



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSD101C

Predefinert informasjon

Startdato:	04-05-2019 09:00	Termin:	2019 VÅR
Sluttdato:	10-05-2019 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Hjemmeoppgave		
SIS-kode:	203 BSD101C 1 H 2019 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.: 5

Informasjon fra deltaker

Antall ord *: 9490

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja

registrert oppgavetittelen

på norsk og engelsk i

StudentWeb og vet at

denne vil stå på

vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn: (Anonymisert)

Gruppenummer: 20

Andre medlemmer i gruppen: Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av oppgaven min *

Ja



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGÅVE

Førebygging av delir

Prevention of delirium

Kandidatnummer: 5

GRSD15

HVL/FHS/IHO

Terje Årsvoll Olsen

10.05.2019

Antal ord: 9490

Eg stadfestar at arbeidet er sjølvstendig utarbeida, og at referansar/kjeldetilvisingar til alle kjelder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 10.

[Skriv her]

«Hvis det i sannhet skal lykkes å føre et menneske hen til et bestemt sted, må man først passe på å finne ham der hvor han er og begynne der. Dette er hemmeligheten i all hjelpekunst.»

- Søren Kierkegaard



«Delirium» er laget av Nancy Andrews. (Foto: Josh Winer)

Sammendrag

Eldre pasientar i sjukehus har ofte fleire diagnosar som gjer at sjukdom utartar seg på ein annan måte enn hjå yngre pasientar, og som vil ha større konsekvensar i etterkant. Det er mykje forskning i dag som seier noko om førekomsten av delir, og det me ser er at det er svært mange pasientar i norske sjukehus som ikkje vert diagnostisert og/eller behandla for delir under innlegging på sjukehus. Helsepersonell har eit forbedringspotensial når det gjeld å oppdage delir hjå eldre pasientar innlagt i sjukehus, og førebygge delir i form av identifisering av risikofaktorar og tidlig intervensjon av tiltak. Denne oppgåva er bygd opp på litteraturstudie som tek for seg å finne ut kva sjukepleiarar kan gjere for å oppdage delir så tidlig som mogeleg. Det vil altså sei å identifisere risikofaktorar i dei pasientar vert innlagt i sjukehus. Problemstillinga vert drøfta i lys av relevant litteratur, funn i forskning og Kari Martinsen sin omsorgsfilosofi. Hennar tankar og ytringar kring omgrep som omsorg, relasjonar, verdiar og tillit er ein vesentlig del av drøftinga.

Nøkkelord: *delir, førebygging, eldre, sjukepleie, sjukehus.*

Abstract

Older patients in hospitals do often have many diagnoses which causes that the disease can be more serious, compared with younger people, and have more severe consequences. The younger people will deal with the disease in a better way, due to age. There are a lot of research, articles and literature, that tell us about delirium, and that older people in hospitals very often do have this diagnosis, but the health professionals does not know. Nurses and other health professionals do have possible improvements in the way they work with preventing delirium at older people admitted to hospitals. It is important to identify risk factors, and early intervention of measures. This task are built on literature study. I will try to find out what nurses can do to detect delirium as early as possible and how we can identify relevant risk factors. The issues will be examined and discussed with literature, findings in research and Kari Martinsens philosophy of care. Martinsen have a lot of relevant subject material about care, relationships, values and trust. This is a big part of my discussion in the end of this task.

Keywords: *delirium, prevention, older people, nursing, hospitals.*

Innholdsfortegnelse

1.0	Innleiing	1
1.1	Bakgrunn for val av tema	1
1.2	Presentasjon av problemstilling.....	2
1.3	Pasientforteljing.....	3
1.4	Analyse av pasientforteljing.....	4
2.0	Metode.....	4
2.1	Omgrepet metode og litteraturstudie.....	4
2.2	Litteratursøk	5
2.3	Eigen framgangsmåte	5
2.4	Søkehistorikk.....	6
2.5	Ekkluderingskriterium og omgrepsavklaring	6
2.6	Etisk avveging	7
2.7	Kjeldekritikk.....	8
3.0	Teori	8
3.1	Kari Martinsen – ein sjukepleiarfilosof.....	8
3.2	Aldringsprosessen	9
3.3	Delir.....	11
3.4	Hypoaktivt delir & hyperaktivt delir	12
3.5	Forløp og prognose.....	12
3.6	Risikofaktorar til delir	13
3.7	Metodar for å kunne påvise delir.....	14
3.7.1	CAM (Confusion Assessment Method)	14
3.7.2	4AT – screening for delirium og kognitiv svikt.....	15
3.8	Sjukepleiaren sin førebyggjande funksjon	15
3.9	Aktuelt lovverk.....	17
4.0	Presentasjon av forskingsartiklar.....	17
5.0	Drøfting	19
5.1	Kari Martinsen, omsorgsfilosofi og sjukepleie	19
5.2	Viktigheita av god bakgrunnsinformasjon	20
5.3	Identifisering av risikofaktorar	21
5.4	Kartlegging og påvising av delir	22
5.5	Førebygging av delir	23

Kandidatnummer: 5

6.0	Avslutning	24
	Referanseliste:	25
	Vedlegg 1 – CAM (Confusion Assessment Method).....	27
	Vedlegg 2 – 4AT (Screeningsverktøy for delir og kognitiv svikt).....	28
	Vedlegg 3 – Årsakar til delir	29
	Vedlegg 4 – Ikkje medikamentelle tiltak for å førebygge delir	30

[Skriv her]

1.0 Innleiing

I følge Ranhoff (2010) er delir hjå eldre innlagt i sjukehus potensielt mogleg å førebygge og behandle, men tilstanden vert ofte ikkje erkjent, noko som bidrar til dårleg prognose. Mange pasientar kan fortelje om ubehagelege opplevingar frå tida då dei hadde delir. Delir er ein vanleg og komplisert tilstand hjå gamle som er innlagt akutt i sjukehus, og blant gamle i sjukeheim. (s. 405).

I følge statistisk sentralbyrå var det i løpet av 2018, 1 967 758 personar innlagt på sjukehus i Norge av ulike årsakar. Av desse var 155 390 eldre over 80 år. (SSB, 2019)

1.1 Bakgrunn for val av tema

Eg vel å skissere kort ei historie frå då bestemor mi på 76 år skulle inn til ein planlagt operasjon, der ho skulle få kneprotese. Det vart gjort poliklinisk undersøking i forkant og ho fekk snakke med ortoped. Dei gjekk gjennom forløpet ned til minste detalj nokre veker i forkant. Ho vart tatt godt i mot på avdelinga ved innlegging, og fekk ha det same rommet gjennom heile sjukeshusopphaldet. Bestemor er ei frisk dame, som ikkje har noko kognitiv svikt, men som utvikla delirium på nattetid etter operasjonen. Ho kom fort til seg sjølv att, og kunne skildre ei historie frå den natta som hadde skremt henne. Mellom anna såg ho ting på rommet som ikkje var der i røynda, ho opplevde hallusinasjonar. Bestemor var djupt fortvila over eigen situasjon. Redsla for ikkje å få hjelp var verst når det stod på. Men ho var òg fortvilt i ettertid, fordi ho hadde vore ein belastning for sjukepleiaren på nattevakt. Ein slik historie som rammar ei av dine næraste har gjort inntrykk på meg, og samstundes gjort meg nyfiken på delir som tema.

Som student har eg vore heldig og hatt mange pasientmøter og hatt god tid å sette meg inn i kvar enkel pasient og deira historie. Mange historier har gjort sterkt inntrykk, historier eg har hatt med meg i studietida og vil ha med meg i framtida. Delirium har eg hatt spesielt stor interesse for opp gjennom åra. Eg har undra mange gonger på kva som gjer at pasientar hamnar i delir, og kva som gjer at nokre pasientar får det og nokre pasientar ikkje. Ein ser jo at pasientar som har lang sjukehistorie med seg, og då spesielt pasientar med demens, ofte er meir disponible for å utvikle delir, men det kan òg skje ein frisk 75 åring, som skal inn til planlagt operasjon.

Det som gjer at eg syns temaet er spennande er det faktum at delir kan utvikle seg så raskt, stundom berre på nokre få minutt. Og det at ved å ta gode observasjonar og gjennomføre bevisst førebygging kan me hindre enkelte pasientar i å hamne i eit delir.

Det er små forandringar for oss friske, unge, men for ein eldre pasient innlagt i sjukehus så kan det være *for* store omveltingar å klare å handtere. I tillegg observerte eg at dette kan sette pasienttryggleiken i fare, då pasientar i delir ikkje har innsikt i eigen situasjon, og det faktum at dei er hallusinerte og kan være motorisk urolig.

Under min fordjupingspraksis ved kirurgisk avdeling observerte eg at sjukepleiarar jobba for å førebyggje delir til ein viss grad. Nokre av tiltaka var å gje dei som stod i risiko til å utvikle delirium einerom, ein-ein sjukepleie, og minst mogeleg byte av rom gjennom opphaldet på sjukehuset.

Likevel kan dette vere ei utfordring å få til på sjukehus. Nye pasientar kjem inn, nokre treng akutt hjelp. Det kan bli endringar i romsituasjonen, endringar i kven som er på jobb og kven som møter kven av pasientane. Slikt set oss på prøve, også ut frå ein tanke om å førebygge delir.

I oppgåva belyser eg kva tiltak som kan være nyttige for personale på sengepost å kjenne til i arbeidet med å førebygge delir hjå eldre pasientar akuttinnlagt i sjukehus. Dette for å kunne sette i verk tiltak tidlig, slik at ein kan minske risikoen for utsette pasientgrupper å hamne i delirium. Etter å ha lese ein del pensumlitteratur, forskingsartiklar og gjennom samtalar eg har hatt med sjukepleiar i praksis, så ser eg at det allereie vert jobba ein del med dette. Likevel ynskjer eg å skrive om temaet, sidan utvida kunnskap om førebygging av delir er nyttig for å kunne hjelpe pasientar i framtida.

1.2 Presentasjon av problemstilling

Temaet eg har vald i denne oppgåva er: *Førebygging av delirium*. I mitt arbeid med å utvikle ei god problemstilling har eg brukt eit reiskap som er skissert i boka til Inger-Johanne Thidemann (2015 s. 46-53). Det er eit reiskap som kan vere lurt for å kunne peike på dei problemområda eg vil velje å gå inn på.

Hovudessensen i dette arbeidet er:

- Fokusere på identifiserina av risikofaktorar og førebygging knytt til delir.
- Liggjetida pasientar har på sjukehus i dag er kort. Det set krav til sjukepleiarar om å ta gode observasjonar, hente inn god bakgrunnsinformasjon og kunne sjå endringar hjå pasienten som kan være av betydning.

- Pasientar skal få opplevinga av auka trygghet og meistring kring sin eigen situasjon, og derav auka livskvalitet.
- Målgruppa er eldre over 80 år. Fordi det er denne aldersgruppa som har dokumentert auka risiko for å utvikle delir.
- Konsekvensar av delirium kan være mellom anna auka dødelegheit.
(Brodtkorb, Kirkevold, Ranhoff, 2010, s: 405)

Problemstillinga eg har komme fram til på basis av dette er:

Korleis kan sjukepleiar førebygge delir hjå eldre pasientar ved innlegging i sjukehus?

1.3 Pasientforteljing

Pasienten er ein mann eg møtte på i fordjupingspraksisen min. Eg kallar han for Olav i teksten, sjølv om det ikkje er hans eigentlege namn.

Olav er ein mann på 82 år, som bur heime utan noko tilbod frå helse- og omsorgssektoren i kommunen. Han har 2 døtre i same bygda. Olav hadde på dette tidspunktet framleis førarretten til å køyre bil, og han gjorde gjerne det i samband med ærend han hadde. Han kom inn på sjukehus, og det vart kalla inn traumeteam i mottak som skulle ta i mot han. Han hadde ikkje vore merksam nok, og hadde dermed kollidert med ein annan bil. Olav hadde ikkje påvist kognitiv svikt, men hadde hatt atrtieflimmer i nokre år. Elles var han frisk, god til beins og klarte seg godt i heimen.

Etter ei kartlegging i mottak kunne ein konkludere med at Olav hadde vore heldig, og hadde ikkje anna skade enn eit lite brot i sternum (brystbeinet). Brotet skulle lege seg sjølv.

Olav vart dermed sendt på post til observasjon, og eg som student skulle få følge han opp. Då Olav kom på post var alle vitalia fine, han gjorde godt greie for seg. Han hadde fått urinkateter og PVK i venstre underarm. Olav og eg kunne prate om vêr og vind, snøkledder vidder. Det var god flyt i samtalen. Eg reiste heim frå dagvakt den dagen, med avtale om at eg skulle få følge han opp neste dag. Då skulle han til nokre undersøkingar, som; røntgen, CT og MR som eit ledd i utgreiinga av Olav. På sjukehuset der eg var i praksis var det eit lite stykke for pasienten å forflytte seg frå post til dei ulike undersøkingane, så dette vart gjort i seng. Undervegs rundt på huset endra Olav seg, og han vart meir og meir forvirra. Etter at me kom tilbake på post, var ikkje pasienten til å kjenne att. Han visste ikkje kvar han var, han

gjorde seg lite forstått med ord, han såg ting rundt på rommet som ikkje var der, og han var motorisk urolig, til trass for smerter i sternum og ryggen etter trafikkuhellet.

1.4 Analyse av pasientforteljing

For å trekke ut dei viktige momenta i pasientforteljinga, samt peike på dei konkrete utfordringane ein møter på i forteljinga, så vil det vere viktig å sjå heilskapen i pasienten sitt hendingsforløp. Det går på å hente inn god bakgrunnsinformasjon, samt gode observasjonar. I dette tilfellet tenkjer eg då særskilt på observasjonar av vitalia, som blodtrykk, respirasjon, temperatur og SpO₂. Samstundes er det svært viktig å følge med på eventuelle endringar hjå pasienten i veremåte. Hjå denne pasienten så var det ein del moment som talte for at pasienten burde få så lite stimuli som det var mogeleg å gje han, for å førebygge delir. Det var svært viktig å vere til stades og ha tett oppfølging. Utfordringa var at han likevel måtte til diverse undersøkingar som ein del av utgreinga. Slik eg tolkar situasjonen med pasienten, så stod han i fare for å utvikle delir ganske tidleg i sjukehusopphaldet. Dette både ut frå at han hadde høg alder ved innlegging, samstundes som han vart lagt inn som traumepasient. Det var allereie tidleg i prosessen nokre varsellampar som indikerte mogleg delir, og ein satt i verk nokre tiltak tidleg, som t.d tett oppfølging og ein-til-ein sjukepleie. I Olav sitt tilfelle var ikkje det nok.

2.0 Metode

2.1 Omgrepet metode og litteraturstudie

I følge Dalland (2014) er metode eit reiskap i møtet med noko eg vil undersøke. Metoden hjelper meg til å samle inn data, altså informasjonen eg treng til å undersøke det eg vil. Det set krav til meg om at eg finn ein metode som eignar seg best for den oppgåva eg skal skrive. I ei bacheloroppgåve vil føremålet vere å kunne finne fram til seriøse kjelder, blant pensumbøker, søk etter relevante artiklar og fagstoff. Ein må også kjenne til søk i anerkjende databasar på leit etter nyare forskning kring temaet eg har valt.

Av søkebasar eg har brukt er cinahl og svemed+ dei to som har vist seg å være meste relevant for meg.

Søkeorda var: *delirium, intervention, older people, nursing, hospital og aged.*

Kvantitativ metode har den fordel at den gjev oss data i form av målbare einingar. Det kan gje oss ofte tal som konkrete svar. Denne metoden går meir i breidda, her vert det nytta spørjeskjema med faste svaralternativ. Det vert òg gjennomført systematiske og strukturerte observasjonar. Den som forskar prøver å tilstrebe nøytralitet og avstand til temaet. Det er til dømes ein kvantitativ tilnærming som kan gje oss tal på kor mange gamle over 80 år som vert lagt inn på sjukehus, og kor mange som får delir.

Kvalitativ metode tek meir sikte på å fange opp meining og oppleving, som ikkje kan målast i tal. Korleis opplever dei eldre å gjennomgå eit delir? Denne forskingsmetoden går meir i djupna på eit valt tema. Det vert gjort ved hjelp av intervju, som igjen er prega av fleksibilitet under nokre formar for faste svaralternativ. Den som forskar ser fenomenet frå innsida, og han erkjenner påverknad og delaktigheit. Dette med å gjennomføre intervju har me ikkje høve til i bacheloroppgåva, den må baserast på litteratur – fagbøker eller forskning andre har gjort.

2.2 Litteratursøk

Dalland (2014) skriv at ein bør i ei slik bacheloroppgåve først notere ned kva ein allereie veit om det feltet ein skal skrive om. Det innleiande litteratursøket har som mål å gje eit bilete på kva som allereie er skrive om det aktuelle temaet. Ein bør først kome fram til eit tema eller emne, deretter kan ein få ei oversikt. Ikkje minst kan ein dra nytte av lærebøker og samleverk i temaet. Å stille seg spørsmål om det er noko i pensum som kan belyse temaet ein har vald? Kan pensumlitteraturen gje meg nokre tilvisingar som kan være relevante? Men òg tidlegare førelesingar kan være nyttig. (s. 68)

2.3 Eigen framgangsmåte

Gjennom mitt arbeid med oppgåva har eg sett gjennom litteratur som ligg i det obligatoriske pensumet, og valt å nytta nokre av desse bøkene. Eg har hatt ein dialog med lokalt bibliotek, og biblioteket ved Høgskulen på Vestlandet for å finne fram til tilgjengelig og relevant litteratur til arbeidet mitt. Eg har gjort søk i ulike databasar for å finne fram til relevant forskingsartiklar knytt til temaet. I kapittel 2.4 kjem eg meir innpå søk eg har gjennomført. Undervegs har eg òg vore i dialog med sjukepleiarar ved ulike postar på sjukehuset, som t.d. kirurgisk avdeling, medisinsk avdeling, intensiv avdeling og akuttmottak. Dette for å høyre deira erfaringar med pasientar med delirium. Samla sett ser sjukepleiarar på delir som ei

utfordring i sin arbeidskvardag, då det krev god kompetanse og god tid i arbeidet med desse pasientane. Dette gjev meg ein motivasjon for vidare arbeid med å finne fram til konkrete tiltak i forhold til førebygging av delir, og observasjonar av eventuelle predisponerande faktorar.

2.4 Søkehistorikk

Eg søkte i databasar, først for å gjere meg kjent med søkemotorane som fins der ute. Etter kvart som eg meistra det, så brukte eg MeSh for å finne fram til gode søkeord som eg kunne bruke. Eg har i tillegg til å ha gjort søk på nettet, hatt ein dialog med Irene Instenes som jobbar ved Haukeland universitetssjukehus. Ho hadde eit foredrag om delir ved eit sjukehus då eg var i praksis der. Dette syns eg var svært interessant, og me har utveksla litt tankar kring temaet og mi oppgåve. Ho foreslo 5 artiklar eg kunne bruke i mi oppgåve, etter å ha lest gjennom abstract på alle 5, kom eg fram til at alle desse artiklane innebar pasientar som har gjennomgått eller skal gjennomgå kirurgi. Desse er difor ikkje inkludert i arbeidet mitt med oppgåva. Men det har likevel vore nyttig å ha ein dialog med henne.

Søkeorda eg har kombinert i Cinahl er: *delirium, intervention, older people, nursing, hospital*. I Svemed+ har eg kombinert søkeorda: *delir + aged*.

2.5 Ekskluderingskriterium og omgrepsavklaring

For å kunne spisse problemstillinga, og for å kunne peike ut *eit* problemområde, så vil eg legge til nokre ekskluderingskriterium. Det er òg nyttig for å kunne finne meir relevant litteratur og forskning knytt opp mot *eitt* tema.

Eldre innlagt i sjukehus, over 80 år.

- For å kunne finne fram til meir konkret forskning på denne aldersgruppa.

Pasienten skal ikkje ha gjennomgått kirurgi under innlegging.

- Det eksisterer ein del forskning og tidlegare bacheloroppgåver som skisserer denne problematikken.

Artiklar eg har søkt opp og lest skal ha tilknytning til Europa, og helst Norden.

- Dette grunna ulikheit i utforminga av helsetenestene og forskjellar som ikkje kan samanliknast med korleis ein jobbar innan helsetenestene i Norden og Europa.

Artiklar eg har søkt fram skal være utgitt i åra mellom 2013-2019.

- For å kunne finne fram til den nyaste forskinga på området.

Eg har valt å ekskludere pårørande i denne oppgåva mi. Eg ser på pårørandearbeid som svært viktig i all jobb ein gjer for pasientar. Av omsyn til plass i oppgåva, og for å halde fokus på pasienten, og førebygging i forhold til delir, så har eg valt å ikkje dra med pårørandearbeid inn i denne oppgåva. Pårørande er likevel nemnt nokre stader, m.a. som ei viktig informasjonskjelde ein kartleggingsfase av mogleg delir.

I denne oppgåva kjem eg til å belyse moglege innfallsvinklar med omsyn til førebygging av delir. Eg har dermed ikkje valt å gå innpå årsak for innlegginga til denne pasientgruppa. Eg syns arbeidet med å finne fram til relevant litteratur knytt til eldre pasientar som vert innlagt på sjukehus, utan hoftebrot eller hjertekirurgi, kan vere ei interessant pasientgruppe å jobbe med i dette arbeidet. Dette er også grunnen til at Instenes sine framlegg til artiklar ikkje er inkludert i oppgåva.

Vidare går eg ikkje inn på medikamentelle tiltak, då eg ser på dette som ei legeoppgåve. Men òg for å kunne avgrense til spesifikke *sjukepleietiltak* til pasientar som står i fare for å utvikle delir eller som gjennomgår eit delir.

Det er ikkje i mi oppgåve vektlagt at pasienten har hatt delirium tidlegare, eller har noko form for demens eller kognitiv svikt frå tidlegare.

Eg vil fokusere på kor omfattande tilstanden er, kva konsekvensar den kan få, og kvifor det er eit så utbreitt problem. Samt finne fram til førebyggingstiltak som lett kan implementerast i arbeidskvardagen til sjukepleiarar.

Delir → også nemnt som delirium, eller akutt forvirringstilstand. Eg bruker mest omgrepet delir i sjølve oppgåveteksten.

Den eldre pasient → i denne oppgåva er den eldre pasienten 80 år og oppover.

2.6 Etisk avveging

Når ein nemner etiske avvegingar skriv Dalland (2014) at det handlar om meir enn å følge reglar. Det betyr også at me må tenke gjennom kva etiske utfordringar arbeidet vårt medfører, og korleis dei skal handterast. Det er nokre moment som er underlagt bestemte krav frå samfunnet. Allereie tidleg i planleggingsfasen har eg stilt meg sjølv nokre spørsmål om kven som vil ha nytte av den kunnskapen eg belyser her (s. 95). Eg skal ha som ambisjon om å utrette noko for andre med mitt arbeid med dette. Det som kjem fram i oppgåva mi kan bringe nye perspektiv og vise eksempel frå det som føregår i praksisfeltet.

I arbeidet med oppgåva har etiske avvegingar stått i fokus for meg. Eg har lagt vekt på å anonymisere, og ikkje nemne namn, ei heller praksisstad eg har hatt. Personopplysningslova seier noko om korleis opplysningar om pasientar kan og skal behandlast. Det er svært viktig å nemne teieplikta me har, og at eg som student ikkje skal bringe vidare opplysningar frå mitt eige arbeid utan å sørge for at personopplysningar er anonymisert (s. 100). Etikken i oppgåva er overheldt, dette gjeld mellom anna referansar til artiklar og litteratur, der det vert vist til forfattar, publikasjonsstad og årstal. Vidare vert APA-metoden for referering nytta.

2.7 Kjeldekritikk

Dalland (2014) skriv at kjeldekritikk er dei metodane som vert nytta for å kunne fastslå om ei kjelde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere dei kjeldene som vert nytta. (s. 67)

Vidare skriv Dalland at kjeldekritikk betyr både å vurdere og å karakterisere den litteraturen som har blitt nytta. Det gjeld også andre kjelder i oppgåva. (s. 72) Eg har forsøkt å vere kritisk i arbeidet mitt med å finne fram til relevant litteratur og aktuell forskning. Eg har hatt ekskluderingskriterium i søka mine etter aktuelt fagstoff om temaet. Samstundes har eg tiltru til at delar av pensumlitteraturen er relevant for meg og mitt arbeid, sidan det er utarbeidd av pedagogisk personell ved Høgskulen.

3.0 Teori

3.1 Kari Martinsen – ein sjukepleiarfilosof

Eg har nytta Kari Martinsen som er sjukepleiefilosof sine tekstar i oppgåva. Kari Martinsen er sjukepleiar med magistergrad (lærer, mester) i filosofi og ei doktorgrad i historie. Ho har vidare skrive fleire bøker og artiklar innanfor områda fenomenologi, omsorgsfilosofi, etikk og sosialhistorie. Martinsen er professor emerita ved Universitetet i Tromsø, studiestad Harstad, og VID, studiestad Bergen. (Martinsen, 2018, s. 156)

Som Martinsen (2012) skriv så har omsorg med relasjonar og moral å gjere. Og dei kjem fram i praktisk handling. Som med moral, eller kva gode sjukepleiarholdningar er, så må dette lærast. Den fagleg dyktige sjukepleiar har ikkje berre kunnskap om den aktuelle saken ein står midt oppe i, men òg kunnskap om moral. Ein sjukepleiar visar ein standard på sine handlingar, som igjen gjer at sjukepleiaren kan verte den andres tillit verdig. Her kjem Martinsen med det ho kallar for svak paternalisme, slik eg forstår det så går det på å utøve omsorg i sjukepleien, med ein bevisstheit rundt det at helsepersonell har ein form for autoritet

ovenfor pasienten. Martinsen skriv om det at sjukepleiaren engasjerer seg i den pasienten med ein sensitivitet i relasjonen som tek hensyn til pasienten sin situasjon. I ein sjukepleiesammenheng vil dette seie at for å hjelpe så må sjukepleiaren òg være delaktiv i pasienten sin situasjon. Vidare skisserar Martinsen kor viktig det er at makta i relasjonen vert brukt på ein fornuftig måte, og ikkje slik at pasienten vert gjort til deltakar i sitt eige liv. Sjukepleiaren sitt ansvar er å være pasienten si stemme, og gjere pasienten sin situasjon best mogeleg. Ho skriv at den faglege gode sjukepleiar er òg ein kritisk sjukepleiar. Sjukepleiaren skal stille seg kritisk til arbeidsforhold og flettar omsorg inn i sjukepleien på ein unik måte, kombinert med tillit og rutinar i arbeidet (s. 164-165).

Hennar tankar og ord knytt til omsorgsfilosofien tek eg tak i. Vidare skisserer eg hennar tankar om å vere sansande tilstades, og ta i mot fordringar frå andre.

Ho er anerkjent for omsorgsfilosofien sin, og peikar på tre sider ved omsorgsomgrepet, at omsorg er eit rasjonelt omgrep, omsorg er praksis og at omsorg har ei moralsk side (Omhelse, 2019).

3.2 Aldringsprosessen

I følge Mensen (2010) reknar ein med at aldersforandringar først gjer seg gjeldande som avgrensingar i dagleglivet etter 85 år. Alderdommen vert prega av to tilhøve: naturlege aldersforandringar og auka risiko for ei rekkje kroniske og alvorlige sjukdommar. Stort sett er overgangen mellom aldring og sjukdom flytande. Det er eit viktig moment at aldring ikkje er ein sjukdom i seg sjølv, og vanlege sjukdommar hjå gamle ikkje er aldersforandringar. For å kunne sjå heile biletet er det viktig å kjenne til dei normale biologiske aldersforandringane. (Kirkevold et al. s. 52)

Fysiologiske aldersforandringar: Grått hår og rynker er noko dei fleste kjenner igjen, og dette er ei naturleg aldersforandring.

Huda ber meir og meir preg av opphoping av pigment. Den vert og tynnare og elastiteten vert kraftig redusert. Tynn, uelastisk hud har mindre evne til å binde vatn, difor kan ein sjå meir rynker hjå eit aldrande menneske. Med mindre elastisitet i huda er det svært viktig at ein er observant med omsyn til nedkjøling og trykksår.

Nyrefunksjonen hjå ein 70 åring ligg på omtrent 70% av normalfunksjon. Det er difor sær viktig at ein førebyggjer dehydrering, då nyrefunksjonen vert forverra ved dehydrering.

Fordøyingsystemet og forstopping heng saman med inaktivitet, mindre inntak av fiberrikt kosthald og redusert væskeinntak. Tarmfunksjonen endrar seg lite. Så her er det sær viktig å

halde pasienten i aktivitet, tilby variert kosthald og hydrering, og hindre inaktivitet. Eit anna viktig moment å ha med seg er at hjå ein eldre pasient er smakslaukane svekka, tennene gjennomgår òg ein aldriingsprosess, og spyttproduksjonen vert redusert til ein tredjedel av det normale.

Hjernen endrar seg òg, i størrelse og vekt. Dette skuldast reduisering av tap av nevronar. Ved ein aldriingsprosess får ein noko meir langsam motorikk og redusert kapasitet forå oppretthalda merksemd. Det er normalt at hukommelsen vert svekka med alderen.

Immunresponen vert svekka ved aldring. Dette gjer eldre ekstra mottakelege for infeksjonar. Difor er det viktig å jobbe med infeksjonsførebygging som til dømes urinkateter og førebygging for urinvegsinfeksjon som ein ser hyppig førekomst av hjå eldre.

Muskelmassen vert redusert mellom anna fordi muskelceller vert mindre. Vanlegvis har ikkje denne utviklinga funksjonell betyding. Ein ser ofte at gripeevne vert redusert, og det kan ha betyding i dagleglivet ved til dømes å kunne opne opp lokk og vri opp ein klut.

Beinmassen vert ofte redusert på grunn av mindre opptak av kalsium, noko som gjer større risiko for brot ved fall. Kroppshøgda vert redusert og ein ser aukande krumming i ryggen.

Hjertemuskelceller vert ofte erstatta av fibrøst vev. Hjertet kan auke noko i størrelse. Dette kan føre til atrieflimmer, kanskje særleg ved tilstandar som aukar hjertefrekvensen, som for eksempel infeksjonar med feber. Redusert elastisitet i karveggen fører ofte med seg problem som svimmelheit når ein reiser seg opp for fort. Mekanismar for regulering av blodtrykket fungerer ikkje raskt nok.

Hjertefrekvensen vert redusert både i kvile og fysisk aktivitet. Hjertet vert mindre effektivt, noko som gjerne visar seg ved auka fysiologisk stress. Eldre pasientar vert difor fortare tungpusta ved mindre anstrengelsar. Det er særst viktig med infeksjonsførebygging, då alvorlege infeksjonar kan føre med seg hjertesvikt.

Lunger og brystvegg mister sin elastisitet som medfører av ein mindre del av lungevolumet arbeidar med utvekslinga av O₂ og CO₂. Viktig moment er at nedsett mekanismar som hosterefleks og cellulær immunitet aukar risikoen for infeksjon i lungene. (Kirkevold et al. S: 53-54)

Kort fortalt går mykje av førebygginga hjå eldre på å hindre at infeksjonar oppstår, sidan det kan medføre store konsekvensar for denne pasientgruppa. Ein veit òg at infeksjonar er ein av dei største risikofaktorane for eldre til å utvikle delir.

3.3 Delir

Ranhoff (2010) skriv at delirium er ein alvorleg akuttmedisinsk tilstand som ofte vert oversett hjå eldre. Dette dels grunna høg alder og kognitiv svikt, som ikkje alltid er godt nok dokumentert ved overføring til sjukehus frå heimen eller frå sjukeheim. Dei kjenneteikna ein oftast ser er; raskt innsettande endringar i bevisstheitsnivået, med oppmerksamheitssvikt og kognitive forstyrringar. Tilstanden er ofte fluktuerande (stigande/fallande/vekslande) gjennom døgeret. Belastninga er stor for pasienten og deira pårørande, og det set krav til god kompetanse for oss som helsepersonell. Eit viktig moment i arbeidet med delirium, er å være bevisst på korleis det er for pasientar å ha delir. Det vert fortald om mykje stress og ubehag. At det vert assosiert med kjensla av å være bevisstlaus, der ein feiltolkar omgivnader, hendingar og delvis sin eigen situasjon. Desse skildringane gjer det særskilt viktig å legge ned arbeid i å førebygge og handtere delirium på ein god måte, som tenar pasienten godt. Dette med tidlig oppdaging og førebygging sett sjukepleiarane på prøve i ein hektisk arbeidskvardag. Men det handlar om heilskapleg sjukepleie. (Kirkevold et al. s. 398)

Ein akutt forvirringstilstand der det vert forstyrringar i pasientens sin bevisstheit, og der kognisjon vert endra, kallar me delir. Det kan oppstå svikt i hukommelsen, desorientering, språkforstyrringar og/eller utvikling av persepsjonsforstyrringar (Kirkevold et al. s. 399). For å kunne presisere desse utfordringane visar eg til pasientforteljinga mi. Der pasienten utvikla dette over relativt kort tid. Det vart ei utfordring å hjelpe han sidan han ikkje hadde innsikt i eigen situasjon. Til dømes så vart urinkateteret og tilhøyrande slangar og pose eit stort irritasjonsmoment for pasienten, og han ville gjerne ha desse vekk. Han såg ikkje poenget med dette. Vidare vart PVK ei utfordring for oss, sidan han heller ikkje såg føremålet med denne. Han hallusinerte, og såg ting rundt i rommet som ikkje stemte overeins med røynda. Delir oppstår gjerne ved akutt og eller kritisk sjukdom eller skade. Pasientar i eit delir vert ofte skildra som «forvirra» eller «desorienterte». Sjukepleiarar vert stilt store krav til i ein slik situasjon, sidan situasjonen set store krav til etisk-moralsk kompetanse. Sjukepleiar vil gjerne yte det beste for pasienten, men møter på utfordringar knytt til dette, når pasientar ikkje har føresetnader for å samarbeide i situasjonen (Kirkevold et al. s. 399). Det krev gode kunnskapar i observasjon, å kunne sjå endringar hjå ein pasient, til dømes i merksemda til pasienten. Har han meir smerter som gjer at han vært motorisk urolig? Er det grunna fråværet av pårørande, og fråværet av kjende omgjevnader? Eller er det andre faktorar som spelar inn? Det er viktig å sjå heilskapen i situasjonen og sette i verk tiltak tidleg, for å førebyggje delir. Det trengs ferdigheitar til å vite når ein skal handle og kva tiltak ein skal/bør sette i verk, og haldningar knytt til arbeid (press) og rutinar på avdeling, dette for å kunne utøve god

sjukepleie til denne pasientgruppa. Pasientar i eit delir har ofte nedsett kognitiv funksjon, liten innsikt i eigen situasjon, er uklare, motorisk urolige, aggressive og utagerande. Utfordringane sjukepleiarar vil måtte stå i er mellom anna å kunne identifisere tilstanden, ivareta pasientens krav på respekt, vurdere bruk av tvang og ikkje minst gje støtte til pårørande (Kirkevold et al. s. 399).

3.4 Hypoaktivt delir & hyperaktivt delir

Ved hyperaktivt delir er pasienten psykomotorisk urolig, ofte vandrane, drar ut PVK og urinkateter og har paranoide hallusinasjonar. Denne typen delir kan ofte føre til at pasienten endar i ein utmatta tilstand, noko som kan være uheldig når tilstanden oppstår i forbindelse med akutt alvorleg sjukdom som t.d hjerteinfarkt. Frå 2006 ser det ut til at denne tilstanden er mindre vanleg enn ein tidlegare har trudd. (Peterson mfl. 2006, Sandberg mfl. 1999)

Vidare er hypoaktivt delir meir vanleg, men vert diverre ikkje erkjent. Pasientar ligg i senga si, dei krev ingenting og skapar ikkje bryderi i avdelinga. Det mest dominerande symptomet er svekka merksemd og bevisstheit, samt nedsett psykomotorisk aktivitet. Ved ein eventuell kognitiv test kan det påvisast nedsett konsentrasjon og merksemd, og pasientar er desorientert for tid, stad og situasjon. Denne typen delir har minst like alvorleg prognose med hensyn til dødelegheit, og seinare funksjonsevne. Dette kan mellom anna skyldast at pasientar får seinare diagnostikk og behandling. Om lag halvparten av pasientar med delir vekslar mellom hyper- og hypoaktivitet, såkalla blanda delir. (Peterson mfl. 2006, Sandberg mfl. 1999) (Ranhoff, s 396)

3.5 Forløp og prognose

Tilstanden er ofte kortvarig, men den kan kome att, altså residiv av tilstanden. Pasientar som har hatt eit delir, vil være disponibel for å få det igjen ved akutt sjukdom, skade, medikamentell påverknad osv.

Ranhoff (2010) skriv at eit delir kan utvikle seg over tid, frå timar eller få dagar til nokre veker, men kan også komme tidlig i pasientens behandlingsforløp. Pasientar som har vært i eit delir skildrar at det er som å ha medvitslause periodar, der ein feiltolkar omgjevnadar, hendingar og delvis sin eigen situasjon. Delir vert opplevd som ubehagelig og stressande. Særlig den pasientgruppa som opplevde vrangførestillingar kjente på eit stort ubehag. Dette gjev sjukepleiarar ein utfordring kring det å jobbe med trygghets- og velværeaspektet hjå desse pasientane. I etterkant treng ein moglegvis også hjelp til å bearbeide opplevingane. Som sjukepleiar kan ein i etterkant være der for pasienten, lytte og stadfeste. Og samstundes

informere om sjukdomsforløpet og om bakgrunnen for at pasienten har hatt delir. Det er også viktig å hjelpe pasienten til å mestre opplevinga ved å gje vedkommande støtte på at det er heilt naturleg og forståeleg å ha etterreaksjonar (Kirkevold et al. 2010, s 398). Her er det svært viktig å møte pasienten der han er.

3.6 Risikofaktorar til delir

Delir har auka førekomst hjå eldre pasientar over 70-80 år, og som allereie har ein kognitiv svikt, som t.d. demens. Det er likevel viktig å påpeike at delir kan oppstå hjå pasientar under 70 år også, men førekomsten hjå denne pasientgruppa er lågare.

Predisponerande faktorar kan til dømes være:

- Kognitiv svikt
- Demens
- Infeksjon
- Høg alder
- Dehydrering

(Page & Ely, 2011, s. 72)

Ranhoff (2010) skriv at risikoen for å få delir ved akutt sjukdom er knytt til både predisponerande faktorar som til sjukdomsrelaterte faktorar.

Predisponerande faktorar → forhold som var tilstade hjå pasienten før den hendinga intraff som har ført til delir. Dette beskriv pasientens sårbarheit. Desto meir sårbar ein pasient er, dess mindre skal til for at pasienten får delir.

Utløysande faktorar → Hendingar eller forhold som får delir til å oppstå. Små og lite alvorlige utløysande faktorar kan gje delirium hjå ein sårbar pasient. Medan det hjå spreke og friske eldre skal alvorlege sjukdom eller hendingar ti. Utløysande faktorar kan vere knytt til akutt sjukdom eller skade, men òg til den medisinske behandlinga og pleia. (Kirkevold et al. s. 400)

I vedlegg 3 visar eg til dei vanlegaste predisponerande faktorane og utløysande årsakar til delir.

3.7 Metodar for å kunne påvise delir

Slik Ranhoff (2010) skildrar det, så kan tilstanden verta satt med bakgrunn i sjukehistorie, sidan det går på det reint kliniske ved pasienten. Men det finst ingen enkel diagnostisk test for delir, korkje bileddiagnostisk, blodprøvar eller andre supplerande undersøkingar. Det har kun betyding når ein skal kunne finne årsaksforhold, men ikkje for sjølv diagnosen delir.

Det er ei viktig betraktning å ta med at delir ikkje er ein enkeltstående sjukdom, men heller eit symptomkompleks med andre underliggande årsak som utløysar delir.

Det som er mest viktig som sjukepleiar er å hente inn god sjukehistorie. Dersom pasienten sjølv har mental svikt, bør det hentast inn komparentopplysningar.

Då verdset ein informasjon frå nokre som bur med pasienten, eller har nær og regelmessig kontakt med pasienten, som til dømes pleiepersonell ved ein sjukeheimsavdeling. Det er viktig at denne informasjonen inneheld informasjon om symptom, debuttidspunkt og tidsforløp. Det som er av størst interesse ved mottaking av denne pasienten er å finne ut som pasienten har endring i mental funksjon. Dette grunna symptoma som kjem og går, så er observasjon gjennom døgeret viktig. All klinisk observasjon kan gjerast av pårørande og pleiepersonell. (Kirkevold et al, s: 398)

3.7.1 CAM (Confusion Assessment Method)

Det er viktig å kunne forstå korleis ein kan førebyggje at delir oppstår, og difor meiner eg at det er sentralt å vite kva symptom som påverkar diagnosen.

Ranhoff (2010) tek for seg CAM som verktøy. Dette vart utvikla for å kunne vere eit hjelpemiddel for ikkje-psykiater til å påvise delirium hjå høgrisikopasientar. Først vart CAM introdusert, deretter vart CAM-ICU introdusert, som går på pasientar innlagt i intensivavdeling, der pasienten ofte ikkje har mogelegheit for verbal kommunikasjon. CAM kan nyttast av all pleiepersonell, etter opplæring. Dette for å auke fokus på å screene fleire pasientar som står i risiko for å utvikle delir. I følge Ranhoff (2010) bør CAM brukast på kvar vakt i avdelingar der pasientar med høg risiko for å utvikle delir ligg.

I vedlegg 2 ligg kriterium som er nødvendige for å avklare om pasienten er på veg til å utvikle eller har utvikla delir. Vidare peikar Ranhoff (2010) på at det er viktig at sjukepleiar observerer pasienten og rapporterer vidare til legen.

3.7.2 4AT – screening for delirium og kognitiv svikt

I tillegg til screeningsverktøyet CAM, er 4AT eit verktøy for rask vurdering av akutt forvirring og kognitiv svikt. Til forskjell frå CAM (som er mest brukt) er 4AT eit verktøy som skal prøvast ut sidan det er kortfatta og lett å bruke. Sjølve screeninga kan gjennomførast på mindre enn to minutt og kan gjennomførast av ulike grupper helsepersonell i ein travel kvardag på ein sjukehusavdeling.

Denne metoden er utvikla av ei gruppe satt saman av skotske legar i Edinburgh Delirium, Research Group. Dette verktøyet består i fire vurderingsområder som vert skåra frå 0-2 eller 0-4 poeng.

- 1) går på pasienten sin årvakenheit
- 2) går på mental vurdering
- 3) pasienten sin oppmerksomheit
- 4) akutt endring eller fluktusjon i pasienten sin tilstand.

Dette verktøyet gjer oss ein rask førstegongsvurdering av delirium eller kognitiv svikt, men i seg sjølv er ikkje dette eit diagnostisk verktøy. 4AT skal fungere som ei beslutningsstøtte for sjukepleiarar ved at ein kommuniserer symptoma som vert avdekka til lege dersom ein kan antyda delir eller kognitiv svikt. Det er deretter legen som avgjer om vidare diagnostisering skal iverksetjast. Verktøyet 4AT kan nyttast av sjukepleiarar eller anna helsepersonell ved kontakt med pasienten eller når ein har mistanke om akutt forvirring.

(Berg, Watne, & Gjevjon, 2019)

Sjølve skjema til utfylling har eg lagt ved i vedlegg 3.

3.8 Sjukepleiaren sin førebyggjande funksjon

Tiltaka til pasientar som står i risiko for å kunne utvikle delir kan enkelt forklarast med; god sjukepleie. I følge Ranhoff (2010) er det solid vitskapeleg dokumentasjon på at førebygging av delirium nyttar, og dei fleste av studiane som er gjort, inneber sjukepleietiltak. Etter kvart som faget sjukepleie har gått framover, veit me at ein del pleiemessige faktorar er uheldige og disponerer for utvikling av delir. Alt stress som pasientar i sjukehus og sjukeheim kan oppleve, representerer ei fare, slik som stadig skifte av personell, for lite personkontakt og informasjon, å måtte liggje ute i korridoren, støy frå medpasientar og uheldige rutinar der pasienten sin integritet og behov for ro ikkje vert teke omsyn til.

Det finst likevel ikkje noko dokumentert behandling mot delir i seg sjølv. Behandlinga består av behandling og eliminering av *utløysande* årsak, korrigere alt som er i ubalanse, optimalisere den medisinske behandlinga generelt og gje god pleie og omsorg i eit trygt og godt miljø.

Sjukepleiaren har ei sær sars viktig rolle når det gjeld å påvise delir og formidle det til legen. Deretter er det legen si oppgåve å sette diagnosen, og kartleggje årsak(er).

Den største rolla ein sjukepleiar spelar i behandlinga er å kunne skape tryggleik, og eit mest mogeleg behagelig tilvere. Tett oppfølging, velkjente personar og minst mogeleg stress er stikkorda. Ein bør ha ein dialog med pårørande heile vegen, og få pasienten til å ha mest mogeleg pårørandekontakt. Særleg dersom ein opplever at pårørandekontakt har ein beroligande effekt på pasienten. Vidare er det svært viktig at pasientar med delir vert observert hyppig og i nokre tilfelle kontinuerleg. (Kirkevold et al. s. 402-403)

Stubberud (2013) skriv om sjukepleiaren sin førebyggjande funksjon at målet skal vere å hjelpe pasienten til å gjenvinne mest mogeleg kontroll over situasjonen. Det er viktig at sjukepleiar set i verk tiltak som lettar pasienten si orienteringsevne og reduserar angst og frykt. Eit viktig moment er å betre søvnen òg. (Grønseth et al. s. 404)

I vedlegg 4 skisserar eg dei viktigaste ikkje-medikamentelle tiltaka for pasientar som står i risiko for å utvikle delir. Som Kirkevold og Brodtkorb (2010) skriv så skal kartlegginga av den gamle pasienten ha to komplementære fokus. Det er viktig at sjukepleiar kartlegg den gamle sin *helsetilstand* og *funksjonsnivå*, og det påfølgande behovet for sjukepleie. Det andre er at det er sær sars viktig at sjukepleiaren kjenner til pasienten sine relevante forhold, som *livshistorie* og *noverande livssituasjon*. I utgangspunktet bør ein tilstrebe å få dei data ein ynskjer frå pasienten sjølv, men i mange tilfelle vil det vere utfordrande, av ulike grunnar. Då vil det være god hjelp i pårørande eller anna helsepersonell som kjenner pasienten frå før. Kartlegginga bør verta basert på *intervju* og *samtale*, samt *observasjon*. Eit viktig moment i intervju og samtale er det at eldre pasientar ofte treng litt meir tid til å samle tankar og uttrykke dei. Her er det viktig at sjukepleiaren er tålmodig og ikkje fell for fristelsen til å avslutte setninga for pasienten. Ein skal òg være open for at pasienten kan ha sansesvikt eller kognitiv svikt, og legge samtalen opp etter det. Viktig å forsikre seg om at pasienten har forstått det som har blitt sagt. Når det gjeld observasjon så gjer ein dette samstundes som ein snakkar med pasienten (Kirkevold et al, s. 114-116).

3.9 Aktuelt lovverk

Jamfør pasient og brukarrettigheitslova (1999. § 2-1 b), har pasientar innlagt i sjukehus rett til nødvendig helsehjelp frå spesialisthelsetenesten. Vidare har pasienten rett på at tenestetilbodet skal så langt som mogeleg bli utforma i samarbeid med pasienten. Det skal leggjast stor vekt på kva pasienten meiner ved utforminga av tenestetilbodet etter helse- og omsorgstenestelova §§ 3-2 første ledd nr. 6, 3-6 og 3-8 (1999).

I arbeidet med delir i forhold til pasientar som er over 80 år, så kjem eg ikkje unna det å dra inn lovverk som går på å gje helsehjelp til pasientar som motset seg hjelp. I pasient og brukarrettigheitslova (1999. §4A-3) står det at før det kan ytast helsehjelp som pasienten motset seg, så må tillittsskapande tiltak ha vært forsøkt, med mindre det er åpenbart formålslaust å prøve dette. Dersom pasienten opprettheldt sin motstand, eller veit helsepersonell at vedkommande med stor sannsynligheit vil oppretthalde sin motstand, kan det treffast vedtak om helsehjelp dersom

- Ein unnlating av å gje helsehjelp kan føre til vesentlig helseskade for pasienten, og
- Helsehjelpa vert ansett nødvendig, og
- Tiltaka står i forhold til behovet for helsehjelpa.

Sjølv om vilkåra i første og andre ledd er oppfylt, kan helsehjelp berre vert gitt der dette etter ei heilheitsvurdering framtrer som den klart beste løysinga for pasienten. I vurderinga av om slik helsehjelp skal verta gitt, skal det blant anna leggast vekt på graden av motstand samt om det i nær framtid kan forventast at pasienten vil kunne gjenvinne sin samtykkekompetanse. (Lovdata, 2019)

4.0 Presentasjon av forskingsartiklar

Kjenn tegnene på delirium hos eldre. (Amofah, Eide, Instenes, Norkvål & Ranhoff. 2017)

Dette er ein artikkel som tek for seg kjenneteikna på delir. I artikkelen går dei innom hyperaktivt vs. hypoaktivt delir, og enkelte pasientar kan ha ei blanding av begge typar delir. Vidare skriv forfattarane korleis ein kan identifisere tilstanden, og her dreg forfattarane inn CAM, som eg har nemnd tidlegare, som eit verktøy. Vidare har sjukepleiaren ei viktig rolle for førebygging av delirium, då fleire av dei utløysande faktorane ved delir, er tett relatert til sjukepleiefaglege oppgåver. Dei skisserer òg kort om korleis ein kan behandle delir. Det inneheldt hovudsakleg to komponentar: behandling av underliggjande årsak, og tilrettelegging

av miljøet rundt pasienten. Med dette meinast det at det skal for eksempel sikrast adekvat oksygeninnhald i blodet, tilfredsstillande ernæring og væskebalanse, samt normale naturlige funksjonar som tarm- og blærefunksjon. Dei utløysande faktorane bør ein ivareta òg, som medisiner, smertelindring, infeksjonar og søvnforstyrningar.

Den andre komponenten er å legge tilrette miljøet rundt pasienten. Det inneber å tilstrebe tilstrekkelig nattesøvn, rolige og oversiktlige omgivnader, samt lett synlig kalender og klokke. Sensesvikt må kunnekorrigerast med fungerande briller og hyreapparat. Trygghet er nøkkelordet i arbeidet med pasientar med delir.

A multifaceted educational intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study. (Baker, Hunt, Sciuriaga, Thoo, Ting & Wand. 2013)

Denne artikkelen er frå 2013, men eg vil inkludere den fordi den har svært mykje relevant informasjon til dette arbeidet, då den tek for seg risikofaktorar, førebygging og oppdaging knytt til delir. Dette er ein artikkel som tek for seg undervisning til helsepersonell for å kunne auke kunnskapen om delir, og viktigheita av førebygging av delir. Helsepersonell fekk ein time undervisning om førebygging av delir, og deretter veker med implementering. Det vart samla inn data, og data vart analysert. Artikkelen tek for seg at systematisk arbeid målretta mot førebygging av delir, vil kunne redusere førekomsten av det. Det er ein forholdsvis lang artikkel, som bygger på kvantitativ forskning. Det er gjort grundige undersøkingar på pasientar innlagt i sjukehus av ulike grunnar. Konklusjonen vert at dersom ein set i verk tiltak tidlig i forløpet, hentar inn god bakgrunnsinformasjon og driv med aktiv førebygging, så kan ein redusere førekomsten av delir.

Delirium hjå eldre pasienter. (Neerland, Watne, Wyller. 2013)

Dette er ein artikkel som bygger på litteratursøk kombinert med artiklar og kliniske erfaringar gjort av forfattarane sjølve. Artikkelen er frå 2013, men det er likevel ein artikkel eg vel å ta med, grunna konkrete førebyggjande tiltak som vart gjort i sjukehus i dag, og at det forsett er svært aktuelt som arbeidsverktøy.

Forfattarane skriv at delirium sannsynlegvis er ein underdiagnostisert tilstand med dårleg prognose, personlege lidningar og samfunnsmessige kostnader. Dei skriv vidare at delirium ofte kan førebyggjast og behandlast med ikkje-medikamentelle og tverrfaglege tiltak. Det kjem fram i artikkelen at medikamentell behandling ikkje vert anbefalt.

Dei skriv vidare at førebygging er mest effektivt for å redusere førekomst og konsekvensar av delir. Det er her viktig å identifisere pasientar med forhøga risiko, og tiltaka må vera målretta og tilpassa pasienten sine risikofaktorar. Forfattarane kjem også innom viktigheita av at ein

sikrar opplæring av helsepersonell og sett tiltaka i system. Når ein kjem dit hen at diagnosen delir er stilt, er det avgjerande å identifisere og behandle underliggande årsak raskt. Ein må vere oppmerksam på at deliret ikkje treng å skyldas indekssjukdommen åleine, men kan forverrast eller vedlikehaldas av komplikasjonar, komorbide tilstandar eller hensiktsmessig medikasjon.

5.0 Drøfting

Korleis kan sjukepleiar førebygge delir hjå eldre pasientar ved innlegging i sjukehus?

Thidemann (2015) skriv at drøfting handlar om å ha ein analyserande diskusjon med seg sjølv, og bruke kvalifiserte argument. I ei drøfting skal eg diskutere saksforhold som eg har gjort rede for tidligare i oppgåva. I dette kapittelet kan eg komme med eigne erfaringar og meiningar, i lys av mine funn. Det skal kunne belysast fagleg. (s.108-109)

I drøftingsdelen av oppgåva trekkjer eg ut moment som eg har vore innpå i teorikapittelet mitt, og drøftar desse opp i mot funn eg har gjort undervegs, i både faglitteratur og artiklar som eg har inkludert. Eg finn fram til ein måte å besvare mi eiga problemstilling i lys av resultatane eg har komme fram til. I pasientforteljinga med Olav skildrar eg ein og fleire situasjonar som helsepersonell kan kjenne seg att i, i ein sjukehusavdeling. Ein jobbar aktivt med førebygging for delir, men det er nokre hendingar som gjer at Olav likevel utviklar delir. I hans tilfelle kan det virke som det var det forflytting rundt på sjukehuset til diverse undersøkingar som gjer at han vart forvirra, og ikkje til å kjenne att. Utfordringa i situasjonen er at undersøkingar må bli gjort, og ikkje alt kan gjerast der pasienten befinn seg reint praktisk. For å gjere dette kapittelet meir oversiktleg vil eg drøfte i eit og eit underkapittel, og konkludere til slutt.

5.1 Kari Martinsen, omsorgsfilosofi og sjukepleie

Kari Martinsen sine tankar kring omsorg, relasjonar, verdiar og tillit er essensielt i arbeidet med menneske. Eit viktig moment ved førebygging av delir er ein-til-ein sjukepleie. Det krev ein relasjon til pasienten, at pasienten kan opne seg og prate om ting som opptek han. Ein slik relasjon krev òg at me som sjukepleiarar er den andres tillit verdig. Martinsen (2012) skriv om det at sjukepleiaren engasjerer seg i pasienten med ein sensitivitet i relasjonen som tek hensyn til pasienten sin situasjon. Ved mistanke om delir er det òg slik at me som sjukepleiarar har ei

potensiell makt i situasjonen. Det gjeld overfor både pasienten og pårørende. Sjukepleiaren må tale pasienten sin sak, og ta han med i diskusjonen. Her kjem òg Martinsen (2012) sin omtale av dette med svak paternalisme inn. Både pasienten og pårørende kan oppleve det som svært vanskeleg når pasienten hamnar i delir. Då er det særst viktig at me som helsepersonell også forstår at me er representantar for ein institusjon, i uniform og med kunnskap om stoda. Alt dette kan være med å forsterke det ujamne maktforholdet mellom pasient og sjukepleiar. Difor må me òg syte for at ikkje me i form av måten me utøvar rollar vår på, bidrar til å gjere situasjonen vanskelegare enn den er. Når dette gjeld pasientar med risiko for å utvikle delir, eller pasientar som har utvikla delir, så er det avgjerande å høyre på kva dei har å sei, og at dei har medverknad i utforminga av behandlinga.

5.2 Viktigheita av god bakgrunnsinformasjon

Når ein pasient vert innlagt i sjukehus, er det store skilnader i kvar pasienten kjem frå. Det kan til dømes være frå eigen heim med/utan hjelp frå pleie og omsorg, det kan vere frå sjukeheim og frå rehabiliteringsopphald. Det er særst viktig med god bakgrunnsinformasjon om pasienten ved innlegging i sjukehus. Eg tenkjer då spesielt på korleis pasienten er i sin eigen heim/sjukeheim. Om pasienten kjem frå eigen heim er det god hjelp i pårørende og/eller heimesjukepleie. Dei ser pasienten til dagleg, og kan gje oss viktig informasjon om pasienten sin habituelle tilstand. Det er viktig å få tak i all informasjon ein kan, alt frå t.d. søvnhygiene, til aktivitet og eliminasjon, samt sosialt og psykososialt. Som sjukepleiar er det viktig med god og utfyllande anamnese. Samtidig er det ikkje sikkert dei pårørende eller heimesjukepleien sit på all relevant informasjon, så her er det òg viktig å stille spørsmål til pasienten. På den eine sida er det viktig at me inkluderer pasienten, for at pasienten skal føle seg verdsatt, samtidig som me skapar tillit og byggjer relasjon. Dette handlar òg om omsorg, omsorg fordrar at me er tilstades i situasjonen. Men som Martinsen (2012) har gjort greie for, kan omsorg lett vippe over i formynderi eller forsømming. Omsorg er òg å knyte band, og i denne relasjonen kan det verte avhengigheit, desto viktigare er det at pasienten medverkar og føler at han gjer sjølvstendige vurderingar. Dette er også sentralt med tanke på å unngå eit for skeivt maktforhold, ref. Martinsen (2012). Samstundes er det viktig å hugse på at pasienten kan ha sviktande kognisjon, det må ein ta hensyn til i samtalen med pasienten, men òg vere klar over at eldre pasientar kanskje ikkje alltid gjev uttrykk for subjektive symptom og plagar. Som referert til tidlegare ved Kirkevold og Brodtkorb (2010) må me som sjukepleiarar ha to komplementere fokus, at ein både kartlegg helsetilstand og funksjonsnivå, og behovet for

sjukepleie. Likevel bør me kanskje ikkje gjere dette til eit enkelt spørsmål om anten/eller. Truleg er ei både/og tilnærming best for at me som sjukepleiarar både skal ta i vare omsyn til pasienten, legge til rette for god medverknad og greie å kartleggja hesetilstand, funksjonsnivå og behovet for sjukepleie.

5.3 Identifisering av risikofaktorar

I arbeidet med å førebyggje delir har helsepersonell ein viktig jobb. Som eg nemnde i kapittel 3.6, og i vedlegg 3, så er det nokre risikofaktorar som me som helsepersonell kan observere hjå ein pasient under innlegging i sjukehus. Ein veit tidlig i forløpet alder på pasienten, og i tillegg så får ein oppgitt vitalia til pasienten. Vidare går informasjonen frå mottak til sengepost. Her hentar ein opplysningar om pasienten og pasienten sine tidlegare sjukdommar, og noverande status. Ein kan allereie her fange opp om det er nokre risikofaktorar for å utvikle delir under innlegging. Kvifor er det likevel så mange som utviklar delir? I situasjonar der det er mistanke om kognitiv svikt hjå ein pasient, er det då noko meir me kan gjere for å kartleggje risikofaktorar? Mykje tyder i alle fall på at det ikkje er til hjelp når pasientar hamnar på gangen, når pasientar ikkje vert sett tilstrekkelig, og når pasientar ikkje får dei stimulia dei treng. Dette er sjølvstapt eit ressursspørsmål, men me har eit ansvar for dei svake, slik òg Martinsen (2013) er inne på i sitt første punkt i omsorgsomgrepet. I slike tilfeller er det ut i frå karlegging av risikofaktorar mykje å hente i ein-til-ein sjukepleie, og sikre at pasienten får tilgang på åleine rom. Og gjerne rom med utsikt, slik at pasienten får ytre stimuli. Men dette er berre eine sida ved det. Pasienten treng òg menneske rundt seg som han er trygg på, til dømes kjende pårørande, så langt det går. Så kjem innleggingsårsak inn som eit viktig moment. Dette skriv òg Ranhoff (2010) i sitt kapittel om delir.

I studien til Amofah, Eide, Instenes, Norekvål & Ranhoff (2017) skildrar forfattarane at aldersforandringar spelar inn når det kjem til predisponerande faktorar for delir. Dette grunna den naturlege aldersprosessen. Faktorar som er mindre vesentlige for yngre og robuste individ, som for eksempel urinvegsinfeksjon, stress, høyreapparat eller briller som ikkje vert nytta, kan bidra til delir hjå eldre pasientar.

5.4 Kartlegging og påvising av delir

Som nemd i kapittel 3.7 er det nokre verktøy som ein kan ta i bruk for å kartleggje og påvise delir hjå ein pasient som har symptoma på delir. Det er som kjent ikkje ein enkel diagnostisk test for å kunne påvise delir, korkje bileddiagnostisk, blodprøvar eller andre supplerande undersøkingar. (Kirkevold et al. s.398) Så det er ekstra viktig at helsepersonell veit kva ein skal observere hjå ein pasient som vert lagt inn i ei sjukehusavdeling av predisponerande faktorar, samt endringar undervegs. I og med at delir ikkje er ein enkeltstående sjukdom, men heller eit sjukdomskompleks med andre underliggande årsakar, så er det viktig med heilskapleg sjukepleie. Det er viktig å sjå heile pasienten, og gjere gode observasjonar. Det kan helsepersonell gjere på fleire måtar, ein kan sjølvstund snakke med pasienten, lytte til pasienten, kjenne på huda, er han kald, klam, varm? Viktige observasjonar vert gjort ved å nettopp snakke og kjenne på pasienten. Vidare kan ein nytte CAM (Confusion Assessment Method) som eit hjelpemiddel for å påvise evt delir. Slik Ranhoff (2010) seier det så bør CAM nyttast på kvar vakt i avdelingar der pasientar med høg risiko for å utvikle delir ligg. (Kirkevold et al, s: 399) Vidare nemnar eg 4AT som eit verkøy for å raskt kunne vurdere om pasienten har delir. Dette er eit litt enklare verktøy å bruke enn CAM, sjølv screeninga er gjort på eit par minutt. 4AT er no nyleg oversatt til norsk, og skal i første omgang verta testa og validert, deretter vert det i bruk i klinisk praksis og forskning. (Berg, Watne, & Gjevjon, 2019)

Som artikkelen til Amofah, Eide, Instenes, Norekvål & Ranhoff (2017) seier så er det særskild viktig å sjå kjenneteika på delir hjå ein pasient tidlig. Ein skal og vere open for at pasientar har både hyper- og hypopaktivt delir på ein og same tid. Forfattarane trekk fram CAM som screeningsverktøy, for å kunne påvise delir. I artikkelen til Baker, Hunt, Sciuriaga, Thoo & Wand (2019) har forfattarane forska på viktigheita av opplæring av helsepersonell for å jobbe aktivt med førebygging av delir. Konklusjonen her er at dersom ein sett i verk undervisning til helsepersonell som jobbar i pasientnært miljø, som går konkret på førebyggingstiltak, så vil førekomsten av delir kunna reduserast. Mi erfaring etter fleire ulike praksisperiodar på sjukehus er at helsepersonell veit kva delir er, nokre veit kva tiltak som bør setjast i verk, men svært få har kjennskap til screeningsverktøy CAM og 4AT. Så om ein tilbyr tilstrekkelig opplæring i screening så vil førekomsten av delir reduserast. Dette seier òg studien til Baker m.fl.

5.5 Førebygging av delir

Som sjukepleiar på sjukehus jobbar ein i hovudsak med førebygging for å hindre sjukdom, og behandling av oppstått sjukdom. Når det gjeld eldre, og då spesielt eldre som står i fare for å kunne utvikle delir, så er det førebygging me må ta tak i. Me må sjå på pasienten, og kva risikofaktorar han har med seg. Det kan vere ein infeksjon, pasienten kan vere dehydrert og/eller han kan ha byrjande kognitiv svikt, utan at det er påvist noko form for demens. Ein må vere i forkant, og sette i verk tiltak tidlig for å forhindre at pasientar hamnar i delir. I artikkelen til Neerland, Watne & Wyller (2013) skisserer forfattarane at delir truleg er ein underdiagnostisert tilstand med mellom anna dårleg prognose. I tillegg kjem det fram i artikkelen at medikamentell behandling ikkje vert tilrådd. Dei skriv vidare at førebygging er mest effektivt for å redusere førekomst og konsekvensar av delir. Det set då større krav til oss som helsepersonell å identifisere pasientar med forhøga risiko, og dei tiltaka ein set i verk må vere målretta og tilpassa kvar enkelt pasient og deira risikofaktorar. Dei krev òg tid, til å gjere seg kjend med pasienten, utvikle relasjon og vise omsorg i praksis, som Martinsen (2012) omtalar i sitt andre punkt i omsorgsomgrepet. I artikkelen kjem det òg fram at opplæring av helsepersonell er særskild viktig, samt å sette tiltaka i system. Dersom ein kjem dit hen at ein pasient vert diagnostisert med delir er det viktig at ein får behandle underliggjande årsak raskt.

Når ein snakkar om heilskapleg sjukepleie til pasientar som står i fare for å utvikle delir, så skriv Stubberud (2013) at det er viktig å ivareta pasienten sine grunnleggjande behov som ernæring, respirasjon, sirkulasjon og eliminasjon. Eit viktig moment er å sørge for at pasienten er fri for smerter og ubehag, tilfredsstille det nødvendige behovet for søvn og kvile, samstundes er mobilisering særskild viktig. I tillegg er det viktig at sjukepleiar er med på å redusere stressfaktorar som oppleving av angst og uttryggheit, avhumanisering, framangjering, isolasjon og sårbarheit (s. 403). For å kunne kome pasienten i møte, og hjelpe han til å få dekt sine behov, og for å redusere og førebyggja utryggleiken, så må pasienten vere trygg på meg som sjukepleiar, og då er det særskild viktig at pasienten har tillit til meg, og eg til pasienten. At me har fått danna ein relasjon, som gjer at eg kan hjelpe pasienten der han er. Dette heng også tett saman med det Stubberud (2013) påpeikar om vår førebyggjande funksjon, med tanke på å få pasienten til å kjenna på ein viss kontroll over situasjonen. Gjennom relasjonsbygging og tillitsskaping kan me sikre oss eit tilstrekkeleg handlingsrom, slik at me reduserer angst og frykt som pasienten måtte kjenne på. Dette kan også betra sjansane for å få tilstrekkeleg med søvn (Grønseth et al. s. 404).

6.0 Avslutning

I denne oppgåva har fokuset vore å finne fram til konkrete førebyggingstiltak for å hindre at pasientar havnar i delir. Då har det vore særns nyttig å sjå på kva risikofaktorar pasientar har, og finne fram til tiltak som kan implementerast i ein arbeidskvardag i sjukehus.

I pasientforteljinga mi skisserte eg møtet mitt med ein pasient som sto i fare for å utvikle delir, og som også gjorde det. Han hadde mange av risikofaktorane disponibelt, og ein kunne jobbe med å førebygge delir. Samstundes kan ein møte på utfordringar då undersøkingar må verte gjort, og pasientar vert utsatt for stress og intrykk ein ikkje kan skjerme dei fullt og heilt frå. Som funn i oppgåva mi har gjort, så ser ein at det er viktig med konkrete førebyggingstiltak, og heilskapleg sjukepleie. Konsekvensar for pasientar som må gjennomgå delir er store, og kan være traumatisk for pasienten i ettertid. Det er skremmande med hallusinasjonar og vrangførestillingar. Som bestemor mi sa, kjenner ho på ein frustrasjon i forhold til om det kunne vært unngått dersom helsepersonell hadde fanga opp tidlegare kva som var i ferd med å skje.

Konklusjonen i arbeidet mitt med denne oppgåva, er at fleire pasientar kan verte diagnostisert med delir, dersom sjukepleiar har god kjennskap til screeningsverktøy, og veit å nytte desse ved mistanke om delir hjå ein pasient. Det er viktig med god opplæring og gjennomføring av screening. Samstundes bør ein auke kunnskapsnivået til helsepersonell rundt diagnosen delir, då spesielt hypoaktivt delir i sjukehus, samt sikre gode observasjonar i å identifisere risikofaktorar. Kari Martinsen som sjukepleiefilosof har vært god å hatt med i mitt arbeid. Eg har skildra det ho skriv om god omsorg, møte pasientar med respekt, vise tillit og danne ein relasjon. Med dette kan ein utøve god sjukepleie, der pasienten står i fokus, og vært sett, hørt og inkludert i sitt eige liv.

Referanseliste:

Almås, H., Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (2013). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.(s. 399-407)

Berg, G. V., Watne, L. O., & Gjevjon, E. R. (2019, 04 25). *Ny screening gir sikrere diagnose*. Hentet fra www.sykepleien.no: <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/delirium-screening>

Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Eide, L. S., Instenes, I., Ranhoff, A. H., Amofah, H. A., & Norekvål, T. M. (2019, 02 26). Kjenn tegnene på delir hos eldre. *Sykepleien*.

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk.(s. 395-403)

Kirkevold, M., Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2010). *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s. 52-54)

Lov om pasient- og brukerrettigheter. (2019, April 1). *Lovdata*. Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_2

Martinsen, K. (2012). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.

Martinsen, K. (2018). *Bevegelig berørt*. Bergen: Fagbokforlaget.

Omhelse. (2019, 05 01). www.omhelse.no. Hentet fra <https://omhelse.no/psykologi-i-sykepleien/kari-martinsen/>

Page, V., & Ely, W. E. (2011). *Delirium in critical care*. New York: Cambridge University press.

Sentralbyrå, S. (2019, 05, 06). *SSB*. Hentet fra www.ssb.no: <https://www.ssb.no/statbank/table/10261/tableViewLayout1/>

Kandidatnummer: 5

Thidemann, I.-J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Wand, A. P., Thoo, W., Sciuriaga, H., Ting, V., Baker, J., & Hunt, G. E. (2019, 03 19). *A multifaceted educational intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study*. Hentet fra www.sciencedirect.com:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748913003556>

Wyller, T. B., Watne, L. O., & Neerland, B. E. (2013, August 20). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskriftet. Den norske legeforening*,
<https://tidsskriftet.no/sites/default/files/pdf2013--1596-600.pdf>


Vedlegg 1 – CAM (Confusion Assessment Method)

Påvising av delir ved hjelp av CAM-algoritmen.

Trinn 1 og 2 må vera oppfylt, og i tillegg må minst eitt av trinn 3 og 4 vera tilstade.
1. trinn: Akutt debut og fluktuerande forløp - Er det ein akutt endring i pasienten sin mentale funksjon, samanlikna med korleis pasienten er til vanleg? - Er det endring i pasienten sin funksjon og åtferd gjennom døgeret – kjem og går problema, og varierer dei i intensitet?
2. trinn: Uoppmerksamheit - Har pasienten problem med å fokusera oppmerksamheit – er pasienten for eksempel lett å distrahere eller har problem med å halde tråden i ein samtale?
3. trinn: Desorganisert tenking - Har pasienten teikn på desorganisert og usamanhengande tenking, som babling eller irrelevant samtale, uklare eller ulogiske utsegn, eller uforutsigbare skift mellom forskjellige tema?
4. trinn: Endra bevisstheitsnivå - Dersom anna svar enn våken (normal) på følgande: Generell vurdering av pasienten sitt bevisstheitsnivå: vaken, oppspilt, somnolent, stupor, koma

Henta frå Ranhoff (2010, s. 399)

Vedlegg 2 – 4AT (Screeningsverktøy for delir og kognitiv svikt)



4AT

(etikett)

Pasientens navn: _____

Fødselsdato: _____

Pasientnummer: _____

Dato: _____ Tidspunkt: _____

Testen er utført av: _____

Screening for delirium og kognitiv svikt

[1] ÅRVÅKENHET (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
Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon
(F.eks. paranoid 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 for 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 fluktuierende tilstand:** Fluktuierende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuierende 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 MacLurek, Ryan, Cash

Norsk versjon: Skjema ved screening for delirium og kognitiv svikt.

Henta frå www.tidsskiftet.no (<https://tidsskriftet.no/2016/02/kommentar-og-debatt/nytt-verktoy-oppdage-delirium-og-kognitiv-svikt>)

[Skriv her]

28

Vedlegg 3 – Årsaker til delir

Predisponerende faktorar	Utløysande faktorar
<ul style="list-style-type: none"> - Alder - Demens - Nedsatt syn og hørsel - Kjønn - Kroniske sjukdommar, bland anna hjertesvikt og epilepsi - Hypertensjon - Underernæring - Tidlegare hjerneskarar, blandt anna hjerneslag - Røyking - Psykiske lidingar - Posttraumatisk stresslidning. 	<p>Fysiske faktorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Somatiske sjukdommar og tilstandar som medfører nedsatt oksygenomsetjing i hjernen eller aukar behovet for oksygen. - Kirurgi - Generell anestesi - Smerte - Urinretensjon - Søvmangel - Underernæring - Elektrolyttforstyringar - Syre-base-forstyringar - Infeksjonar - Feber - Nyresvikt - Leversvikt - Hormonforstyringar - Legemiddel <p>Psykologiske faktorar og miljøfaktorar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oppleving av angst og ubehag - Oppleving av avhumanisering - Oppleving av fremmedgjering - Oppleving av isolasjon - Oppleving av sårbarhet

Henta frå Stubberud (2013, s: 402)

Vedlegg 4 – Ikkje medikamentelle tiltak for å førebygge delir

Sørge for tilstrekkelig ro, kvile og skjerming.
Enkel, repetert og konsistent informasjon er viktig.
Personar som pasienten kjenner, kan bidra til realitetsorientering og til å dempe angst. Pårørande bør normalt oppfordrast til å være mykje tilstades.
Sørg for lett synleg klokke og riktig lys-mørke-rytme.
Sørg for regelmessig urinlating og avføring. Leit aktivt etter urinretensjon og obstipasjon, som er vanlege tilstandar og vert ofte oversett. Unngå permanent kateter om mogeleg.
Korriger sansesvikt best mogeleg. Brillene må vere reine og på plass, høyreapparat må òg vere på plass. Sørg for god belysning i kommunikasjonssituasjonen.
Bestmogeleg mobilisering, sitte i seng/stol. Svært viktig då det bedrar oksygeneringa, førebygg komplikasjonar og bedrar pasienten sin mogelegheit til å orientere seg.
Pass på så pasienten får i seg tilstrekkelig væske og næring.
Pass på blodtrykk, puls og oksygenmetning.
Bidra, i samarbeid med lege, å unngå uheldige legemidler og polyfarmasi. Pass òg på tilstrekkelig smertebehandling.

Ranhoff (2013, s 402-403)