

Pasientens avhengighet blir forsterket når valg angående behandling og omsorg blir tatt på vegne av dem. Sykepleieren må ha evne til å ta moralske beslutninger, og samtidig ta hensyn til pasientens sårbarhet for at det skal bli en etisk god praksis. Eksempler på moralske aspekter i sykepleien er lindring av lidelse, begrense skade, sørge for psykisk og fysisk trygghet, samt bevare menneskeverdet og valgfriheten hos pasienten (Kim, 2015, 92).

Et av de viktigste prinsippene i moderne etikk er kravet om upartiskhet. I helsevesenet betyr dette at det skal være likebehandling av pasienter. Dette betyr at det ikke er sykepleierens interesser som skal vektlegges, men pasientens interesser eller hjelpebehov.

Sykepleieetikken oppgave er blant annet å sette søkelys på og bekjempe illegitim maktbruk overfor sårbare pasientgrupper (Nortvedt, 2016, 19, 29). Pasient- og brukerrettighetsloven gir mulighet til å utføre helsehjelp til personer uten samtykke som motsetter. Dette kan kun gjøres hvis det er absolutt nødvendig og en unnlattelse vil føre til vesentlig helseskade for pasienten (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 4A-3). I følge Nortvedt (2016, 27) bruker helsepersonell sjelden etablerte instrumenter for å vurdere om pasienten er samtykkekompetent.

3. Metode

Metoden for bacheloroppgaven er litteraturstudie. Det vil si at data som presenteres er funnet gjennom søk i forskning og litteratur. Informasjonen fra disse kildene brukes for å belyse min problemstilling (Dalland, 2017, 207). Jeg har brukt både primær og sekundærkilder. Den opprinnelige utgaven av en tekst kalles primærkilde, mens en sekundærkilde bygger på eksisterende informasjon (Dalland, 2017, 162). Primærkilder jeg har brukt er forskningsartikler, lover og forskrifter. I dette metodekapittelet vil jeg presentere fremgangsmåten for søk i forskningsartikler, kildekritikk av forskningsartikler og annen litteratur, samt etiske vurderinger.

3.1 Fremgangsmåte for søk i forskning

Datasøket skal være preget av det man ønsker å finne ut av. Når man søker etter relevant forskning er det nødvendig med språklig avgrensning (Dalland, 2017, 153, 157). Søkeordene er derfor tilpasset problemstillingen, med unntak av ”Preventive Health Care”. Dette søket ble gjort i starten av prosessen da oppgaven muligens skulle handle om forebygging av delirium. De første søkene inspirerte meg til å velge identifisering av delirium som tema for oppgaven. Resten av søkeordene ble tilpasset problemstillingen ved å trekke ut nøkkelordene; sykepleier, identifisere, delirium, eldre og hoftebrudd. Deretter ble engelsk-norsk-ordbok brukt til å finne gode søkeord, samt synonymmer og termer på engelsk.

Database	Søkeord	Begrensninger	Antall treff	Utvalgt artikkel
CINAHL	Preventive Health Care AND Delirium.	Research article, peer reviewed og publikasjoner fra år 2007-2017.	46	Bellini et al. (2014)
SweMed+	Delirium AND Hoftebrudd.	Brukte norske Mesh for å finne norsk forskning.	12	Bøyum (2013)

PubMed	Delirium + Screening tools + Elderly + Acute Care	Publikasjoner fra de siste 5 år.	22	Hendry et al. (2016)
PubMed	Nurse + Detection + Delirium + Elderly.	Publikasjoner fra de siste 5 år.	24	Numan et al. (2017)
SweMed+	Nurses Attitudes + Delirium	Peer Reviewed	4	Vassbø & Eilertsen (2014)
CINAHL	Delirium screening AND Nuring.	Research article, peer reviewed.	43	Voyer et al. (2015)

3.2 Utvalg av forskningsartikler

Utvalget av artikler ble gjort på bakgrunn av om de presenterte ny forskning om identifisering av delirium hos eldre. Artikkelsøkene viste også en del fag- og oversiktsartikler. I CINAHL forsøkte jeg å luke ut disse ved å begrense søket til "Research Article". Flere av artiklene ble ekskludert fordi målgruppen ikke kunne sammenlignes med eldre hoftebruddspasienter på sykehus. Eksempler på slike målgrupper er kreftpasienter, intensivpasienter, barn og palliative pasienter. Konteksten i artiklene ble også brukt som eksklusjonskriterium. I følge Dalland (2017, 157) kan det være nyttig å ha geografisk avgrensning i litteratursøket. Artikler fra land utenfor Europa ble som regel ekskludert, bortsett fra Voyer et al. (2015). Denne artikkelen er fra Quebec i Canada. Grunnen til at denne er tatt med er fordi den er skrevet av anerkjente forfattere og at den har et klart sykepleieperspektiv. I tillegg kommer den med forslag til ny metode for identifisering av delirium. Kontekster som akuttmottak og intensivavdelinger ble vurdert som ikke overførbare til konteksten i min problemstilling.

Tidsspenn på fem år ble brukt som søkekriterium i PubMed. Bakgrunnen for dette valget var delvis av praktiske hensyn. Databasen inneholder svært mange artikler og det ble lettere å få oversikt over ny, relevant forskning med et mer begrenset tidsspenn.

Jeg har valgt å bruke to artikler med kvalitativ metode. Dette er en egnet metode dersom man ønsker å finne ut av menneskers meninger og opplevelser. Dessuten foregår en kvalitativ undersøkelse i nær tilknytning til feltet (Dalland, 2017, 53). Derfor forsøkte jeg å finne kvalitative, skandinaviske artikler som kunne gi et innblikk i hvordan forholdene faktisk er rundt temaet. Artiklene til Bøyum (2013) og Vassbø & Eilertsen (2014) belyser sykepleiere sine erfaringer med delirium hos eldre med hoftebrudd. Konteksten i begge artiklene passer godt til min bacheloroppgave. Funnene kan brukes til å drøfte hvordan mulighetene og barrierene er for sykepleiere på ortopediske sykehusavdelinger i forbindelse med identifisering av delirium.

To forskningsartikler blir brukt som en del av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget. Bellini et al. (2014) er en av dem. Dette er den valideringsstudien av kartleggingsverktøyet 4AT som oftest blir referert til av andre forfattere. Funnene i denne artikkelen bidrar ikke så mye til diskusjon rundt problemstillingen, men heller som bakgrunn. Det viser seg at 4AT er en validert metode for kartlegging av delirium, og derfor egner denne artikkelen seg bedre i et teorikapittel. Artikkelen til Inouye et al. (1990) er også en valideringsstudie. Studien ser ut til å være den første publikasjonen som presenterte CAM. Den blir ofte referert til i annen forskning hvor CAM brukes. Jeg fant artikkelen til Inouye et al. (1990) ved hjelp av kjedesøk.

3.3 Kildekritikk av forskningsartikler

Artiklene som tar for seg testing og validering av kartleggingsverktøy er alle av kvantitativ metode. Aldergrensene for deltagelse i er over 65 eller 70 år, noe som gjør de egnede for min bacheloroppgave. I artikkelen til Hendry et al. (2016) var 87 % av deltakerne kvinner. Grunnen til dette er at data er samlet fra en kohortstudie som har foregått på kjønnsdelte avdelinger. Det er ikke sikkert at denne skjeve kjønnsfordelingen har noe å si for formålet og funnene i artikkelen, og den er derfor tatt med for å diskutere rundt ulike screeningverktøy. Undersøkelsen til Voyer et al. (2015) foregår med deltakere på sykehus, men det er også inkludert et mindre utvalg fra langtidsinstitusjon. Temaet i undersøkelsen er å se nøyaktigheten av deliriumkartlegging i forbindelse med medisintdeling. Antall medisintdelinger for pasientene på de forskjellige stedene var nesten helt likt. Jeg har derfor valgt å ta med funn fra artikkelen da den belyser deliriumkartlegging i en sykepleiers hverdag.

De kvalitative artiklene belyser sykepleieres erfaring med håndtering av eldre ortopediske pasienter med delirium og anses derfor relevante for å besvare min problemstilling.

Artikkelen til Vassbø & Eilertsen (2014) er en reanalyse av funn gjort i en undersøkelse fra 2011 av de samme forfatterne.

Forfatterne av artiklene er anerkjente forskere innenfor temaer som geriatri, ortopedi, psykiatri, gerontologi og nevropsykologi. Førsteforfatterne har ofte en sentral rolle i disse forskningsmiljøene, og blir publisert i anerkjente tidsskrifter. I artiklene til Voyer et al. (2015) og Bellini et al. (2014) er skaperne av verktøyene medvirkende i studiene. Her gjøres det rede for økonomisk støtte som forskerne har fått. Samtlige av publikasjonene har en eller flere sykepleierforfattere, eller tar for seg identifisering som en del av sykepleierens ansvarsområde.

3.4 Utvalg og kildekritikk av faglitteratur

For å finne relevant litteratur til bacheloroppgaven benyttet jeg pensumlitteratur fra studiet og biblioteket ved LDH. Følgende søkeord ble brukt til søk i Oria; delirium, ortogeriatrici, geriatri, akutt sykdom, eldre og kartlegging. Forfatterens roller og bidrag til fagfeltet ble vurdert i utvalget av litteratur til teoridelen i denne bacheloroppgaven.

En av bøkene som blir mest referert til i denne oppgaven er Torgeir Bruun Wyllers *Geriatrici* fra 2015. Forfatteren er professor i geriatri ved Universitet i Oslo og har blant annet delirium som en av sine viktigste forskningsinteresser. Han har publisert flere lærebøker og publikasjoner i tidsskrifter siden 1990-tallet (Universitet i Oslo, 2014). Boken er fremdeles relevant, da mye av kunnskapen som presenteres samstemmer med bakgrunnsinformasjon i forskningsartiklene jeg har funnet. Kilden blir brukt som teoretisk kunnskapsgrunnlag om temaene delirium og sårbare eldre.

Anette Hysten Ranhoff blir referert fra to forskjellige bøker. Forfatteren er professor i geriatri ved Universitet i Bergen og overlege ved Diakonhjemmet sykehus i Oslo. I denne oppgaven blir det sitert fra ett kapittel i *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom* (2014a) og to kapitler

i *Geriatrisk sykepleie* (2014b, 2014c). Forfatterens bakgrunn og mange publikasjoner tilsier at hun har meget høy troverdighet. Jeg velger derfor å referere fra hennes verk i min oppgave.

Hesook Suzie Kim er en internasjonalt anerkjent sykepleieteoretiker som ofte blir sitert. Forfatteren har forsket og publisert om temaer som blant annet sykepleiepraksis og sykepleievurdering. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke boken *The Essence of Nursing Practice* (2015) til teoretisk kunnskapsgrunnlag om sykepleieprosessen og etiske aspekter i sykepleiepraksis.

Per Nortvedt er sykepleier og forsker på temaene omsorgsfilosofi, etikk og helsefagenes verdigrunnlag. Han er redaktør, forfatter av egne bøker og kapitler i bøker med flere forfattere. I *Klinisk sykepleie bind 1* fra 2016 definerer han sykepleierens kliniske funksjon, sammen med Randi Grønseth. Boken *Omtanke* fra 2016 blir brukt for å belyse etisk teori, blant annet sykepleierens ansvar for å bevare menneskeverdet hos pasienten.

3.4 Etiske vurderinger

Oppgaven inneholder stort sett omformulering av forfatterens tekster. Jeg har valgt å hyppig oppgi sidetall slik at krediteringen blir tydelig og lettere å finne for sensor. Boken til Kim (2015) og nesten alle forsknings- og fagartiklene som brukes i denne oppgaven er skrevet på engelsk. Dette betyr at det kan være fare for upresis parafrasering og referering av disse forfatterne. Ved bruk av engelsk materiale har jeg først oversatt teksten direkte ved hjelp av Google Translate, for så å oversette fremmedord hver for seg. Deretter har jeg forsøkt å tolke betydningen av teksten på nytt før jeg har parafrasert på norsk.

Personlige erfaringer fra klinikken blir brukt i innledningen og i drøftingskapittelet. Her har jeg vært nøye på å omtale personalet og avdelingen på en nøytral og respektfull måte. Møte med pasienter blir beskrevet i en generell sammenheng, slik at anonymitet blir ivaretatt.

4. Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapittelet presenteres funn fra forskningsartiklene som er relevante for å kunne besvare min problemstilling. Selv om artikkelen til Bellini et al. (2014) ble funnet under søket i forskning, vil den ikke bli presentert i dette kapittelet. Grunnen er at den brukes i kapittel to og er en del det teoretiske kunnskapsgrunnlaget. Funnene som presenteres i denne artikkelmatrisen vil bli brukt til å drøfte rundt identifisering av delirium i en klinisk sykepleiekontekst.

Forfatter	Tittel	Tidsskrift	Hensikt	Metode	Funn
Bøyum, Å. W. (2013)	<i>Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd.</i>	Sykepleien forskning	Beskrive sykepleiepersonells erfaringer med forebygging av delirium hos eldre hoftebruddspasienter.	Kvalitativ metode: Beskrivende, utforskende design. Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer av 11 pleiere på en ortopedisk sengepost.	Personalet hadde mye kunnskap om og erfaring med forebygging av delirium. Manglende ressurser, herunder tid utgjorde en barriere. Ved den aktuelle avdelingen var det ikke retningslinjer for forebygging av delirium. Det ble heller ikke brukt kartleggingsverktøy. Deltagerne i studien hadde lite oppmerksomhet rettet mot hypoaktivt delirium.
Hendry, K., Quinn, T. J., Evans, J., Scortichini, V., Miller, H., Burns, J. ... Scott, D. (2016)	<i>Evaluation of delirium screening tools in geriatric medical inpatients: a diagnostic test accuracy study.</i>	Age and Ageing	Evaluere nøyaktigheten til fem kortfattede kartleggingsverktøy for identifisering av delirium i rutinemessig praksis.	Kvantitativ metode: Kohortundersøkelse utført på ikke-elektive eldre pasienter ved en geriatrisk enhet.	Nesten alle de kortfattede kartleggingsverktøyene hadde god sensitivitet for oppdagelse av delirium, men lav spesifisitet (fra 50%-70%). 4AT viste seg å være den mest gjennomførbare. Denne hadde høyest fullføringsrate.

Numan, T., van den Boogard, M., Kamper, A. M., Rood, P. J. T., Peelen, L. M. & Slooter, A. J. C. (2017)	<i>Recognition of Delirium in Postoperative Elderly Patients: A Multicenter Study.</i>	Journal of the American Geriatrics Society	Vurdere i hvilken grad deliriumekspert er enige i diagnostisering når de har tilgang på den samme informasjonen, og diagnostiserer uavhengig av hverandre. Ekspertene var 17 psykiatere, 15 geriatere, fire nevrologer, en nevropsykolog og en sykepleieforsker.	Kvantitativ metode: Prospektiv og observasjonsbasert multisenterstudie.	Selv om ekspertene hadde lik informasjon om de samme pasientene var de ofte uenige i diagnostiseringen. Det var mest uenighet om sannsynligheten for delirium når det dreide seg om den hypoaktive varianten. Når sykepleierne screenet for delirium ble kun 32 % av tilfellene oppdaget.
Vassbø, T. K. & Eilertsen, G. (2014)	<i>Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd.</i>	Nordisk sykepleieforskning	Undersøke sykepleieres erfaringer med identifisering, forebygging, og behandling av delirium blant gamle ortopediske pasienter på sykehus.	Kvalitativ metode: Beskrivende design, bruk av fokusgrupper. En reanalyse av data fra studie gjennomført i 2011.	Noen av sykepleierne oppga at de ikke vier temaet delirium oppmerksomhet ved innkomst. Andre var bevisste på gamle pasienters risiko for å utvikle delirium. Noen sykepleiere oppga frustrasjon fordi det manglet rutiner for systematisk identifisering og rapportering av tilstanden. Ikke alle var klar over symptomtilde til et hypoaktivt delirium.
Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J. ... Carmichael, P-H. (2015)	<i>Recognizing acute delirium as a part of your routine [RADAR]: a validation study.</i>	BMC Nursing	Evaluere validiteten og påliteligheten til RADAR, samt måle verktøyets aksept hos sykepleiere.	Sensitivitet og spesifisitet av RADAR ble målt opp mot resultat av CAM-skåring og de diagnostiske kriteriene i DSM-4.	RADAR hadde en sensitivitet på 73% og en spesifisitet på 67% i henhold til de diagnostiske kriteriene for delirium. Det tok i snitt syv sekunder for sykepleierne å fullføre RADAR. Forfatterne foreslår å bruke verktøyet for å identifisere tegn på delirium, slik at man eventuelt kan henvise til en grundigere utredning.

5. Drøfting

I dette kapitlet vil det bli drøftet rundt problemstillingen. Dette gjøres på bakgrunn av det teoretiske kunnskapsgrunnlaget fra kapittel to, og funn fra forskning som ble presentert i kapittel fire. Problemstillingen i denne bacheloroppgaven er: *Hvordan kan sykepleier identifisere delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd innlagt på sykehus?*

Den høye gjennomsnittsalderen på pasientgruppen gjør at de ofte har en økt sårbarhet. Dette henger igjen sammen med den høye forekomsten av delirium. Forekomsten kan være opptil 50 % (Neerland et al., 2013; Ranhoff, 2014a, 112; Wyller, 2015, 309). Det er en tverrfaglig oppgave å identifisere tilstanden (Jakobsen & Carlsen, 2016). Allikevel er det sykepleieren som ser pasienten hyppigst på en sykehuspost. Det er derfor meget viktig at sykepleieren har kunnskap og kompetanse til å kunne observere og vurdere et eventuelt delirium (Stubberud, 2016, 434).

For å kunne identifisere pasientens problem må man gjøre en datasamling (Dahl og Skaug, 2011, 35). I de neste to underkapitlene presenteres en struktur for hvordan sykepleieren kan gå frem for å identifisere delirium. Her brukes de to første elementene av sykepleieprosessen, nemlig datasamling og problemidentifisering (Nortvedt & Grønseth, 2016, 21). Ifølge VIPS-modellen består en datasamling av sykepleieanamnese og kartlegging av pasientstatus (Ehnfors, Ehrenberg og Thorell-Ekstrand, 2015). Dahl og Skaug (2011, 51) belyser at VIPS-modellen passer inn i den problemløsende sykepleieprosessen. Jeg har erfaring fra klinikken at den brukes i forbindelse med dokumentasjon i sykepleien.

5.1 Datasamling

5.1.1 Sykepleieanamnese

Det første søkeordet under sykepleieanamnese er **kontaktårsak**. Her skal sykepleier ta i betraktning pasientens, eller eventuelt pårørendes forklaring på hvorfor personen ankommer sykehuset (Ehnfors et al., 2015). Hvis pasienten har en demensdiagnose eller kognitiv svikt som gjør at vedkommende ikke er samtykkekompetent har nærmeste pårørende rett på

informasjon, og til å medvirke ved gjennomføring av helsehjelpen (Pasient-og brukerrettighetsloven, 1999, §§ 3-2, 3-3). Det er kan derfor være nyttig å samarbeide med pårørende når man gjør en datasamling om en pasient med kognitiv svikt. Pårørende er også en ressurs når det kommer til å forebygge delirium hos den eldre pasienten (Bøyum, 2013). Ved første møte er det viktig at sykepleieren kommuniserer respekt og interesse for pasienten og det vedkommende uttrykker. Stubberud (2016, 431) belyser at utrygghet og avhumanisering kan være en utløsende faktor til delirium. Vennlighet og tilstedeværelse kan bidra til å skape trygghet og en relasjon mellom pleier og pasient. Dette er viktig for å hindre følelse av avhumanisering hos pasienten. Dessuten kan det bli lettere å gjøre gode observasjoner av den mentale tilstanden dersom man blir kjent med personen.

Selv om pasienten trolig er avklart i mottaket vil det være nyttig å høre vedkommende fortelle sin opplevelse av hvorfor hoftebruddet oppstod. En forklaring på hvorfor fallet skjedde kan gi en pekepinn på grad av sårbarhet hos pasienten (Helbostad, 2014, 352). Dersom vedkommende for eksempel falt på tur i skogen kan man se for seg at den eldre personen er relativt sprek, og derfor ikke passer i kategorien sårbare eldre. Hvis hendelsen skjedde hjemme og som følge av bevegelse med lav hastighet bør man undersøke om det foreligger en mer generell sårbarhet hos den gamle. Dette aspektet viser til neste søkeord som handler om tidligere problemer, funksjonsnedsettelse og **aktuelle medisinske diagnoser**. Informasjonen om dette kan hentes fra pasienten selv og fra tidligere helsedokumentasjon, som for eksempel epikriser (Ehnfors et al., 2015). Unntaket er hvis pasienten uttrykker at hen ikke ønsker dette, for eksempel at det står i journalen hvilke opplysninger som ikke skal deles (Helsepersonelloven, 1999, § 25). Er vedkommende tilregnelig til vanlig, må man respektere et slikt ønske, og derfor belage datasamlingen på andre kilder. Sykepleierne i undersøkelsen til Vassbø & Eilertsen (2014) fortalte at de fikk færre opplysninger om pasienter som kom fra hjemmet kontra dem som kom fra institusjon. I situasjoner hvor det er vanskelig å finne informasjon kan man spørre pasienten selv. Da vil det være viktig å opprette en relasjon med pasienten først for deretter å etterspørre informasjon på en respektfull måte.

Komorbiditet og spesielt demens er viktige risikofaktorer for delirium (Neerland et al., 2013). Alvorlige hjerte eller lungesykdom, tidligere hjerneslag og kognitive problemer er også viktige risikofaktorer ifølge Numan et al. (2017). Informasjon om diagnoser og helseproblemer kan derfor gi sykepleieren en mulighet til å kartlegge om pasienten har en økt risiko for å utvikle delirium. Min erfaring fra klinikken er at det ofte er de multisyke

pasientene som kommer fra sykehjem som utvikler delirium. Som beskrevet tidligere i oppgaven skjer hoftebrudd ofte på grunn av fall i pasientens bolig. Risikofaktorer for fall er blant annet demens og underliggende akutt sykdom som for eksempel infeksjon eller dehydrering (Helbostad, 2014). Dessuten er polyfarmasi, som er en av parameterne for å måle sårbarhet, også relatert til økt fallrisiko. Det er særlig legemidler som påvirker sentralnervesystemet, samt diuretika som disponerer for fall (Ziere et al., 2005). Flere av risikofaktorene for delirium sammenfaller med mulige årsaker til fall. Eksempler på disse er demens, sansesvikt, dårlig ernæringsstatus og polyfarmasi eller komorbiditet (Neerland et al., 2013; Helbostad, 2014, 352, 353). Man kan derfor tenke seg at det er en sammenheng mellom årsaken til bruddet og vedkommendes sårbarhet for delirium. Et hoftebrudd krever som regel et stort inngrep i form av kirurgisk behandling (Varmaken, 2010, 186; Wyller, 2015, 309). En gammel person med hoftebrudd vil dermed bli utsatt for flere av de utløsende faktorene for delirium, for eksempel kirurgisk stressrespons, smerter og søvnmangel på grunn av sykehusopphold. Hvis flere av risikofaktorene og utløsende årsaker er tilstede bør sykepleieren være ekstra oppmerksom for endringer i bevissthet og kognisjon hos pasienten.

Pasientens **sosiale situasjon** sier også noe om grad av generell sårbarhet hos den gamle (Andersen-Ranberg & Matzen, 2016, 51). Dette er også et søkeord i sykepleieanamnesen (Ehnfors et al., 2015). Vedkommendes boforhold og tidligere hjelpebehov kan gi sykepleier pekepinn dette. Men å kartlegge den sosiale situasjonen handler også om å kunne gi tilpasset sykeleie til individet. Ikke minst er det viktig å etablere kontakt med pårørende og primærhelsetjenesten for innhenting av helsedata.

5.1.2 Kartlegging av pasientstatus

Valg av søkeord for å samle data rundt pasientstatus bør baseres på pasientens problemer, behov og risikofaktorer for sykdom. Temaene i VIPS-modellen tar for seg fysiske og psykososiale aspekter (Ehnfors et al., 2015). For å finne den underliggende somatiske årsaken til et delirium vil flere av temaene i pasientstatus være aktuelle å undersøke. I forbindelse med identifisering av delirium er særlig det første teamet aktuelt.

Det første temaet, **kommunikasjon**, omhandler blant annet evne til å uttrykke behov, orienteringsevne, eventuell forvirring og påvirkning av bevissthet (Ehnfors et al., 2015). I den

forbindelse kan man utføre og dokumentere utfall av deliriumkartlegging. Wyller (2015) fremhever CAM som en egnet metode for kartlegging. Metoden er validert og hyppig brukt. Bruker man den fullstendige spørsmålsguiden med ni elementer kan man undersøke om pasienten har flere symptomer på delirium (Inouye et al., 1990).

På en annen side, mener Voyer et al. (2015) at CAM er for tidkrevende til å være et anvendelig screeningverktøy. Det hevdes at CAM-intervjuet kan ta opptil 10 minutter. Forfatterne i denne artikkelen er opptatt av tiden sykepleiere ”ved senga” har til rådighet på en sykehuspost. På bakgrunn av denne problemstillingen har de laget verktøyet RADAR, som står for ”recognizing acute delirium as a part of your routine” (Voyer et al., 2015). Sykepleierne i Bøyum (2013) sin undersøkelse hevdet også at tid var en begrensning for å håndtere deliriske pasienter på en god måte. RADAR består av tre korte spørsmål som sykepleieren skal stille seg selv ved rutinemessig utdeling av medisiner. Spørsmålene lyder som følger; ”var pasienten døsig?”; ”hadde pasienten problemer med å følge instruksjoner?”; og ”var bevegelsene tydelig bremsset ned?” (Voyer, 2015, 8). Hvis man opplever pasienten som unormalt døsig kan det muligens tyde på forstyrret bevissthet eller redusert evne til å fokusere oppmerksomhet. Det at pasienten har problemer med å følge instruksjoner kan skyldes forstyrret kognisjon, oppmerksomhet eller bevissthet. På denne måten korresponderer disse spørsmålene med de diagnostiske kriteriene i DSM-5 (Ranhoff, 2014a, 111). Men sykepleier bør ha god kjennskap til pasienten for å få noe ut av disse korte spørsmålene. Noe som for øvrig også gjelder ved bruk av CAM (Wyller, 2015, 142). RADAR har ikke like god sensitivitet og spesifisitet som CAM, men verktøyet kan gi en økt bevissthet på delirium (Voyer et al., 2015). Dersom sykepleier dokumenterer svaret på disse spørsmålene hver gang hen administrer medisiner er det muligens en økt sjanse for at delirium blir oppdaget. Man kan i det minste tenke seg at metoden bidrar til økt refleksjon.

Det som også er interessant med RADAR er at den ser ut til å vektlegge de hypoaktive symptomene, som søvnighet, sløvhhet og psykomotorisk retardasjon. I undersøkelsen til Numan et al. (2017) kom det frem at eksperter ofte var uenige i diagnostisering når de undersøkte pasienter med hypoaktivt delirium. Økt fokus og kunnskap om hvordan hypoaktive delirium arter seg kan muligens være nyttig. CAM består av fire deler som beskrevet i kapittel 2.3.1. Metoden har en meget høy sensitivitet og spesifisitet for delirium (Inouye et al., 1990). Verktøyet er også validert og mye brukt i klinikken. Det ser ikke ut som

om RADAR har den samme validiteten. Derfor er nok CAM, i forhold til RADAR, en mer aktuell metode å implementere på en sykehuspost.

4AT er i likhet med CAM et validert verktøy (Berg et al., 2016). I en undersøkelse hvor flere kortfattede screeningverktøy ble sammenlignet kom 4AT best ut. Med dette verktøyet får pasienten maks skår hvis vedkommende ikke klarer å svare på de kognitive testene AMT4 og MOTYB. Med andre ord skal det mer til før pasienten ikke er ”testbar”. Dette var grunnen til at 4AT ble ansett som mest anvendelig (Hendry et al. 2016). Svekket oppmerksomhet og endret bevissthetsnivå er viktige symptomer. Derfor kan en maks skår på de kognitive testene fungere som en øyeåpner for sykepleieren. Verktøyet innebærer interaksjon med pasienten i form av spørsmål og oppgaver. På grunn av dette bør sykepleieren ha høy moralsk bevissthet når testen skal gjennomføres. Sykepleier bør være var for signaler fra pasienten. Å bli bedt om å svare på spørsmålene og løse oppgavene kan muligens oppleves som å bli stilt til veggs. Det er viktig at sykepleier gir en grundig forklaring på hvorfor spørsmålene blir stilt og hva resultatet av kartleggingen betyr (Kirkevold, 2014, 129). Instruksene i oppgavene bør kanskje repeteres hvis pasienten har en kognitiv svikt eller demensdiagnose fra før. Dette er viktig slik at man ikke bedømmer pasienten som ”ikke testbar” uten å ha tatt hensyn til vedkommendes forutsetninger i forbindelse med deliriumscreening. Dette understøttes av pasient- og brukerrettighetsloven (1999, § 3-5) som sier at informasjon som gis skal være tilpasset mottakerens forutsetninger.

5.2 Probleidentifisering

Med informasjon hentet gjennom sykepleieanamnese og deliriumkartlegging kan sykepleieren lettere finne ut av hva pasientens problem er (Ehnfors et al., 2015). Det er allikevel viktig at resultatene fra kartlegging tolkes med klinisk skjønn.

For å kunne stille diagnosen delirium må ikke symptomene kunne forklares med en allerede kjent nevrokognitiv lidelse, som for eksempel demens (Ranhoff, 2014a, 111). Hvis en sykepleier kjenner til de diagnostiske kriteriene kan det hende at refleksjon oppstår før man har gjort en deliriumscreening. Dersom sykepleieren ved hjelp av kartleggingsverktøy finner ut av at pasienten ikke er i delirium bør man sørge for at det tas en ny kartlegging senere på døgnet. Grunnen til dette er at symptomer på delirium har en tendens til å veksle (Voyer et al.,

2015, 2). Har sykepleieren hatt mulighet til å gjøre en grundig datasamling kan det også lages risikodiagnoser (Dahl & Skaug, 2011, 34, 40). På denne måten kan man formidle at man har oppdaget at pasienten har en sårbarhet for å utvikle delirium.

Funn fra Numan et al. (2017) kan tyde på at delirium ikke alltid er en enkel diagnose å stille. I 21% av undersøkelsene var de to ekspertene som skulle løse den samme pasientcase uenig i diagnostiseringen (Numan et al., 2017). Stubberud (2016) belyser at delirium hos eldre ofte kan mistolkes som demens, og at tilstanden derfor blir oversett. Wyller (2015, 307) presiserer noen viktige kjennetegn som skiller delirium fra demens. Symptomene på delirium fluktuierer gjennom døgnet, og i tillegg oppstår tilstanden akutt. Derfor bør kognitiv funksjon dokumenteres helt fra første møtet med pasienten. Hvis pasienten ser ut til å ha en kognitiv svikt når hen ankommer posten bør man undersøke om den er nylig oppstått eller ikke. Man kan for eksempel lese helseopplysninger fra tidligere sykehusopphold eller fra kommunen. Hvis det er vanskelig å finne ut av om den kognitive svikten oppstod akutt, kan man belage seg på de neste kjennetegnene som handler om oppmerksomhet og bevissthet. I følge Wyller (2015, 307) vil ikke demens føre til forstyrrelse av oppmerksomhet og bevissthet. Å be pasienten nevne årets måneder baklengs (MOTYB) kan være en enkel metode for å vurdere oppmerksomhet. Hendry et al. (2016) fant i sin undersøkelse at MOTYB-testen hadde høy sensitivitet for delirium. Testen er en del av 4 AT, som også innebefatter en bevissthetstest (Bellini et al. 2014).

I undersøkelsen til Numan et al. (2017) fant de at sykepleierne kun oppdaget 32% av tilfellene da de screenet pasienter for delirium. Dette kan bety at bruk av kartleggingsverktøy ikke nødvendigvis fører til tilfredsstillende identifisering av problemet. Da kan man diskutere om de er verdt å bruke tid på. Allikevel påpeker flere av forfatterne at deliriumscreening er nødvendig for å identifisere tilstanden (Wyller, 2015, 142; Stubberud, 2016, 434; Ranhoff, 2014a, 114). Det kan tenkes at det er behov for økt kunnskap om hvordan man bruker kartleggingsverktøyene, i tillegg til økt kunnskap om delirium.

5.2.1 Sykepleierens kunnskaper om delirium

Nordtvedt & Grønseth (2016, 25) poengterer at sykepleier bør vite hva man skal lete etter når man lager en datasamling. Wyller (2015, 309) mener at mangel på kunnskap hos

helsepersonell gjør at diagnosen ofte ikke blir stilt. Funnene i artikkelen til Vassbø & Eilertsen (2014) underbygger denne påstanden. I følge Rammeplan for sykepleieutdanning skal sykepleiere kunne argumentere for sine handlinger ut ifra et vitenskapsteoretisk syn (Kunnskapsdepartementet, 2008). Dette betyr at vi har ansvar for å holde oss faglig oppdaterte. Hvilke kunnskaper bør ligge til grunn for at sykepleiere skal kunne identifisere delirium hos den gamle pasienten innlagt på sykehus? Undersøkelsen til Bøyum (2013) viste at sykepleierne hadde bred kompetanse om begrensning av delirium, men at pasienter med den hypoaktive varianten allikevel ofte ble oversett. Vassbø og Eilertsen (2014) fant ut at flere av sykepleierne ikke var klar over at den hypoaktive varianten også var delirium. Det kan være uheldig, da det er denne varianten som forekommer hyppigst hos eldre (Ranhoff 2014b, 453). Dette underbygges av studien til Peterson et al. (2006), hvor rent hyperaktivt delirium ikke forekom i det hele tatt hos den eldre populasjonen. De fant at eldre over 65 år som regel hadde hypoaktiv type eller en blandet variant. Med disse opplysningene tatt i betraktning kan man si at det er utilstrekkelig dersom sykepleiere mangler kunnskap om ”stille” delirium. I tillegg til økt kunnskap om symptomer på tilstanden, bør sykepleiere også være klar over de ulike risikofaktorene for utvikling av delirium. Som Kim (2015) belyser bør den første delen av sykepleieprosessen være preget av intellektuell refleksjon, hvor man bruker sine kunnskaper og sanser.

5.3 Ethiske og juridiske aspekter

Sykepleieren har en behandlende funksjon som innebærer vurdering og beslutningstaking gjennom sykepleieprosessen (Nordtvedt & Grønseth, 2016, 22, 23). Men sykepleie har også et moralsk aspekt. Kim (2015, 92) beskriver at lindring av lidelse er en særdeles viktig sykepleieoppgaver. Vi skal også sørge for fysisk og psykisk velvære (Kim, 2015, 92). I en undersøkelse om pasienters opplevelse med delirium kom det frem at de skremmende opplevelsene ofte skyltes frykt og mistro til personer. Flere av pasientene oppga at de følte seg fanget. Noen av dem rapporterte også følelse av maktesløshet og å være forlatt (Pollard, Fitzgerald & Ford, 2015, 215, 216). Forfatterne av denne undersøkelsen hevder at det er viktig at sykepleiere forstår at delirium representerer en intens lidelse for pasienten. For at det skal bli en etisk god praksis må helsepersonell ha innsikt i og ta hensyn til pasientens sårbarhet (Kim, 2015, 92).

Som Ranhoff (2014a) beskriver er delirium en slags psykose. Å ivareta verdigheten og retten til medvirkning hos en psykotisk pasient kan være svært krevende, da de til tider kan ha en annen virkelighetsoppfatning. I følge pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 kan samtykkekompetanse delvis falle bort som følge av psykiske forstyrrelser. Det er helsepersonell som utøver helsehjelpen som avgjør dette. På en annen side påpeker Nortvedt (2016, 27) at helsepersonell sjelden bruker tilpassede verktøy når de skal vurdere om pasienten er samtykkekompetent. Lovverket forteller videre at helsehjelp ikke skal gis hvis pasienten motsetter seg den (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 4-5). Min praksiserfaring tilsier at håndtering av deliriske pasienter ofte kan innebære etiske og juridiske dilemmaer. Derfor er det viktig at tilstanden blir identifisert slik at den kan behandles på riktig måte (Wyller, 2015, 314). I Bøyums (2013) undersøkelse oppga sykepleierne følelse av avmakt i situasjoner hvor pasienter med hyperaktivt delirium stod i fare for å skade seg selv. Loven presiserer at helsehjelpen til personer uten samtykkekompetanse skal tilrettelegges med respekt for vedkommendes fysiske og psykiske integritet (Pasient- og brukerrettighetsloven, § 4A-1). Sykepleieren bør derfor ha en dyp innlevelse i pasientens akutte tilstand og kommunisere at man er der for å hjelpe. I tillegg må vi ha kunnskap om hvordan pasienten er ”til vanlig”. Bøyum (2013) poengterer at akutt sykehusinnleggelse kan føre til integritetstap for pasienten, på grunn av avkledning og mangel på kontroll. Stubberud (2016, 431) bekrefter denne observasjonen og påpeker at dette også er en utløsende faktor for utvikling av delirium. På denne måten kan etisk bevissthet muligens bidra til bevissthet rundt risikofaktorer for delirium.

Funn fra Vassbø & Eilertsen (2014) og Bøyum (2013) viste at sykepleierne ikke fokuserte på pasienter med hypoaktivt delirium. I undersøkelsen til Numan et al. (2017) var ekspertene oftest uenige i forbindelse med diagnostisering av den samme varianten. Wyller (2015, 309) påpeker at hensikten med å diagnostisere delirium er å kunne behandle den utløsende årsaken. Dette er viktig fordi tilstanden er forbundet med økt dødelighet (Jakobsen & Carlsen, 2016, 405; Pedersen & Taudorf, 349, 2016). En undersøkelse gjort av Krogseth, Wyller, Engedal & Juliebø (2013) viste dessuten at delirium alene utgjorde en økt risiko for institusjonalisering og funksjonsnedsettelse seks måneder etter behandling for hoftebrudd. Oppsummert kan man si at delirium kan bety alvorlige konsekvenser for pasientens helse. NSF påpeker at dersom pasienten ikke får nødvendig helsehjelp kan det være tegn på uforsvarlig sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2013, 8, 24). På bakgrunn av dette kan man diskutere om det å overse et delirium kan være tegn uforsvarlig helsehjelp. Hvis det er høy sannsynlighet for at det

foreligger en sykdom vil manglende tiltak for å oppdage denne kunne bli ansett som uforsvarlig praksis dersom konsekvensene av å ikke identifisere sykdommen er store. Det er kun legene som har mulighet til å utrede og diagnostisere (Molven, 2015, 231, 236). De kan allikevel være avhengig av sykepleiernes observasjoner for å oppdage sykdom. Det er ikke alltid mulig for en vakthavende ortoped å vite om en pasient på sengeposten har blitt akutt delirisk. Da bør sykepleieren sørge for kartlegging på eget initiativ, og i tillegg kontakte lege. Molven (2015, 236) påpeker at helsepersonell har rett og plikt til å si ifra dersom de opplever brudd på forsvarlighetskravet.

Dataene i undersøkelsen til Vassbø & Eilertsen (2014) er hentet fra 2011. Man kan håpe at det finnes bedre rutiner for identifisering og håndtering av delirium enn for syv år siden. Min opplevelse fra klinikken er at det varierer hvorvidt sykepleierne dokumenterer i journal vurderinger rundt eventuelle delirium. Vassbø og Eilertsen (2014) understreker at sykepleiernes rammefaktorer må tilrettelegges. Prosedyrer og rutiner for systematisk kartlegging av pasienten bør implementeres for å gjøre det mer sannsynlig at delirium oppdages. Forfatterne foreslår at kunnskapsnivået hos helsepersonell kan heves ved hjelp av undervisning arrangert av arbeidsgiver.

5.4 Betydningen av systematikk og dokumentasjon

Sykepleieprosessen er som nevnt en problemløsende metode. Kritikken av en slik fremgangsmåte er at pasienten blir delt opp i en serie med problemer som sykepleieren må løse. Tanken om at sykepleiefeltet er under kontroll hvis man har gjort en grundig datasamling og korrekt problemidentifisering tar ikke hensyn til at mennesker endrer seg hele tiden. Sykepleieren må også bruke skjønn og finne ut av hva som er viktig sammen med pasient og pårørende (Elstad, 2014, 74, 75). Det kan derfor tenkes at implementering av kartleggingsverktøy kan føre til ”byråkratisering” og komme i veien for individuell tilpasning av sykepleien.

På en annen side tilsier funn fra forskning at delirium blir oversett og ubehandlet på grunn av mangel på systematikk. Hussein, Hirst og Salyers (2014) belyser i sin litteraturgjennomgang at utilstrekkelig bruk av kartleggingsverktøy er en av årsakene til at tilstanden ikke blir identifisert og diagnostisert. Funnene fra Bøyum (2013) og Vassbø & Eilertsen (2014) viste at

sykepleierne ikke tok i bruk kartleggingsverktøy. En av hovedårsakene var at det ikke var rutine ved avdelingene. Forfatterne stiller spørsmål om hvem sitt ansvar det er å iverksette praksisendringer (Vassbø & Eilertsen, 2014). Som nevnt tidligere bør sykepleiere holde seg faglig oppdaterte. Jeg har erfart at en fagsykepleier introduserte og påla personalet til å gjennomføre deliriumkartlegging som en del av et prosjekt. På denne måten ble resten av personalgruppen faglig oppdatert gjennom en person med en spesiell rolle i avdelingen. Man kan lure på hva som skal til for at deliriumkartlegging blir en rutine. En forutsetning er at kartleggingsverktøyene bør være kortfattede og enkle å bruke (Hendry et al., 2016; Voyer et al., 2015). Verktøyet bør også vektlegge høy sensitivitet over spesifisitet fordi det vanskelige er ofte å oppdage tilstanden. Kortfattet mental vurdering (AMT4) og årets måneder baklengs (MOTYB) ble begge vurdert til å ha høy sensitivitet (Hendry et al., 2016). Disse to delene inngår i verktøyet 4AT (Bellini et al., 2014). Berg et al. (2016) mener dessuten at 4AT er lett å bruke i sin helhet og kan være godt egnet til å bruke i klinikken. Som McAiney, Patterson, Coker & Pizzacalla (2012) poengterer bør sykepleiere få opplæring i hvordan man identifiserer delirium slik at utfallet av kartleggingen blir så nøyaktig som mulig.

Det bør også legges vekt på dokumentasjon og hvordan funn fra kartlegging skal videreformidles (McAiney et al., 2012). Helsepersonell har en plikt til å dokumentere opplysninger om pasienten i journal (Helsepersonelloven, 1999, §§ 39, 40). Det er ledelsen i virksomheten som har ansvar for at journalføringen er organisert på en hensiktsmessig måte (Journalforskriften, 2000, § 4). Allikevel hender det at sykepleiernes dokumentasjon rundt pasientens problemer er utilstrekkelig (Moen et al., 2008). For å sikre kvaliteten og kontinuiteten i behandlingen er det viktig at sykepleierens observasjoner og vurderinger omkring eventuelle delirium blir videreformidlet. Hvis delirium forblir uoppdaget kan det medføre alvorlige konsekvenser for pasienten.

6. Avslutning

I denne bacheloroppgaven har jeg forsøkt å finne ut av hvordan sykepleier kan identifisere delirium hos en allerede utsatt pasientgruppe. Som Nortvedt & Grønseth (2016, 25) belyser bør vi vite hva vi skal se etter. Derfor bør en sykepleier som jobber på avdelinger hvor det er mange sårbare eldre ha bred kunnskap om symptomer, risikofaktorer og utløsende årsaker omkring delirium. Dersom tilstanden ikke blir identifisert, blir det vanskelig å behandle den utløsende årsaken (Wyller, 2015). Dette kan være uheldig for pasientens helse og livskvalitet (Pedersen & Taudorf, 2016; Korgseth et al., 2013). Forskning jeg har funnet tilsier at bruk av formelle kartleggingsverktøy kan øke sannsynligheten for oppdagelse av delirium.

Sykepleieren bør ha kompetanse til å bruke disse kartleggingsverktøyene, som for eksempel CAM eller 4AT. Implementering av nye rutiner og verktøy krever også støtte fra avdelingens ledelsespersoner.

Den praktiske fremgangsmåten for identifisering av delirium kan være basert på sykepleieprosessen. Gjennom grundig sykepleieanamnese og bruk av kartleggingsverktøy kan sykepleier få et helhetlig bilde av om pasienten har delirium eller er i fare for å utvikle det. Det helhetlige bilde kan også gi informasjon om pasientens generelle sårbarhet. Men identifisering av delirium handler også om å bli kjent med pasienten. På grunn av rammefaktorer som tid og hurtig utskrivelser kan dette være krevende. Tid er en rammefaktor som sykepleierne i Bøyum (2013) og Vassbø & Eilertsen (2014) oppga som en barriere for god håndtering og identifisering av delirium. Voyer et al. (2015) presenterer en metode som lett kan implementeres i sykepleierens allerede eksisterende tidsramme.

Delirium kan være en krevende tilstand å identifisere. Kunnskap om hvordan pasienten er til vanlig kan gjøre det lettere å identifisere om pasienten faktisk er delirisk. Wyller (2015) poengterer at pårørende er en viktig ressurs da de gi svar på om forvirringen er nylig oppstått eller ikke. For at sykepleieren lettere skal kunne identifisere delirium hos eldre hoftebruddspasienter må hen arbeide kunnskapsbasert. Det vil si å bruke validerte kartleggingsverktøy, sin kunnskap om symptomer og årsaker til delirium, samt kunnskap om pasienten.

Referanseliste

- Andersen-Ranberg, K. & Matzen, L-E. (2016). Den geriatriske patient. I: E. A. Holm & F. Rønholt (red.) *Geriatry* (47-56). København: Munksgaard
- Befring, A. K. (2017). *Helse- og omsorgsrett*. Oslo: Cappelen Damm
- Bellini, G., Morandi, A., Davis, D., Mazzola, P., Turco, R., Gentile, S., ... MacLulich, A. (2014). Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people. *Age and Ageing* 43 (4), 496-502. Doi: 10.1093/ageing/afu021
- Berg, G. V., Watne, L. O. & Gjevjon, E. R. (2016). Ny screening gir sikrere diagnose. *Sykepleien* 104 (3), 52-53. Doi:10.4220/Sykepleiens.2016.56686
- Björkelund, K. B, Hommel, A., Thorngren, K.-G., Gustafson, L., Larsson, S. & Lundberg, D. (2010). Reducing delirium in elderly patients with hip fracture: a multi-factorial intervention study. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 54 (6). 678-688. Doi:10.1111/j.1399-6576.2010.02232.x
- Bøyum, Å, W. (2013). Forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt med hoftebrudd. *Sykepleien forskning* 8 (3), 210-218. Doi: 10.4220/sykepleienf.2013.0091
- Cofer, M. J. (2005). Unwelcome companion to older patients: Postoperative delirium. *Nursing* 2005 35 (1), 32hn1-32hn3. Hentet fra: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&AN=00152193-200501000-00029&LSLINK=80&D=ovft>
- Dahl, K. & Skaug, E-A. (2011). Kliniske vurderingsprosesser og dokumentasjon i sykepleie. I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E-A. Skaug (red.) *Grunnleggende Sykepleie, bind 2* (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Den Norske Legeforening (2011). *Målbeskrivelse for geriatri*. Hentet 15.03.2018 fra:
<http://legeforeningen.no/Emner/Spesialiteter/Geriatri/malbeskrivelse-for-geriatri/>
- Ehnfors, M., Ehrenberg, A., Thorell-Ekstrand, I. (2015). *VIPS-folderen*. Oslo: Cappelen Damm
- Elstad, I. (2014) *Sjuepleietenkning*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ely, E. W., Truman, B., Shintani, A., Thomason, J. W. W., Wheeler, A. P., Gordon, S. ... Bernard, G. R. (2003). Monitoring sedation status over time in ICU patients: reliability and validity of the Richmond Agitation-Sedation Scale (RASS). *Journal of the American Medical Association* 289 (22), 2983-2991. Doi: 10.1001/jama.289.22.2983
- Gjertsen, J-E., Dyvik, E. & Kvamsdal, L. B (2017). *Nasjonalt hoftebruddregister. Årsrapport for 2016 med plan for forbedringstiltak*. Hentet fra:
https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/28_arsrapport_2016_hoftebruddregisteret.pdf
- Helbostad, J. L. (2014). Bevegelse og aktivitet. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie* (2. Utg., s. 340-359). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)*. (Meld. St. 16 2010-2011). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-16-20102011/id639794/sec1>
- Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m.v. av 2. Juli 1999 nr. 64. Hentet fra:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_8#§46
- Hendry, K., Quinn, T. J., Evans, J., Scortichini, V., Miller, H., Burns, J. ... Scott, D. (2016). Evaluation of delirium screening tools in geriatric medical inpatients: a diagnostic test accuracy study. *Age and Ageing*, 45 (6), 832-837. Doi:10.1093/ageing/afw130

- Hussein, M. E., Hirst, S., & Salyers, V. (2014). Factors that contribute to underrecognition of delirium by registered nurses in acute care settings: a scoping review of the literature to explain this phenomenon. *Journal of Clinical Nursing*, 24 (7-8), 906-915. Doi: 10.1111/jocn.12693
- 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. Hentet fra: <http://annals.org/aim/article-abstract/704335/clarifying-confusion-confusion-assessment-method-new-method-detection-delirium>
- Jakobsen, S. & Carlsen, T. L. (2016). Ortogeriatri. I: E. A. Holm & F. Rønholt (red.) *Geriatri* (339-408). København: Munksgaard
- Journalforskriften (2000). Forskrift om pasientjournal m.v. av 21. Desember 2000 nr. 1385. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-21-1385>
- Kim, H. S. (2015). *The Essence of Nursing Practice: Philosophy and Perspective*. New York: Springer Publishing Company
- Kirkevold, M. (2014). Kartlegging. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie* (2. Utg., s. 122-144). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Krogseth, M., Wyller, T. B., Engedal, K. & Juliebø, V. (2013). Delirium is a risk factor for institutionalization and functional decline in older hip fracture patients. *Journal of Psychosomatic Research* 76 (1), 68-74. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.10.006>
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf
- Lund, J. (2009). Identifisere. I E. Bolstad (red.) *Store norske leksikon*. Hentet 04.01.2018 fra: <https://snl.no/identifisere>

- MacLulich, A. (u.å). *4 AT – Rapid Clinical Test for Delirium*. Hentet 06.01.2018 fra:
<https://www.the4at.com>
- McAiney, C. A., Patterson, C., Coker, E., & Pizzacalla, A. (2012). A Quality Assurance Study to Assess the One-Day Prevalence of Delirium in Elderly Hospitalized Patients. *Canadian Geriatric Journal* 15 (1), 2-7. Doi: 10.5770/cgj.15.15
- Meyer, H. E. & Søgaard, A-J. (2016). *Fakta om beinskjørhet og brudd (osteoporose og osteoporotiske brudd)*. Hentet 08.12.2017
<https://www.fhi.no/fp/folkesykdommer/beinskjorhet/beinskjorhet-og-brudd---fakta-om-os/#9000-hoftebrudd-i-aaret>
- Moen, A., Hellesø, R. & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring: Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe
- Molven, O. (2015) *Helse og jus* (8. Utg). Oslo: Gyldendal Juridisk
- Myrstad, M. (2015). De gamle er eldst – eller bare eldre? *Tidsskriftet, Den norske legeforening* 135 (6), s. 567. DOI: 10.4045/tidsskr.14.1292
- Neerland, B. E., Watne, L. O. & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskriftet, Den norske legeforening* 133 (15), 1596-1600. Doi: 10.4045/tidsskr.12.1327
- Norsk sykepleierforbund (2016). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet fra:
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer>
- Norsk sykepleierforbund (2013). *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. [Brosjyre]. Oslo: Norsk sykepleierforbund. Hentet fra:
https://www.nsf.no/Content/1161840/3%20utgave%20faglig_forsvarlighet.pdf
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I: D-G. Stubberud, H. Almås & R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie, bind 1*. (5. Utg, s. 17-38). Oslo: Gyldendal Akademisk

- Nortvedt, P. (2016). *Omtanke. En innføring i sykepleiens etikk*. (2. Utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Numan, T., van den Boogaard, M., Kamper, A. M., Rood, P. J. T., Peelen, L. M. & Slooter, A. J. C. (2017). Recognition of Delirium in Postoperative Elderly Patients: A Multicenter Study. *Journal of the American Geriatrics Society* 65 (9), 1932-1938. Doi: 10.1111/jgs.14933
- Pasient- og brukerrettighetsloven (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter m. v. av 02 Juni 1999 nr 63. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_5
- Pedersen, H. & Taudorf, S. (2016). Demens, delirium og depression. I: E. A. Holm & F. Rønholt (red.) *Geriatri*. (337-456). København: Munksgaard
- Peterson, J. F., Pun, B. T., Dittus, R. S., Thomason, J. W., Jackson, J. C., Shintani, A. K & Ely, E. W. (2006). Delirium and Its Motoric Subtypes: A Study of 614 Critically Ill Patients. *Journal of the American Geriatric Society* 54 (3), 479-484. Doi: 10.1111/j.1532-5415.2005.00621.x
- Pollard, C., Fitzgerald, M. & Ford, K. (2015). Delirium: The lived experience of older people who are delirious post-orthopaedic surgery. *International Journal of Mental Health Nursing* 24 (3), 213-221. Doi: 10.1111/inm.12132
- Ranhoff, A. H. (2014a). Delirium (akutt forvirring) og demens. I: A. A. Dahl, T. F. Aarre, J. H. Loge (red.) *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. Symptomer, diagnostikk og behandling* (s. 109-126). Oslo: Cappelen Damm
- Ranhoff, A. H. (2014b). Delirium (akutt forvirring) I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie* (2. Utg., s. 452-463). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Ranhoff, A. H. (2014c). Den gamle pasienten. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (red.) *Geriatrisk sykepleie* (2. Utg., s. 79-91). 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* (2. Utg., s. 511-519). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Siddiqi, N., House, A. O. & Holmes, J. D. (2006) Occurrence and outcome of delirium in medical in-patients: a systematic literature review. *Age and Ageing*, 2006 (35) 350-364. Doi: doi:10.1093/ageing/afl005
- Stubberud, D-G. (2016). Sykepleie ved delirium. I: D-G. Stubberud, H. Almås & R. Grønseth (red.) *Klinisk sykepleie, bind 1*. (5. Utg, s. 429-438). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Universitetet i Oslo (2014). *Torgeir Bruun Wyller*. Hentet 08.01.2018 fra <http://www.med.uio.no/klinmed/personer/vit/tbwyller/index.html>
- Varmarken, J-E. (2010). Hofte og femur. I: S. Olesen, A. Dalgaard, B. Hørdam & P. U. Pedersen (red.) *Ortopædkirurgi. Sygdomslære og sygepleje*. (2. Utg, s. 185-200). København: Nyt Nordisk Forlag
- Vassbø, T. K. & Eilertsen, G. (2014). Faser under sykehusoppholdet – sykepleieres erfaringer med delirium blant gamle med brudd. *Nordisk sygeplejeforskning 1* (4), 59-71. Hentet fra: https://www.idunn.no/nsf/2014/01/faser_under_sykehusoppholdet_-_sykepleieres_erfaringer_med?mode=author_info_ID_G1588978041&skipDecorating=true
- Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J. ... Carmichael, P-H. (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
- Witlox, J., Eurelings, L. S. M., de Jonghe, J. F. M, Kalisvaart, K. J., Eikelenboom, P. & van Gool, W. A. (2010). Delirium in Elderly Patients and the Risk of Postdischarge Mortality, Institutionalization, and Dementia. A Meta-analysis. *Journal of the American Medical Association* 304 (4), 443-451. doi:10.1001/jama.2010.1013

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

Ziere, G., Dieleman, J. P., Hofman, A., Pols, H.A., van der Cammen, T. J. M, Stricker, B. H. (2005). Polypharmacy and falls in the middle age and elderly population. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 61 (2), 218-223. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2125.2005.02543.x>