



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

BSS9-H-2021-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	07-05-2021 00:00	Termin:	2021 VÅR
Sluttdato:	21-05-2021 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 BSS9 1 H 2021 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	382
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7998
----------------------	------

Egenerklæring *: Ja
Jeg bekrefter at jeg har registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Gruppe

Gruppenavn:	(Anonymisert)
Gruppenummer:	47
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven min *

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



BACHELOROPPGAVE

Hva er sykepleierens rolle innen identifisering av delirium hos eldre innlagt på sykehus?

What is the nurses role in identifying delirium in the elderly admitted to hospital?

Kandidatnummer 382

Sjukepleie
Institutt for helse- og omsorgsvitenskap
Fakultet for helse- og sosialvitenskap
21.05.2021

Abstract

This study aims to investigate the nurse's role in identifying delirium among the elderly in hospitals. Delirium is a condition that affects many elderly vulnerable patients in hospitals. The condition is associated with an increased risk of dementia, hospitalization and death. Delirium also causes more complications, increased hospital stays and increased costs. The condition often goes undetected, but can be reversed if the underlying factors are treated in time. Several of the tasks in identifying and preventing delirium are closely related to nursing tasks, which means that nurses have an important role in identifying the condition.

Literature study has been used as a method, which includes five research articles. The results indicate that nurses have a central role in identifying delirium. There is a need for systematic screening of the patient's medical history to identify whether patients are at risk of developing delirium. The results of the study indicate that there is great variation in the procedure, and the level of knowledge of the nurses about delirium. The study highlights the need for increased knowledge about the subject. It is essential that the organization facilitates teaching and routines for screening. The need for diagnostic criteria from validated tools is necessary, but it will require training to be able to use them in an appropriate way. CAM is the tool that is considered best suited to use in Norway. This is because it has been translated into Norwegian, validated and it is recommended to use in clinical practice. By the nurse having knowledge of the condition, systematic routines for observations, and reporting, it will be possible to increase patient safety and improve the prognosis of patients who are exposed to delirium.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	5
1.1 Problemstilling	5
2.0 Teori.....	6
2.1 Delirium.....	6
2.1.1 Årsak.....	6
2.1.2 Predisponerende faktorer	7
2.1.3 Utløsende faktorer	7
2.2 Identifisering av delirium	8
2.2.1 Confusion Assessment Method	9
2.3 Forebygging av delirium	9
2.4 Den eldre pasienten på sykehus.....	9
2.5 Forsvarlig og kunnskapsbasert praksis	10
2.6 NPM-New Public Management	10
2.6 Sykepleierteori- Virginia Henderson	11
2.7 Moralsk stress for sykepleiere.....	12
3.0 Metode	12
3.1 Litteraturstudie	12
3.2 Spørsmålsformulering og avgrensninger.....	12
3.2.1 PICO	12
3.2.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier	13
3.2.3 Søkeprosess.....	13
3.3 Kvalitetssjekk av artikler	14
3.4 Metodekritikk.....	15
3.6 Etiske overveielser.....	15
3.7 Analyse og syntese.....	15
4.0 Syntese.....	15
4.1 Hvordan kan sykepleier avdekke delirium på en systematisk måte?	15
4.2 Hvordan kan kunnskap og rolleavklaring øke identifisering av Delirium?	17
4.3 Hvordan kan undervisning bedre identifisering av delirium?	18
4.4 Hvordan har organisatoriske faktorer innvirkning på kompetanseheving?.....	19
5.0 Diskusjon.....	20
5.1 Sykepleiers ansvar i identifisering av den deliriske pasient	20
5.2 Avdekking av delirium på en systematisk måte.....	21
5.2.1 Identifiseringsverktøy-CAM	21
5.2.2 Bruk av CAM.....	23

5.3 Hensikten med undervisning av sykepleiere	24
5.3.1 Kompetanseheving	24
5.4 Organisatoriske utfordringer ved kompetanseheving	26
5.5 Metodediskusjon	28
5.6 Konklusjon	29
6.0 Referanseliste	30
Vedlegg 1 -DSM-5 kriterier	34
Vedlegg 2-Confusion Assessment Method (CAM).....	35
Vedlegg 3 –PICO	36
Vedlegg 4- Søkehistorikk.....	37
Vedlegg 5- Litteraturmatrise	39
Tabell 1- Predisponerende- og utløsende faktorer.....	8
Tabell 2- Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	13
Tabell 3: søketermer.....	14
Figur 1 flytskjema for søk.....	14

1.0 Innledning

Delirium er en tilstand som legene og sykepleierne nærmest ser daglig på sykehus, og som gjerne rammer de eldste, skrøpeligste og sykeste pasientene (Evensen, 2020). På sykehus vil opptil 50% av eldre mennesker over 65 år som innlegges oppleve å bli rammet av delirium i løpet av oppholdet (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s.15). Delirium er en alvorlig tilstand, og er forbundet med økt risiko for demens, sykehjems innleggelse og død. Delirium gir flere komplikasjoner, økt liggetid på sykehus og økte kostnader. Delirium er en tilstand som kan være vanskelig å erkjenne (Evensen, 2020). Ut fra undersøkelser er det vist at delirium ofte blir oversett av helsepersonell på grunn av at lidelsen ikke blir identifisert, og da blir heller ikke pasienten diagnostisert (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s.15). Tidlig oppdagelse og riktig behandling er de viktigste faktorene for å forebygge og behandle delirium. Delirium er en reversibel tilstand hvis de underliggende faktorene behandles i tide. Tidlig oppdagelse av delirium er nøkkelen til vellykket pasientbehandling (O`Mahony et al., 2011). Flere av arbeidsoppgavene ved identifisering og forebygging av delirium er tett relatert til sykepleierfaglige oppgaver, dette medfører at sykepleiere har en viktig rolle i identifiseringen av tilstanden. I en hektisk sykehushverdag kan det by på utfordringer, fordi det kan være ressurs- og tidskrevende. Sykepleieren er ofte den som er tettest på pasienten, og gjerne den som oppdager endringer i den mentale tilstanden til pasienten. Gjennom forskning er det vist at det er mulig å forebygge en tredjedel av alle deliriske tilfeller (Eide, Instenes, Ranhoff, Amofah, & Norekvål, 2017). Manglende identifisering og diagnostikk kan ha sammenheng med manglende kunnskap om tilstanden (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s.15), så ved at sykepleieren har kjennskap til motoriske symptomer og subtyper kan det bli lettere å diagnostisere tilstanden i en travel klinisk hverdag (Evensen, 2020). Dette vil også hjelpe sykepleiere å implementere nasjonale faglige råd i praksis (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s.15). Hvis delirium mistenkes skal underliggende årsak utredes og behandling iverksettes (Helsedirektoratet, 2019).

1.1 Problemstilling

Hva er en sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus?

2.0 Teori

Kapittelet representerer relevant teori for å besvare problemstillingen i oppgaven.

2.1 Delirium

Delirium er noe som kan kjennetegnes ved akutt endring i bevissthetsnivået.

Forvirringstilstanden kan føre til redusert evne til å fokusere, fastholde eller skifte oppmerksomhet. I tillegg har pasienten endret kognisjon som kan utløse nedsatt hukommelse, desorientering, språkforstyrrelser, vrangforestilling eller/og hallusinasjoner. For at diagnosen delirium skal stilles skal det være fysiologiske konsekvenser av en medisinsk tilstand (Norsk Legemiddelhåndbok, 2020).

Ut ifra symptomene til pasienten kan delirium deles inn i tre subtyper; hyperaktiv, hypoaktiv og blandet type. Ved hyperaktivt delirium er pasienten psykomotorisk urolig, og kan ha paranoide hallusinasjoner, de kan ofte være vandrende og dra ut kateter og venekanyler. Pasienter med hyperaktiv delirium kan skape uro i en sykehusavdeling, der de kan stå i fare for å skade seg selv og andre (Ranhoff, 2016, s.453).

Hypoaktiv delirium er mer vanlig, men det blir ofte ikke erkjent. Ved hypoaktiv delirium ligger pasientene rolig i sengen, de krever lite og skaper ingen bryderi i avdelingen. Symptomer som svekket oppmerksomhet og bevissthet, samt nedsatt psykomotorisk aktivitet er karakteristiske trekk for hypoaktiv delirium (Ranhoff, 2016, s.453). Det finnes også en blandet type delirium der pasienten veksler mellom hyper- og hypoaktivitet. Dette er den vanligste typen og rammer omtrent halvparten av pasientene med delirium (Ranhoff, 2016, s.453). Delirium kan komme tidlig i behandlingsforløpet, eller det kan utvikles over tid. Forløpet til pasienten kan variere. Tilstanden er forbigående, men pasienten kan få tilbakefall. Forekomsten av delirium kan oppstå i alle aldre, men sannsynligheten øker med økt alder og skrøpeligheit (Stubberud, 2015, s.495-496).

2.1.1 Årsak

Patofysiologien ved delirium er ikke kartlagt tilstrekkelig (Eide et al., 2017). Det er ofte en multifaktoriell årsak til delirium. Det er en kompleks interaksjon mellom en sårbar pasient, som har predisponerende faktorer, og eksponeres for utløsende faktorer som fører til utvikling av delirium (Juliebø, 2016). De predisponerende faktorene er som regel

vanskeligere å påvirke, slik at tiltak må rettes mot utløsende årsaker (Norsk legemiddelhåndbok, 2020).

2.1.2 Predisponerende faktorer

Predisponerende faktorer til delirium kategoriseres som faktorer som var til stede før pasienten ble innlagt på sykehuset. Faktorene gjør at pasienten er svært utsatt for å utvikle delirium (Stubberud, 2016, s.430). De predisponerende faktorene beskriver pasientens sårbarhet. Det vil si at jo mer sårbar en pasient er, desto mindre utløsende faktorer skal til for at pasienten utvikler delirium (Ranhoff,2016, s.457) De predisponerende faktorene er som regel vanskeligere å påvirke, slik at tiltak må rettes mot utløsende årsaker (Stubberud, 2016, s.430).

2.1.3 Utløsende faktorer

Faktorer som oppstår i løpet av behandlingsforløpet til pasienten, kan utløse delirium. Dette kan være fysiske faktorer, psykologiske faktorer og miljømessige forhold eller hendelser (Stubberud, 2016, s.430). De viktigste utløsende faktorene er de fysiologiske faktorene. Fysiologiske symptomer kan komme av alvorlig sykdom, skade, medisinsk behandling og komplikasjoner til medisinsk behandling. Symptomene kan påvirke sentralnervesystemet og være med å svekke hjernes evne til adekvat tolkning og bearbeiding av informasjon. Denne svekkelsen kan føre til delirium (Stubberud, 2016, s.430-432). Under et sykehusopphold opplever pasienter psykologiske og miljømessige belastninger kan føre til psykisk stress og økt produksjon av stresshormoner, blant annet kortisol. Dette kan komme av de endrede omgivelsene og akutte behandlingstiltak. Økningene av stresshormoner kan i kombinasjon med de fysiologiske risikofaktorene utløse delirium hos pasienter som er predisponert (Stubberud, 2016, s.430-432).

Predisponerende faktorer	Utløsende faktorer
Høy alder	Infeksjoner
Demens/kognitiv svikt	Urinretensjon
Sansesvikt syn/hørsel	Obstipasjon
Tidligere hjerneskade, eks hjerneslag	Blodtap
Kroniske sykdommer, eks hjertesvikt, epilepsi, diabetes	Redusert mobilitet
Underernæring	Søvnmangel
Psykiske lidelser, eks depresjon, Posttraumatisk stress lidelse	Smerter
hypertensjon	Lang ventetid på operasjon
Røyking	Kirurgi
Kjønn, (Menn er mer utsatt)	Generell anestesi
Høy operativ score(EUROscore)	Feber
Fysisk svikt	Nyresvikt
	Leversvikt
	Elektrolyttforstyrrelser
	Syre-base-forstyrrelser
	Hormonforstyrrelser
	Legemidler
	Opplevelse av angst og ubehag
	Opplevelse av avhumanisering
	Opplevelse av fremmedgjøring
	Opplevelse av isolasjon
	Opplevelse av sårbarhet

Tabell 1: Predisponerende- og utløsende faktorer ((Stubberud, 2016,ns.430-432) og (Eide et al., 2017)

2.2 Identifisering av delirium

For helsepersonell på sykehus kan det være en utfordring å skille delirium i fra demens, depresjon og akutt reaktiv psykose. Det er viktig å skille delirium i fra andre tilstander med lignende symptomer. Dette er viktig fordi behandling og prognosene på tilstandene er forskjellig (Ranhoff, 2016, s.454). Diagnosen delirium stilles med bakgrunn i sykehistorie, klinisk undersøkelse og klinisk observasjon. Det vil si at det er en rent klinisk diagnose. Delirium er ikke en enkeltstående sykdom, men et symptomkompleks der det er underliggende faktorer. Symptomene på delirium kan komme og gå, så det er viktig å gjøre

observasjoner av pasienten gjennom døgnet (Stubberud, 2015, s.507). Den Amerikanske psykiaterforeningen (APA) har utviklet DSM- systemet (Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders) som er navnet på et klassifikasjonssystem for psykiske lidelser. Det er fem kriterier som må fylles for å diagnostisere delirium, disse kalles for DSM-5 kriterier (APA, 2013, s.991)(Vedlegg 1). Denne diagnosen stilles av lege. Legene ser bare pasientene i korte perioder, og vil derfor være avhengig av at sykepleiere rapportere sine observasjoner for at legen skal kunne stille diagnosen. Det vil det være nødvendig å bruke diagnostiske kriterier (Ranhoff, 2016, s.456).

2.2.1 Confusion Assessment Method

Confusion Assessment Method (CAM) er et vurderingsverktøy som anbefales til bruk for sykepleiere. Dette er et vurderingsverktøy som man kan benytte for å observere og vurdere pasientens mentale og kognitive funksjon (Stubberud, 2015, s.507). CAM (Vedlegg 2) kan brukes av pleiepersonalet etter enkel opplæring. Det bør gjøres en vurdering av pasienten ved hver vakt hvis pasienten har høy risiko for å utvikle delirium (Ranhoff, 2016, s.456). CAM vurderer pasienten ut fra fire karakteristika eller kjennetegn. Diagnosen blir stilt hvis kjennetegn 1 og to i tillegg til enten 3 eller 4. CAM er en metode som er validert i bruken for å identifisere delirium (Stubberud, 2015, s.507).

2.3 Forebygging av delirium

Det er viktig å vie ekstra oppmerksomhet til pasienter som har predisponerende faktorer, dette er fordi de har en høyere sannsynlighet for å utvikle delirium. Ved å redusere de utløsende faktorene som kan føre til delirium, kan man forebygge at delirium oppstår. Dette kan for eksempel være reduksjon i stress, støy og tidsknapphet, samt fokus på god søvnhygiene og døgnrytme (Eide et al, 2017). Andre intervensjoner innebærer opplæring av personell, tidlig mobilisering, reorientering for å kompensere for kognitiv svikt og kompensasjon av sansesvikt (Juliebø, 2016).

2.4 Den eldre pasienten på sykehus

I følge World Health Organization defineres eldre som 65 år+ (WHO, 1999). Eldre mennesker har økt sannsynlighet for sykdom, dette kombinert med aldring gjør at eldre er helsemessig en utsatt gruppe (Ranhoff, 2016, s.29-30). Gamle mennesker har høyere risiko for akutt

sykdom, dette gjelder særlig eldre som har kroniske sykdommer, er skrøpelige og funksjonsbegrensninger. Ved akutt sykdom vil multisykdom ha innvirkning på diagnostikk, forløp og diagnose (Ranhoff, 2016, s.226). Det er et tverrfaglig arbeid å ta hånd om den akutt syke, og sykepleiernes oppgaver er sentrale. Dette krever at diagnostikk, medisinsk behandling, forebygging, av komplikasjoner og rehabilitering skjer parallelt (Ranhoff, 2016, s.226).

2.5 Forsvarlig og kunnskapsbasert praksis

Som sykepleier er man underlagt Helsepersonelloven. Loven har som formål å sikre pasientsikkerhet (hpl, 1999, §1- §2). Helsepersonelloven §4 omhandler helsepersonells krav til forsvarlig yrkesutøvelse (Helsepersonelloven, 1999, §1-4).

I Norges Sykepleierforbund (NSF) sine yrkesetiske retningslinjer er sykepleierens verdigrunnlag nedfelt (NSF, 2019). Jeg har valgt å ta utgangspunkt i de retningslinjene som jeg synes er relevant for oppgaven og vil bruke de i drøftingsdelen.

“Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap, og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon” (Helsebiblioteket, 2016a).

Dette innebærer for sykepleiere at man bruker ulike kunnskapskilder i utøvelsen. Dette kan man gjøre ved å bruke erfaring i fra praksis, og pasientens egne ønsker, sammen med forskningsbasert kunnskap. Formålet med å jobbe kunnskapsbasert er å styrke beslutningsgrunnlaget, og bevisstgjøre hvor kunnskapen er hentet fra.

2.6 NPM-New Public Management

For å kunne se på hva som gjør at tidsbruk er en faktor i identifisering av delirium, kan vi se på effektivitetstiltak på sykehus. NPM modellen er innført i offentlig sektor, og har mange likheter med hvordan styringsmekanismer i privat sektor fungerer. Ideen bak NPM er å overføre prinsipper fra privat sektor innen ledelse og økonomisk styring, til den offentlige sektoren. NPM sitt formål er å øke effektiviseringen, selv om det stadig er et mål å øke kvalitet og tilfredshet hos pasienter. Utviklingen har preget omsorgsfeltet i Norge. Dette har hatt stor påvirkning på enhetlige ledelsesformer, autonomisering og fristilling av

markedsliknende løsninger. En beskrivelse av betydningen enhetlige ledelsesformer, vil være at det er lederen som drifter sin enhet og har det overordnede ansvaret. Autonomisering og fristilling gir ledere mulighet til å individuelt styre hvordan enheten skal organiseres, innenfor rammer om forsvarlighet. Markedsliknende løsninger skal sikre økt konkurranse, i sentrum skal effektivitet og brukertilfredshet vektlegges (Orvik, 2015, s.38).

Det er ideen om effektivitet innen helsetjenester som står bak NPM i helsevesenet i Norge. Det begrunnes også med at ressursknapphet skaper grenser for vekst i offentlig sektor og helsetjenesten. Målet med modellen er å nyttiggjøre økonomien i helsevesenet, samt at en omprioritering og omorganisering kan bli løsningen på ulike ressursproblemer. Kritikken mot denne måten å styre offentlig helse sektor på, er at det kan skape spenninger når tjenester som skal ha høy kvalitet, og som kjennetegnes av skjønnsutøvelse og omsorg blir knyttet opp mot effektivitet og produktivitet (Orvik, 2015, s.38).

2.6 Sykepleierteori- Virginia Henderson

Virginia Henderson utviklet i 1950-årene en behovsteori innen sykepleiefaget. Henderson hadde fokus på de grunnleggende behov et hvert menneske innehar, og ønsket med dette å beskrive sykepleierens særegne funksjon innen opprettholdelse av dem. Hun beskrev sykepleiers særegne funksjon til å «hjelp individet, sykt eller friskt, i utførelsen av de gjøremål som bidrar til god helse, helbredelse eller fredfull død» til mennesket hadde «tilstrekkelige krefter, vilje eller kunnskaper» til å gjenvinne uavhengighet fortrest mulig (Kristoffersen, 2011, s.209-224). Sykepleieren har i henhold til Henderson ansvar for 14 ulike grunnleggende sykepleieprinsipper, som skal dekke de ulike menneskelige behovene pasienten har. I tillegg mente hun at det var nødvendig å lytte til pasienten, ettersom det er pasienten som best kjenner sine egne behov. Behovsteorien la grunnlag for at sykepleier trenger kunnskap og forståelse om pasientens behov og behandlingen av dem (Kristoffersen, 2011, s.226). Dette innebar at autorisert personell måtte bygge avgjørelser, observasjoner, pleie og råd på bakgrunn av "solid faglig dømmekraft og kyndighet". For å kunne gjøre dette må man som sykepleier bygge kompetanse etter samfunnsvitenskapelige, biologiske og medisinske prinsipper. Videre har man som sykepleier ansvar for opplæring og tilsyn av kollegaer (Henderson, 1993, s.20). Hun hadde et spesielt fokus på at pasienten hadde rett til individualisert omsorg og pleie (Kristoffersen, 2011, s.226).

2.7 Moralsk stress for sykepleiere

Moralsk stress kan defineres som en subjektiv opplevelse, hvor individet opplever avmakt eller utilstrekkelighet. Moralsk stress kan oppstå i situasjoner hvor etiske eller moralske verdier kommer i konflikt med oppgaven som skal gjennomføres. Det kan oppfattes som moralsk stress, hvis man som sykepleier opplever at arbeidet man gjør går på bekostning av egne etiske verdier. Lav bemanning, manglende kompetanse, lover/regler, økonomiske og administrative føringer, kan være bakenforliggende faktorer (Aakre, 2016, s.123).

3.0 Metode

Jeg vil i dette kapitlet gjøre rede for generell metode, begrunnelse av metodevalg og beskrive arbeidsprosessen fra problemstilling til funn av forskningsartikler.

3.1 Litteraturstudie

Den systematiske fremgangsmåten jeg benytter for å samle informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling, vil være mitt valg av metode (Thidemann, 2019, s.74). En studie som systematiserer kunnskap fra skriftlige kilder kalles for en litteraturstudie. Jeg har samlet litteratur, gått kritisk gjennom dem og til slutt lage en sammenfatning (Thidemann, 2019, s.77). Målet mitt er å gi leseren et oppsummert sammendrag innenfor forskningsfeltet og fremheve områder der det er behov for mer forskning (Thidemann, 2019, s.80).

3.2 Spørsmålsformulering og avgrensninger

3.2.1 PICO

Jeg har benyttet PICO (Vedlegg 3) som et rammeverk for å strukturere søkene når jeg har sett etter relevant litteratur, dette har hjulpet meg i arbeidet med å for å operasjonalisere problemstillingen slik at den ble presis og søkbar (Thidemann, 2019, s.82). Før jeg starter søket reflekterte jeg over hva jeg ønsker å belyse, deretter definerte jeg en problemstilling som jeg satte inn i PICO-rammeverket. Problemstillingen er grunnlaget for søkeordene som jeg brukte i søkene.

3.2.2 Inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier

Hensikten med å definere inklusjonskriterier og eksklusjonskriterier, er å tydeliggjøre litteratursøket mitt og avgrense mengden litteratur (Thidemann, 2019, s.83). Se tabell 2.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none">• Pasienter på 65 år og over• Innlagt på sykehus• Begge kjønn• Identifisering av delirium• Artikler på engelsk eller skandinavisk• Artikler publisert etter 2016• Sykepleieperspektiv• Identifiseringsverktøy som er validert og oversatt til Norsk• Artikler skrevet av fagpersoner	<ul style="list-style-type: none">• Pasienter under 65 år• Pasienter som ikke er innlagt på sykehus• Pasienter på intensiv- eller akuttavdeling.• Identifiseringsverktøy som ikke er validert eller oversatt til Norsk.• Artikler publisert før 2016• Artikler som ikke er skrevet på skandinavisk eller engelsk.• Artikler uten sykepleieperspektiv.• Delirium tremens• Ikke skrevet av fagpersoner• Artikler med fokus på behandling av delirium.• Fokus på pårørende sin rolle i identifisering av delirium

Tabell 2: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

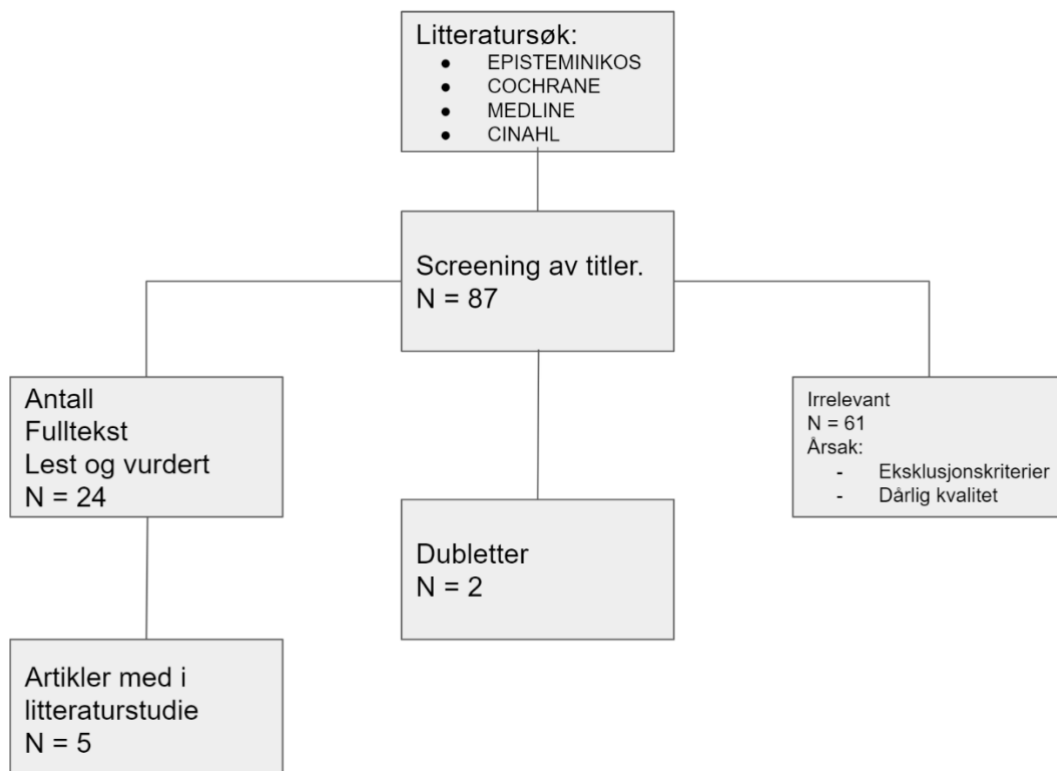
3.2.3 Søkeprosess

For å finne forskningsartikler til studien har jeg benyttet meg av Episteminikos, Chinal, Ovid Medline og Cochrane via HVL sine nettsider. Når jeg startet søkene mine, startet jeg med å se etter oversiktsartikler i Episteminikos som omhandlet identifiseringsverktøy. Jeg ønsket å ekskludere identifiseringsverktøy som ikke var oversatt til norsk, da gjensto CAM og 4AT. Jeg fant en systematisk oversikt hvor 4AT ikke oppnådde kvalifiseringskriteriene i studien (Helfand et al., 2021, s.550-552). Jeg fokuserte derfor på studier som benyttet CAM. Alle søk er gjort i perioden 10.02.2021-05.05.2021. Jeg benyttet meg av søketermene i tabell 2. Se søkehistorikk og artikler i vedlegg 4.

MeSH-termer (UIA,u.å)	Nøkkel-termer
Delirium	nurs*
identification	hospital*
Education	CAM
Kombinert med "OR" eller "AND"	

Tabell 3: søketermer

I flytskjemaet (figur 1) blir utvalgsprosessen presentert. Søkehistorikk og artikler er presentert i vedlegg 4 og 5.



Figur 1: flytskjema for søk

3.3 Kvalitetssjekk av artikler

For å vurdere forskningsartiklene har jeg sett på om formålet i studien er klart formulert, om metoden er hensiktsmessig for å belyse problemstillingen i oppgaven, og hva resultatet er og om det kan brukes i min praksis (Helsebiblioteket, 2016b). For å vurdere relevans og faglig kvalitet er helsebiblioteks sjekklister for vurdering av forskningslitteratur anvendt (Helsebiblioteket,2016b), vurdering kan sees i litteraturmatrisen (Vedlegg 5). Artiklene anses å være av høy kvalitet.

3.4 Metodekritikk

I studien har jeg benyttet litteraturstudie som metode, fordeler med dette er det kan komme fram nye funn ved å sammenstille resultatene i forskningsartiklene (Støren, 2013, s.17). Ulemper med denne metoden kan være at artiklene jeg benytter ikke holder et høyt faglig nivå. Dette kan føre til at forfattere som undersøker samme tema kommer fram til ulike konklusjoner, kritisk vurdering av artiklene er derfor en viktig faktor. En annen svakhet kan være at jeg velger artikler som underbygger egne standpunkter, det er derfor viktig at jeg er observant på mitt eget standpunkt (Forsberg & Wengstrøm, 2015, s.26).

3.6 Etiske overveielser

Jeg har i oppgaven forholdt meg til Høgskolen på Vestlandet sine etiske retningslinjer for oppgaveskriving (HVL, u.å). Det har vært viktig at deltagerne i studiene som har valgt har vært anonyme, og at forskerne har ivaretatt personvern, og ikke påført deltagerne skade eller belastninger (Dalland, 2017, s.236). Gjennom oppgaven er det referert til APA 7.

3.7 Analyse og syntese

Jeg har sammenstilt resultatene i fra de utvalgte artiklene i en syntese, dette blir presentert i kapittel 4 (Thidemann, 2019, s.116). Jeg har valgt å presentere de sammenstilte resultatene i delkapitler, som presentere de ulike temaene som vil besvare problemstillingen i oppgaven. Analyse av artiklene er presentert i en resultatmatrise i vedlegg 5(Thidemann, 2019, s.95).

4.0 Syntese

Kapittelet representerer en syntese av de fem artiklene som er presentert i litteraturmatrisen.

4.1 Hvordan kan sykepleier avdekke delirium på en systematisk måte?

Studien til Helfand et al. (2021) viser til at det eksisterer 30 ulike identifiseringsverktøy for delirium. Kun 4 av de 30 identifiseringsverktøyene ble anbefalt for å identifisere delirium. Dette var CAM, DOSS, DRS-R98 og MDS. Disse verktøyene er validerte instrumenter og har blitt benyttet over lengre tid. Verktøyene møtte også kravene for om å være konsistent med diagnostiserings rammeverket DSM-5, som benyttes av leger. Den systematiske oversikten konkluderer med at disse fire verktøyene kan anbefales for bruk klinisk og i forskning (s.550-552).

I studien til Wong et al. (2018) fremkom det at hos noen av deltagerne ble CAM- verktøyet godt likt fordi det var enkelt og praktisk ved dokumentasjon. Noen av deltakerne ønsket å gi en mer beskrivende dokumentasjon, slik at sykepleierne på neste skift kunne referere til dem. Yngre sykepleiere foretrakk en mer beskrivende rapport, mens eldre synes at CAM var et praktisk verktøy. Det vil si at det var blandede følelser knyttet til bruken av CAM. De fleste av deltagerne benyttet CAM retrospektivt på slutten av skiftet, ut fra tidligere observasjoner av pasienten. Det ble også rapportert vanskeligheter ved å skille symptomer mellom demens og delirium, samt vurdering av ikke-verbale pasienter og pasienter der det var språkbarrierer (s.882-884).

Studien til Jeong og Chang (2018, s.300-305) viser til de vanligste metodene sykepleiere benytter for å oppdage og behandle delirium. Undersøkelsene viste at det var fire hovedpunkter som gikk igjen i sykepleierens handlingsmønstre.

Det første hovedpunktet var å forutse delirium basert på anamnese, sykehistorie og fysiske undersøkelser. Respondentene samlet informasjon fra forskjellige kilder og tolket disse tegnene, for å forutsi forekomst av delirium. De undersøkte hadde symptomer på delirium i tankene, med fokus på identifisering av predisponerende symptomer og risikofaktorer. De utførte også forebyggende tiltak hos eldre pasienter med predisponerende symptomer. Videre benyttet sykepleierne seg av samtaler med pasienten, for å se om det var behov for å iverksette tiltak (Jeong & Chang, 2018, s.300-305).

Det andre overordnede punktet var sykepleiere som benytter en framgangsmåte hvor delirium ble oppdaget og behandlet, etter de gjenkjente et lignende mønster. Dette var ut fra deres kunnskap om at delirium oppstår relativt akutt, men med et synlig mønster. De mente at det var vanskelig å forutse delirium siden det var en akutt tilstand, gruppen hadde en tendens til å overse stille symptomer, men fokuserte mer på de tydelige symptomene. Videre mente de undersøkte at det krevdes rask håndtering av hyperaktivt delirium (Jeong & Chang, 2018, s.300-305).

Det tredje punktet var oppdagelser av unormale endringer i pasientens atferd eller fysisk atferd, disse observasjonene ble gjort ut fra hyppig tilsyn. Kunnskapen var basert på bred klinisk kunnskap om unormale trekk ved delirium. Deltagerne i denne gruppen mente at sykepleierne hadde en viktig rolle når det kommer til observasjoner av pasienter, og

observasjonene bør gjøres på bakgrunn av faglig kunnskap og erfaring. De la vekt på at deliriumverktøy måtte benyttes i kombinasjon med hyppig tilsyn (Jeong & Chang, 2018, s.300-305).

Det fjerde punktet gikk ut på at annerkjennelsen ble gjort etter diagnosen var satt. Deltagerne i gruppen mente at identifisering av delirium ikke var sykepleierens jobb. Videre mente noen deltakere at hindringer gjør identifisering av Delirium utfordrende. Dette ble begrunnet i for høy arbeidsbelastning på avdelingene. Deltagerne hadde lite kunnskap om tilstanden, og synes det var lite nyttig å skille mellom demens og delirium fordi behandlingen ville være den samme (Jeong & Chang, 2018, s.300-305).

4.2 Hvordan kan kunnskap og rolleavklaring øke identifisering av Delirium?

I studien til Coyle, Burns og Traynor (2017) kunne sykepleierne fortelle at de hadde noe kunnskap om identifisering av delirium, men at de mente at det ikke formelt sett var deres oppgave å diagnostisere tilstanden. Deltagerne hadde lite erfaring med identifiseringsverktøy, og de mente det ikke var forventet at de skulle vurdere og identifisere delirium. Deltagerne forklarte at det var annet helsepersonell som formelt hadde ansvaret for å utføre en kognitiv vurdering, og det var ikke formelt deres oppgave å diagnostisere delirium. Spesialsykepleierne i eldreomsorgen hadde mer kunnskap om identifisering, enn de andre sykepleierne. Det var i tillegg tydelig manglende forståelse om sammenhengen mellom demens og delirium. Det var likevel forståelse for at det var mulighet for å gjøre feil mellom diagnosene, og deltakerne var bekymret for å muligens gjøre feil når de skulle skille demens og delirium. Deltagerne synes det var vanskelig å finne tid til å overvåke endringer i atferd, og kognisjon. Identifisering av delirium ble ikke oppfattet som en prioritet blant deltagerne. Det var kun en deltager i studien uten spesialisering, som rapporterte at de vurderte pasientens kognitive endring. Muligheten for hypoaktiv delirium var lite vektlagt, og det var lite kjennskap til subtypen blant deltagerne. Deltagerne som forsto hva hypoaktivt delirium var, forklarte at tilstanden ikke ble oppdaget før i etterkant. Deltagerne mente at det ikke ble oppdaget, fordi det ikke vekket oppmerksomhet på samme måte som hyperaktivt delirium. Deltagerne anerkjente viktigheten av å få et fullstendig klinisk bilde, og de beskrev nødvendigheten av samarbeid for å få en klinisk historie, spesielt for å kunne identifisere akutte atferdsendringer. Deltagerne dokumenterte sine observasjoner for å

skape et klinisk bilde, men de erkjente ikke symptomer eller tilstedeværelse av delirium. Deltakerne brukte heller begrepet forvirret i stedet for delirium, fordi det ble sett på som et mer forklarende begrep (s.5-10). Dette ble underbygget i studien til Jeong og Chang (2018) hvor respondentene i faktor 4, mente at identifisering av delirium ikke var sykepleierens jobb, eller at det var hindringer som gjorde at det var vanskelig å utføre identifisering. Respondentene i studien hadde også lite kunnskap om tilstanden (s.300-305).

I studien til Wong et al. (2018) hadde deltakerne i studien begrenset forståelse for hvordan de skulle benytte CAM verktøyet riktig. I hver fokusgruppe klarte ikke deltakerne å huske de fire CAM-komponentene, selv om de fullfører den på daglig basis. I fokusgruppene var det en konsekvent mangel på kunnskap om de enkelte komponentene i CAM, spesielt uoppmerksomhet og bevissthetsnivå. Yngre sykepleiere viste til å ha mer kunnskap om CAM, tilsynelatende som et resultat av undervisning som var gjennomført nylig. Studien viste også at det ikke var tilstrekkelig kunnskap om delirium, og at de fleste deltakere var uvitende om subtypene til delirium. De opplevde også at legene hadde manglende kunnskap om CAM verktøyet. Noen sykepleiere opplevde at legene responderte når de ringte om en positiv CAM, og ordinerte utredning av delirium. Andre deltagere opplevde at legene stilte spørsmål til sykepleiernes vurdering, samt noen leger ikke tok seg tid til å se på CAM registreringen. Noen leger var også ukjent med CAM, noe som førte til brudd i kommunikasjonen i omsorgsteamet. Deltakerne anbefalte generelt bedre kommunikasjon mellom leger og sykepleiere (s.882-884).

4.3 Hvordan kan undervisning bedre identifisering av delirium?

I studien til Wong et al. (2018, s.882-884) kunne bare 35% av deltagerende erindre å ha fått opplæring i bruken av CAM. Deltagerne ønsket mer undervisning om delirium og opplæring i bruk av identifiseringsverktøyet. Dette kom også fram i Coyle et al. (2017, s.6-8) sin studie, hvor det ble begrunnet med at respondentene ikke opplevde at identifisering var en del av deres jobb, trolig grunnet manglende obligatorisk opplæring og undervisning om delirium.

I studien til Travers, Henderson, Graham og Beattie (2018) fikk deltagerne undervisning knyttet til delirium, sammen med opplæring i hvordan de skulle benytte CAM som et

“bedside tool”. Deltagerne (Cog Champs) fikk i oppgave å undervise videre det de hadde lært, til de ansatte på avdelingene sine. Cog Champs sykepleierne sto som rollemodeller for de andre ansatte, hvor de benyttet sin kunnskap om håndtering av pasienter som er i risiko for å få delirium, og hvordan de bør behandles. Det ble deretter utviklet individuelle handlingsplaner for avdelingene. Utgangspunktet for handlingsplanene er å overholde nasjonale retningslinjer for identifisering, forebygging og behandling av delirium. Manglene som hadde oppstått i avdelingene ble identifisert. Videre fikk sykepleierne og Cog Champs utarbeidet handlingsplaner sammen for avdelingen. Alle avdelingene i intervensjonsgruppen hadde som mål å forbedre kunnskapen til sykepleierne omkring delirium og demens. De hadde også som mål og vurdere alle pasienter som var i risikogruppen for å få delirium ved innleggelse. Videre ble det satt som mål å øke kvaliteten på behandlingen til pasienter som var kognitivt svekket. De benyttet CAM som identifiseringsverktøy. Før intervensjonen ble CAM vurdering sjelden utført, og ble ofte rapportert på en feilaktig måte. Resultatene etter intervensjonen viste at det var en signifikant økning i antall utførte CAM registreringer, og at det var rapportert på riktig måte. Utdanningsmodellen viste seg å ha effekt til tross for utfordringer som tidsbegrensninger, travelhet, utmattelse og skiftarbeid (s.94-95).

4.4 Hvordan har organisatoriske faktorer innvirkning på kompetanseheving?

I studien til Coyle et al. (2017) rapporterte deltagerne at de ønsket mer støtte i fra arbeidsorganisasjonen. De ønsket mer opplæring, og flere ressurser for å implementere validert kunnskap om delirium. Begrunnelsen om at det ikke var en del av jobben deres, ble videre bekreftet med at de opplevde en mangel på opplæring om emnet. Deltagerene opplevde at det var mangel på støtte for gjenkjenning, vurdering og identifisering av delirium. Validerte screening og identifiserings verktøy var heller ikke lett tilgjengelig (s.6-8). I studien til Jeong og Chang (2018, s.300-305) kunne vi se at de sykepleierne som ikke anerkjente deliriumdiagnosen før etter den var stilt, mente at de hadde for høy arbeidsbelastning. I studien til Wong et al. (2018, s.882-884) opplevde sykepleierne at det var tidsbegrensninger som hindret dem å bruke identifiseringsverktøyet CAM riktig som et “bedside-tool”, de valgte derfor å fullføre skjemaet på slutten av vekten.

5.0 Diskusjon

Hva er en sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus?

5.1 Sykepleiers ansvar i identifisering av den deliriske pasient

Sykepleier har en sentral rolle i identifisering av delirium grunnet ens unike mulighet til å observere pasienten og kartlegge pasienten over tid. Det er trolig sykepleier som kjenner pasienten best, og kan avdekke endringer som måtte oppstå underveis under oppholdet på sykehus (Eide et al., 2017). Virginia Henderson beskriver i sin behovsteori viktigheten av at man som sykepleier bygger observasjoner på bakgrunn av "solid faglig dømmekraft og kyndighet" (Kristoffersen, 2011, s.226). Dette krever kunnskapsbasert praksis i de vurderinger man gjør som sykepleier, og man må kunne gjenkjenne symptomer og sykdomsforløp av delirium. Som sykepleier må man derfor utøve et faglig skjønn i våre vurderinger ved mistanke og symptomer på delirium, og rapportere dette videre til lege dersom det er behov for at diagnose og behandling skal iverksettes.

Forskning viser til at opptil 50 prosent av eldre pasienter på sykehus opplever delirium i løpet av innleggelsen (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s.15). Likevel tyder det på at diagnosen oversees av blant annet sykepleiere, og pasientene opplever å ikke få riktig behandling av lidelsen. Studien til Wong et al. (2018, s.882-884) viser til at manglende kunnskap innen identifisering, kan føre til at delirium blir forvekslet med diagnosen demens. Dette var også et problem som kunne sees i studien til Coyle et al. (2017, s.5-7) og Jeong og Chang (2018, s.300-305) Dette tyder på at det er et gjeldende behov for kompetanseheving hos personell på sykehus.

Ettersom delirium trolig har sammenheng med predisponerende faktorer, samt styrken på den ytre belastningen som tillegges, vil en individuell vurdering av den enkelte pasient være av nødvendighet (Stubberud, 2015, s.507). Henderson legger vekt på at en viktig del av sykepleierrollen er å gi individualisert omsorg og pleie (Kristoffersen, 2011, s.226).

Innhentning av pasientens tidligere sykdomshistorie vil være relevant for å kunne avdekke predisponerende faktorer, samt få et mer helhetlig bilde av eventuelle utfordringer som vil kunne oppstå underveis i forløpet (Stubberud, 2015, s.507).

I de kliniske retningslinjene for blant annet forebygging, diagnostisering og behandling av delirium som er utarbeidet av National Institute for Health and Care Excellence, fremheves det hvor viktig "den første risikovurderingen" er for å vurdere nærmere utredning av pasienter som har økt risiko for delirium (NICE, 2019). Legen har ansvar for diagnostisering, men er avhengig av sykepleiers observasjon og vurderinger for å få et helhetlig bilde av pasienten (Ranhoff, 2016, s.454). I studien til Wong et al. (2018) ble det påpekt at det var manglende kommunikasjon mellom legene og sykepleierne (s.882-884). Som sykepleier har man en viktig rolle innen tverrfaglig team, og god kommunikasjon er en viktig faktor for å sikre god pleie.

5.2 Avdekking av delirium på en systematisk måte

I studien til Jeong og Chang (2018) viser resultatene fire forskjellige framgangsmåter for å identifisere delirium. Studien viser at det er stor variasjon i hvordan sykepleierne jobber for å identifisere delirium, noen velger en proaktiv måte for å forebygge delirium, mens andre venter til symptomer oppstår, eller diagnosen blir stilt (s.300-305). Dette kan indikere at det er behov for retningslinjer som sikrer at det benyttes diagnostiske kriterier, som for eksempel bruk av CAM (Ranhoff,2016, s.456) .

5.2.1 Identifiseringsverktøy-CAM

I studien til Travers et al. (2018, s.94-95) og i studien til Helfand et al. (2021, s.550-552) vises det til at diagnoseverktøy som CAM kan være et nyttig hjelpemiddel for å identifisere delirium på et tidlig stadium. Dette samsvarer med teorien, hvor CAM blir anbefalt som er vurderingsverktøy for sykepleiere (Stubberud ,2015, s.507). I henhold til Norsk sykepleierforbund sine retningslinjer har sykepleier et selvstendig ansvar innen vurdering av egen kompetanse i oppgaver som skal gjennomføres (NSF,2019). Dette innebærer at man som sykepleier må være faglig oppdatert innen kunnskap og identifiseringsverktøy av delirium. Videre har man som sykepleier et ansvar å gi beskjed til avdelingen dersom man trenger opplæring, undervisning eller veiledning i et instrument man ikke har tilstrekkelig kunnskap om (Kristoffersen et al., 2011, s.18-19). Dette underbygges av forsvarlighetskravet i Helsepersonelloven § 4 (1999). Kunnskapsgrunnlaget i sykepleiefaget er i kontinuerlig

utvikling, og som sykepleier har man ansvar for å holde seg faglig oppdatert innen ny fagkunnskap og forskning (Kristoffersen et al., 2011, s.16-17).

Likevel viser studien til Coyle et al. (2017) at sykepleiere har manglende kunnskap om delirium og identifisering av symptomer på tilstanden. Dette tyder på at det er behov for økt fokus innen kompetanseheving innen delirium (s.5-7). Konsekvensene av å ikke oppdage delirium kan medføre at pasientene ikke får den behandlingen de trenger. Videre fremkommer det i studien til Wong et al. (2018) at det er en konsekvent mangel på kunnskap innen enkelte komponenter ved bruk av det anbefalte identifiseringsverktøyet CAM hos sykepleiere. Dette gjelder spesielt punktet som skal avdekke uoppmerksomhet, og bevissthetsnivå (s.882-884). Manglende kompetanse ved bruk av CAM kan føre til at særlig hypoaktivt delirium lett blir oversett (Ranhoff, 2016, s.454-455).

I Helfand et al. (2021) sin studie evaluerer identifiseringsverktøy som benyttes for å oppdage delirium. Studien konkluderer med at det kun er 4 av 30 ulike identifiseringsverktøy som møter de kriteriene som er satt for at verktøyet kunne anbefales i bruk (s.550-552). I Norge er CAM og 4AT de vanligste verktøyene som er benyttet, og de er også oversatt til Norsk (Evensen, 2020). Ut fra den systematiske oversikten til Helfand et al. (2021) møtte ikke 4AT kravene til studien. Derimot ble CAM- verktøyet validert for bruk i identifisering av delirium (s.550-552). Til tross for at et identifiseringsverktøy er validert for bruk, vil det ikke automatisk tilsi at verktøyet vil kunne identifisere delirium i alle tilfeller. Det er også en forutsetning at verktøyet benyttes i den hensikt det er laget. Studier viser til at i avdelinger hvor CAM er godt implementert, vil personalet ha vurderingen av CAM i bevisstheten i møte med pasienter (Ranhoff, 2016, s.456). Videre kan det være en fordel at skjemaet kan benyttes etter enkel opplæring, og at det bør anvendes på hver vakt hvor det er risiko for at en pasient utvikler delirium (Ranhoff,2016, s.456). I Wong et al. (2018) sin studie viser de til avdelinger som hadde benyttet CAM som identifiseringsverktøy over lengre tid. Resultatet viste videre til at flere av deltakerne ikke hadde benyttet verktøyet slik verktøyet var ment å brukes. Dette innebar at de fleste sykepleierne benyttet verktøyet ved å fylle det ut i slutten av endt vakt, i stedet for å benytte det som et bed-side tool som er hensikten med verktøyet (s.882-884). Feil bruk av CAM kan føre til unøyaktig og feilaktig dokumentasjon av observasjonene som sykepleierne har gjort. Som sykepleier er det en viktig oppgave å

dokumentere og rapportere observasjoner, og tiltak som er gjennomført. Dokumentasjon er lovpålagt i henhold til Helsepersonelloven §40 (1999), og fungerer som et nødvendig element innen pasientsikkerhet. Dokumentasjon er viktig for å videreformidle observasjoner og vurderinger både tverrfaglig og mellom sykepleiere, samt ivareta kontinuerlig informasjonsutveksling (Stubberud, 2015, s.507). En systematisk observasjon og dokumentasjon vil kunne bidra til økt nøyaktighet i de symptomene som registreres og bedre kommunikasjon tverrfaglig. Videre vil det styrke individuell og tilpasset behandling for den enkelte pasient.

5.2.2 Bruk av CAM

Feil bruk av verktøyet vil derfor kunne føre til at pasienter med delirium ikke blir fanget opp, noe som kan gå ut over kvaliteten på pasientbehandlingen og pasientsikkerheten. Dette vil da ikke svare til de krav som stilles til en sykepleiers ansvar om å jobbe kunnskapsbasert (NSF, 2019). Dette underbygges også i studien til Jeong og Chang (2018) hvor de har kartlagt fire forskjellige handlingsmønstre i sykepleierens identifikasjon og behandling av delirium. Det kom fram i studien at noen sykepleiere avventer med å iverksette tiltak til etter en lege har satt diagnosen delirium (s.300-305). I følge Helsepersonelloven §4 (1999) har man som sykepleier en plikt til å følge kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som forventes ut fra sykepleierens kvalifikasjoner.

Derimot ble det i studien til Wong et al. (2018) avdekket at bruk av systematiske verktøy som CAM ikke alltid ble oppfattet av sykepleierne som den mest hensiktsmessige metoden. Sykepleierne i studien uttalte blant annet at de fant verktøyene overfladiske eller lite beskrivende. Dette gjorde at de ikke alle ønsket å ta dem i bruk. Dette kan føre til større variasjoner i dokumentasjon og oppfølging av delirium (s.882-884). I studien til Travers et al. (2017) kom det derimot fram at ved bruk av systematiske verktøy som ble benyttet på den måten som det er tilegnet vil øke sykepleiers evne til å identifisere delirium (s.94-95). På samme tid som at sykepleierne har et ansvar til dokumentasjon, vil det være viktig med det tverrfaglige arbeid i sammen med lege, i studien til Wong et al. (2018, s.882-884) var det flere av deltagerne som ikke følte at legene leste rapporterte deres, og de fikk heller ikke tilbakemelding på sine observasjoner. Dårlig tverrfaglig kommunikasjon kan føre til at pasienter ikke får riktig behandling.

5.3 Hensikten med undervisning av sykepleiere

Delirium betegnes som en klinisk diagnose, det vil si at det finnes ikke en enkel diagnostisk test for å stille diagnosen. Tilstanden stilles med bakgrunn i sykehistorie, klinisk undersøkelser og kliniske observasjoner (Ranhoff, 2016, s.455). Jeg har tidligere diskutert viktigheten av kunnskapsbasert praksis, hvor sykepleieren har et viktig ansvar når det kommer til å benytte forskningsbasert kunnskap i sin arbeidsprosess. For å kunne jobbe kunnskapsbasert vil også erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov, være en sentral del i identifisering av delirium. Sykepleieren må være bevisst på at pasienter som opplever delirium kan ha redusert innsikt i egen tilstand, og kan motsette seg behandling og pleie. Dette medfører et ansvar om at sykepleieren har kunnskap om tilrettelegging for pasienten (Helsebiblioteket, 2016c).

5.3.1 Kompetanseheving

Sykepleierens kliniske erfaring med bakgrunn i kompetanse og opplæring, vil ha innvirkning på sykepleierens observasjoner av pasienten, og vurderinger vil bli stilt på bakgrunn av faglig skjønn. Skjønnsmessige vurderinger er avgjørelser som ikke er regelstyrt, men som er vurdert basert på kunnskap, erfaring og dømmekraft (Ellingsen & Johannesen, 1999, s.44). I studien til Jeong og Chang (2018) kan vi se at faglig skjønn kan være positivt, men kan også ha negative konsekvenser hvis sykepleieren ikke har tilstrekkelig kunnskap (s.300-305). Det vil si at opplæring og undervisning om delirium vil være en sentral faktor for å sikre at observasjoner gjøres på bakgrunn av faglig kompetanse.

Som sykepleier har man et ansvar om å bidra til læring, utvikling og mestring. I de yrkesetiske retningslinjene, fremkommer det som et krav at "Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget fagområdet og bidrar til at ny kunnskap anvendes i praksis." (Norsk sykepleierforbund, 2014, s.7). Til tross for at man har et individuelt ansvar, vil det også være nødvendig at avdelingen legger vekt på viktigheten av identifisering av delirium, samt legger til rette for tilstrekkelig opplæring og undervisning på den enkelte avdeling. Dette underbygges i studien til Travers et al. (2018, s.94-95) som viser til at undervisningsintervensjoner er nøkkelen til å fremme sykepleiers rolle i identifisering av delirium, og det vil implementere evidensbasert kunnskap i en klinisk

hverdag. I studien til Wong et al. (2018, s. 882-884) og Travers et al. (2018, s.94-95) etterspurte sykepleierne undervisning i knyttet til delirium og identifisering av Delirium. Deltakerne i studien til Coyle et al. (2017, s.5-15) rapporterte også at de ønsker mer trening og ressurser til å implementere evidensbasert kunnskap. Dette tyder på at det er behov for at avdelingene bidrar til at sykepleierne får økt kompetanse om lidelsen. Dette ble fokusert på i studien til Travers et al. (2018), hvor de undersøker om oppdatert kunnskap om delirium bidrar til positiv pasientbehandling. Ut fra studien kunne de se at sykepleierne hadde en betydelig forbedring i avdekking av delirium. Dette kan tilsa at undervisningen, samt fokuset på å videreføre kunnskapen til kollegaer kan ha en positiv effekt. Sykepleierne gjorde bedre observasjoner, og kunne lettere identifisere tilstanden og forebygge for delirium (s.94-95).

Det er nødvendig å benytte diagnostiske kriterier i identifisering av delirium, og CAM kan benyttes etter enkel opplæring (Ranhoff, 2014, s.456). I studien til Wong et al. (2018) ble det avdekket at CAM ble benyttet på feil måte, hvor kun 35% av personalet hadde opplæring i bruk av verktøyet. Deltagerne synes også det var vanskelig å skille demens og delirium, samt identifisere delirium hvis det forekom språkbarrierer eller ved at pasienten var non-verbal (s.882-884). I studien til Travers et al. (2018) fikk sykepleierne i intervensjonsgruppen opplæring og coaching i bruken av CAM, og det var et verktøy som ble benyttet videre for å vurdere pasienters kognitive evner. I studien ble det utviklet handlingsplaner der CAM ble brukt som verktøy i identifisering av delirium, og det ble utviklet sjekklister som påminnelse om å følge opp pasienter som er i risiko for delirium. I studien klarte de å opprettholde tiltaksplanens funksjon i tre måneder etter studien, dette tyder på varig praksisendring på avdelingene. Studien viser til at undervisning av delirium og risikofaktorer, sammen med veldefinerte handlingsplaner, kan være et godt virkemiddel for å bedre sykepleiernes kunnskap (s.94-95). Samt føre til bedre avgjørelser som er basert på kunnskapsbasert praksis. Der undervisning basert på forskningsbasert kunnskap blir implementert i avdelingen, og blir en del av den erfaringsbaserte kunnskapen som benyttes. Dette vil være viktig for å møte pasientens behov. CAM kan være et viktig verktøy i identifiseringen av delirium. Forutsetningene er at det benyttes på riktig måte, og at pleiepersonalet har kunnskap om tilstanden, samt om hvordan verktøyet skal benyttes (Travers et al.,2018, s.94-95). Undervisning av sykepleiere om tilstanden, vil ha en viktig rolle for å kunne sikre god pasientbehandling. Det vil også være en viktig komponent for å kunne sikre at sykepleiere

overholder sitt ansvarsområdet når det kommer til identifisering av delirium. Opplæring av personalet kan være kostnadskreven, men ved å forebygge delirium vil det på sikt kunne være kostnadseffektivt grunnet mulig reduksjon i antall liggedøgn på sykehus (Coyle et al., 2017, s.14-15).

Som sykepleier har man et individuelt ansvar innen identifisering av delirium. Likevel har organisasjonens tilrettelegging, undervisning og konkrete handlingsplaner påvirkning innen økt fokus rundt tilstanden, samt økt kompetansene til sykepleierne. Kompetanseheving viser seg å ha en tilsynelatende positiv effekt på sykepleierens evne, til å identifisere delirium.

5.4 Organisatoriske utfordringer ved kompetanseheving

Helsevesenet i Norge har sine begrensninger innen ressursforvaltning. Rammeverk som New Public Management (NPM) påvirker økonomien, tidsbruk og effektivisering i spesialhelsetjenesten. Dette påvirker de strukturer som muliggjør tiltak innen diagnostisering, behandling og pleie. Som sykepleier er det av nødvendighet å kunne utvise evne til å ha en kritiskanalytisk holdning til helsetjenesten (Kristoffersen et al. 2011,18-19). Jeg vil derfor i dette kapittelet redegjøre for strukturelle faktorer, som kan ha innvirkning på sykepleierollen i identifisering av delirium.

Det arbeider mange ulike profesjonsutøvere og faggrupper på et sykehus. Det kreves derfor en dynamisk organisering, for å koordinere kompetansen. Krav til sikkerhet og kvalitet bør derfor alltid veies opp mot forsvarlighet og effektiv ressursbruk. Helsetjenesten skal sikre kvalitet og pasientsikkerhet. For å kunne tilby dette må man ha ressurser som faglig kompetanse, god organisering og tilstrekkelig tid (Aakre, 2016, s.42) .

I henhold til Melhus & Lærum-Onseter sin studie (2019, s.20) er det utfordring innen identifisering av delirium at det forekommer tidspress for helsepersonell på sykehus. Fokus på sammenheng mellom behandling, og hvordan dette påvirker kvaliteten på pleien som utøves har økt den siste tiden, i tråd med samhandlingsreformen (Orvik, 2015, s. 38). I studien gjort av Coyle et al. (2017, s.5-7) vises det til at det er et ledelsesansvar å skape muligheter for fagutvikling og kompetanseheving innen delirium. Det høye tidspresset som er i dagens helsevesen, i kombinasjon med manglende rutiner, kan føre til at sykepleiere ikke har anledning og ressurser til å kartlegge pasientene. Identifiseringen av delirium kan da bli

nedprioritert (Melhus & Lærum-Onseter, 2019, s.15-20). I studien til Wong et al. (2018, s.882-884) kunne man ut i fra resultatene se at avdelingene hadde verktøyene tilgjengelig, men de manglet rutinene og kompetansen for å benytte dem. Ved dårlig organisering og manglende kompetanse, vil det kunne medføre konsekvenser for pasientsikkerheten. Videre vil det kunne medvirke til at arbeidsvilkårene til sykepleiere blir dårligere. Kvalitet og effektivitet er elementer som må sees opp mot hverandre, fordi omsorg er ikke en grenseløs ressurs, den har økonomiske begrensninger. (Aakre, 2016, s.71).

Den grunnleggende ideen bak NPM om å strukturere helseforetak på lik måte som privat sektor, er i og for seg selv en god ide. Problemet med denne ideen hvor ressursbruk og tidsbruk skal utføres kostnadseffektivt, er at tankegangen som er basert på salg og kjøp av tjenester blir overført til omsorgsarbeid, der beslutningene er basert på menneskelige valg og omsorg (Vetlesen, 2010). Dette medfører at tidsressurser kan bli så knappe at undervisning av helsepersonell ikke blir en prioritet, dette vil indirekte kunne påvirke pasienten negativt (Kristoffersen, 2011, s.232). I Norge finnes det ikke felles retningslinjer for identifisering av delirium. Dette skaper variasjon i hvordan sykehusene velger å fokusere på tilstanden (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s.18-20). De økonomiske ressursene i helsetjenesten kan føre til at kompetanseheving, kursing og undervisning av ansatte ikke blir prioritert.

Videre kan knapphet i ressurser som ofte viser seg i bemanning, gjøre at man ikke har mulighet til å tilrettelegge for å kartlegge pasienter med anbefalte verktøy, på den måten som det ideelt sett skal benyttes på, slik som vi kan se i studien til Wong et al. (2018, s.882-884). Som sykepleier blir man da satt i moralske situasjoner, hvor en ikke kan handle etter egne etiske prinsipper. Selv om et identifiseringsverktøy er ment for å være effektivt, og man skal kunne benytte det på noen minutter, må man ha i tankene at for å skape god kommunikasjon og tillit, trenger man tid. Henderson beskriver i sin behovspleieteori at man som sykepleier ivaretar pasienten ved observasjon, og tilpasse pleien etter den enkelte pasients behov (Kristoffersen,2011, s.225). For å kunne gi individuell pleie kreves det et klinisk skjønn, hvor hver enkelt pasient blir vurdert opp mot de erfaringer og kunnskap sykepleieren innehar (Kristoffersen, 2011, s.232).

I NPN modellen vil det være en kvantitativ målestokk, dette fører til en konflikt i omsorgssystemet, som er basert på kvalitative krav til god pleie gjennom subjektive opplevelser og behov. Effektivisering av kostnader ut fra et ledelsesperspektiv, kan skape verdikonflikt mellom personell og ledelse. Konflikten oppstår fordi det er helsepersonellet sin oppgave å forvalte ressursene på individnivå. På samme tid har de i oppgave å fremme en standardisert og kostnadseffektiv form for behandling (Aakre, 2016, s.82-83). Tidspresset kan føre til at sykepleieren kjenner på et moralsk stress som påvirker sykepleierens evne til å se pasienten. Dette kan tyde på at de strukturelle rammene kan påvirke sykepleiers evne til omsorg.

5.5 Metodediskusjon

I metodediskusjonen vil jeg drøfte litteraturstudiets fremgangsmåte, og identifisere dens styrker og svakheter ved å argumentere for oppgavens validitet. I oppgaven har jeg benyttet litteraturstudie som metode, utførelse av litteraturstudier, og forskning generelt krever øvelse. Det kan være en svakhet i studien at jeg har lite erfaring i fra tidligere på området. Jeg kan ha oversett studier som er relevante for oppgavens problemstilling, ved at jeg har lite tidligere erfaring med søketermer og søk i databaser, valideten styrkes ved at jeg har benyttet meg av hjelp i fra bibliotekarer på HVL for å søke etter artikler. Artiklene i en litteraturstudie bør ideelt sett vurderes av flere personer, ettersom oppgaven er skrevet av en person så kan det være en eventuelt svakhet med studien (Aveyard, 2019, s.95). Forskningsartiklene jeg har valgt er skrevet på engelsk, det vil si at det er en risiko for at innholdet i teksten kan ha blitt endret i oversettelsen. Det anses som en styrke at det er benyttet strukturerte rammeverk som PICO for å operasjonalisere problemstillingen, og finne relevante søkeord. Det er også en styrke at det er benyttet inklusjons- og eksklusjonskriterier for å tydeliggjøre søket, men også avgrense mengden litteratur. Det er en styrke at det er benyttet anerkjente databaser for å finne relevant litteratur. Det er benyttet kvalitetssikrede skjemaer i fra helsebiblioteket for å sjekke om forskningsartiklene er av god kvalitet. Forskningsartiklene som jeg har tatt med i oppgaven er i fra andre land. Det kan være forskjeller i kultur, økonomi, utdanning og ledelsen av avdelinger på sykehusene. Dette medfører en risiko for at overførelsesverdien fra artiklene til norske sykehus, ikke er reell. Jeg forsøkte å finne relevant forskning i fra skandinaviske land, dette var ikke vellykket, men kan tyde på at det kreves mer forskning innen emnet i nordiske

forhold. Jeg har vært selektiv når det kom til at studiene i utvalget kunne representativt ha overføringsverdi til norske forhold. Jeg anser problemstillingen som samfunnsaktuell ut fra forskning som tilsier at delirium ennå er underdiagnostisert. En styrke i studien er også at oppgaven er vurdert av en veileder.

5.6 Konklusjon

Denne litteraturstudien har hatt til hensikt å belyse hvilken rolle en sykepleier har i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus. Resultatet viser til at sykepleiere har en sentral rolle innen identifisering av delirium. Sykepleierne er de som har mest pasientkontakt på sykehus, dette gjør at man som sykepleier har et stort ansvar innen identifisering og forebygging av tilstanden. Resultatet viser videre at det er behov for systematisk kartlegging av pasientens sykehistorie for å identifisere om pasienter er i risikogruppen for å få delirium. Sykepleieren har ett ansvar innen utførelse av egne observasjoner og rapportere dem videre til lege. Det tverrfaglige arbeidet er viktig for pasientsikkerheten til pasienten. Resultatene i studien tilsier at det er stor variasjon i framgangsmåten, og kunnskapsnivået til sykepleierne omkring delirium. Studien belyser behovet for økt kunnskap om emnet. Behovet for diagnostiske kriterier i fra validerte verktøy er nødvendige, men det vil kreve opplæring for å kunne bruke dem på en hensiktsmessig måte. CAM er det verktøyet som anses som best egnet å bruke i Norge. Dette grunnet at det er oversatt til norsk, validert og anbefalt verktøy i klinisk praksis. Som sykepleier har man et individuelt ansvar for å holde seg jevnlig oppdatert på egen kompetanse. I studien diskuteres også helsevesenets strukturelle rammer som kan ha innvirkning på hvorfor det kan være mangel på undervisning og opplæring om delirium. Tidspress kan føre til at sykepleieren kjenner på et moralsk stress, som fører til at pasienter ikke blir sett. Det vil være vesentlig at organisasjonen tilrettelegger for undervisning og rutiner for kartlegging. Ved å tilrettelegge for systematiske retningslinjer og tid til å gjennomføre dem, samt ved at sykepleieren har kunnskap om tilstanden, systematiske rutiner for observasjoner, og rapportering, vil man kunne øke pasientsikkerheten og bedre prognosen til pasientene som er utsatt for delirium.

6.0 Referanseliste.

Akre, M. (2016). *Jakten på dømmekraft: praksisnært etikkarbeid i helsetjenesten*. Gyldendal Akademisk Forlag.

American Psychiatric Association (APA) (2013) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5®* (5.utg). American Psychiatric Association.

Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide*. Open University Press.

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*. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170111-02>

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving: Gyldendal Norsk Forlag AS* (6.utg.). Gyldendal akademisk.

Eide, P. S. L., Instenes, I., Ranhoff, H. A., Amofah, H, A. & Norekvål, M, T. (2017). Kjenn tegnene på delirium hos eldre. *Sykepleien*. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.62845>

Ellingsen, K,E & Johansen, K,J. (1999). Hvordan kan vi utvikle vårt faglige skjønn? *Embla* 4(8),43-49.

Evensen, S. (2020). Når hjernen svikter – delirium og motoriske subtyper. *Indremedisineren*. <https://indremedisineren.no/2020/11/nar-hjernen-svikter-delirium-og-motoriske-subtyper/>

Forsberg, C & Wengstrøm, Y (2015). *Au gjöra systematiska litteraturstudier: värdering, Analys och presentation av omvårdnadsforskning* (4.utg.). Natur & kultur.

Helfand, I. K. B., D'Aquila, L. M., Tabloski, P., Erickson, K., Yue, J., Fong, G, T., Jones, N. R., (2020). Detecting Delirium: A Systematic Review of Identification Instruments for Non-ICU Settings. *Journal of the american geriatrics society*. <https://doi.org/10.1111/jgs.16879>

- Helsebibloteket. (2016a). *Kunnskapsbasert praksis*.
<https://www.helsebibloteket.no/kunnskapsbasert-praksis>
- Helsebibloteket. (2016c). *Kunnskapsbasert praksis (Sjekklistet)*.
<https://www.helsebibloteket.no/249212.cms>
- Helsebibloteket. (2016c). *Delirium – forebygging, diagnostikk og behandling*.
https://www.helsebibloteket.no/fagprosedyrer/ferdige/delirium-diagnostikk-og-behandling?fbclid=IwAROKwrg0zBi9T3fdkSxiWG_5rD8vZeZxNISkdPax4hCklt539JlapEhWfY4
- Helsedirektoratet.(2019). *Nasjonale faglige råd. Psykiske lidelser hos eldre*.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>
- Helsepersonelloven - hpl. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (LOV-1999-07-02-64)*.
Lovdata.no. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Henderson, V. (1993) *ICN: Sykepleiens grunnprinsipper*. (5.utg.). Norsk sykepleierforbund.
- HVL.(u.å). *Retningslinjer om forskningsetikk i bacheloroppgaver: Gjelder bacheloroppgaver ved studiested Bergen*. <https://www.hvl.no/globalassets/hvl-internett/dokument/forskrifter-reglar-retningslinjer/retningslinjer-om-forskningsetikk-i-bacheloroppgaver-bergen.pdf>
- Inouye S. K., et al (1990) Clarifying confusion: the confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*.
<https://annals.org/aim/article-abstract/704335/clarifying-confusionconfusion-assessment-method-new-method-detection-delirium>
- Jeong, E., & Chang, S. O. (2018). Exploring nurses' recognition of delirium in the elderly by using Q-methodology. *Japan journal of nursing science*.
<https://doi.org/10.1111/jjns.12199>
- Juliebø, V. (2016). *Delirium – en vanlig komplikasjon hos kardiologiske pasienter*.
<https://docplayer.me/39604599-Delirium-en-vanlig-komplikasjon-hos-kardiologiske-pasienter.html>

- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A,. (2011). Kapittel 1: Om sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E. (Red). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 15-28)
- Kristoffersen, N.J. (2011). Kapittel 6: Teoretiske perspektiver på sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E. (Red). *Grunnleggende sykepleie: Sykepleierens grunnlag, rolle og ansvar* (s. 227-238)
- Melhus, K. G. & Lærum-Onsager, E. (2019). Sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus. *Geriatrisk sykepleie* (#2), S.15.
https://www.nosf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2020-10/gS-2-2019.pdf
- NICE. (2019). *Delirium: prevention, diagnosis and management*. NICE.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/chapter/Finding-more-information-and-resources>
- Norsk Legemiddelhåndbok (2020, 12.februar) *Delirium*.
<https://www.legemiddelhandboka.no/T21.1.2.8/Delirium>
- Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>
- O'Mahony,R., Murthy, L., Akunne, A,. & Young, J,. (2011) Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 154, 746-751.
- Orvik, A. (2015). *Organisatorisk kompetanse: Innføring i profesjonskunnskap og klinisk ledelse*. Cappelen Damm.
- Ranhoff, A. H.,(2016). Den gamle pasienten, i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. (red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg.,s.79-90) Gyldendal Akademisk.
- Ranhoff, A. H. (2016) Delirium (akutt forvirring), i Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. (red.) *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten*. (2. utg., s.452-463). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Smulter N., LingeHall H.C., Gustafson Y., Olofsson B. & Engstrom, K.G. (2015). Validation of the Confusion Assessment Method in detecting postoperative delirium in cardiac surgery patients. *American Journal Critical Care*, 24(6), 480–487.
- Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved delirium. Stubberud, D.-G. Grønseth, R. & Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie, Bind 1* (5. utg). Gyldendal Norsk Forlag.
- Støren, I. (2013). *Bare søk: Praktisk veiledning i å gjennomføre litteraturstudie* (2. utg). Cappelen Damm.
- Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. Utg). Universitetsforlaget.
- Travers C., Henderson, A., Graham, F. og Beattie, E. (2018) CogChamps: impact of a project to educate nurses about delirium and improve the quality of care for hospitalized patients with cognitive impairment. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3286-4>
- Universitetet i Agder. (u.å.). *MeSH*. <https://mesh.uia.no>
- Vetlesen, A.H. (2010). Empati under press. *Sykepleien*. <https://sykepleien.no/forskning/2010/03/empati-under-press>
- WHO. (1999). *Men Ageing and Health. Achieving health across the life span*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/66941/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf;jsessionid
- Wong, K.-C. E., Lee, Y. J., Surendran, S. A., Nair, K., Maestra, D. N., Migliarini, M., Patterson, J. C., (2018). Nursing perspectives on the confusion assessment method: a qualitative focus group study. *Age an Ageing*. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy107>

Vedlegg 1 -DSM-5 kriterier

(APA,2013)

1. Forstyrret oppmerksomheten (for eksempel redusert evne til å fokusere, opprettholde og/eller endre oppmerksomhet) og bevissthet, (redusert evne til å orientere seg i omgivelsene).
2. Forstyrrelsene har utviklet seg i løpet av kort tid (vanligvis timer til få dager), representerer en akutt endring fra vanlig oppmerksomhet og bevissthet, og har tendens til å fluktuere i grad av alvorlighet gjennom døgnet.
3. Ytterligere forstyrret kognisjon (f.eks redusert hukommelse, desorientering, språk- eller persepsjonsforstyrrelser).
4. Forstyrrelsene i kriteriene 1 og 3 blir ikke bedre forklart av en allerede kjent nevrokognitiv lidelse eller oppvåkingsfasen fra koma .
5. Det er holdepunkter i fra sykehistorie, klinisk undersøkelse eller laboratoriesvar for at forstyrrelsen er direkte fysiologisk konsekvens av en annen medisinsk tilstand, forgiftning av kjemiske substanser(rusmidler eller legemidler), abstinens, annen
6. Toksisk påvirkning eller har multiple årsaker.

Vedlegg 2-Confusion Assessment Method (CAM)

For å stille diagnosen delirium med CAM algoritmen kreves det at trinn 1 og 2 og enten 3 eller 4 er oppfylt (Inouye et al,1990).

1. **Trinn 1: Akutt debut og fluktuerende forløp**

Opplysninger fås som regel fra pårørende eller pleiepersonell som bekreftende svar på følgende spørsmål:

Er det en akutt endring i pasientens mentale funksjon i forhold til hvordan han er til vanlig?

Er det endring i pasientens funksjon og atferd gjennom døgnet, dvs kommer og går problemene og varierer de i intensitet?

2. **Trinn 2: Uoppmerksomhet**

Bekreftende svar på følgende spørsmål:

Har pasienten problemer med å fokusere oppmerksomhet, er han for eksempel lett å distrahere eller har problemer med å holde tråden i en samtale?

3. **Trinn 3: Desorganisert tenkning**

Bekreftende svar på følgende spørsmål:

Har pasienten tegn på desorganisert og usammenhengende tenkning så som babling eller irrelevant konversasjon, uklare eller ulogiske utsagn, eller uforutsigbare skiftninger mellom forskjellige tema?

4. **Trinn 4: Endret bevissthetsnivå**

Hvis annet svar enn våken (normal) på følgende:

Generell vurdering av pasientens bevissthetsnivå : Våken, oppspilt, somnolent, stupor, koma.

Vedlegg 3 –PICO

(Thidemann, 2019 ,s.83).

P- Patient	I- intervention	C-comparison	O-outcome
Eldre innlagt på sykehus	Identifisering av delirium		Forebygge delirium

Vedlegg 4- Søkehistorikk

Utarbeidet ut i fra Thidemann (2019,s.89) sitt eksempel.

Database	Søk.nr	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
Episteminikos	S1	Delirium					
	S2	Identification					
	S3	Prevent*					
	S4	Nurs*					
	S5	S2 OR S3					
	S6	S5 AND S1 AND S4	Systematic review Last 5 years	20 artikler	3 artikler	2 artikler	1 artikkel

Database	Søk.nr	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
Medline ovid	S1	Delirium.mp.or delirium					
	S2	Hospital*					
	S3	Nurs*					
	S4	Identification					
	S5	CAM					
	S6	Education					
	(S6 OR S5 OR S4) AND S1 AND S2 AND S3		Siste 5 år	187	40	13	3

Database	Søk.nr	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
Cinahl	S1	Delirium		10510			
	S2	Hospital*		409595			
	S3	Nurs*					
	S4	Education*		154391			
	S5	Identification		93893			
	S6	CAM		4 125			
	S7	S4 OR S5 OR S6					

		S7 AND S1 AND S2 AND S3	Siste fem år Peer reviewd	137	50	10	3
			Artikler i Medline som er valgt				1

Database	Søk.nr	Søkeord og ordkombinasjoner	Avgrensninger	Antall treff	Leste abstract	Leste artikler	Artikler inkludert
Cochrane	S1	Delirium					
	S2	Identification					
	S3	Nurs*					
	S4	S1andS2andS3		12	4	1	0

De inkluderte artikkelene ble funnet i databasene:

Episteminikos :

- “Detecting Delirium: A Systematic Review of Identification Instrument for Non-ICU Setting”

Cochrane:

- Ingen

Medline:

- “Turning education into action: Impact of a collective social education approach to improve nurse ability to recognize and accurately assess delirium in hospitalized older patients”

Chinal:

- “Exploring nurses recognition of delirium in the elderly by using Q methodology”

Chinal og Medline:

- Is it My Job? The Role of RNs in the Assessment and **Identification of Delirium** in Hospitalized Older Adults”
- ” Nursing perspectives on the confusion assessment method: a qualitative focus group study”

Vedlegg 5- Litteratormatrise

Utarbeidet ut i fra Thidemann (2019,s.95) sitt eksempel.

Art.nr 1

Tittel	Is it My Job? The Role of RNs in the Assessment and Identification of Delirium in Hospitalized Older Adults
Forfatter Publiseringsår Tidsskrift Land	Miriam Coyle,Pippa Burns, Victoria Traynor 2017 Faculty of Science, medicine and Health Australia
Design	Kvalitativ beskrivende tilnærming
Hensikt med. studien	Hensikten med studien var å utforske gjeldende praksis for sykepleiere for å vurdere og identifisere delirium hos sykehusinnlagte eldre voksne og informere om nye utdanningsinitiativer.
Utvalg/populasjon	8 grupperintervjuer med 3-7 sykepleiere i gruppene, n=24
Intervensjon	Gruppe intervju + spørreundersøkelse (2 mnd periode)
Resultat og konklusjon	I studien ble det belyst at anerkjennelse, vurdering, identifisering og diagnostisering av delirium kan være vanskelig for mange registrerte sykepleiere, på grunn av samspillet mellom ulike faktorer. Intervensjoner for å forbedre vurdering og identifisering og diagnostisering av delirium er nødvendig.
Kvalitetsvurdering	Helsebiblioteket sjekklister for kvalitativ forskning
Ethiske Overveielser	Ja

Art.nr 2

Tittel	Detecting Delirium: A Systematic Review of Identification Instrument for Non-ICU Setting
Forfatter Publiserings år Tidsskrift Land	Benjamin K. I. Helfand, BKL, et al. 2021 Journal of the American Geriatrics Society USA
Design	Systematisk oversikt
Hensikt med. studien	Hensikten med. Studien var å finne ut hvilken identifiseringsverktøy som er hensiktsmessig å bruke for å identifisere delirium

Utvalg/populasjon	2542 artikler som omhandler identifiseringsverktøy av delirium.
Intervensjon	Hver instrument gjennomgikk metodisk kvalitets anmeldelse av psykometriske egenskaper ved bruk av COSMIN. Et ekspertpanel kategoriserte viktige domener for å identifisere delirium basert på kriteriene til Diagnostic and statistical Manual of mental Disorders (DSM)3 gjennom DSM-5. Instrumentene måtte ha minst to av tre: siteringstall på 200 eller mer, Sterkt validert metode i deres originale publikasjon, og oppfølge DSM5-kriteriene.
Resultat og konklusjon	I den systematiske oversikten kom de fram til at kun 4 av de 30 identifiseringverktøyene kunne anbefales i bruk for å identifisere delirium. Dette var CAM,DOSS, DRS-R98 og MDS. Disse verktøyene er ofte brukt og validerte instrumenter som delvis er konsistent med diagnoserings rammeverket DSM-5. Den systematiske oversikten konkluderer med at disse fire verktøyene kan anbefales for bruk klinisk og i forskning.
Kvalitetsvurdering	Helsebiblioteket sjekklister for oversiktsartikkel
Etiske overveielser	Ja

Art.nr 3

Tittel	Nursing perspectives on the confusion assessment method: a qualitative focus group study
Forfatter Publiserings år Tidsskrift Land	Wong, EK et al. 2018 <i>Age and Ageing</i> Canada
Design	Kvalitativ, fokusgrupper
Hensikt med studien	Hensikten med studien var å forstå perspektivene til sykepleierne som brukte CAM på ortopediske avdelinger.
Utvalg/populasjon	43 sykepleiere ansatt ved ortopediske avdelinger som benyttet CAM daglig.
Intervensjon	Strukturerte fokusgrupper som utforsket sykepleiere sin oppfatning av delirium og bruken av CAM.
Resultat og konklusjon	Resultatene viste at det var blandende følelser i bruken av CAM. Noen likte at det var et enkelt verktøy, mens andre foretrakk mer beskrivende observasjoner. Det ble oppdaget at mindre enn 35% hadde opplæring i bruk av verktøyet. De fleste utførte CAM registreringen etter skiftet.

	Det var utfordringer når en skulle skille delirium fra demens, vurdere ikke verbale pasienter, og pasienter med. Språkbarrierer. Det ble også rapportert tidsbegrensninger og avvik med. Legenes vurdering. Det opplevdes også som et press til å diagnostisere delirium.
Kvalitetsvurdering	Helsebiblioteket sjekklister for kvalitativt design
Etiske overveielser	Ja

Art.nr 4

Tittel	“Exploring nurses recognition of delirium in the elderly by using Q methodology”
Forfatter Publiserings år Tidsskrift Land	Jeong, E og Chang,S.O 2018 Japan Journal of Nursing science Japan
Design	q-metodikk(brukes for å analysere subjektivitet.
Hensikt med. studien	Hensikten med. studien er å identifisere sykepleie sine erfaringer, praksis og synspunkter om identifisering av delirium hos eldre pasienter.
Utvalg/populasjon	32 sykepleiere(som har erfaring med deliriske eldre pasienter)
Intervensjon	Identifisere sykepleiers referanserammer om delirium identifisering hos eldre pasienter, og fremme forståelse om fenomenet.
Resultat og konklusjon	<p>Det ble i studien avdekket fire faktorer som gjorde at sykepleiere identifiserte delirium.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Predisponerende faktorer hentet fra anamnese, sykehistorie og fysiske undersøkelser 2. Påvisning gjennom oppdagelse av symptomer. 3. Identifisering av endringer i atferd, basert på konsentrert observasjon. 4. Kun anerkjennelse av delirium etter diagnosen var stilt. <p>Resultatene i fra studien kan bidra til å forstå identifisering av delirium ut i fra et sykepleierperspektiv. Dette kan benyttes som et grunnlag for videre praksis i sykepleieropplæringen.</p>
Kvalitetsvurdering	Helsebiblioteket sjekklister for kvalitativt design (*anbefalt av bibliotekar)
Etiske overveielser	Ja

Art.nr 5

Tittel	Turning education into action: Impact of a collective social education approach to improve nurse ability to recognize and accurately assess delirium in hospitalized older patients
Forfatter Publiserings år Tidsskrift Land	Travers, C et al. 2018 Nurse education day Australia
Design	Kvalitativ intervensjonsstudie, Undervisning om delirium.
Hensikt med studien	Hensikten med studien er å beskrive en "distributed leadership" tilnærming for forbedring av klinisk praksis.
Utvalg/populasjon	34 erfarne sykepleiere som ble utdannet, og ledet et praksisendrende initiativ for forbedring av sykepleie til eldre pasienter(over 65) i seks avdelinger på et australsk sykehus.
Intervensjon	<p>Revisjon- og observasjonsdata var samlet for 181 pasienter fra begge sykehus, alle pasientene hadde kognitiv svikt. Begge kohortene hadde lignende atferdstrekk som hadde behov for høy grad av tilsyn.</p> <p>Implementering og utvikling av "CogChamp" praksisendrende handlingsplaner på hver avdeling. Observasjoner av samhandling mellom pasient og sykepleier ved bruk av et revisjon- og observasjonsverktøy.</p> <p>De hadde et kontrollsykehus hvor tilsvarende datasamling ble utført. Hvor undervisning ikke ble gjennomført. Dataene ble analysert for evidens av praksisendring.</p>
Resultat og konklusjon	<p>Avdelingene implementerte handlingsplanene i ulik grad, og viktige prestasjoner inkluderte utdanning av et flertall avdelingssykepleiere om delirium, og sertifisering av flertallet som kompetent til å vurdere pasienter for delirium ved hjelp av Confusion Assessment Method. To avdelinger samlet data før og etter tilsyn som viste en betydelig forbedring i deliriums screeningsfrekvenser.</p> <p>Prosjektet demonstrerte hvordan utdanningsprogrammet "CogChamp" sin tilnærming kan effektivt brukes til opplæring av sykepleiere, og hvordan de kan videreføre kunnskapen.</p>
Kvalitetsvurdering	Helsebiblioteket sjekklister for kvalitativt design

Etiske overveielser	Ja
---------------------	----