

Sykepleieres erfaring med identifisering av delirium

Kandidatnummer: 441 & 495

Lovisenberg diakonale høgskole

Bacheloroppgave
i sykepleie

Antall ord: 7815

Dato: 12.04.2021



Lovisenberg
diakonale høgskole

| | |
|---|--|
| ABSTRAKT | Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 12.04.2021 |
| Tittel: Sykepleieres erfaring med identifisering av delirium | |
| <p><u>Problemstilling:</u> Hvilken erfaring har sykepleiere med identifisering av delirium hos eldre pasienter på sykehus?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv:</u> I oppgavens teoretiske kunnskapsgrunnlag presenteres teori om delirium, sykepleiers rolle i identifiseringen og kartleggingsverktøyene CAM og 4AT. Erfaring-, teori- og forskningsbasert kunnskap vektlegges, samt de yrkesetiske perspektivene da disse er av stor betydning for å drøfte sykepleiernes erfaringer med identifisering av delirium i møte med eldre pasienter. Relevante juridiske perspektiver blir presentert til slutt i kapittelet.</p> <p><u>Metode:</u> Oppgaven er en litterær oppgave. Det er benyttet relevant fag- og forskningslitteratur for å besvare problemstillingen. Fremgangsmåte og søkehistorikk fra forskningsartiklene, som er funnet i databasene PubMed, CINAHL og Embase, oppsummeres. Søkeordene som blir benyttet er <i>delirium</i>, <i>confusion assessment method</i>, <i>nursing perspectives</i>, <i>qualitative studies</i>, <i>job experience</i>, <i>nurse experience</i>, <i>experience</i> og <i>nurse</i>. Utvalgte forskningsartikler har kvalitativ metode. Metodekapittelet avsluttes med kildekritikk av valgt litteratur.</p> <p><u>Drøfting:</u> Utgangspunktet for drøftingsdelen er sykepleiernes erfaring med identifisering av delirium på sykehus. Deres erfaring drøftes opp mot relevant fag - og forskningslitteratur. Sykepleiernes kunnskaper om delirium og klinisk erfaring trekkes frem som faktorer som påvirker identifiseringen. Videre påvirker også sykepleiernes individuelle holdninger til eldre og følelse av ansvar i identifiseringen av delirium. Sykepleiernes erfaring med bruken av kartleggingsverktøyene CAM og 4AT belyses også, i tillegg til ulike faktorer på arbeidsplassen.</p> <p><u>Konklusjon:</u> Ifølge fag- og forskningslitteratur har sykepleierne erfaring med at identifisering av delirium er utfordrende og at delirium ofte forblir uoppdaget. Noen av utfordringene sykepleierne erfarer i identifiseringsarbeidet med delirium, er manglende kunnskap om delirium, kontinuitet blant sykepleierne og tidspress på avdelingen. Sykepleierne opplever at de validerte kartleggingsverktøyene alene ikke utdypet tilstrekkelig om pasientens tilstand, men i kombinasjon med utfyllende dokumentasjon kan kartleggingsverktøyene være til god hjelp for å identifisere delirium.</p> | |

(Totalt antall ord: 278)

Innholdsfortegnelse

| | | |
|----------|--|-----------|
| 1 | INNLEDNING | 1 |
| 1.1 | BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA | 1 |
| 1.2 | PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING | 2 |
| 1.2.1 | <i>Avgrensning og presisering</i> | 2 |
| 2 | TEORETISK KUNNSKAPSGRUNNLAG | 3 |
| 2.1 | DELIRIUM | 3 |
| 2.2 | SYKEPLEIERNES ROLLE I IDENTIFISERINGEN AV DELIRIUM | 4 |
| 2.3 | KARTLEGGINGSVERKTØY | 4 |
| 2.3.1 | <i>Confusion Assessment Method</i> | 5 |
| 2.3.2 | <i>The four A's test</i> | 5 |
| 2.4 | KUNNSKAPSBASERT PRAKSIS | 5 |
| 2.5 | ETISKE OG JURIDISKE PERSPEKTIVER | 6 |
| 3 | METODE | 8 |
| 3.1 | GJENNOMFØRING AV LITTERATURSØK | 8 |
| 3.1.1 | <i>Inklusjons- og eksklusjonskriterier</i> | 12 |
| 3.2 | ØVRIG FAGLITTERATUR | 13 |
| 3.3 | KILDEKRITIKK | 13 |
| 3.3.1 | <i>Forskningslitteratur</i> | 14 |
| 3.3.2 | <i>Faglitteratur</i> | 14 |
| 3.4 | ETISKE VURDERINGER | 15 |
| 4 | PRESENTASJON AV FORSKINGSRESULTATER | 16 |
| 5 | DRØFTING | 19 |
| 5.1 | SYKEPLEIERNES KUNNSKAP | 19 |
| 5.2 | SYKEPLEIERNES KLINISKE ERFARING | 21 |
| 5.3 | FAKTORER PÅ ARBEIDSPLASSEN | 22 |
| 5.4 | SYKEPLEIERNES ANSVAR OG HOLDNINGER | 25 |
| 5.5 | BRUK AV KARTLEGGINGSVERKTØY | 26 |
| 6 | AVSLUTNING | 30 |
| | REFERANSELISTE | 31 |
| | VEDLEGG 1 | 36 |
| | VEDLEGG 2 | 37 |

1 Innledning

Delirium oversettes «akutt forvirring» og forekommer hos opptil 50% av eldre pasienter på sykehus (Ranhoff, 2020, s. 458). Denne tilstanden blir i flere tilfeller feildiagnostisert eller oversett hos eldre. Tilstanden kan ifølge Wyller skyldes manglende kunnskap hos sykepleiere, kombinert med lite oppmerksomhet rundt symptomene på delirium (Wyller, 2020, s. 300). Uoppdaget delirium kan føre til ulike komplikasjoner for pasienten, som økt kognitiv svikt og forlenget liggetid på sykehus (Ranhoff, 2020, s. 458). Derfor er det viktig at sykepleier har kunnskap om symptomer på tilstanden slik at delirium lettere kan identifiseres. Om tilstanden identifiseres tidlig og behandling gis er prognosen god (Engedal, 2012, s. 288-289). I tillegg vil tidlig identifisering øke kvaliteten på helsehjelpen pasienten mottar, og dermed føre til bedre pasientsikkerhet (Stubberud, 2019, s. 12).

Eldre er mer sårbare og har større sannsynlighet for å utvikle delirium, enn yngre (Helsedirektoratet, 2019). Sykepleiere møter akutt syke eldre pasienter på ulike sykehusavdelinger (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 205). Med dette som grunnlag er sykehus konteksten i denne oppgaven. Fordelen med at sykehus er konteksten er at sykepleiere er tilstede på avdelingen hele døgnet og derfor har mulighet til å identifisere delirium tidlig, grunnet kontinuerlig pasientkontakt.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har begge opplevd delirium gjennom praksis på sykehus og opplevde det som utfordrende å identifisere pasienter med denne tilstanden. I tillegg opplevde vi at det var lite kunnskap om identifisering av delirium, noe som førte til uheldige konsekvenser for både pasienten og ansatte. Usikkerheten rundt identifisering av delirium førte til at vi ønsket å utforske hvilke erfaringer sykepleiere har med identifisering av tilstanden på sykehus.

Det er viktig at sykepleiere identifiserer delirium på et tidlig stadium, slik at behandling og påfølgende rehabilitering kan iverksettes så raskt som mulig. Ved tidlig identifisering kan uheldige konsekvenser unngås, som for eksempel fremskyndet død (Stubberud, 2016, s. 505). Dessuten er dette aktuelt med tanke på at andelen eldre i Norge vil øke med tiden (Mensen, 2020, s. 29) og antageligvis også forekomsten av delirium. Med tanke på at delirium ofte

forblir uidentifisert, er formålet med oppgaven å utforske hvilke erfaringer sykepleiere har med identifisering, for å øke bevisstheten rundt tema.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Ut ifra tema og kontekst har vi valgt å formulere følgende problemstilling:

«Hvilken erfaring har sykepleiere med identifisering av delirium hos eldre pasienter på sykehus?»

1.2.1 Avgrensning og presisering

Forekomsten av delirium er høy hos eldre sykehusinnlagte pasienter (Neerland et al., 2013, s. 1597). Vi velger derfor å avgrense oppgaven til å omhandle inneliggende pasienter over 65 år på sykehus. Oppgaven avgrenses ikke til sykepleiernes erfaringer med identifisering av delirium på én spesifikk sengepost, men på sykehuset generelt. Sykepleiernes erfaring med forebyggende og behandlende tiltak til pasienter med delirium vil ikke bli inkludert i oppgaven.

Det finnes mange kartleggingsverktøy for å diagnostisere delirium, vi har begrenset oppgaven til å kun omhandle CAM og 4AT. Gjennom oppgaven vil eldre pasienter refereres til som «pasienter». Årsaken til at pasientene får delirium eller pasientenes underliggende sykdommer vil ikke bli satt i fokus. Vi anser det som viktig å identifisere delirium hos både kvinner og menn, samt pasienter som både er kognitivt friske og har kognitiv svikt, og velger å ikke skille mellom pasientene. Når det gjelder kunnskapsbasert praksis tar vi utgangspunkt i at pasientenes ønske og behov er å få delirium identifisert og dermed unngå komplikasjoner. Derfor drøftes ikke dette ytterligere i drøftingskapittelet.

2 Teoretisk kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet presenteres faglig og anerkjent kunnskap, teoretiske rammer, etiske og juridiske perspektiver som er relevant for drøfting av oppgavens problemstilling.

2.1 Delirium

Delirium er en akutt forvirringstilstand og er i de fleste tilfeller reversibel. Det er en fluktuerende tilstand, som vil si at graden av symptomene varierer gjennom døgnet. Et av symptomene er redusert bevissthetsnivå, i form av at den eldre pasientens oppmerksomhet og oppfattelse av omgivelsene er svekket. I tillegg er pasienten ofte desorientert for tid, sted og situasjon samt har dårlig korttidshukommelse (Ranhoff, 2020, s. 458-459). Delirium kan gå over etter et par timer eller vare i flere dager og uker. Eldre pasienter som gjennomgår delirium uten at det blir identifisert har høyere risiko for økt kognitiv svikt, og å komme på sykehjem samt høyere dødelighet (Wyller, 2020, s. 299-300).

Delirium kan deles i flere undertyper. Hyperaktivt delirium er én av de tre undertypene. Ved hyperaktivt delirium er pasienten aggressiv og utagerende. I tillegg kan pasienten oppleves lite samarbeidsvillig og skape uro på avdelingen. Kjennetegnene er psykomotorisk uro, vandring, hallusinasjoner, vrangforestillinger og i noen tilfeller utagerende atferd (Stubberud, 2016, s. 506).

Den andre undertypen er hypoaktivt delirium. Da er det vanlig at pasienten er rolig, innesluttet, holder sengen og pasienten kan oppfattes som samarbeidsvillig. De vanligste kjennetegnene er nedsatt psykomotorisk aktivitet, svekket bevissthet og oppmerksomhet. Denne typen blir ofte feildiagnostisert eller oversett (Ranhoff 2020, s. 459). Den siste og vanligste undertypen er blandet delirium. Da veksler pasienten mellom en hypoaktiv og hyperaktiv tilstand gjennom forløpet. Denne vekslingen kan skje i løpet av noen minutter eller langsommere gjennom døgnet (Stubberud, 2016, s. 506; Wyller, 2020, s. 299).

En av de viktigste predisponerende faktorene for delirium er høy alder. Høy alder kan redusere kroppens evne til å mestre akutt og kritisk sykdom (Stubberud, 2017, s. 430). Delirium har alltid en utløsende årsak. Utløsende årsak kan være akutt sykdom, alvorlig eller lite alvorlig skade (Ranhoff, 2020, s. 464). Infeksjoner, operasjoner, legemiddelbivirkninger

eller dehydrering er noen av de vanligste årsakene til delirium hos eldre pasienter på sykehus (Helsedirektoratet, 2019).

2.2 Sykepleiernes rolle i identifiseringen av delirium

En av sykepleiernes funksjoner er den helsefremmende og forebyggende funksjon. En del av denne funksjonen er sekundærforebygging, som går ut på å identifisere helsesvikt hos en pasient på et tidlig stadium for å kunne iverksette tiltak (Kristoffersen et al., 2016, s. 18).

Sykepleierne må observere pasienten for å identifisere delirium. Observasjon er en ferdighet som må trenes på og sykepleier må anvende både teoretisk kunnskap og klinisk erfaring (Nordtvedt & Grønseth, 2017, s. 23-24). Sykepleierne har mye pasientkontakt og muligheten til å observere pasienten kontinuerlig (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s. 15).

Observasjonene sykepleierne gjør av pasienten må rapporteres til legen. Legene er avhengig av sykepleiernes observasjoner da de selv bare møter pasienten i korte øyeblikk. Uten god rapportering er det vanskelig for legen å diagnostisere pasienten med delirium (Ranhoff, 2020, s. 462).

De viktigste kartleggingsoppgaver til sykepleierne hos geriatriske pasienter er blant annet å kartlegge kognitiv og emosjonell funksjon (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s. 116). Eldre pasienter som innlegges på sykehus, bør daglig vurderes om de har kognitive endringer. Etter forandringer i organisering av helsetjenesten, har kontinuiteten i sykepleierne som er i kontakt med pasienten blitt utfordret (Hellesø, 2016, s. 211). Er sykepleierne usikre på om pasienten har kognitive endringer kan pasientens pårørende, eller andre som kjenner pasienten godt, være til god hjelp. Enhver endring i kognitiv funksjon hos den eldre pasienten i forbindelse med akutt sykdom, bør vurderes som delirium (Wyller, 2020, s. 297-298).

2.3 Kartleggingsverktøy

Avdelinger med eldre pasienter som er i risikoen for utvikling av delirium, bør ha gode rutiner for identifisering av tilstanden (Wyller, 2020, s. 300). Å oppdage endringer i pasientens tilstand er en viktig del av kartleggingen. Kartleggingsverktøy er en systematisk metode som kan føre til lettere kartlegging (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s. 115). Bruk av kartleggingsverktøy i sammenheng med sykehistorie og fysiologisk status, anbefales til vurdering og observasjon av pasientens kognitive og mentale funksjon (Stubberud, 2016, s.

505). Det finnes flere ulike validerte kartleggingsverktøy for identifisering av delirium, to av disse er Confusion Assessment Method, CAM (vedlegg 1), og The four A's test, 4AT (vedlegg 2).

2.3.1 Confusion Assessment Method

CAM er et anerkjent og anbefalt kartleggingsverktøy for bruk av sykepleiere i identifiseringen av delirium (Helsedirektoratet, 2019). Gjennomføring av CAM tar mellom fem til syv minutter, og pasienten blir vurdert ut ifra fire kjennetegn (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s. 20). De fire kjennetegnene er akutt debut og vekslende forløp, uoppmerksomhet, desorganisert tankegang og endret bevissthetsnivå. Pasienten må ha kjennetegn én og to, samt enten tre eller fire for at delirium kan være en mulighet (Stubberud, 2017, s. 434-435).

2.3.2 The four A's test

4AT er en sjekkliste som kan anvendes av sykepleiere på sykehuset for å lettere identifisere symptomene på delirium. De fire punktene som vurderes er årvåkenhet, mental vurdering, oppmerksomhet og akutt endring eller fluktusjon. Sykepleiere kan anvende sjekklisten kontinuerlig og på denne måten aktivt søke etter symptomer eller kjennetegn på delirium (Wyller, 2020, s. 136-137). Sjekklisten tar to minutter å gjennomføre (Bellelli et al., 2014, s. 501). Ved gjennomført test har pasienten en skår på mellom 0 og 12. En skår på mer enn 4 antyder delirium, og dette må sykepleierne rapportere videre til legen. Legen kan ikke stille diagnosen bare med 4AT som grunnlag (Ranhoff, 2020, s. 462-463).

2.4 Kunnskapsbasert praksis

En forutsetning for god kvalitet i helsehjelpen sykepleierne utøver, er at de jobber kunnskapsbasert. Kunnskapsbasert praksis går ut på at sykepleierne skal ta faglige avgjørelser, basert på teori – og forskningskunnskap, erfaringsbasertkunnskap og pasientens ønsker og behov i den gitte situasjonen (Stubberud, 2019, s. 24).

Kunnskapsbasen, bestående av teori- og forskningskunnskap, må sykepleierne systematisk innhente. Kunnskapsbasen i møte med deliriske pasienter bør inneholde kunnskaper om delirium generelt, hvilke symptomer sykepleierne skal se etter under observasjon av pasientene, hvem som er i risikogruppen og kunnskaper om utviklingen av delirium (Nortvedt

& Grønseth, 2017, s. 24-25). Har sykepleierne for lite kunnskap, vil det ha uheldige konsekvenser for pasienten da det kan medføre sen identifisering eller uoppdaget delirium (Watne & Wyller, 2018).

Erfaringsbasert kunnskap er et ledd i kunnskapsbasert praksis og omhandler kunnskapen sykepleierne tilegner seg gjennom å praktisere sykepleie i møte med pasienter (Nortvedt et al., 2016, s. 18-19). Den erfaringsbaserte kunnskapen utvikles gjennom observasjoner og å se sammenhenger i ulike situasjoner. Forskningsbasert kunnskap brukt i kombinasjon med erfaringsbasert kunnskap er med på at sykepleierne utøver forsvarlig sykepleie gjennom kunnskapsbasert praksis (Graverholt et al., 2016, s.184).

2.5 Etiske og juridiske perspektiver

Sykepleiere har både juridiske og etiske rammer å forholde seg til i utøvelsen av sykepleie i møte med deliriske pasienter. En sykepleier skal handle faglig forsvarlig som går ut på å beskytte pasienten mot uønskede handlinger, i tillegg skal sykepleier vise respekt og omtanke for pasienten (Flovik & Rokseth, 2016, s. 283). Kravet om faglig forsvarlighet er nedtegnet i Helsepersonelloven § 4 (1999), og i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere punkt 5.2 (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

Ifølge rammeplanen for sykepleierutdanningen skal sykepleien være kunnskapsbasert (Kunnskapsdepartementet, 2008). Dette samsvarer med yrkesetiske retningslinjer punkt 1.1 om at sykepleien skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. I tillegg har sykepleiere ifølge punkt 1.4 et personlig ansvar for å holde seg oppdatert på kunnskap innenfor sitt fagområde. Dette for å kunne utøve en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom, i samsvar med punkt 2.1. Samtidig som lederne også har et ansvar ifølge punkt 1.5 for å skape tid for fagutvikling. I tillegg har sykepleiere et ansvar for å veilede medarbeidere for å skape fagutvikling ifølge punkt 4.2 (Norsk Sykepleierforbund, 2019). Dette er med på å skape god kvalitet og like rettigheter ovenfor pasientene som formulert i pasient- og brukerrettighetsloven § 1-1 (1999).

Videre har sykepleiere et ansvar med å fordele ressursbruken på en måte som ikke tar tid og utgifter fra pasient og sykehus (Helsepersonelloven, 1999, § 6). Sykepleiere har dokumentasjonsplikt og i helsepersonelloven § 40 (1999) er det nedtegnet ulike krav til hva

dokumentasjonen skal inneholde. Sykepleiere må dokumentere nødvendige og relevante opplysninger om pasienten og helsehjelpen de utøver. God dokumentasjon vil føre til faglig forsvarlighet og god kontinuitet i pleien (Molven, 2016, s. 190). Velgjørenhetsprinsippet er et viktig etisk prinsipp i helse- og omsorgstjenesten. Prinsippet innebærer at sykepleiere skal handle til pasientens beste, samtidig som at handlingene skal være til nytte for pasienten. Det er også viktig at sykepleiere vurderer nyttiligheten av undersøkelser og handlinger opp mot risikoer ved gjennomføring (Stubberud, 2019, s. 16).

3 Metode

I henhold til retningslinjene for bacheloroppgave fra Lovisenberg diakonale høyskole, er metoden litterær oppgave valgt. Denne metoden går ut på å bruke eksisterende fagkunnskaper, forskning og teori for å drøfte og besvare oppgavens problemstilling (Dalland, 2017, s. 208). I dette kapitlet beskrives gjennomføring av oppgavens litteratursøk og søkets inklusjons – og eksklusjonskriterier.

3.1 Gjennomføring av litteratursøk

I starten gjennomførte vi søk i ulike databaser for å bli kjent med forskningen rundt tema delirium. Dette ga oss inspirasjon og bidro til formuleringen av oppgavens problemstilling. I artiklene vi leste, merket vi oss flere søkeord og kilder som vi brukte videre i søket. Underveis i søkeprosessen slet vi med å finne gode søkeord for å finne de passende artiklene for oppgavens problemstilling. Vi kontaktet biblioteket på Lovisenberg diakonale høyskole og fikk en veiledningstime. Denne veiledningstimen ga oss ny motivasjon og gode tips for videre søk.

Da vi startet søket etter relevante forskningsartikler, benyttet vi databasene CINAHL, Medline og PubMed. Disse databasene er mye brukt blant helsepersonell og har referanser til medisinske og helsefaglige tidsskrifter. Vi har også gjort søk i Embase som har god dekning innen blant annet miljø- og yrkesrettet medisin (Helsebiblioteket, u.å). Etter flere søk i de ulike databasene med forskjellige kombinasjoner av ulike søkeord, har vi endt opp med en artikkel fra PubMed, to artikler fra CINAHL og en fra Embase.

For å finne gode søkeord rundt tema delirium, brukte vi Svemed+ og Norsk MeSH funnet via helsebiblioteket sine sider. Søkeordene vi har benyttet er *delirium*, *confusion assessment method*, *nursing perspectives*, *qualitative studies*, *job experience*, *nurse experience*, *experience* og *nurse*. Etter å ha valgt ut søkeordene, brukte vi de boolske operatorene AND og OR, for å kombinere søkeordene i databasene. Vi brukte AND mellom søkeordene i de tilfellene vi synes det var vesentlig å få treff som inkluderte de aktuelle søkeordene. Kombinasjonen av søkeordet *delirium* og operatoren *AND* er brukt i alle våre søk. For å få treff på et eller flere av de utvalgte søkeordene, når det ikke var nødvendig å inkludere begge ordene ble operatoren OR benyttet (Thidemann, 2019, s. 87). Noen av søkene ga svært mange treff som førte til at det var nødvendig med avgrensninger. Dette for å begrense søket og i

tillegg få søket mer rettet mot oppgavens problemstilling. Detaljer om søket blir presentert i *Tabell 1 – søkehistorikk*.

Tabell 1 - søkehistorikk

| Søkedato | Søk nr. | Database | Søkeord/ordkombinasjoner | Avgrensninger | Antall treff | Leste sammendrag | Leste artikler | Artikler inkludert | Valgte artikler |
|----------|---------|----------|---|---|--------------|------------------|----------------|--------------------|--|
| 02.03.21 | 1 | PubMed | 1. Delirium 2. Confusion assessment method 3. Nursing perspectives 4. 1 OR 2 5. 3 AND 4 | 2011-2021 | 84 | 32 | 6 | 1 | Wong, Eric Kai-Chun; Lee, Justin Yuse; Surendran, Anasuiya Sherhee; Nair, Kalpana; Maestra, Nancy Della; Migliarini, Marie; S.T Unge, Joye Anne & Patterson, Christopher J. (2018) <i>Nursing perspectives on the confusion assessment method: a qualitative focus group study.</i> |
| 02.03.21 | 2 | CINAHL | 1. Delirium 2. Qualitative Studies 3. Job experience 4. Nurse experience 5. 2 OR 3 6. 4 OR 5 7. 6 AND 1 | 2011-2021 Research article Aged 65+ years | 51 | 13 | 7 | 1 | Coyle, Miriam Anne; Burns, Pippa & Traynor, Victoria. (2017) <i>Is it My Job? The Role of RNs in the Assessment and Identification of Delirium in Hospitalized Older Adults: An Exploratory Qualitative Study.</i> |
| 05.03.21 | 3 | Embase | 1. Delirium 2. Job experience | 2011-2021 | 10 | 5 | 3 | 1 | Yue, Peng; Wang, Ling; Liu, Chang & Wu, Ying. (2015). |

| | | | | | | | | | |
|----------|---|--------|--|-----------|----|----|---|---|--|
| | | | 3. Nurse experience 4. 2 OR 3 5. 1 AND 4 | | | | | | <i>A qualitative study on experience of nurses caring for patients with delirium in ICUs in China: Barriers, burdens and decision making dilemmas.</i> |
| 05.03.21 | 4 | CINAHL | 1. Delirium 2. Experience 3. Nurse 4. 1 AND 2 5. 4 AND 3 | 2011-2021 | 42 | 22 | 4 | 1 | Emme, Christina. (2020) <i>“It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent”</i> : A qualitative study on hospital nurses’ experience of delirium guidelines. |

Videre leste vi overskriftene i resultatet av søket. Vi valgte å lese abstraktene til artiklene med relevante overskrifter. Ut ifra abstraktene som var relevante leste vi flere artikler, og valgte ut de fire mest relevante for å drøfte og besvare oppgavens problemstilling. De utvalgte forskningsartiklene inkluderer kvalitativ metode. Kvalitativ metode er godt egnet for oppgavens problemstilling som tar for seg sykepleiers erfaringer. Metoden fanger opplevelser, erfaringer og meninger som hverken lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2017, s. 52-53). Artiklene er vurdert i henhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene som blir presentert i *Tabell 2 – inklusjons- og eksklusjonskriterier*.

3.1.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Litteratursøkets inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier er utarbeidet ut fra oppgavens problemstilling. Kriteriene bidrar til å avgrense søket og gjøre det mer hensiktsmessig (Thidemann, 2019, s. 83).

Tabell 2 – inklusjons- og eksklusjonskriterier

| Inklusjonskriterier | Eksklusjonskriterier |
|--|----------------------|
| Sykehusavdeling | Kvantitativ metode |
| Eldre pasienter | Artikler før 2011 |
| Artikler med IMRAD-struktur | |
| Fagfellevurderte forskningsartikler | |
| Sykepleieres erfaringer med identifisering av delirium | |

Artikler med eldre pasienter er inkludert. Ut fra oppgavens presisering og avgrensning har vi valgt å utelate forskningsartikler som omhandler pasienter på sykehjem, i hjemmetjenesten og omsorgsboliger. Forskningsartikler fra før 2011 er ekskludert med bakgrunn i at artiklene skal være faglig oppdaterte.

Innenfor medisin og helsefaglige forskningsartikler er IMRAD-strukturen oftest brukt. IMRAD-strukturen vil si at artiklene inneholder introduksjon, metode, resultater og diskusjon (Thidemann, 2019, s. 66-67). Før relevante artikler ble lest, sjekket vi om artiklene hadde IMRAD-struktur. Dette for å sikre at det var forskningsartikler, da fagartikler er ekskludert fra

hovedartiklene. For å være sikre på at forskningsartiklene som anvendes i oppgaven er godkjent og kvalitetssikret av eksperter, er fagfellevurderte artikler et viktig inklusjonskriterie (Thidemann, 2019, s. 67). Dette ble sjekket ved å benytte Norsk senter for forskningsdata (Norsk senter for forskningsdata, 2019).

Kvantitativ metode er ekskludert da det tar for seg data i form av målbare enheter, mens vi var ute etter sykepleiers erfaringer og har derfor inkludert kvalitativ metode i form av intervjuer og fokusgrupper (Dalland, 2017, s. 52). Forskningsartikler med pasienter og omsorgspersoners erfaringer er ekskludert.

3.2 Øvrig faglitteratur

I denne oppgaven anvendes relevant faglitteratur fra pensum, selvvalgt litteratur, fagartikler og forskningsartikler. Litteraturen er valgt utfra oppgavens problemstilling. Faglitteraturen som er hyppig anvendt er «Klinisk sykepleie 1» av Stubberud, Grønseth & Almaas, «Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: sykepleieboken 1» av Grov & Holter, «Geriatrisk sykepleie» av Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, «Bacheloroppgave for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk skriving» av Thidemann, «Metode og oppgaveskriving» av Dalland, «Geriatriske: En medisinsk lærebok» av Wyller og «Grunnleggende sykepleie: B. 1: Sykepleie – fag og funksjon» av Kristoffersen, Nortvedt, Skaug og Grimsbø.

I tillegg til de fire hovedartiklene i oppgaven, har vi anvendt en forskningsartikkel og andre fagartikler funnet fra de anerkjente nettsidene, sykepleien.no og Tidsskrift for den norske legeforening. Lovdata og Norsk sykepleieforbund er anvendt for lovverk og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.

3.3 Kildekritikk

Hensikten med kildekritikk er å gi leseren et innblikk i hvordan vi har funnet og vurdert vår litteratur som anvendes for å besvare problemstillingen. Kildekritikken skal vurdere kildenes relevans ovenfor oppgaven, og er viktig for oppgavens faglighet og troverdighet (Dalland, 2017, s. 152 + 158).

3.3.1 Forskningslitteratur

Noe som kan være en svakhet i oppgaven er at vi har anvendt forskning som er skrevet på engelsk. Det må derfor tas hensyn til at det kan ha oppstått misforståelser eller feiltolkninger ved bearbeidelse av innholdet. Vi anser innholdet i artiklene som overførbart fra Australia, Canada, Danmark og Kina ettersom eldre pasienter med delirium er et internasjonalt helseproblem. I tillegg har forskningsartiklene samme definisjon på delirium som definisjonen fra faglitteraturen som er anvendt i oppgaven. Helsevesenet i Australia ansees som relativt likt som Norge, Canada med god standard og Danmark med meget god helsehjelp. Helsevesenet i Kina kan variere, og det anbefales å bruke de internasjonale sykehusene i de større byene. Forskningsartikkelen vi har anvendt fra Kina er fra et internasjonalt sykehus i Beijing (Utenriksdepartementet, 2021). Med tanke på at våre erfaringer, fra det norske helsevesenet, samsvarer med artiklenes resultater har vi valgt å gå ut ifra at artiklene er troverdige og har overføringsverdi. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at helsehjelpen kan variere noe fra det norske helsevesenet.

Forskningsartiklene anvender kvalitativ metode og blir benyttet når forskeren vil undersøke noe som ikke lett lar seg måle eller undersøke med tall. Forskingen er gjennomført med få sykepleiere. En fordel med dette er at det får frem helhet og dybde av situasjonen, i tillegg til sykepleierens subjektive opplevelse. I artiklene anvendes det intervjuer for å finne ut av sykepleierens erfaring, noe som gjør at det er preget av fleksibilitet uten faste svaralternativer og med mulighet for å stille oppfølgingsspørsmål. En bakdel med at studiene har anvendt kvalitativ metode er at forskeren selv kan tyde det sykepleierne sier, noe som kan føre til mistolkninger og misforståelser (Dalland, 2017, s. 52-55).

Vi har anvendt flere databaser i søket etter forskningsartiklene for å få mest mulig bredde på resultatene av søket. Samtidig kan relevante artikler være oversett med tanke på vår avgrensning til kvalitativ forskning og utvalgte søkeord. Med tanke på at vi har begrenset erfaring med litteratursøk fra tidligere kan manglende erfaring også ha påvirket søket, ved at vi har anvendt feil søkeord og dermed oversett artikler.

3.3.2 Faglitteratur

Hyppig anvendt pensumlitteratur i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget i oppgaven er kapittelet *Delirium i Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2020) skrevet av Anette

Hylen Ranhoff. Hun er spesialist i geriatri og indremedisin, dette styrker troverdigheten til kilden. *Klinisk sykepleie 1* (2017) med kapittelet *Delirium* er også hyppig anvendt. Kapittelet er skrevet av Dag Gunnar Stubberud, som er intensivsykepleier og har embetseksamen i sykepleievitenskap, vi anser derfor også han som en troverdig forfatter på temaet delirium.

For å finne annen relevant faglitteratur på temaet har vi benyttet biblioteket ved Lovisenberg diakonale høgskole. Vi benyttet søkemotoren Oria der vi søkte på delirium. En av de mest sentrale bøkene til temaet som benyttes i det teoretiske kunnskapsgrunnlaget i oppgaven er boken *Geriatri: en medisinsk lærebok* (2020). Den er skrevet av Torgeir Bruun Wyller som også er spesialist innen geriatri og indremedisin, samt har delirium blant sine mest sentrale forskningsinteresser (Wyller, 2020). Derfor har vi også anvendt Wyller sin fagartikkel fra den norske legeforening i drøftingen.

Noe av den anvendte litteraturen i oppgaven er sekundærkilder, selv om det helst skal brukes primærkilder (Dalland, 2017, s. 171). Vi tar høyde for at informasjonen kan ha blitt feiltolket eller at forfatterne har misforstått primærkilden.

3.4 Etiske vurderinger

Vi har anvendt kliniske erfaringer fra egen praksis i oppgaven med hensyn til taushetsplikten, respekt og verdighet. Basert på beskrivelsene som er gitt i denne oppgaven vil det ikke være mulig å identifisere pasient, helsepersonell eller praksissted, da alt er anonymisert.

4 Presentasjon av forskningsresultater

I dette kapitlet presenteres fire forskningsartikler som besvarer problemstillingen «*Hvilken erfaring har sykepleiere med identifisering av delirium hos eldre pasienter på sykehus?*».

Hovedresultatene av artiklene blir oppsummert, før detaljene videre presenteres i artikkelmatrisen. Resultatene som presenteres i *Tabell 3 - artikkelmatrise* anvendes i drøftingen.

De utvalgte forskningsartiklenes resultater belyser erfaringer med identifisering av delirium fra et sykepleieperspektiv. Gjennomgående i artiklene har sykepleierne en oppfatning om at identifisering av delirium er vanskelig og at tilstanden ofte blir oversett. Hovedtrekkene er at sykepleierne uttrykker manglende kunnskaper om delirium og identifisering av tilstanden.

Videre blir faktorer på arbeidsplassen, ansvarsfordeling og varierende klinisk erfaring avdekket som medvirkende faktorer til at delirium forblir uidentifisert. I tillegg kommer ulike synspunkter på kartleggingsverktøy frem.

Tabell 3 - artikkelmatrise

| Nr. | Forfatter | Tittel | Tidsskrift | Hensikt | Metode | Resultater/Funn |
|-----|---|--|---|---|--|--|
| 1 | Wong, Eric Kai-Chunj; Lee, Justin Yuse; Surendran, Anasuiya Sherhee; Nair, Kalpana; Maestra, Nancy Della; Migliarini, Marie; S.T Unge, Joye Anne & Patterson, Christopher J. (2018) | Nursing perspectives on the confusion assessment method: a qualitative focus group study. | Age and ageing | Hensikten med artikkelen er å karakterisere den nåværende bruken av CAM-verktøyet hos sykepleiere på to forskjellige ortopediske avdelinger, og identifisere barrierer for å bruke CAM riktig og utforske opplæring og kunnskap av CAM og identifisere eventuelle forbedringsområder. | Kvalitativ. Intervju i fokusgrupper. | Sykepleierne synes det var vanskelig å skulle identifisere delirium, dette grunnet lite kunnskap. Sykepleierne synes det var ubehagelig å bruke ordet delirium før legen satt diagnosen. Å vurdere pasientene ut ifra CAM opplevdes som vanskelig for sykepleierne. Sykepleierne ønsker opplæring om delirium og bruken av CAM. |
| 2 | Coyle, Miriam Anne; Burns, Pippa & Traynor, Victoria. (2017) | Is it My Job? The Role of RNs in the Assessment and Identification of Delirium in Hospitalized Older Adults: An Exploratory Qualitative Study. | Journal of Gerontological Nursing | Hensikten med artikkelen er å utforske nåværende praksis for sykepleiers erfaring med å identifisere og vurdere delirium hos sykehusinnlagte eldre pasienter. | Kvalitativ. Semistrukturerte gruppeintervjuer. | Sykepleierne følte de hadde for lite kunnskap om delirium og kartleggingsverktøy, noe som gjorde det vanskelig å identifisere tilstanden. Sykepleierne anerkjente at spesielt den hypoaktive formen for delirium ofte ble oversett. Sykepleierne synes det var for lite tid til å utvikle deres kunnskap i forhold til identifiseringen av delirium. Sykepleierne synes det var ubehagelig å bruke ordet delirium før legen satt diagnosen. Sykepleierne synes det var for lite kontinuitet i ansatte. |
| 3 | Yue, Peng; Wang, Ling; Liu, Chang & Wu, Ying. (2015) | A qualitative study on experience of nurses caring for patients with delirium in ICUs in China: Barriers, burdens and | International Journal of Nursing Sciences | Hensikten er å utforske erfaringene til sykepleiere som har ansvaret for deliriske pasienter på intensivavdelinger i Kina. | Semistrukturerte kvalitative intervjuer. | Sykepleierne føler at de har for lite kunnskap om delirium og at det derfor er vanskelig å identifisere tilstanden. De mente at det var større utfordring å identifisere hypoaktivt delirium. Sykepleierne mente at lite kontinuitet førte til manglende observasjon. Sykepleierne med lenger erfaring mente at de med mindre erfaring lett overså delirium. |

| | | | | | | |
|---|-------------------------|---|-----------------------------|--|---|--|
| | | decision making dilemmas. | | | | |
| 4 | Emme, Christina. (2020) | “It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent”: A qualitative study on hospital nurses’ experience of delirium guidelines. | Journal of Clinical Nursing | Hensikten med artikkelen var å utforske sykepleiere på sykehus sine erfaringer med å anvende deliriumretningslinjene, med fokus på identifisering, ikke-farmakologisk forebygging og behandling av delirium. | Kvalitativ. Fokusgrupper og individuelle intervjuer | Sykepleierne mente at manglende kunnskap om delirium var grunnen til at tilstanden ikke ble identifisert. Hypoaktivt delirium blir ofte ikke identifisert. Sykepleierne ønsket seg mer kunnskap og klinisk erfaring om delirium og identifiseringen av den. Prioriterte andre oppgaver fremfor å identifisere delirium. Lite kontinuitet i ansatte gjorde det vanskelig å identifisere delirium. Sykepleierne uttrykte at CAM var rask og enkel å bruke. |

5 Drøfting

I dette kapittelet anvendes fag – og forskningslitteratur for å drøfte problemstillingen «*Hvilken erfaring har sykepleiere med identifisering av delirium hos eldre pasienter på sykehus?*». Det er flere faktorer knyttet til hver enkelt sykepleier som påvirker identifiseringen. Faktorene som fremheves i forskningsartiklene er sykepleiernes kunnskap og klinisk erfaring, faktorer på arbeidsplassen, sykepleiernes ansvar og holdninger, og bruk av kartleggingsverktøy (Yue et al., 2015; Coyle et al., 2017; Wong et al., 2018; Emme, 2020).

5.1 Sykepleiernes kunnskap

En sykepleiefaglig utfordring er å identifisere delirium hos eldre pasienter på sykehus (Stubberud, 2017, s. 429). Ifølge Yue et al. (2015), Coyle et al. (2017), Wong et al. (2018) og Emme (2020) føler sykepleierne at det er vanskelig å identifisere delirium på grunn av manglende kunnskap. Med tanke på dette er det viktig at sykepleierne har en kunnskapsbase, som er et av kriteriene for å jobbe kunnskapsbasert, om delirium slik at det blir lettere å identifisere tilstanden (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 24-25; Stubberud, 2019, s. 24). Dersom sykepleierne ikke har en kunnskapsbase kan det skape utfordring med identifisering av delirium, noe som fører til redusert pasientsikkerhet og mulighet for feilvurdering av delirium (Eide et al., 2017).

Sykepleierne i Yue et al. (2015), Coyle et al. (2017), Wong et al. (2018) og Emme (2020) har erfaring med at det er manglende kunnskaper om delirium blant sykepleierne. Samtidig mener noen utdanningsinstitusjoner at sykepleierstudenter får kunnskap, om identifisering av delirium, allerede første året på sykepleierutdanningen (Finnbakk et al., 2018). Dette kan underbygges i et av målene i rammeplanen for sykepleierutdanningen, med at studentene skal tilegne seg handlingskompetanse for å utøve selvstendige oppgaver knyttet til sentrale funksjons – og ansvarsområder (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5). Med tanke på at delirium er en hyppig tilstand blant eldre pasienter på ulike sykehusavdelinger, kan det sees på som et sentralt ansvarsområde for sykepleierne. Derfor er kunnskap om delirium viktig for tidlig identifisering av tilstanden (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 205). Samtidig er det viktig å ta med i betraktning at rammeplanen for sykepleierutdanningen i Norge kan være forskjellig fra sykepleierutdanningen i Australia, Kina, Danmark og Canada. Denne variasjonen kan resultere i varierende kunnskap hos sykepleierne. I motsetning til målet i rammeplanen for

sykepleieutdanning i Norge, har vi opplevelser fra praksis om at det er manglende kunnskap blant sykepleierne på sykehus for å identifisere delirium.

Sykepleierne i Emme (2020) observerte symptomene på delirium, men hadde ikke nok kunnskap til å vite hva som måtte gjøres. I tillegg forstod de ikke viktigheten av å identifisere delirium for å forebygge konsekvensene av tilstanden. Dette kan sees i sammenheng med at sykepleierne har manglende kunnskaper om de uheldige konsekvensene uidentifisert delirium har for pasientene (Neerland et al., 2013, 1596). Ved at sykepleierne ikke forstår viktigheten av identifiseringen på grunn av manglende kunnskap om konsekvensene, vil det gjøre det vanskelig for sykepleierne å følge velgjøringsprinsippet (Stubberud, 2019, s. 16). Ettersom manglende forståelse ikke vil gagne pasientens beste. Samtidig vil manglende forståelse av viktigheten av identifiseringen kunne føre til at utløsende årsak videreutvikler seg, med tanke på at delirium kan være det eneste symptomet på underliggende sykdom (Watne og Wyller, 2018).

Ifølge Yue et al. (2015) og Coyle et al. (2017) mente sykepleierne at mer kunnskap om delirium og symptomene på tilstanden ville gjøre det lettere å identifisere. Sykepleierne ønsket seg mer kunnskap slik at de kunne iverksette tiltak, før pasientene ble vanskelige å håndtere (Emme, 2020, s. 2855). Med tanke på at sykepleierne ønsket seg mer kunnskap om delirium stiller vi oss spørrende til hvorfor de ikke tilegnet seg kunnskapen. Vår erfaring er at tilgangen på kunnskapsstoff er lett tilgjengelig gjennom for eksempel VAR, e-håndboken og fagstoff på arbeidsplassen. Dersom sykepleierne benytter seg av tilgangen på kunnskapsstoffet kan det bidra til tidligere identifisering av delirium, samt bedre prognose hos pasientene (Ranhoff, 2020, s. 458).

I henhold til yrkesetiske retningslinjer har sykepleierne et personlig ansvar om å holde seg oppdatert og tilegne seg nødvendig kunnskap innenfor sitt fagområde, for å utøve forsvarlig sykepleie (Norsk sykepleieforbund, 2019). Sykepleierne er pålagt å utøve forsvarlig sykepleie, noe som er utfordrende uten tilstrekkelig kunnskap (Helsepersonelloven, 1999, § 4). Samtidig påpekes det at sykepleierne ikke søker etter forskningslitteratur fordi det oppleves vanskelig og går utover tiden de bruker med pasientene (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 25). Ifølge Coyle et al. (2017) er det sykehuset som bør ha ansvaret for å legge til rette slik at sykepleierne har tilgang på nødvendig kunnskap. Dersom sykehuset tar dette ansvaret og sørger for god nok kunnskap til sykepleierne kan det skape en trygghet, slik at de tar ansvar i

identifisering av delirium. Noe som vil bidra til kvalitet og pasientsikker sykepleie (Coyle et al., 2017, s. 35). Med tanke på at sykepleierne i Yue et al. (2015), Coyle et al. (2017), Wong et al. (2018) og Emme (2020) følte de hadde manglende kunnskap om delirium, er det viktig at de tar ansvar og tilegner seg den nødvendige kunnskapen de trenger for å identifisere tilstanden. I henhold til rammeplanen for sykepleierutdanningen er det både sykepleier og arbeidsgiver som har ansvar for kunnskapsutvikling (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5). Derfor er det viktig at lederne også tar ansvar og legger til rette slik at sykepleierne får tid og mulighet til å utvikle kunnskapen slik at sykepleierne kan utøve forsvarlig sykepleie (Norsk Sykepleierforbund, 2019).

En bekymring for sykepleierne er at pasientene skal utvikle hypoaktivt delirium da denne pasientgruppen tiltrekker seg mindre oppmerksomhet, enn pasientene med hyperaktivt delirium. Derfor er det ekstra vanskelig å identifisere tilstanden (Emme, 2020, s. 2855; Coyle et al., 2017, s. 32-33; Yue et al., 2015, s. 5). Ranhoff (2020) bekrefter at hypoaktivt delirium i flere tilfeller ikke identifiseres eller identifiseres i en sen fase. Selv om sykepleierne har tilegnet seg kunnskap om delirium er det viktig at de klarer å anvende kunnskapen i praksis. Observasjon er en av sykepleiernes viktigste praktiske egenskaper i identifisering av delirium. Sykepleierne må lære seg å se etter de riktige symptomene på delirium, samt bruke kunnskap om hvem som er i risikogruppen for utvikling av delirium for å identifisere tilstanden (Nortvedt & Grønseth, 2017, s. 25-26). Det er derfor viktig med tilstrekkelig teoretisk kunnskap, i tillegg til klinisk erfaring om delirium (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s. 116; Eide et al., 2017).

5.2 Sykepleiernes kliniske erfaring

De fleste sykepleierne i Yue et al. (2015) mente at de manglet nødvendig erfaring for å identifisere delirium hos eldre pasienter. En av sykepleierne med mye erfaring mente at de uerfarne sykepleierne lett kunne overse delirium, ettersom de ikke forventet at tilstanden skulle oppstå (Yue et al., 2015, s. 5). Vår erfaring gjennom praksis er at uerfarne sykepleiere har godt utbytte av kunnskapsdeling og refleksjon med erfarne sykepleiere på avdelingen. Sykepleierne har ifølge yrkesetiske retningslinjer punkt 4.2 et ansvar i å veilede hverandre for å ivareta faglig og etisk forsvarlig sykepleie (Norsk sykepleierforbund, 2019). I tillegg skal veiledning til medarbeidere heve kvaliteten og pasientsikkerheten på tjenestetilbudet (Kristoffersen et al., 2016, s. 19). Med tanke på at målet med pasient- og

brukerrettighetsloven (1999) er at pasientene skal ha lik tilgang på god kvalitet i helsehjelpen, er det viktig å dele erfaringer og styrke medarbeidernes kompetanse for å lettere kunne identifisere delirium. Kvaliteten på helsehjelpen til pasientene skal ikke være avhengig av hvem som er på jobb og hvilke kunnskaper og kliniske erfaringer sykepleierne har. Dersom sykepleierne har forskjellig kompetanse vil det resultere i varierende kvalitet på helsehjelpen som utøves (Stubberud, 2019, s. 20).

Sykepleierne med lengre klinisk erfaring, med deliriumpasienter, valgte å distansere seg fra de urolige pasientene ettersom de syntes pasientene var «slitsomme» å ta stilling til (Coyle et al., 2017, s. 34). En sykepleier skal jobbe kunnskapsbasert og et av kriteriene for å gjøre det er klinisk erfaring (Nortvedt et al., 2016, s. 18-19). Med tanke på at de med lengre klinisk erfaring velger å distansere seg, fremfor å benytte egne erfaringer i identifiseringsarbeidet av delirium, kan det føre til dårligere kvalitet i helsehjelpen som utøves (Stubberud, 2019, s. 20). Vår erfaring er at det kan være en fordel for pasientene at sykepleierne med klinisk erfaring ikke distanserer seg, og heller anvender relevant klinisk erfaring for å identifisere delirium. Ved at sykepleierne unngår å distansere seg fra pasientene og identifiserer delirium i en tidlig fase, kan det føre til at pasientene blir lettere å håndtere. Dersom pasientene oppleves mindre slitsomme kan det føre til at sykepleierne med klinisk erfaring unngår å distansere seg, og at delirium blir identifisert (Stubberud, 2016, s. 506).

5.3 Faktorer på arbeidsplassen

Faktorer på sykehuset påvirker hvordan sykepleien utøves i praksis og kan sette begrensninger og skape utfordringer med identifisering av delirium. Etter forandringer i arbeidsordninger og organisering av helsetjenesten har kontinuiteten i sykepleiere inne hos hver enkelt pasient blitt utfordret (Hellesø, 2016, s. 211). Mindre kontinuitet medfører også utfordringer ved identifiseringen av delirium, ettersom sykepleierne ikke blir godt kjent med pasientene og dermed ikke oppdager kognitive endringer i en tidlig fase (Coyle et al., 2017, s. 33; Emme, 2020, s. 2858). En annen utfordring med lite kontinuitet er de kortvarige og diffuse symptomene på delirium som gjør det vanskelig for sykepleierne å nøyaktig identifisere og forutsi utvikling av tilstanden (Yue et al., 2015, s. 4).

En utfordring vi har bemerket oss er at kort liggetid på sykehuset også er med på å påvirke kontinuiteten og kjennskapet til pasientene. Grunnet skiftende skift hadde også sykepleierne i

Yue et al., (2015) problemer med å oppdage kognitive endringer i en tidlig fase. I tillegg følte sykepleierne at det var utfordrende å oppdage nyoppstått forvirring, dersom de ikke hadde pasientene over flere dager. Dermed vil dynamisk observasjon gjennom kontinuitet av sykepleiere, være nøkkelen til å oppnå nøyaktig og rettidig anerkjennelse av delirium (Yue et al., 2015, s. 5).

Det er viktig å sørge for at delirium blir identifisert på grunn av konsekvensene feildiagnostisering eller uidentifisert delirium har for pasientene (Wyller, 2020, s. 297-298). Det kan ved dårlig kontinuitet av sykepleiere være usikkerhet rundt om pasienten har kognitive endringer. Derfor er det viktig å finne en løsning dersom ingen av sykepleierne på vakt har kjennskap til pasienten. På den ene siden kan pårørende ifølge Wong et al. (2018) være et godt hjelpemiddel for å identifisere delirium. Ettersom pårørende kjenner godt til pasientens habituelle tilstand og lettere legger merke til en eventuell kognitiv endring, kan det være hensiktsmessig å kontakte dem (Evensen et al., 2016, s. 299; Wyller, 2020, s. 297). På den andre siden har vi erfaring med at pasientene som er forvirret forandrer atferd ved å bli mindre forvirret når pårørende er tilstede. Det kan derfor forekomme at pårørende ikke kan bidra i identifiseringen av de kognitive endringene, og dermed ikke være et godt hjelpemiddel i identifiseringen av delirium.

Akutt syke eldre bør behandles på geriatiske avdelinger på grunn av deres spesialkompetanse om eldre og deres tilstander, men de færreste blir lagt inn på denne type avdeling. Dette fører til at sykepleierne møter syke eldre på de fleste sykehusavdelinger (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 205). Avdelinger som ikke er spesialisert på geriatri, har nødvendigvis ikke spesialkompetanse om eldre eller tilstanden delirium. Vår kliniske erfaring er at på spesialiserte avdelinger har sykepleierne god kompetanse på avdelingens spesialisering, men manglende breddekunnskaper om tilstander som delirium. I tillegg har vi erfaring med at det er den eldre pasientens innleggelsesårsak som er i fokus. Kan dette ses i sammenheng med at sykepleierne i Yue et al. (2015), Coyle et al. (2017), Wong et al. (2018) og Emme (2020) anerkjente at delirium i flere tilfeller ikke blir diagnostisert? At spesialkompetansen til disse sykepleierne ikke naturlig inkluderer delirium, og at det dermed blir «glemt».

Sykepleierne prioriterte andre oppgaver som de hadde mer kunnskap om og mente var viktigere, enn å utføre nødvendige observasjoner av pasienten for å identifisere eventuelle symptomer på delirium (Emme, 2020, s. 2858). Sen identifisering på grunn av sykepleiernes

prioriteringer fører til negative konsekvenser for pasienten, som for eksempel fremskyndet død og lenger liggetid på sykehuset samt økte helsekostnader (Ranhoff, 2020, s. 458). Med tanke på dette strider sykepleiernes prioriteringer imot helsepersonelloven § 6 (1999), som går ut på at sykepleierne skal fordele ressursene slik at helsehjelpen hverken påfører pasienten eller sykehuset unødvendig utgifter eller tidstap.

Sykepleierne i Coyle et al. (2017) og Emme (2020) opplevde at det var lite tid til overvåkning av pasientens atferd for å oppdage eventuelle symptomer på delirium. Ut ifra egne erfaringer kan vi anerkjenne at for mange oppgaver kombinert med lite tid er daglige utfordringer for sykepleierne. Er det forsvarlig med tanke på at det går utover pasientens helsehjelp? Faglig forsvarlighet er en plikt sykepleierne har (Helsepersonelloven, 1999, § 4), og innebærer at sykepleierne skal beskytte pasienten mot uønskede hendelser (Flovik & Rokseth, 2016, s. 283). Liten tid til å observere symptomer som fører til at delirium ikke identifiseres, vil dermed stride mot kravet om faglig forsvarlighet.

Videre fortalte sykepleierne at det var liten tid på arbeidsplassen for å tilegne seg kunnskap om delirium. Sykepleierne mente det ville bli lettere å identifisere delirium dersom de fikk mer tid og støtte, i form av trening og kunnskap fra arbeidsplassen (Coyle et al., 2017, s. 32). Med tanke på at sykepleiere har et personlig ansvar om å holde seg faglig oppdatert (Norsk sykepleieforbund), har avdelingene et ansvar med å legge til rette for at sykepleierne har tid til dette (Flovik & Rokseth, 2016, s. 289).

På den ene siden er det kostbart å gi sykepleierne tid i løpet av arbeidsdagen for å tilegne seg kunnskap (Coyle et al., 2017, s. 35). Samtidig kan det å legge til rette for kunnskapsutvikling over tid gi mindre kostnader fordi helsehjelpen blir av bedre kvalitet (Flovik & Rokseth, 2016, s. 276). Med tanke på at det er kostbart kan det være aktuelt å få erfarne og uerfarne sykepleiere til å dele egen kunnskap med hverandre i grupper. Simulering kan også være en god måte å lære opp sykepleierne på, slik at de får kunnskap samt selvtillit til å gjenkjenne symptomer og dermed identifisere delirium (Coyle et al., 2017, s. 35). På den andre siden blir det økte helsekostnader dersom delirium ikke blir identifisert i en tidlig fase grunnet manglende kunnskap (Ranhoff, 2020, s. 458). Sykepleierfaget er i stadig forandring, derfor er sykepleierne avhengige av å holde seg oppdaterte på forskning og kunnskap om delirium for å kunne identifisere tilstanden, og dermed unngå uheldige konsekvenser for pasienten (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5).

5.4 Sykepleiernes ansvar og holdninger

Ifølge yrkesetiske retningslinjer har sykepleiere et ansvar i å forebygge alvorlige konsekvenser av sykdom (Norsk sykepleierforbund, 2019). Sykepleiere har dermed en sentral rolle i identifiseringen av delirium på sykehus for å forebygge konsekvensene av tilstanden (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s. 15; Kristoffersen, 2016, s. 217). Sen identifisering av delirium vil stride mot sykepleiernes ansvar med forebygging. Dette gjør at sykepleierne har et ansvar for å identifisere delirium tidlig, for å forebygge konsekvensene av uidentifisert delirium (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s. 15).

Til tross for dette opplever sykepleierne at det ikke er deres rolle å identifisere delirium på sykehuset (Coyle et al., 2017, s. 32). Videre har sykepleierne i Emme (2020) samme oppfatning, at identifisering av delirium ikke ble sett på som et av deres kjerneområder på avdelingen, og dermed ble det heller ikke prioritert (Emme, 2020, s. 2858). Ansvarsområdene og sykepleiers rolle i identifiseringen av delirium bør derfor spesifiseres eller klargjøres på de ulike avdelingene på sykehuset. Ifølge Ranhoff (2020) er det legenes ansvar å diagnostisere delirium. Legen har pasientkontakt i korte perioder, og er avhengig av sykepleierens observasjoner for å stille diagnosen delirium (Ranhoff, 2020, s. 462). Derfor er det viktig at sykepleierne har god nok kunnskap til å observere og vurdere hvilke symptomer som er nødvendig å rapportere til legen (Kristoffersen, 2016, s. 218). Sykepleierne synes det er ubehagelig å bruke ordene *delirisk* og *delirium* før legen har diagnostisert pasienten med delirium, og velger heller å bruke ord som forvirret (Coyle et al., 2017, s. 33; Wong et al., 2018, s. 883).

Gjennom praksis har vi erfaring med at sykepleierne benytter seg av betegnelsen delirium i liten grad, og at de eldre pasientene ofte blir beskrevet som forvirret. Våre erfaringer stemmer overens med det som kommer frem av sykepleiernes erfaringer i Coyle et al. (2017) og Wong et al. (2018). Med tanke på at ordet forvirret blir benyttet som en generell beskrivelse av den geriatriske pasienten grunnet normale aldersforandringer (Gregersen & Pedersen, 2017, s. 183, 188), kan det være problematisk å bruke ordet forvirret synonymt med delirium. Lite bruk av ordet delirium kan bidra til at det ikke blir satt fokus på tilstanden, som fører til manglende identifisering av delirium. Derfor kan det tenkes at dersom sykepleierne konsekvent benytter betegnelsen delirium ved mistanke, kan det hindre at symptomene bagatelliseres og øke oppmerksomheten rundt diagnosen. Samtidig kan det hindre at delirium

blir forklart som normale aldersforandringer eller forvirring, og dermed letter identifiseringen av tilstanden.

Ifølge Coyle et al. (2017) ser sykepleierne på pasientenes forvirring som normale aldersforandringer, istedenfor å vurdere det som et symptom på delirium. Dermed ser det ut til at sykepleiernes holdninger til eldre er et hinder i identifiseringen av delirium. I klinisk praksis har vi opplevd forskjellige holdninger blant sykepleiere, som har påvirket sykepleien til eldre pasienter. Med tanke på at sykepleierne ofte har en forventning om at forvirring er normale aldersforandringer hos eldre, er det fare for at sykepleierne bagatelliserer pasientenes symptomer på delirium.

Når sykepleierne bagatelliserer symptomene til pasientene hindrer dette identifiseringen av delirium, som fører til alvorlige konsekvenser for pasienten (Wyller, 2020, s. 300). I tillegg vil dette stride imot velgjørhetsprinsippet siden sykepleier ikke gjør det som gagnar pasienten (Stubberud, 2019, s. 16). I praksis opplevde ikke vi at sykepleierne hadde en intensjon med å overse delirium. Selv om handlingene strider mot velgjørhetsprinsippet og utfordrer sykepleiernes plikt til å yte faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp (Molven, 2016, s. 130). For å hindre bagatellisering av symptomene til pasientene må det sees i sammenheng med økt kunnskap som diskutert under punkt 5.1 *Sykepleiernes kunnskap*.

Videre kan sykepleier ha en forventning og holdning om at deliriske pasienter har en urolig og aggressiv atferd (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s. 20). I praksis har vi erfart at dette stemmer og at spesielt den hypoaktive formen for delirium ofte forblir uidentifisert. Dette strider imot rammeplanen for sykepleieutdanningen der det fremkommer at sykepleieren, i sin utøvelse, skal ha bevisste holdninger og faglige begrunnelser for sine handlinger (Kunnskapsdepartementet, 2008, s. 5). Sykepleiernes forventning og holdning kan ikke faglig begrunnes med tanke på at hypoaktivt delirium er den vanligste formen for delirium hos eldre. Å ha bevisste forventninger og holdninger i møtet med den eldre pasienten er viktig for kvaliteten på sykepleien som utøves (Bondevik, 2012, s. 145).

5.5 Bruk av kartleggingsverktøy

Det er varierende meninger om nyttheten av kartleggingsverktøyet Confusion Assessment Method (CAM). På den ene siden mener Helsedirektoratet (2019) at CAM er et validert

verktøy som bidrar til lettere identifisering av delirium. Dette underbygges i Emme (2020) der sykepleierne hadde erfaring med at CAM var rask og enkel å bruke. På den andre siden opplever sykepleierne i Yue et al. (2015), Coyle et al. (2017) og Wong et al. (2018) at det er lettere å identifisere delirium basert på egen klinisk erfaring. Sykepleierne begrunner dette med at verktøyet ikke utdyper nok om pasientens oppførsel, men kun forteller om det har vært en kognitiv forandring uten noe utdypende detaljer (Coyle et al., 2017, s. 32).

Sykepleierne sin oppfatning om at CAM ikke gir utdypende detaljer om pasientens symptomer på delirium (Coyle et al., 2017, s. 32), viser viktigheten av utfyllende skriftlig og muntlig dokumentasjon. Dokumentasjonen skal inneholde relevante opplysninger som er nødvendig for å utøve helsehjelp (Helsepersonelloven, 1999, § 40). Sett i sammenheng med identifisering av delirium er dokumentasjon av symptomer og atferd sentralt (Ranhoff, 2020, s. 462). Ved at sykepleierne dokumenterer eventuelle endringer i pasientenes journal i tillegg til CAM, vil sykepleierne på neste vakt ha bedre kjennskap til pasienten etter rapport.

Sykepleierne i Wong et al. (2018) bekrefter at bedre kjennskap til pasientene sannsynligvis vil lette identifiseringen av delirium. Dette med grunnlag i at sykepleier med kjennskap til pasienten, lettere kan bemerke eventuelle symptomer på delirium og endringer i pasientens atferd. Dette viser at det kan være hensiktsmessig at sykepleierne bruker observasjon og dokumentasjon i kombinasjon med kartleggingsverktøy for å få et helhetlig bilde av pasientenes og dermed lettere identifisere delirium.

Sykepleierne uttrykte at de hadde for lite kunnskap om CAM og bruken av dette verktøyet (Coyle et al., 2017, s. 32), men Engedal (2012) har en oppfatning om at CAM er enkelt å bruke og krever lite opplæring. Allikevel ønsket sykepleierne opplæring om bruken av CAM (Coyle et al., 2017, s. 32). Sykepleierne i Wong et al. (2018) ble introdusert for kartleggingsverktøyet CAM. Til tross for dette mente noen av sykepleierne at CAM ikke ville utgjøre noen forskjell i identifiseringen av delirium (Wong et al., 2018, s. 884). Samtidig har det vist seg at dersom sykepleierne bruker validerte kartleggingsverktøy blir kvaliteten på kartleggingen forbedret (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s. 115).

En faktor som kan påvirke validiteten til CAM er at sykepleierne anvender CAM på feil måte (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s. 19). Sykepleierne i Wong et al. (2018) brukte CAM på slutten av vekten, istedenfor å bruke det som et verktøy gjennom arbeidsdagen. Denne måten å anvende CAM på står i motsetning til slik kartleggingsverktøy egentlig skal anvendes. CAM

er utviklet for at sykepleierne skal observere og vurdere pasientene kontinuerlig. Dersom sykepleierne anvender CAM feilaktig gjennom å kun oppsummere på slutten av vekten, blir validiteten til kartleggingsverktøyet redusert (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s. 19).

Ingen av sykepleierne i Wong et al. (2018) kunne gjengi vurderingskriteriene til CAM uten å ha kartleggingsverktøyet fremfor seg. Dette kan ses i sammenheng med at sykepleierne fyller ut CAM på slutten av vekten og dermed ikke egentlig får med seg innholdet i verktøyet. Mangelfull kjennskap til CAM hindrer sykepleierne i å aktivt vurdere pasientene når de er inne på pasientenes rom. Ved at sykepleierne blir bedre kjent med kriteriene i CAM vil de gjennom arbeidsdagen ha kriteriene i bevisstheten, og dermed automatisk observere pasientene kontinuerlig etter de ulike kriteriene. Bedre bevissthet om CAM-kriteriene kan lette identifiseringen av symptomene på delirium (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s. 19).

Med tanke på at sykepleierne i Yue et al. (2015), Coyle et al. (2017) og Wong et al. (2018) ikke synes CAM er et optimalt kartleggingsverktøy, finnes det andre kartleggingsverktøy for delirium, for eksempel 4AT. Ifølge Helsedirektoratet (2019) er 4AT et validert verktøy for å identifisere symptomene på delirium. Fordelene med 4AT er at testen tar to minutter å gjennomføre, den krever ikke opplæring og er enkel å administrere. Disse positive fordelene viser at testen kan brukes rutinemessig på sykehus (Bellelli et al., 2014, s. 501). Dette støttes av Wyller (2020) som mener at eldre på sykehus burde screenes for delirium regelmessig, da disse pasientene er i risikogruppen for delirium.

Som drøftet i *5.3 Faktorer på arbeidsplassen* kan tidspress på avdelingen være en utfordring. Tidspress kan også bli en utfordring i bruken av kartleggingsverktøyene. Våre erfaringer fra praksis er at tidspresset er svært varierende fra avdeling til avdeling, og det er sannsynlig at mangel på tid kan være en av grunnene til at sykepleierne ikke setter av tid til å systematisk identifisere og kartlegge delirium. Samtidig skal CAM og 4AT være kartleggingsverktøy som er raske å gjennomføre (Bellelli et al., 2014, s. 501; Engedal, 2012, s. 289). På den ene siden kan det være utfordrende å gjennomføre kartleggingen av pasientene på den korte tiden, dersom pasientene for eksempel er aggressiv eller lite samarbeidsvillig (Stubberud, 2017, s. 433). På den andre siden kan det tenkes at kartleggingen lett lar seg gjennomføre fordi kartleggingsverktøyene er utviklet for å kunne gjennomføres i klinikken. Spesielt er 4AT utviklet for rask gjennomføring i en travel hverdag (Berg et al., 2016). Det er viktig å huske på at bruk av kartleggingsverktøy ikke er «fasiten» på sykepleien, men at det er et fint

hjelpemiddel for systematisk innhenting av informasjon (Kirkevold & Jeppestøl, 2020, s. 115).

6 Avslutning

Hensikten med oppgaven er å belyse hvilken erfaring sykepleierne har med identifisering av delirium hos eldre pasienter på sykehus. Sykepleierne erfarer at identifiseringen er en stor sykepleiefaglig utfordring, og at alt for mange tilfeller av delirium forblir uoppdaget, spesielt den hypoaktive formen for delirium. Aktuelle kartleggingsverktøy sykepleierne har erfaring med i identifiseringen av delirium, er CAM og 4AT. I tillegg til verktøyene må sykepleierne observere og dokumentere pasientenes kognitive atferd for å fange opp eventuelle endringer som kan være symptomer på delirium.

Sykepleierne har varierende erfaring med identifiseringen, men de er samstemte om at manglende kunnskap gjør identifiseringsarbeidet utfordrende. Kunnskapsutvikling er både avdelingenes og sykepleiernes ansvar, hvor avdelingen må legge til rette og sykepleierne må ta initiativ. I tillegg til fag- og forskningslitteratur må sykepleierne også anvende sin kliniske erfaring i identifiseringen. I arbeidet med klinisk erfaring er det viktig at både erfarne og uerfarne sykepleiere deler og styrker hverandres kompetanse. Det er viktig at de erfarne sykepleierne ikke distanserer seg fra deliriumspasientene, og at uerfarne sykepleiere oppsøker situasjoner som gjør at de kan bidra til bedre kvalitet i helsehjelpen. Hvilken sykepleier som er på jobb, skal ikke påvirke kvaliteten og dermed pasientsikkerheten på helsehjelpen pasientene mottar.

Sykepleierne erfarer at faktorer på sykehuset er med på å skape begrensninger når det kommer til identifisering av delirium. Dårlig tid og lite kontinuitet medfører lite fokus på identifisering av delirium og skaper utfordringer på grunn av for lite kjennskap til pasientene. Sykepleierne har et viktig ansvar i identifiseringen av delirium fordi de har mye pasientkontakt i løpet av dagen. Likevel opplever sykepleierne at det ikke er deres ansvar, og prioriterer dermed andre oppgaver. Det er viktig at sykepleierne møter pasientene med et åpent sinn og ikke tenker at de geriatriske pasientene er naturlig forvirret.

Referanseliste

- Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D. H. J., Mazzola, P., Turco, R., Gentile, S., Ryan, T., Cash, H., Guerini, F., Torpilliesi, T., Del Santo, F., Trabucchi, M., Annoni, G. & MacLulich, A. M. J. (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. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu021>
- Berg, G.V., Watne, L. O. & Gjevjon, E. R. (2016). Ny screening gir sikrere diagnose: bruk av screeningsinstrumentet 4AT kan forbedre diagnostiseringen av akutt delirium. *Sykepleien*, 104(3), 52-53. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2016.56686>
- Bondevik, M. (2012). Sykepleie til eldre: grunnleggende prinsipper. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (3.utg., s. 143-154). Fagbokforlaget.
- Brodtkorb, K., & Ranhoff, A., H. (2020). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 202-215). Gyldendal Norsk Forlag.
- Coyle, M. A, Burns, P. & Traynor, V. (2017), Is it My Job? The Role of RNs in the Assessment and Identification of Delirium in Hospitalized Older Adults: An Exploratory Qualitative Study. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(4), 29-37. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170111-02>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Den norske Legeforeningen. (u.å). *Alfabetisk oversikt*. Tester og registreringskjemaer. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-geriatri/fag/tester-og-registreringskjemaer/>

- Eide, L. S. P., Instenes, I., Ranhoff, A. H., Amofah, H. A. & Norekvål, T. M. (2017). Kjenn tegnene på delirium hos eldre. *Sykepleien* 105(7), 52-55.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.62845>
- Emme, C. (2020), "It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent": A qualitative study on hospital nurses' experience of delirium guidelines. *Journal of Clinical Nursing* 29(15-16), 2849-2862. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
- Engedal, K. (2012). Delirium. I M. Bondevik & H. A. Nygaard (Red.), *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (3. utg., s. 281-292). Fagbokforlaget.
- Evensen, S., Forr, T., Al-Fattal, A., Groot, C., Lønne, G., Gjevjon, E. R., Berg, G. V. & Bergh, S. (2016). Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. *Tidsskriftet: Den Norske Legeforening* 136(4), 299-300. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.1334>
- Finnbakk, E., Olaussen, C., Heyn, L., Sellevold, G. S., Rødland, E. K. & Gjevjon, E. R. (2018, 14. mai). *Delirium er en tverrprofesjonell utfordring. Slik forberedes våre sykepleierstudenter*. Innspill.
<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2018/05/delirium-er-en-tverrprofesjonell-utfordring-slik-forberedes-vare>
- Flovik, A. M. & Rokseth, T. (2016). Kvalitetsarbeid og pasientsikkerhet. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 271-296). Cappelen Damm Akademisk.
- Graverholt, B., Jamtvedt, G. & Nortvedt, M. W. (2016). Kunnskapsbasert praksis. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 179-192). Cappelen Damm Akademisk.
- Gregersen, M. & Pedersen, J. L. (2017). Akut sykdom hos ældre. I S. Jastrup. *Akut sykepleie*. (2.utg., s.183-204). Munksgaard.
- Hellesø, R. (2016). Pasientjournalen og prinsipper i journalføring. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 209-243). Cappelen Damm Akademisk.

Helsebiblioteket. (u.å). *Referansedatabaser innen medisin og helsefag som du har gratis tilgang til gjennom Helsebiblioteket.no*. Alle databaser.

<https://www.helsebiblioteket.no/databaser/alle-databaser/?index=0>

Helsedirektoratet. (2019, 02. mai). 7. *delirium*. Psykiske lidelser hos eldre.

<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre/delirium>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Kirkevold, M. & Jeppestøl, K. (2020). Kartlegging og vurdering. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 115-140). Gyldendal Norsk Forlag.

Kristoffersen, N. J. (2016). Sykepleierens ansvar og arbeidsområder i helsetjenesten. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 193-265). Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F., Skaug, E.-A. & Grimsbø, G. H. (2016). Hva er sykepleie? Sykepleie – fag og funksjoner. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt, E.-A. Skaug & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: B. 1: Sykepleie – fag og funksjon* (3. utg., s. 15-27). Gyldendal Akademisk.

Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning*. Udir.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf

Melhus, G. K. & Lærum-Onsager, E. (2019). Sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus. *Geriatrisk sykepleie: NSF's faggruppe for sykepleiere i geriatri og demens* (2), 15-21.

https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2020-09/gs-2-2019.pdf

Mensen, L. (2020). Biologisk aldring. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H.

- Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 29-34) Gyldendal Norsk Forlag.
- Molven, O. (2016). *Sykepleie og jus*. (5. utg.). Gyldendal juridisk.
- Neerland, B. E., Watne, L. O. & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskriftet: den norske legeföreningen*, 133, 1596-1600.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1327>
- Norsk senter for forskningsdata. (2019). *Register over vitenskapelige publiseringsartikler*.
<https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>
- Norsk Sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske Retningslinjer*. Norsk Sykepleierforbund:
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- Nortvedt, M. V., Jamtvedt, G., Graverholt, B., Nordheim, L. V. & Reinar, L. M. (2016). *Jobb kunnskapsbasert! En arbeidsbok*. (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk.
- Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2017). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5. utg., s. 17-39). Gyldendal Akademisk.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Ranhoff, A. H. (2020). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb, & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie, god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 458-471). Gyldendal Norsk Forlag
- Stubberud, D.-G. (2016). Bevissthet. I E. K. Grov, & I. M. Holter (Red.), *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie: Sykepleieboken 1* (5. utg., s. 491-513). Cappelen Damm Akademisk.

- Stubberud, D.-G. (2017). Sykepleie ved delirium. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (5. utg., s. 429-438). Gyldendal Akademisk.
- Stubberud, D.-G. (2019). *Kvalitet og pasient-sikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Gyldendal Akademisk.
- Thidemann, I-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk skriving*. (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Utenriksdepartementet. (2021). *Velg land*. Reiseinformasjon. Hentet 21.mars 2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/utenrikssaker/reiseinformasjon/velg-land/id2414273/#D>
- Watne, L. O. & Wyller, T. B. (2018). Delirium – framleis underdiagnostisert. *Tidsskriftet – Den Norske Legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0118>
- Wong, E. K-C., Lee, J. Y., Surendran, A. S., Nair, K., Maestra, N. D., Migliarini, M., St.Unge, J. A. & Patterson, C. J. (2018), Nursing perspectives on the confusion assessment method: a qualitative focus group study. *Age and Ageing*, 47(6), 880-886. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy107>
- Wyller, T. B. (2020). *Geriatrí: En medisinsk lærebok*. (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- Yue, P., Wang, L., Liu, C. & Wu, Y. (2015), A qualitative study on experience of nurses caring for patients with delirium in ICUs in China: Barriers, burdens and decision making dilemmas. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(1), 2-8. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.01.014>

Vedlegg 1

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) KORTVERSJON

Inouye et al. Ann Int Med 1990; 113: 941-948. Norsk oversettelse ved Anette Høyen Ranhoff, Marianne Hjermeid og Jon Håvard Loge, 2004

INTERVJUER:

DATO:

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

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

(Den norske legeforening, u.å)

Vedlegg 2



Screening for delirium og kognitiv svikt

(etikett)

Pasientens navn:

Fødselsdato:

Pasientnummer:

Dato:

Tidspunkt:

Testen er utført av:

[1] ARVAKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/eller er åpenbart søvning ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

| | |
|--|---|
| Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse) | 0 |
| Lett søvning < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal | 0 |
| Tydelig unormal(t) | 4 |

[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

| | |
|---------------------------------|---|
| Ingen feil | 0 |
| 1 feil | 1 |
| 2 feil eller flere/ikke testbar | 2 |

[3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: «Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember»
Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt

| | | |
|---------------------------------------|---|---|
| Rekkefølgen av årets måneder baklengs | Oppgir 7 måneder eller flere korrekt | 0 |
| | Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne | 1 |
| | Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom) | 2 |

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Holddepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon
(F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

| | |
|-----|---|
| Nei | 0 |
| Ja | 4 |

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt

1-3: mulig kognitiv svikt

0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er ufullstendig)

4AT SKÅR

VEILEDNING

Versjon 1.2. Informasjon og nedlasting: www.the4AT.com

Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangsvurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt før en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. **Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder**, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselsnedsettelse, dysfasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.

Årvåkenhet: Endret nivå av årvåkenhet er sannsynligvis delirium i en generell sykehus-setting. Hvis pasienten viser betydelig endret årvåkenhet ved undersøkelsen, sett skår 4 på dette punktet.

AMT4 (Forkortet mental vurdering - 4): Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett før 4AT. **Akutt endring eller fluktuerende tilstand:** Fluktuerende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuerende tilstand indikerer delirium. For å avdekke hallusinasjoner og/eller paranoide tanker, spør pasienten spørsmål som: "Er du bekymret for hva som skjer her?"; "Er du redd for noe eller noen?"; "Har du sett eller hørt noe uvanlig?"

© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash; 2015 norsk versjon: Geir V. Berg (RN, MCn, DrPH), Edith Roth Gjøslevik (RN, MCn, PhD), Arvid Al-Fatali (MD), Cathrine de Groot (fysioterapeut, MSc) og Sigurd Evensen (MD, PhD-student). Susan Juel (RN) ansvarlig for tilbakeløst oversettelsen.