



Høgskulen på Vestlandet

Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	03-05-2023 12:00 CEST	Termin:	2023 VÅR
Sluttdato:	12-05-2023 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	230
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7993
----------------------	------

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:	126
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen 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

Gjenkjenn det, og kall det delirium.

Sykepleiers rolle i identifisering av delirium.

Recognize it, and call it delirium.

Nurse's role in identifying delirium.

Kandidatnr: 230 Antall ord: 7993

Bachelor i sykepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap (FHS)

Innleveringsdato: 12. mai 2023

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Sammendrag

Tittel: Gjenkjenn det, og kall det delirium. Sykepleiers rolle i identifisering av delirium.

Bakgrunn: Den store forekomsten av delirium på hjerteavdeling, men manglende diagnostiseringen, understreker viktigheten av å kunne tidlig identifisere tilstanden for å kunne sette diagnosen, kartlegge årsaker og sette i gang behandling. På bakgrunn av egne praksiserfaringer på hjerteavdeling, samt møte med delirium både som helsepersonell og som pårørende, var det ønskelig å fordype seg mer i temaet.

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på postoperativ avdeling etter hjerteoperasjon?

Metode: Oppgaven er en litteraturstudie. Det ble gjennomført systematiske litteratursøk i CINAHL, Cochrane Library, Medline og Pubmed. Utvalgte artikler er hentet fra databasene «Cinahl» og «Medline». Artiklene har blitt kritisk vurdert ut i fra relevans, gyldighet og kvalitet, forså å bli presentert tematisk ut i fra sine funn.

Resultat: Forskning indikerer at delirium underdiagnostiseres, spesielt den hypodeliriske tilstanden. Funn fra forskning og litteratur viser at kartleggingsverktøy som 4AT er gode hjelpemiddel for kartlegging av delirium. Barrierer for identifiseringen av delirium er manglende kunnskap, opplæring og rutiner, tid og ressurser, samt. at sykepleiere ikke alltid anser kartleggingen som sin rolle. Informasjon til og oppfordring til pårørende kan være en ressurs.

Konklusjon: Sykepleieren spiller en viktig rolle i identifiseringen av delirium, men i følge fag- og forskningslitteratur opplever flere likevel oppgaven som en utfordring i sin kliniske praksis. Økt oppmerksomhet på identifisering av delirium krever at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap om delirium, risikofaktorer og symptomer. En risikovurdering for utvikling av delirium, samt systematisk observasjon gjennom døgnet og rutinemessig vurdering (hver vakt) ved bruk av validerte kartleggingsverktøy er anbefalt. Kunnskap om pasientens normale mentale tilstand er avgjørende for å fange opp endringer. Pårørende blir sett på som en samarbeidspartner i identifiseringen av delirium både gjennom kunnskap om pasientens vanlige funksjon og gjennom rapportering av observerte endringer til helsepersonell. God dokumentasjon og rapportering mellom helsepersonell er sentralt for å sammenligne adferd og identifisere tilstanden.

Abstract

Title: Recognize it, and call it delirium. Nurse's role in identifying delirium.

Background: The lack of diagnosis of delirium, despite the large incidence of delirium in cardiac departments, emphasizes the importance of being able to identify the condition early in order to be able to make the diagnosis, map out the causes and initiate treatment. On the basis of my own practical experience in the heart department, as well as encounters with delirium both as a healthcare professional and as a relative, it was desirable to delve more deeply into the topic.

Research question: How can nurses identify delirium in elderly patients admitted to the post-operative ward after cardiac surgery?

Method: This bachelor thesis is a literature study. It was conducted systematic literature searches in Cinahl, Cochrane Library, Medline and Pubmed. Selected articles were found the databases "Cinahl" and "Medline". The articles have been critically assessed based on relevance, validity and quality, and are presented thematically based on their findings.

Result: Research indicates that delirium is underdiagnosed, especially the hypodelirious state. Findings from research and literature show that screening tools such as 4AT are good aids for mapping delirium. Barriers to the identification of delirium are a lack of knowledge, training and routines, time and resources, as well as that nurses do not always consider the mapping to be their role. Information given to and encouragement for relatives can be a resource.

Conclusion: The nurse plays an important role in the identification of delirium, but according to professional and research literature, many still experience the task as a challenge in their clinical practice. Increased attention to the identification of delirium requires that the nurse has sufficient knowledge of delirium, its risk factors and symptoms. A risk assessment for the development of delirium, as well as systematic observation throughout the day and routine assessment (every shift) using validated screening tools is recommended. Knowledge of the patient's normal mental state is essential to detect changes. Relatives are seen as collaborators in the identification of delirium both through knowledge of the patient's normal functioning and through reporting observed changes to healthcare personnel. Good documentation and reporting between healthcare personnel is central to comparing behavior and identifying the condition.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	- 1 -
Abstract	- 2 -
Innholdsfortegnelse	- 3 -
Tabelloversikt	- 5 -
1. 0 Introduksjon	- 6 -
1.2 Begrunnelse for valg av tema	- 7 -
1.3 Avgrensning av oppgaven	- 8 -
1.4 Begrepsavklaring	- 9 -
1.5 Oppgavens oppbygning	- 9 -
2. 0 Teoretisk perspektiv	- 10 -
2.1 Delirium	- 10 -
2.3 Kartlegging av delirium	- 13 -
2.4 Sykepleierens funksjons- ansvarsområde og kunnskapsgrunnlag	- 16 -
2.5 Etikk og lovverk	- 17 -
3. 0 Metode	- 18 -
3.1 Litteraturstudie som metode	- 18 -
3.2 Søkeprosess	- 18 -
3.3 Kritisk vurdering - kilder og kildekritikk	- 21 -
3.4 Analyse og syntese av resultater	- 22 -
3.5 Etske overveielser	- 23 -
4.0 Resultat	- 24 -
4.1 Bruken og validering av screeningverktøy i praksis	- 24 -
4.2 Sykepleiers rolle i identifisering av delirium	- 25 -
4.3 Barrierer for identifisering av delirium	- 26 -
4.4 Pårørende som ressurs	- 27 -

5.0 Diskusjon	- 28 -
5.1 Resultatdiskusjon	- 28 -
5.2 Metodediskusjon	- 35 -
6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis	- 36 -
7.0 Referanseliste (APA 7th)	- 38 -
8.0 Vedlegg	- 42 -
Vedlegg 1 – 4AT norsk versjon. Hentet fra Norske legeforening (2015).	- 42 -
Vedlegg 2 – Confusion Assessement Method (CAM)	- 43 -
Vedlegg 3 – PICO	- 44 -
Vedlegg 4 – Søkehistorikk (1, 2, 3)	- 45 -
Vedlegg 5 – Litteraturmattrise fra forskningsresultater	- 47 -

Tabelloversikt

Tabell 1 – Avgrensinger av oppgaven

Tabell 2 – Sentrale begrep i oppgaven

Tabell 3 – Diagnostiske kriterier for delirium (DSM-5)

Tabell 4 – Predisponerende og utløsende faktorer

Tabell 5 - Inklusjon og eksklusjonskriterier

Tabell 6 - Søkord

Tabell 7 – Analysemodell

Tabell 8 – Artikler og tema

1.0 Introduksjon

I dag har omtrent en femtedel av befolkningen etablert hjerte- og karsykdom, eller har høy risiko for å utvikle slik sykdom. En økning i antall mennesker som lever lengere, gir også en samtidig forventet økt prevalens av hjerte-kar sykdom og eldre hjertepasienter (Ariansen et al., 2021). Resultater fra Norske kvalitetsregister for 2021 viser at de fleste som gjennomgikk hjertekirurgi i 2021 var mellom 70-79 år, og gjennomsnittsalderen lå på 65 år (Bjørstad et al., 2021). Eldre pasienter (dvs. 65 år eller eldre) som får kirurgisk behandling, da spesielt etter hjertekirurgi (opp til 55%), er svært utsatt for å utvikle delirium. Delirium er en alvorlig tilstand som assosieres med risiko for å bli oversett og feildiagnostisert, dårligere kontinuitet i behandlingsintervensjonene, lengre sykehusopphold, demensutvikling, reinnleggelser og økte kostnader. Deliriumtilstanden kan i verste fall føre til økt mortalitet. Pasientene sitter også igjen med ubehagelige og skremmende opplevelser (Ranhoff, 2020, s. 561, 464; Stubberud, 2022, s. 492; NICE, 2023, s.5). Manglende identifisering og underdiagnostisering av delirium kan henge sammen med manglende kunnskap hos helsepersonell om selve tilstanden og hvordan den systematisk kan identifiseres. Symptomene på delirium kan også lett tolkes som demens, psykose eller alvorlig depresjon (Stubberud, 2022, s. 491). Sykepleieren har en forebyggende funksjon gjennom å tidlig identifisere tegn på og iverksette tiltak for å forebygge reell eller potensiell helsesvikt, derav konsekvenser av delirium (Nortvedt & Grønseth, 2022, s. 8). Sykepleiere tilbringer mest tid i direkte kontakt med pasientene under sykehusoppholdet og spiller på den måten en sentral rolle i fange opp endringer i pasientens mentale tilstand (Norsk sykepleieforbund, u.å.a).

1.2 Begrunnelse for valg av tema

Bakgrunnen for valg av tema er erfaringer i egen sykehuspraksis på en kirurgisk post for hjerteopererte, samt egne erfaringer som pårørende til en hjertepasient. Gjennom praksis satt jeg ofte fastvakt hos deliriske pasienter. Det var en overraskende stor andel av de innlagte pasientene gjennomgått hjertekirurgi som havnet i en akutt delirisk tilstand. De var rolige og klare på et tidspunkt, og uklar og urolig i det neste. Jeg hørte sjelden om en pasient identifisert for på grunn hypodeliriske adferden. Det var stort fokus på avdelingen i å korriger årsaken når den først ble diagnostisert, men i ettertid har jeg reflektert over hvor lite fokus som ble lagt på selve identifisering av tilstanden, spesielt hvor lite oppmerksomhet som ble viet den hyperdeliriske adferden. Til tider opplevde jeg at både pasientene selv, pårørende og personale var frustrerte over situasjonen og belastningene tilstanden fikk for både pleien og relasjonene. Selv syntes jeg det var vanskelig å både møte pasienter med delirium og gi god pleie som følge av den adferdsproblematikken og de kognitive endringene tilstanden medfører. Jeg erfarte også at pårørende spilte en viktig rolle i både identifisering av delirium da de gjerne kjenner pasienten normale tilstand, «han ligner ikke på seg selv» eller «min far er så stille». På bakgrunn av disse erfaringene ønsker jeg gjennom denne litteraturoppgaven mer innsikt i følgende **problemstilling**:

Hvordan kan sykepleier identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på postoperativ avdeling etter hjerteoperasjon?

1.3 Avgrensning av oppgaven

Tabell 1 viser utvalgte avgrensinger for oppgaven i hensikt å kunne få i dype på det aktuelle temaet.

Tabell 1: Avgrensinger av oppgaven

Avgrensinger av oppgaven	
Identifisering av delirium ÷ Forebygging eller behandling av delirium	<p>Oppgaven kommer i hovedsak til å undersøke hvordan sykepleier kan identifisere delirium på bakgrunn av en systematisk fremgangsmåte, samt hvordan kartleggingsverktøy brukes i den kliniske praksisen.</p> <p>Jeg ønsker også få innsikt i ulike barrierer for identifiseringen av delirium, for forsøke å besvare hvordan en kan møte disse.</p> <p>Oppgaven kommer ikke til å gå inn på pasientrettede omsorgstiltak eller medikamentelle tiltak i forebyggingen eller behandlingen av delirium.</p>
65 ≥ alder Hjerteroperasjon	<p>Alder på pasientgruppen inkludert i oppgaven er begrenset til eldre som er 65 år eller eldre, ettersom risikoen for utvikling av delirium øker med alderen.</p> <p>Oppgaven fokuserer på pasienter som har gjennomgått hjerteroperasjon, grunnet at pasientgruppen er utsatt for å utvikle delirium både grunnet etablert hjerte-karsykdom og selve hjerteroperasjonen.</p>
Insidens delirium ÷ Delirium tremens ÷ Prevalent delirium	<p>Oppgaven omhandler delirium som oppstår mens man er innlagt på sykehus (insidens delirium) ettersom den er mulig å forebygge.</p> <p>Den vil ikke omhandle deliriumtilstander forårsaket av alkoholabstinens ved kornisk alkoholmisbruk (delirium tremens) eller prevalent delirium (delirium tilstede ved innleggelse på sykehus).</p>
÷ Etablert demensdiagnose	<p>Fokuset i identifiseringen kommer ikke til å ligge på pasienter med allerede etablert demensdiagnose før innleggelse.</p>

1.4 Begrepsavklaring

Det er tatt i bruk en tabell (2) for å avklare sentrale begreper i oppgaven.

Tabell 2 – Sentrale begreper i oppgaven

Begrep	Forklaring
Insidens delirium	Insidens delirium er en akutt forvirringstilstand, som oppstår mens man er innlagt på sykehus (Stubberud, 2022, s. 491).
Eldre pasienter	Defineres oftest som personer ≥ 65 år (Legevakthåndboken, u.å)
Hjertekirurgi	«Hjertekirurgi er kirurgi på selve hjertet og de store blodkarene nær hjerte» (Eikeland <i>et al</i> , 2016, s. 262)
Preoperativ og postoperativ fase	Preoperativ fase er tiden fra det er bestemt at man skal opereres og fram til operasjonen, altså tiden før operasjon. Postoperativ fase er tiden etter operasjon. (Berntzen 2022, s. 360)
Kartleggingsverktøy/ vurderingsverktøy for delirium	Vurderingsverktøy, eller kartleggingsverktøy, er standardiserte verktøy eller tester for å samle inn data og vurdere en pasients mentale og kognitive funksjon, derav diagnostisere tilstanden (Stubberud, 2022, s. 497).

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av introduksjon, teori, metode, resultat, diskusjon og konklusjon.

Introduksjonen sier noe om temaets relevans, valgt problemstilling, avgrensing oppgaven og avklaring av begreper. I Kapittel 2 presenteres teori hentet fra pensumlitteratur, offentlige nettsider, retningslinjer og nåværende forskning. Kapittel 3, metode, gir en beskrivelse av hva litteraturstudie er. Kapittelet inkluderer også søkeprosessen, med analyse, kildekritikk og etiske overveielser. I kapittel 4 legges resultater fra de utvalgte forskningsartiklene fram på en sammenfattet måte gjennom ulike tematiske overskrifter, videre i kapittel 5 går man i dybden i et forsøk på å besvare problemstillingen gjennom en samkjøring av teori og forskning. Tilslutt presenteres en oppsummering med implikasjoner for sykepleiepraksis.

2.0 Teoretisk perspektiv

2.1 Delirium

Delirium er en akutt forvirringstilstand (timer eller dager) som kan oppstå på grunn av de fysiske og psykiske belastningene en pasient opplever i møte med akutt og/eller kritisk sykdom. Tilstanden har gjerne en akutt debut og utvikler seg som regel raskt, fra timer eller dager. Den er som regel kortvarig, men tilbakefall kan inntreffe (Stubberud, 2022, s. 492; Ranhoff, 2020, s. 458-461).

2.2.1 Diagnostiske kriterier for delirium

Delirium diagnoses kan stilles på bakgrunn av sykehistorie, klinisk observasjon og klinisk undersøkelse, og diagnostiske kriterier er nødvendig å bruke (Ranhoff, 2020, s. 462).

American Psychiatric Association trekker gjennom "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition (DSM-5)" frem 5 kriterier som må oppfylles for å diagnostisere pasienten med delirium (tabell 3) (Ranhoff, 2020, s. 460).

Tabell 3: DSM-5-Diagnostiske kriterier for delirium

Diagnostiske kriterier for delirium etter DSM-5.	
A	Forstyrrelse i oppmerksomhet (reduert evne til å rette, fokusere, opprettholde og flytte oppmerksomhet) og bevissthet (reduert orientering om miljøet omkring).
B	Forstyrrelsen utvikles i løpet av kort tid (vanligvis timer til noen få dager), er en endring fra personens vanlige oppmerksomhet og bevissthet, og har en tendens til å fluktuere i alvorlighetsgrad gjennom døgnet.
C	I tillegg ses en forstyrrelse i kognisjon (f. eks forstyrret hukommelse, orientering, språk, visuospatial evne eller persepsjon)
D	Forstyrrelsene i kriteriene A og B blir ikke bedre forklart av en annen nevrokognitiv lidelse som allerede er etablert, eller som er under utvikling, og de forekommer ikke i sammenheng med en alvorlig bevissthetsnedsettelse som f. eks koma.
E	Det er holdepunkter fra sykehistorie, klinisk undersøkelse eller laboratorieundersøkelser for at forstyrrelsen er en direkte fysiologisk konsekvens av en annen medisinsk tilstand, forgiftning eller abstinens (f. eks av rusmidler eller legemidler), annen toksisk påvirkning eller har flere slike årsaker.
Kilde: Hentet direkte fra «Geriatrisk sykepleie: Delirium (akutt forvirring)» av Ranhoff, 2020, s. 460. Copyright 2013 ved the American Psychological Association	

2.2.1 Årsaksfaktorer

Årsakene til utviklingen av delirium er komplekse og for det meste ukjente, og det kan være vanskelig å finne en klar årsak, men man deler gjerne årsaksfaktorene inn i predisponerende (risikofaktorer) og utløsende faktorer (Stubberud, 2022, s. 492). I de fleste tilfeller omhandler dette et sett av predisponerende faktorer og minst en utløsende årsak (Ranhoff, 2020, s. 465). Predisponerende faktorer er sårbarheter tilstede hos pasienten før innleggelse i sykehus, som gjør at pasienten er i risiko for å utvikle delirium. Herunder økende alder, eksisterende kognitiv svikt, demens, sansesvikt, alvorlig kronisk sykdom. Utløsende faktorer er psykologiske, fysiske og miljømessige forhold eller hendelser i løpet av pasientens behandling som forårsaker delirium. Årsaker kan være akutt skade eller sykdom, kirurgiske inngrep, hoftebrudd, smerter, søvnmangel, legemidler (Ranhoff, 2020, s. 464; Stubberud, 2022, s. 493). Viktige predisponerende og utløsende faktorer nevnt i litteraturen vises i tabellen 3.

Tabell 4 - Predisponerende og utløsende faktorer (Francis & Young, 2022; NICE, 2023; Ranhoff, 2020, s. 464-465; Stubberud, 2022, s. 492-493)

Predisponerende faktorer	Utløsende faktorer
Alder (65 år og over)	Akutt skade eller sykdom
Kognitiv svikt (eksisterende)	Forverring av kronisk sykdom
Demens	Systemisk organsvikt (hjerne-lunge, lever, nyre)
Sansesvikt (nedsatt syn og hørsel)	Hoftebrudd
Alvorlig kronisk sykdom (hjerne- og lungesykdom, nyresykdom)	Medisinsk behandling
Underernæring	Legemidler
Mannlige kjønn	Infeksjoner
Tidligere hjerneskade (bla hjerneslag) eller delirium	Kirurgisk traumerespons
Nåværende hoftebrudd	Generell anestesi
	Sykehusinnleggelse
	Stress og ubehag
	Smerter
	Søvnmangel som gir sanseforstyrrelser
	Urinretensjon
	Bruk av blærekateter
	Dehydrering
	Metabolske forstyrrelser

2.2.2 Symptomer

Delirium er ikke en enkeltsykdom i seg selv, men skyldes alltid en underliggende årsaks som viser seg i form av et komplekst symptom-bilde. Symptomene kan komme brått og svinge gjennom døgnet, slik at pasienten kan virke adekvat på et tidspunkt, men så fremvise klare symptomer (Ranhoff, 2020, s. 462). Symptomene kan også ligne på andre tilstander som demens, psykose eller alvorlig depresjon. Symptomer som indikerer for utvikling av delirium deles inn i endringer som påvirker kognitiv funksjon (nedsatt konsentrasjon, tregere respons og forvirring), persepsjon (hørsel- og syns-hallusinasjoner), fysisk funksjon (rastløshet, redusert mobilitet, agitasjon, appetittendringer og forstyrret søvn) og sosial adferd (vansker med å følge beskjeder, endringer i kommunikasjon, holdning eller stemningsleie) (Bergland et al., 2023; Ranhoff, 2020, s. 458-460).

2.2.3 Hypoaktivt- og hyperaktiv delirium

Selve adferden til en pasient med delirium klassifiseres som hyperaktiv, hypoaktiv eller en kombinasjon av disse to (blandingsdelirium), etter pasientens endringer i psykomotoriske tempo. Den hyperaktive adferden kjennetegnes ved at pasienten er urolig, rastløs, aggressiv, utagerende og manglende samarbeidsevne. Ved den hypoaktive tilstanden er pasientens atferd karakteriseres som tilbaketrukket, stille, døsig, initiativløs og likegyldig. En pasient kan også fluktuere mellom hyperaktiv og hypoaktiv adferd i løpet av deliriumstilstanden og derfor ha et vekslende adferdsmønster. Adferden vil avvike fra pasientens normale oppførsel (Amofah et al., 2017; National institute for Health and Care Excellence [NICE], 2023, s. 13; Stubberud, 2022, s. 492;). Den hypoaktive tilstanden kan lettere bli oversett og mistolkes som noe annet enn delirium som depresjon, da pasienten oppleves som apatisk og tiltrekker seg lite oppmerksomhet (Stubberud, 2022, s. 491).

2.2.4 Den eldre hjertepasienten

I hovedsak kan alle mennesker rammes av delirium, så lenge årsaksfaktoren er belastende nok, men syke eldre er ekstra utsatt for delirium. Delirium er assosiert med økt forekomst på kirurgiske avdelinger, i tillegg til at forekomsten med alder og skrøpelighet. Dette skyldes redusert reservekapasitet i møte med økt kroppslig belastning som ved kirurgi og anestesi, samt reduserte kompensasjonsmekanismer og evne til å opprettholde homeostase. Eldre pasienter som gjennomgår hjertekirurgi (opp til 55%) og kateterbasert hjerteintervensjon er vist å være særlig utsatt for utvikling av delirium, spesielt i den postoperative fasen (Berntzen et al., 2022, s. 362; Ranhoff, 2020, s. 463; Stubberud, 2022, s. 495).

Delirium etter hjerteoperasjon kan utløses av de fysiologiske og miljømessige forandringer hjerteopererte går gjennom i forbindelse med selve operasjonen og/eller tiltak i det postoperative forløpet. Dette kan være bruk av overvåkningsutstyr, pacemaker boks og tilhørende ledninger, urinkateter, venefloner, immobilisering, smerter, dehydrering, redusert søvnkvalitet og bruk av beroligende medikamenter (Amofah et al., 2017; Berntzen et al, 2022, s. 401).

2.3 Kartlegging av delirium

2.3.1 Risikovurdering

Ofte diagnostiseres delirium gjennom observasjon av raskt oppståtte symptomer på delirium hos pasienten, men ettersom delirium ofte blir underdiagnostisert, anbefales en mer systematisk fremgangsmåte. En grundig gjennomgang av pasientens sykehistorie (anamnese) og fysiologiske status er nødvendig for å kartlegge risikofaktorer, samt vurdere pasientens preoperative mentale og fysiologiske funksjon (Stubberud, 2022, s. 495). For å fastslå at endringer i pasientenes kognitive funksjon eller perseptuelle problemer postoperativt ikke skyldes andre årsaker som allerede eksisterende demens eller prorogerende demens, er sykehistorie og kunnskap om pasientens preoperative funksjonsnivå nyttig (Francis & Young, 2020).

National Institute for Health and Care Excellence (2023) har utarbeidet den kliniske retningslinjen *Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care*. Det kommer fram en anbefaling om å allerede ved innleggelse vurdere om pasientene er i utsatt for å utvikle delirium gjennom kartlegging av risikofaktorene: 65 år eller eldre, etablert kognitiv svikt og/eller demens, hoftebrudd eller alvorlig sykdom som innleggelsesårsak. Utsatte pasienter (en eller flere risikofaktorer) og pasienter som viser tegn på delirium, eks. endringer eller svingninger i kognitiv funksjon, persepsjon, fysisk funksjon og sosial adferd, anbefales regelmessig screening for delirium med kartleggingsverktøy. Ved positiv screening burde det gjennomføres en strukturert kartlegging for å bekrefte tilstanden (2023, s. 5-6).

2.3.2 Systematisk observasjon og bruken av kartleggingsverktøy

Både NICE (2023, s.6) sine retningslinjer og Ranhoff (2020, s. 462) viser til at klinisk observasjon av pasienter gjennom døgnet er viktig for å kunne fange opp nylige (timer/dager) endringer og svingninger i pasientens mentale fungering som kan indikere for delirium. På sykehus vil sykepleiere stå til ansvar for å klinisk observere og dokumentere data, samt analysere observasjoner gjort av pårørende, og videre rapportere dette til legen slik at delirium kan diagnostiseres og underliggende årsaker kartlegges.

En eldre pasient på vei inn eller i en deliriumtilstand med mental svikt klarer ikke nødvendigvis å formidle dette selv. Det er derfor viktig å kunne innhente informasjon om endringer i pasientens mentale funksjon gjennom komparentopplysninger. Best informasjon innhentes fra de som har tilbragt mest tid sammen med pasienten, spesielt de som har observert svingninger i mentale funksjoner (NICE, 2023, s. 6; Ranhoff, 2020, s. 462). Det anbefales derfor at både sykepleiere, pårørende og annet helsepersonell involveres i identifiseringen delirium (NICE, 2023, s. 3). Pasienter og pårørende i risiko for å utvikle delirium, må få informasjon om dette og oppfordres til å rapportere akutte endringer eller fluktuasjoner i pasientens adferd til helsepersonell (NICE, 2023, s.12).

Det er utviklet en rekke kartleggingsverktøy som kan tas i bruk som vurderingsverktøy for screening og påvisning av delirium(Stubberud, 2022, s. 495; Ranhoff, 2020, s. 462).

4A-testen eller Rapid assesement test for Delirium (4AT) (vedlegg 1) er et relativt nytt

screeningsverktøy som ofte brukes for å påvise akutt forvirring (delirium) hos innlagte pasienter (Kirkevold & Jeppesøl, 2020, s. 122; Ranhoff, 2020, s. 462). Kartleggingsverktøyet består av kun 4 punkter; årvåkenhet (forholder seg normal til omgivelsene), AMT4 (forkortet mental vurdering), oppmerksomhet og akutt endring eller fluktuasjon i mental tilstand. Punkt 1-3 krever kun observasjon av pasienten, mens punkt 4 krever mer informasjon over tid. Verktøyet er utviklet slik at helsepersonell med en enkel opplæring lett skal kunne gjøre en vurdering for om pasienten kan ha delirium, og er utformet slik at den kan gjennomføres under daglige rutiner som stell eller i samtale med pasient. Det er også validert og oversatt til norsk. I avdelinger der pasientene er i høy risiko for å utvikle delirium burde 4AT tas i bruk hver vakt. Dersom det implementeres som en rutine vil personalet hele tiden 4AT i bakhodet og derav automatiske gjøre observasjoner. Videre er det viktig at resultatet rapporteres videre mellom vaktskifte og videreformidles til legen (Ranhoff, 2020, s. 462, 464; Stubberud, 2022, s. 496).

Et annet vanlig og anbefalt verktøy til bruk for å kartlegge for delirium i sykehus er Confusion assessment method (CAM) (Stubberud, 2022, s. 496) (vedlegg 2). Pasienten blir vurdert ut i fra 4 kjennetegn Dersom pasienten oppfyller både kjennetegn 1 (akutt debut og fluktuerende forløp) og 2 (uoppmerksomhet), samt at enten 3 (desorganisert tankegang) eller 4 (endret bevissthetsnivå) er til stede, gir det grunnlag for å bekrefte tilstedeværelse av delirium (Stubberud, 2022, s. 496).

Bruken av vurderingsverktøyene vil være med på å styrke sykepleierens observasjon og samtale med pasienten og dens pårørende. Det vil også muliggjøre for mer presis dokumentasjon og kommunikasjonen med andre helsepersonell i det tverrfaglige teamet, og derav være gunstig for å sikre kontinuitet og kvalitet i omsorgen (Kirkevold & Jeppesøl, 2020, s. 118).

2.4 Sykepleierens funksjons- ansvarsområde og kunnskapsgrunnlag

Sykepleierens evne til å identifisere delirium og iverksette effektive tiltak for å forebygge og behandle tilstanden, bygges på sykepleieres kunnskapsgrunnlag om delirium. For å kunne kjenne igjen tilstanden og raskt identifisere den, må sykepleieren ha tilstrekkelig kunnskap om delirium og symptomer som kan oppstå (Stubberud, 2022, s. 495). Sykepleierens kunnskapsgrunnlag for kliniske vurderingen og beslutninger bygger på faglig (teori og forskning) og personlig kunnskap (erfaringsbasert). God observasjonskompetanse krever gjerne av at sykepleieren kjenner til hvilke kliniske tegn man burde se etter i gitte situasjoner før man går inn til pasienten. Kunnskapsgrunnlaget må stadig fornyes og oppdateres (Nortvedt & Grønseth, 2022, s. 10-11).

2.4.1 Sykepleieteori

Florence Nightingale (1999) prøver med sine *Notater om sykepleie* å beskrive sykepleierens kunnskapsgrunnlag, ansvarsområde og hvordan de skal observere pasienten de har ansvar for. Hun påpeker med det at observasjon er en av de viktigste kunnskapene man kan gi til sykepleiere, og desto viktigere hva som skal observeres og hvordan man observerer (s. 149). Hun understreker viktigheten god systematisk observasjon betyr for pasienten. Sykepleieren skal på bakgrunn av sin observasjon og kunnskap gi god sykepleie, eller videreformidle viktig informasjon til legen. Nightingale skriver det er vesentlig at sykepleieren selv observerer fakta på en nøyaktig måte, og rapporterer dette videre på en nøyaktig måte. Ved sykdommer som ikke har noe fastlagt og tydelig forløp slik som delirium, vil det gi mer korrekte konklusjoner (Nightingale, s. 163-164). Sykepleieren har også en sentral rolle å observere når pasienten blir svakere, da pasienten ikke alltid rapporterer dette selv (Nightingale, s. 160).

2.5 Etikk og lovverk

Gjennom helsepersonelloven (1999) knyttes forsvarlighet til sykepleieutøvelsen, ved at man pliktes til å «utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig» (Helsepersonelloven, §4).

I henhold til yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Norsk sykepleierforbund, u.å.b) skal sykepleie bygge på forskning, brukerkunnskap og erfaringsbasert kompetanse (§1.1), samt at sykepleieren påtar et ansvar i å føre en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom (§2.1).

En sentral del av sykepleien er også og dokumentere data man har samlet inn, observasjonene som blir gjort, og tiltakene som har blitt satt i gang. Sykepleiere har ifølge helsepersonelloven (1991, §39-40) plikt til å nedtegne eller registrere opplysninger i pasientens journal. Journalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og sykepleien som gis, samt at innholdet skal være enkelt for annet kvalifisert helsepersonell å forstå.

3.0 Metode

Thidemann definerer i sin bok metode som «den systematiske fremgangsmåten du benytter for å samle inn informasjon og kunnskap for å belyse en problemstilling» (2020, s. 74). Det er en beskrivelse av hvordan man har kommet fram til den kunnskapen man har kommet fram til, altså hva man har gjort for å finne svar på problemstillingen sin. Denne litteraturstudien er basert på forskningslitteratur, pensumlitteratur, offentlige retningslinjer og selvvalgt faglitteratur.

3.1 Litteraturstudie som metode

Denne bacheloroppgaven er en litteraturstudie. Litteraturstudie som metode vil si at man henter inn data samlet inn av andre, forså å kritisk gå igjennom disse og laget en sammenfatning av funnene (Thidemann, 2020, s. 75; Dalland, 2020, s. 54). Metoden er valgt med hensikt å forsøke å gi leseren oppdatert og god forståelse av litteraturen og forskning innenfor valgt problemstilling og beskrive hvordan man har funnet ut av denne kunnskapen (Thidemann, 2020, s. 77-78).

3.2 Søkeprosess

3.2.1 PICO

«PICO [er et verktøy som] klargjør hvem/hva problemstillingen din handler om, hvilke tiltak som skal undersøkes og hvilke utfall du er interessert i» (SøkogSkriv, 2023, avsn. 2). PICO ble tatt i bruk for å formulere og tydeliggjøre et effektspørsmål, og bestemme aktuelle søkeord til å strukturere arbeidet med litteratursøket (lage en søkestrategi). Søkeordene i PICO-skjemaet ble altså valgt ut i hensikt med å finne aktuell litteratur som kunne gi svar på oppgavens problemstilling. Utfylt PICO-skjema med synonymer til søketermene og engelske fagtermer vises i vedlegg 3.

3.2.2 Inklusjon og eksklusjonskriterier

Inklusjon- og eksklusjonskriterier (tabell 5) ble tatt i bruk for å tydeliggjøre og avgrense mengden litteratur i søk etter forskning som svarer på akkurat min problemstilling (Thidemann, 2019, s. 83).

Tabell 5: Inklusjon- og eksklusjonskriterier i litteratursøket

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Pasienter innlagt i sykehus	Helsetjenester utenfor sykehus
Publiseringstidspunkt fra og med 2012	Publikasjoner eldre enn 10 år (fra søkeprosessen startet)
Pasienter \geq 65 år	Artikler som omhandler barn og unge
Begge kjønn	Fokus kun på forebygging eller behandling av delirium
Delirium	Delirium tremens
Studier med nordisk eller engelsk språk	Ikke overførbare til norske forhold
Fagfellevurdert artikler	Ikke fagfellevurderte artikler
<u>IMRaD-struktur</u> (Introduction, Method, Result and Discussion)	<u>Ikke IMRaD-struktur</u> (Introduction, Method, Result and Discussion)
Sykepleiefaglig relevans	

3.2.3 Litteratursøk

Litteratursøket går ut på å finne fram til den best tilgjengelige kunnskapen som besvarer mitt forskningsspørsmål (Helsebibloteket, 2017).

Valg av databaser:

Det ble tidlig i oppstartsperioden gjort et innledende usystematisk søk i «Pubmed» og «Google Scholar» for å bekrefte at det fantes forskning på området. Søkeprosessen tok utgangspunkt i databaser som er anbefalt og tilgjengelig gjennom min utdanningsinstitusjon Høgskolen på Vestlandet; fagbiblioteket (Oria.hvl.no) og det nasjonale elektroniske biblioteket (Helsebibloteket.no). En viktig del av kunnskapsbasert praksis handler om å søke etter oppsummert forskning som kvalitetsvurderte studier, systematiske oversikter eller gode faglige retningslinjer før man søker etter enkeltstudier, søket ble derfor strukturert

etter kunnskapspyramiden, hvor graden av oppsummering og kvalitetsvurdering øker mot toppen (Helsebibloteket, 2017). Databasene anvendt i det systematiske søket var «Chocrane Library», «Medline (Ovid)» og «Cinahl» (EBSCO) og «Pubmed».

Valg av søkeord:

For å identifisere relevante norske og engelske medisinske fagtermer, og legge til rette for et mer presist søk i internasjonale databaser, ble verktøyet MeSH (Medical Subject Headings) og Svemed+ tatt brukt (Norske MeSH, 2020; Karolinska institutet (u.å.); Helsebibloteket, 2020b). I tillegg har enkelte av de ulike databasene egne MeSH-termer som ble anvendt.

Søkeord som ble brukt i strukturerte søk vises i tabell 6:

Tabell 6 - Søkeord

«Delirium», «Aged», «Older», «Elderly», «Older adults», «Inpatients», «Hospitalized», «Cardiac», «Cardiac surgery», «Thoracic surgery», «Nurs*», «Nurse», «Nursing», «Family caregiver», «Assessment», «Nursing assessment», «Detect*», «Diagnos*», «Identification», «Identify», «Recogni*», «Recognition», «Recognize», «Screen*», «Screening tool», «4AT», «CAM», «Education», «Educat*», «Reduc*», «Effect*», «Accurancy» og «Perception».

Boolske operatører ble brukt for å avgrense og/eller utvide søket slik at søkeresultatene var relevant for min problemstilling. I selve søkene ble søkeordene kombinert med boolske operatører som «AND» for å avgrense søket, og «OR», for å utvide søket. Det ble brukt trunkering (*) for å søke på avkortede ord (ordstamme). Samt at det både ble søkt på emneord og på tekstord i databasene (Thidemann, 2019, s. 87-88). Søkefilter ble også anvendt til å begrense søket ut i fra oppgavens inklusjons- og eksklusjonskriterier (se tabell 2).

Utfylt PICO-skjema med synonymer til søketermene og engelske fagtermer vises i vedlegg 3, og dokumentasjon av søkestrategi og søkehistorikk i vedlegg 4.

3.3 Kritisk vurdering - kilder og kildekritikk

I dette delkapittelet skal jeg forklare hvordan utvalgt litteratur og kilder er vurdert og de ulike kriteriene jeg har brukt under utvelgelsen, samt karakterisere den litteraturen jeg har funnet. Redegjørelsen av resultatet i forskningsartiklene kommer i kapittel 4 og litteraturmattrise som vedlegg (5).

Som profesjonelle sykepleiere er vi pliktet til å holde oss oppdatert på ny kunnskap og kritisk vurdere denne. Det er viktig at ny kunnskap som vi bruker og baserer vår sykepleiepraksis på er gyldig, av god kvalitet og kan etterleves, før man eventuelt anvender det i sin sykepleiepraksis (Helsebibloteket, 2018; Norsk sykepleierforbund, u.å.b, § 1.4).

Inklusjon- og eksklusjonskriterier (tabell 5) ble brukt i utvelging av artikkel som kan gi innsikt i min problemstilling. Artikler som ikke stod innenfor disse ble automatisk ekskludert.

Alle inkluderte artikler skal være fagfellevurderte (Peer review), noe som vil si at alle valgte artikler har blitt vurdert godkjent som fagfellevurdert basert på en gjennomgang fra eksperter på området, noe som er sikret gjennom bruk av søkefilter i søket (EBSCO, 2018).

Det er både inkludert forskningsartikler med kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ data gir mulighet for å innhente målbar data og kvalitativ fanger opp ikke målbare meninger og opplevelser på teamet. Slik kan man både å en bredde- og dybdeforståelse på temaet (Dalland, 2020, s. 54-55).

Etter anbefaling fra Helsebiblotekets sider om kunnskapsbasert praksis ble studier uansett forskningsmetode ekskludert på bakgrunn av om de besvarte «Nei» på disse to spørsmålene:

«Har artikkelen en klart formulert problemstilling?»

«Er designet velegnet for å svare på problemstillingen?»

(Helsebibloteket, 2021, 4.1 Sjekklistene).

Som hjelpemiddel for å kritisk vurdere den metodiske kvaliteten og forsikre at litteraturen i utvalgt litteratur var etterprøvable og gyldig, ble sjekklistene via Helsebibloteket (2022, 2021, 2020a) anvendt i kritiske evalueringen ut i fra artiklenes studiedesign.

3.4 Analyse og syntese av resultater

I vurderingen av forskningsartikler vil jeg i oppgaven ha en systematisk vurdering av type kilde/metode, dens bidrag og funn, og hvorfor den er relevant for min oppgave, noe som er hensiktsmessig slik at de kan sammenlignes med hverandre (Dalland, 2019, s. 204). Jeg har i oppgaven valgt å basere analysearbeidet (tabell 7) på modellen utviklet av Evans (2002):

Tabell 7 - Analysemodell

Trinn 1: Innsamling av artikler	Fem relevante artikler ble samlet inn gjennom en systematisk søkeprosess i ulike databaser (se vedlegg 4 for søkehistorikk) Artikler ble automatisk ekskludert både gjennom avgrensinger i søket og etter rask gjennomgang på bakgrunn av ekskluderingskriteriene i tabell 5.
Trinn 2: Identifisere hovedfunnene fra hver artikkel	Alle artiklene er valgt ut etter en grundig gjennomgang av deres innhold og vurdering av relevant informasjon som kan gi ny innsikt i min problemstilling. Hovedfunn ble identifisert fra alle artiklene. I litteratormatrisen ligger oppsummert informasjon om de utvalgte artiklenes hensikt, metode, resultat og relevans (vedlegg 5).
Trinn 3: Identifisere temaer på tvers av studier	Relevant informasjon fra de utvalgte tekstene er systematisk delt inn i sentrale temaer ut i fra forskjeller og likheter, dette brukes som grunnlag i resultatdelen.
Trinn 4: Beskrivelse av fenomene	I tabellen nedenfor (tabell 8) ser du inndelingen av sentrale temaer som senere vil bli lagt fram i resultatdelen.

Tabell 8 - Artikler og tema

Artikler etter nummer (vannrett)	Artikkel 1	Artikkel 2	Artikkel 3	Artikkel 4	Artikkel 5
Tema (loddrett)					
Bruken og validering av screeningverktøy		X	X	X	
Sykepleiers rolle og ansvar		X	X		X
Utfordringer og barrierer i dagens praksis		X	X		
Pårørende som ressurs	X		X		
Artikkel 1: Bull, M. J., Boaz, L., Jerme, M. (2016). Educating family caregivers for older adults about delirium: a systematic review. Artikkel 2: Chang, Y., Bagheb, S. M., Oravec, N., Kent, D., Nugent, K., Cornick, A., Hiebert, B., Rudolph, J. L., MacLulich, A. M. J., Arora, R. C. (2021). Diagnostic accuracy of the "4 a's test" delirium screening tool for the postoperative cardiac surgery ward. Artikkel 3: 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. Artikkel 4: Jayita De, & Wand, A. R. F. (2015). Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. Artikkel 5: Solà, M. E., López, C., Martínez, S. E., Adell, L. M., Juvé, U. M. E., & Ueixa, F. M. (2018). Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: A case-control study.					

3.5 Etske overveielser

Jeg har gjennom mine praksisperioder tilegnet meg kliniske erfaring om delirium som jeg ønsker å trekke inn i diskusjonsdelen. I oppgaven har jeg ivaretatt taushetsplikten og anonymiteten til pasientene i tråd med lovverk. Ifølge lovverket skal helsepersonell «skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell» (Helsepersonelloven, 1999, § 21). I oppgaven er mine refleksjoner rundt egne praksiserfaringer anonymisert, slik praksissted, pasienter eller helsepersonell ikke er mulig å gjenkjenne.

4.0 Resultat

4.1 Bruken og validering av screeningverktøy i praksis

I studien til Chang et al. (2021) opplevde totalt 24,5% av de inkluderte pasientene delirium på postoperativt hjerteavdeling. Chang et al. (2021) påpekte i sin valideringsstudie at screeningsverktøyet 4 A's Test (4AT) hadde en sensitivitet (evne til å oppdage delirium) på 85% og en spesifisert (evne til å oppdage fravær av delirium) på 90% sammenlignet med referansestandard (basert på kriteriene i DSM-5) når screeningen var utført av forskningsassistenter uten særlig opplæring. Confusion assessment method (CAM) hadde en sensitivitet på 23% og spesifisitet på 100% i fase 1 (gjennomført alene), og en sensitivitet på 42% og spesifisitet på 99% i fase 2 (samtidig som 4AT). I fase 2 hvor 4AT ble implementert av sykepleiere på post viste 4AT en sensitivitet på 58% og en spesifisitet på 94%.

Screeningsverktøyet demonstrerte med dette en moderat diagnostisk nøyaktighet til å identifisere pasienter med delirium, og en spesielt god evne til å utelukke delirium hos pasienter i postoperative avdelinger. Sykepleiere rapporterte økt engasjement rundt bruk av screeningsverktøy og økt selvsikkerhet i vurderingen av delirium ved bruk av 4AT (64%) sammenlignet med det implementerte screeningsverktøyet CAM.

De og Wand (2015) har i en systematisk oversikt identifisert og evaluert 21 screeningsverktøy for delirium. Forfatterne forteller at det foreligger mange verktøy slik at det kan være vanskelig å vite hvilket man skal ta i bruk i praksis. Faktorer som nødvendig opplæring, nødvendig kunnskapsnivå, tidsbruk, elementer i vurderingen og setting/bruksområde er viktig i vurderingen. I oversikten blir CAM anerkjent som det mest anvendte screeningsverktøyet internasjonalt. Det blir validert som et verktøy som kan brukes til å screene for delirium blant pasienter på sykehus, spesielt på postoperativ avdeling og akuttmottak. CAM valideres gjennom 13 studier, og viser en sensitivitet mellom 46-100% og en spesifisitet på 63-100% utført av trente klinikere. Det påpekes midlertidig at det finnes utfordringer med å implementere CAM i klinisk praksis på en effektiv måte, både ved at det fungerer best når det blir brukt av erfarne klinikere, og at verktøyet krever spesifikk opplæring og er vanskelig å anvende i møte med pasienter med redusert bevissthet. En inkludert studie i artikkelen til De og Wand (2015) hvor forskerne fikk en 5 dagers opptrening på verktøyet, rapporterte at CAM har en høy sensitivitet på 86% og spesifisitet på 100% .

En singel studie inkludert i De og Wand (2015, s. 6) rapporterte at screeningsverktøyet 4 A's Test (4AT) hadde en god sensitivitet på 90 % og spesifisitet på 84 % ved screening for delirium hos eldre sykehuspasienter. Verktøyet kan anvendes av alle, og beskrives som rask å gjennomføre (ca 2-3 min), lett i bruk og det krever ingen spesiell opplæring. I tillegg blir verktøyet sett på som pålitelig/nyttig til bruk i ulike kliniske settinger, og en evne til å vurdere delirium hos pasienter med et vekslende bevissthetsnivå og hypoaktivt delirium. Verktøyet beskrives også som godt ift. å identifisere delirium hos geriatrike pasienter og pasienter med etablert demens.

4.2 Sykepleiers rolle i identifiseringen av delirium

Studien til Solà et al. (2018) fant gjennom en kaskontrollstudie ut at en grundig sykepleievurdering bygget på Virginia Hendersons 14 grunnleggende behov var en effektiv metode å kartlegge pasienter med økt risiko for å utvikle delirium. Pasienter som utviklet delirium under sykehusoppholdet hadde langt flere utslag på flere av variablene i sykepleievurderingen. Flere enkelt variabler ble derfor assosiert med økt risiko for utvikling av delirium. 8 enkelt variabler ble assosiert med signifikant risiko for utvikling av delirium under sykehusoppholdet, og kan være med på å identifisere mer enn 90% av sykehuspasienter som kan være i risiko for utvikling av delirium. Disse 8 var; høy alder (15% økt risiko for delirium per ekstra år), urininkontinens, urinkateter, immobilisering, søvnproblemer, demens/kognitiv svikt, alkoholmisbruk, mangel på relasjoner/støttesystem.

Alle sykepleierne i studien til Chang et al. (2021) rapporterte i en undersøkelsen på forhånd av implementeringen av 4AT at de hadde mottatt en form for undervisning om evaluering av delirium, og 80% av dem rapporterte en forekomst av delirium på avdeling fra 10-40%. Både før (47%) og etter (60%) var det en moderat enighet blant sykepleierne om at delirium var underdiagnostisert, spesielt den hypoaktive varianten.

En av funnene gjennom tematiske analysen til Coyle et al. (2017, s. 32) er at det er en viss usikkerhet og forvirring innad blant sykepleiere rundt hvem som egentlig er ansvarlig for å gjenkjenne og identifisere delirium. Enkelte sykepleiere så ikke på som sin rolle, noe som skyldtes manglende forventningsavklaring, manglende organisert opplæring, og et inntrykk

av at ansvaret ligger på andre helsepersonell (eks. spesialister). Sykepleiere oppfattet at deres rolle i vurderingen og identifiseringen av delirium omfattet å overvåke pasientens vitale tegn og observere for fysiologiske og atferdsmessige endringer, med lite fokus på endringer i kognitiv funksjon. Det kom også frem at de hadde lite kunnskap om hypoaktivt delirium slik at lite oppmerksomhet ble viet hit.

4.3 Barrierer for identifisering av delirium

En kvalitativ studie av Coyle et al. (2017) samlet inn data om sykepleierens kunnskap og praksis i gjenkjenning, vurdering og identifisering av delirium hos eldre på sykehus, gjennom semistrukturerte gruppeintervjuer med registrerte sykepleiere. I studien til Coyle et al. (2017) kommer det fram at vurderingsverktøy som CAM ble sett på som nyttig for å validere bekymringer om en mulig deliriumtilstand, men at deltakerne, med unntak av spesialsykepleiere innen geriatri, hadde lite kunnskap om og erfaring med anvende evidensbaserte kartleggingsverktøy. Sykepleierne ble ansatt som en viktig rolle i identifiseringen av delirium, men at det fantes barrierer knyttet til dette i praksis. Manglende støtte og opplæring fra arbeidsgiver/organisasjon, mangel på tid og ressurser, samt lite kunnskap om delirium og evidensbaserte kartleggingsverktøy, fremmet synet på at det ikke var deres rolle, og gjorde at verktøyene ikke ble etterlevet. I tillegg ble det påpekt at sykepleierne dokumenterte det de så, altså en forvirret pasient, framfor å erkjenne tilstedeværelsen av delirium og merke de presenterende symptomene som delirium. Årsaker til dette var både synet på en delirium som stigmatisering, ikke ansett som sitt ansvarsområdet og at kartleggingsverktøy ikke tas i bruk for å bekrefte tilstanden.

I studien til Chang et al. (2021) rapporterte sykepleierne ulike barrierer som hindret delirium vurderingen. 57% henviste til manglende evne til fullføre vurdering av sederte pasienter, 35% til mangel på tilstrekkelig tid, og 29% manglende selvsikkerhet i deres evne til å korrekt identifisere tilstanden.

4.4 Pårørende som ressurs

Bull et al. (2016) konkluderer med at opplæring, i form av å gi pårørende informasjon om delirium, kan få positiv effekt både for den eldre pasienten og pårørende. Studiene undersøkte ulike utfall i form av økt kunnskapsnivå, mindre belastning eller redusert forekomst av delirium. 4 studier rapporterte et økt kunnskapsnivå hos pårørende om delirium og symptomer på tilstanden, 2 studier viste nedgang i forekomsten av delirium, og 1 studie rapporterte mindre psykisk belastning på pårørende i form av engstelse etter mottatt undervisning. Det var en konsistent rapportering av økt kunnskap etter mottak av utdanning på tvers av alle studiene.

Studien til Coyle et al. (2017) påpeker at det å inneha forkunnskaper om pasienten gjør det mulig å se endringer og derfor gjenkjenne delirium. Sykepleierne fremhever nødvendigheten av et samarbeid med pårørende for å få et fullstendig klinisk bilde av og for å identifisere akutte adferdsendringer hos pasienten. Informasjon fra tidligere innleggelse og vaktrapporter ble også verdsatt.

5.0 Diskusjon

I diskusjonskapittelet kapittelet besvares problemstillingen i lys av presentert teori og resultater fra forskningsartiklene og egne erfaringer: «Hvordan kan sykepleier tidlig identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på postoperativ avdeling etter hjerteoperasjon?». Samt at jeg diskuterer min egen metodiske fremgangsmåte i bacheloren.

5.1 Resultatdiskusjon

5.1.1 Sykepleierens kunnskapsgrunnlag

Eldre hjertepasienter, og spesielt pasienter som har gjennomgått hjertekirurgi har vist seg å være særlig risiko for utvikling av delirium, med en forekomst opp mot 55% (Ranhoff, 2020, s. 463). På samme måte viste studien til Chang et al. (2021) en forekomst på 24% hos de inkluderte hjerteopererte pasienter, samt at 80% av sykepleierne på forhånd rapporterte en forekomst av delirium på hjerteavdelingen på 10-40%. Likevel er det mye som tyder på at tilstanden er underdiagnostisert, spesielt den hypoaktive varianten (Stubberud, 2022, s. 491). Funn fra Coyle et al. (2021) viser at dette kan ha sammenheng med sykepleiers manglende kunnskaper om delirium og dens symptomer. Høy alder og alvorlig sykdom, som da f. eks hjertesvikt, er predisponerende faktor som gjør at er mer utsatt for å utvikle delirium (Ranhoff, 2020, s. 464; Stubberud, 2022, s. 493). Det kirurgiske inngrepet og/eller faktorer i postoperative forløpet som nødvendig medisinsk behandling, immobilisering, bruk av overvåkingsutstyr, intravenøse tilganger, smerter, dehydrering redusert søvnkvalitet, og bruk av urinkateter, er faktorer som kan utløse en deliriumtilstand i forbindelse med hjertekirurgi (Berntzen et al, 2022, s. 401; Amofah et al., 2017; Stubberud, 2022, s. 492). Studien til Solá et al. (2018) identifiserte 8 faktorer som ga signifikant økt risiko for utvikling av delirium under sykehusoppholdet, derav høy alder, urininkontinens, urinkateter, immobilisering, søvnproblemer, demens/kognitiv svikt, alkoholmisbruk, og mangel på relasjoner/støttesystem. Først og fremst gir dette en mulig sammenheng mellom den store forekomsten av delirium på hjerteavdeling og risikofaktorer identifisert i studien. Risikofaktorer identifisert i studien til Solá et al. (2018) står også i klar sammenheng med

predisponerende- og utløsende faktorer i litteraturen (Francis & Young, 2022; NICE, 2023, s. 5-6; Ranhoff, 2020, s. 464-465; Stubberud, 2022, s. 492-493). Stor forekomst av delirium på etter hjertekirurgi underbygger derfor viktigheten av at sykepleieren har kunnskap om predisponerende og utløsende faktorer assosiert med økt risiko for utvikling av delirium for å alltid søke etter å gjenkjenne tilstanden hos disse.

God klinisk praksis krever at sykepleieren har tilstrekkelig kunnskap om delirium, og hvilke symptomer de skal observere (Stubberud, 2022, s.491-492). Pasienter med delirium kan ha et kompleks symptomfremvisning og lett tolkes som andre diagnoser, som bla. demens. Pasienter med hypoaktiv delirium vil ikke vise de karakteristiske trekkene som ved den hyperaktive adferden ved å være er urolig, utagerende og lite samarbeidsvillig. Pasienten vil heller karakteriseres som tilbaketrukket og stille og derfor bli lettere oversett (Stubberud, 2022, s.491-492). Enkelte sykepleiere i Coyle et al. (2017) rapporterte at de har manglende kunnskap om delirium, spesielt den hypoaktive varianten, samt vansker med å skille mellom delirium fra demens. Dette til tross for at diagnosen hovedsakelig stilles på bakgrunn av symptomene. I min egen kliniske praksis på hjerteavdeling har jeg også erfart at delirium som oftest fanges opp hos pasienter som viser tydelige hyperaktive symptomer som uro eller agitasjon, og at dette er den generelle forventningen hvordan deliriske pasienter fremstår. Et godt kunnskapsgrunnlag vil derfor være sentralt for å kunne kjenne igjen tegnene både på den hypo- og hypermotorisk delirium. Studien til Coyle et al. (2017) bekrefter også viktigheten av at sykepleiere har et godt kunnskapsgrunnlag for å kunne identifisere tilstanden.

Sykepleierens observasjonskompetanse er basert på teoretisk kunnskap, klinisk erfaring og sansing (Nortvedt & Grønseth, 2022, s. 10-11). Dette sees i sammenheng med Florence Nightingale (1997, s. 149) som understreker at observasjon er en av de mest essensielle kunnskapene en sykepleiere kan tilegne seg, enda viktigere er kunnskapen om hva som skal observeres og hvordan man bør observere det. Gjennom helsepersonelloven (1999, §4) er vi pliktet til å innebefatte tilstrekkelig kompetanse for kunne kartlegge og overvåke pasienters tilstand, og derav gi faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp. På samme medfører yrkesetiske retningslinjer (Norsk sykepleieforbund, u.å.b) at sykepleiere skal føre en praksis fremmer helse og forebygger sykdom (§2.1), samt at den skal baseres på forskning, brukerkunnskap og erfaringsbasert kompetanse (§1.1). Manglende kunnskap om delirium og

evidensbaserte kartleggingsverktøy blir blant sykepleiere sett på som en barriere for identifiseringen av delirium (Coyle et al. 2017). Dårlig etterlevelse av kartleggingsverktøyet CAM (vedlegg 2) og lav nøyaktighet for identifisering av delirium er også koblet til at det anvendes uten opplæring (Chang et al., 2021; De & Wand, 2015). Tilstrekkelig kunnskap om delirium, årsaker, og symptomer og metoder for påvisning er altså nødvendig for å kunne raskt gjenkjenne tegnene på delirium og tidlig identifisere tilstanden (NICE, 2023, s.10; Stubberud, 2022, s.495).

5.1.2 Systematisk observasjon og vurdering med kartleggingsverktøy

En systematisk måte å kartlegge og vurdere delirium på er anbefalt, da delirium ofte blir underdiagnostisert. Dette innebærer at sykepleieren systematisk observerer den eldre pasientens mentale og adferdsmessige fungering (Ranhoff, 2020, s. 162; Stubberud, 2022, s. 495). Likevel viser studien til Coyle et al. (2017) at sykepleiere anså sin rolle som å overvåke pasienter vitale tegn og observere for adferdsmessige- og fysiologiske endringer, fremfor å kartlegge endringer i kognitiv funksjon. Dette til tross for at forstyrrelse i kognisjon er et symptom som indikerer for delirium og ett av de diagnostiske kriteriene for delirium (DSM-5 referert i Ranhoff, 2020, s. 460). Sykepleieren må være oppmerksom på forstyrrelser i pasientenes bevissthetsnivå, svekket oppmerksomhet og endringer i kognitive funksjoner da disse er karakteristiske tegn hos en pasient med delirium. I tillegg må sykepleieren være observant på at symptomene kan oppstå akutt og gjerne svinge gjennom døgnet (Ranhoff, 2020, s.462). En klinisk observasjon gjennom døgnet blir på den måten avgjørende for å fange opp tegn som indikerer for delirium (NICE, 2023, s. 9).

National institute for Health and Care Excellence (NICE, 2023, s. 5-6) anbefaler gjennom sine retningslinjer for forebygging, diagnostisering og behandling regelmessig screening med kartleggingsverktøy hos pasienter som er i risiko (65 år eller eldre, etablert kognitiv svikt og/eller demens, hoftebrudd eller alvorlig sykdom som innleggelsesårsak) og hos pasienter som viser tegn som kan indikere for delirium. Chang et al. (2021) rapporterte at nesten 1/3 av sykepleierne opplevde manglende selvsikkerhet i sin evne til å korrekt identifisere delirium som en barriere i deliriumvurderingen. Sykepleiere kan på den måten ha behov for et verktøy som gir en strukturert tilnærming til vurderingen av pasientens tilstand.

Nightingale (1997, s. 148, 163) påpeker vesentligheten av en systematisk nøyaktig observasjon, og dessuten det å vite hva som skal observeres og hvordan. Kartleggingsverktøy kan hjelpe sykepleiere med å få en oversikt over hvilke symptomer og tegn de skal se etter hos pasienten, og på den måten være med på å bidra at symptomer og tegn ikke blir oversett, spesielt de hypoaktive symptomene. Screeningsverktøy legger til rette for en mer objektiv vurdering og en felles forståelse av hva helsepersonell skal se etter (Kirkevold & Jeppesøl, 2020, s. 118; Ranhoff, 2020, s. 162). Dette bekreftes i studien til Chang et al. (2021) ved at sykepleiere opplevde økt selvsikkerhet i vurderingen av delirium ved bruk av screeningsverktøyet 4AT (Chang et al, 2021). Studien til Coyle et al. (2017) anerkjente også kartleggingsverktøyet CAM som nyttig for å bekrefte mistanker om en mulig deliriumtilstand.

Valg av kartleggingsverktøy i praksis

Det finnes i dag mange verktøy man kan bruke for å påvise delirium. Sykepleierne i Coyle et al. (2017) hadde imidlertid lite erfaring med å anvende de. De og Wand (2015) påpeker også at det store antallet kan gjøre det vanskelig å vurdere hvilket man skal anvende i praksis, men faktorer som spiller inn er nødvendig opplæring, tidsbruk, elementer og bruksområde. Dette gjør det ønskelig å undersøke hvilke verktøy som egner seg på postoperativ hjerteavdeling, og som mest nøyaktig identifiserer delirium.

Både teori og forskning anerkjenner CAM (Confusion assessment method) som et vanlig og anbefalt verktøy på postoperativ avdeling (Stubberud, 2022, s. 496; Coyle et al., 2017; De & Wand, 2015). Inkluderte elementer i CAM står til likhet med diagnostiske kriteriene i DSM-5 (Ranhoff, 2020, s. 460). Avvending av verktøyet kan på den måten støtte sykepleierens kunnskapsgrunnlaget under vurderingen. En studie i De og Wand (2015) hadde CAM både høy nøyaktighet i å identifisere (sensitivitet) og i å utelukke delirium (spesifisitet), når utført av klinikere med 5 dagers opptrening. På en annen side viste CAM i studien til Chang et al. (2021) lav sensitivitet og høy spesifisitet når det ble anvendt av sykepleiere på hjerteavdeling. Generelt sett viste oversikten i De og Wand (2015) at CAM sin evne til å påvise delirium og utelukke delirium fungerte best anvendt av erfarne klinikere. CAM blir på denne måten validert som et verktøy på postoperativ avdeling, men det tyder på at verktøyet krever adekvat opplæring for å sikre riktig bruk og optimal ytelse.

Det nye screeningsverktøyet 4A-Testen (4AT) er validert og oversatt til norsk, tar kort tid, er

enkelt i bruk, og består av kun 4 punkter (årvåkenhet, AMT4 -forkortet mental vurdering, oppmerksomhet og akutt endring eller fluktusjon i mental tilstand (Ranhoff, 2020, s. 462-464). Både Chang et al. (2021) og De og Wand (2015) anerkjenner gjennom sine studier 4AT som et nyttig verktøy til å både nøyaktig identifisere delirium (moderat til høy sensitivitet) og utelukke delirium (høy spesifisitet) i postoperative avdelinger. I begge studiene beskrives også 4AT rask å gjennomføre (2-3 min), lett i bruk og det ble anvendt av helsepersonell uten særlig opplæring. Verktøyet er også laget slik at det fanger opp både pasienter med hyperaktivt- og hypoaktivt delirium, og et vekslende bevissthetsnivå (De & Wand, 2015), noe som muligens kan overkomme barrieren ved manglende evne til å fullføre vurderingen av sederte pasienter (Chang et al, 2021).

5.1.3 Sykepleiefaglige barrierer for identifiseringen av delirium

På sykehus er sykepleiere ansvarlige for å klinisk observere og dokumentere data, samt analysere observasjoner gjort av pårørende (Ranhoff, 2020, s. 462; NICE, 2023, s. 10). Sykepleier sentrale rolle i å identifisere delirium og videreformidle dette til legen, gjør at legen kan sette i gang diagnostiske tiltak for å kartlegge årsaken bak. Imidlertid ses utfordringer ved sykepleiers ansvarsområde når det gjelder identifisering av delirium. Det kommer frem i studien til Coyle et al. (2017) at fremfor at sykepleierne erkjenner tilstedeværelsen av tilstanden og merker symptomene som delirium, dokumenteres heller pasientens som forvirret pasient, da de ikke så det som sitt ansvarsområde. Dette står i strid i henhold til helsepersonelloven (1999) som plikter sykepleiere å dokumentere relevante og nødvendige data som er samlet inn, derav observasjonene som er gjort og tiltakene som er satt i gang (§39-40), både før og etter operasjon. Funnene fra studien Coyle et al. (2017) er i tråd med mine praksiserfaringer hvor jeg har erfart at det ofte dokumenteres symptomer på delirium som at pasienten er forvirret og urolig, men at det ikke dokumenteres i sammenheng med delirium. Nøyaktig og presis dokumentasjon er viktig for å identifisere delirium, da observasjoner danner grunnlaget for videre tiltak. Nightingale (1997, s. 163) bekrefter viktigheten av nøyaktig og konkret observasjon, samt rapportering, for å sikre at legen får korrekt informasjon om pasientens tilstand og kan gjøre en korrekt diagnostisering. Sykepleierens mulighet til å vurdere pasientens mentale tilstand etter operasjon påvirkes også av hvorvidt disse er journalført før operasjon. Det er derfor sentralt at sykepleiere forsikrer seg om at endringer som kan indikere for delirium blir dokumentert i pasientens

journal eller notater (Ranhoff, 2020, s. 462; NICE, 2023, s. 9).

Det er anbefalt å screene for delirium hver vakt på avdelinger hvor pasientene er i høy risiko for å utvikle delirium, slik som på hjerteavdelinger (Ranhoff, 2020, s. 462; NICE, 2023, s.9). Til tross for dette kommer det fram i studien til Coyle et al. (2017) at verktøyene ikke blir tatt i bruk for å bekrefte tilstanden. Studiene til Coyle et al. (2017) og Chang et al. (2021) bekrefter nytten av kartleggingsverktøy i vurderingen av delirium, men flere barrierer knyttes til dårlig etterlevelse i praksis. Først og fremst var det synet på at kognitive vurderinger og screening for delirium med verktøy ikke var deres rolle, men andre yrkesgrupper. Sykepleiere skal føre en praksis som fremmer helse og forebygger sykdom (Norsk sykepleieforbund, u.å.b, §2,1). Endringer eller svingninger i kognitiv funksjon er et av tegnene på delirium, som uten identifisering kan få store konsekvenser for pasienten, så vurderingen burde derfor ansees som en sykepleieoppgave. Manglende kunnskap om delirium og kartleggingsverktøy, opplæring og utdanning, manglende tid og implementering av verktøy på arbeidsplassen var også barrierer til vurderingen av delirium (Coyle et al. 2017). Manglende tilstrekkelig tid ble også ansett som en barriere i studien til Chang et al (2021). Viktige faktorer for god etterlevelse av kartleggingsverktøyet blir det er lett å ta i bruk i en travel hverdag (tid og mulighet), at den som anvender det har nødvendig opplæring og at det kan fange opp hypomotorisk delirium (De & Wand, 2015).

For sykepleiere skal kunne kartlegge risikofaktorer og identifisere delirium postoperativt er det essensielt å ha forkunnskaper om pasientens sykehistorie og preoperative funksjonsnivå (Francis & Young, 2020). Forkunnskaper danner på den måten grunnlaget for å fange opp endringer i pasientens kognitive funksjon eller adferdsendringer hos pasienten, og derav gjenkjenne delirium, noe som underbygges av funnene i studien til Coyle et al. (2017). I tilfeller hvor en selv ikke har tilstrekkelig forhåndsinformasjon om pasientens normale mentale funksjon er det nødvendig å søke etter informasjon om fra andre kilder for å fastslå dette (Francis & Young, 2020; NICE, 2023, s.6). Delspørsmål i kartleggingsverktøyene 4AT og CAM krever også innsikt i pasientens normale mentale tilstand og derav informasjon fra komparent opplysninger dersom pasienten er delirisk (Vedlegg 1 og 2). NICE anbefaler at både sykepleiere, pårørende og annet helsepersonell involveres i identifiseringen delirium (2023, s. 9). I studien til Coyle et al. (2021) fremheves nødvendigheten av et samarbeid med pårørende for å få et komplett kliniske bilde av pasientene og identifisere delirium. Gjennom

min praksis på hjerteavdeling var det ikke alltid jeg hadde muligheten til å danne en relasjon med pasient preoperativt, så mitt første møte med pasienten var gjerne på post etter operasjonen. Her har jeg også en opplevelse av at pasientens nærmeste er de som kjenner pasienten best og raskere legger merke til at pasienten ikke er som bruker å være. Observasjonene fra pårørende kan være viktige, da de kan ha mer innsikt i pasientens normale atferdsmønstre og kan merke endringer som sykepleieren kanskje ikke har observert. Sykepleiere og helsepersonell burde derfor samarbeide med familiemedlemmer for å gjenkjenne symptomer på delirium. NICE anbefaler også at pårørende til pasienter som er i risiko burde derfor informeres og oppfordres til å rapportere observasjoner til helsepersonell (NICE, 2023, s. 12). Bull et al. (2016) bekrefter således hvordan informasjon om delirium til pårørende både kan få en positiv effekt for den eldre pasienten gjennom funn av redusert forekomst av delirium, og hos pårørende gjennom et økt kunnskapsnivå og mindre psykisk belastning.

5.2 Metodediskusjon

I metodediskusjon blir styrker og svakheter i litteraturstudie som metode ved mitt prosjekt diskutert.

Inklusjon- og eksklusjons kriterier ble satt for å gjøre søket lettere og finne forskning som kunne besvare min problemstilling, det er også med på å strukturere søket etter oppdatert forskning, men vil også være begrensende for artikkelutvalg.

Alle forskningsartiklene som er inkludert er publisert på engelsk, noe som legger til rette for min egen fortolkning av innholdet, og derav risiko for mistolkninger i resultatdelen. Jeg har likevel valgt å inkludere engelsk språklige studier som vurderes som relevant for oppgave og gir grunnlag for mer data på området.

Det var opprinnelig ønskelig å bare inkludere artikler som omhandlet hjerteavdeling, men det var lite forskning konkret her, så for å få mer bredde i søket ble det inkludert flere studier fra blandede sykehusavdelinger og kirurgiske avdelinger. Dette kan gjøre det vanskeligere å konkludere for anbefalt praksis på hjerteavdeling.

I søkeprosessen har jeg i det systematiske søket spesifikt søkt etter søkeordet «Delirium» fremfor andre begrep som «akutt forvirringstilstand» og «organisk hjerne-syndrom». Dette er begrunnet av at jeg etter innledet usystematisk søk, opplevde å finne lite forskning som inkluderte disse begrepene, men en del forskning ved bare å inkludere delirium. Det kan likevel ha påvirket søkeresultatet mitt.

Det er i oppgaven inkludert sekundærlitteratur, som vil si at litteraturen man leser er bearbeidet og presentert av en annen en den opprinnelige forfatteren (Dalland, 2020, s. 152). Sekundærlitteratur tatt i bruk i oppgaven er en del av vår pensumlitteratur og derav anbefalt av høyskolen.

6.0 Oppsummering og implikasjoner for praksis

I denne oppgaven har jeg sett på hvordan sykepleier kan tidlig identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt i postoperativ hjerteavdeling etter hjertekirurgi, samt forsøkt å gjøre rede for hvorfor sykepleier har en essensiell rolle i identifiseringen.

Den høye forekomsten av delirium etter hjerteoperasjon og de mulig alvorlige konsekvensene det får for pasienten, understreker behovet for å kartlegge pasienter i risiko og systematisk fange opp pasienter med delirium så tidlig som mulig. Tidlig identifisering og behandling av delirium er viktig for å redusere risikoen for komplikasjoner, og bedre forhandlingsforløpet.

Både teori og forskning viser at en systematisk observasjon gjennom døgnet og rutinemessig vurdering av delirium ved bruk av validerte kartleggingsverktøy som CAM eller 4AT er viktige faktorer i identifiseringen av delirium. Eldre hjerteopererte pasienter er grunnet alder og operasjonen i høy risiko for å utvikle delirium, så implementering av rutinemessig screening av delirium hver vakt er anbefalt. Bruk av kartleggingsverktøy kan strukturere sykepleierens observasjoner, gi en felles forståelse av hva helsepersonell skal se etter, og styrke evnen til å identifisere delirium på et tidlig tidspunkt.

Tilstrekkelig kunnskap om delirium, risikofaktorer og dens symptomer er nødvendig for å kunne identifisere risikopasienter, kjenne igjen tegnene på delirium, spesielt den oversette hypodeliriske typen, samt kunne skille delirium fra andre diagnoser som demens, psykose og depresjon.

Informasjon om pasientens sykehistorie og preoperative funksjon blir også sett på som sentralt for å kunne gjenkjenne endringer hos pasienten postoperativt, samt vurdere risiko for utvikling av delirium. Gjennom å innhente informasjon om pasientens normale mentale funksjon vil sykepleieren lettere kunne fange opp endringer hos pasienten. Presis og nøyaktig dokumentasjon av observasjoner og kartlegginger, samt rapportering mellom helsepersonell, spesielt til lege, er sentralt for å kunne sammenligne adferd og identifisere tilstanden.

Sykepleiere og helsepersonell bør samarbeide med familiemedlemmer for å gjenkjenne symptomer på delirium. Informasjon om delirium og oppfordring til å kontakte helsepersonell ved registrering av symptomer kan føre til tidligere identifisering og forebygging av tilstanden.

Sykepleieren spiller en viktig rolle i identifiseringen av delirium, men flere opplever likevel oppgaven som en utfordring i sin kliniske hverdag. Barrierer til sykepleierens rolle i identifiseringen av delirium kartlagt i denne oppgaven er manglende ansvarsavklaring, manglende kunnskap om delirium og kartleggingsverktøy, opplæring og utdanning, manglende tid og implementering av verktøy på arbeidsplassen. Viktige faktorer for god etterlevelse av kartleggingsverktøyet blir det er lett å ta i bruk i en travel hverdag (tid og mulighet), at den som anvender det har nødvendig opplæring og at det både kan fange opp hypo- og hypermotorisk delirium. Implementeringen av 4AT som en rutine hver vakt kan derfor sees som gunstig i vurdering av delirium på hjerteavdeling, da funnene i denne oppgaven møter alle disse kravene. Videre er det viktig at arbeidsgiver sørger for implementering av rutiner, og at det legges til rette for at sykepleiere får undervisning om delirium og opplæring i implementerte verktøy på post. Ressursene må også være lett tilgjengelig og lett å anvende. Videre forskning er ønsket for å undersøke hvordan man kan møte evt. barrierer her.

7.0 Referanseliste (APA 7th)

- Amofah, A.H, Eide, S. P. L, Instenes, I., Norekvål, M. T. & Ranhoff, H. A. (2017). Kjenn tegnene på delirium hos eldre. *Sykepleien*, 105(7), 52-55.
[10.4220/Sykepleiens.2017.62845](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.62845)
- Ariansen, H. K. I., Olsen, K., Selmer & M. R. (2014). *Hjerte- og karsykdommer i Norge (Folkehelse rapporten)*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/Hjerte-kar/>
- Berg, G. V. (2015). 4AT Screening for delirium og kognitiv svikt. *Den norske legeforening*.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/bcf2ee0183d54c17b7005b963818c0ab/4at-norsk-versjon-2015.pdf>
- Berntzen, H., Dåvøy, G., Eide, P. & Leonardsen, L. A.-C. (2022). Perioperativ sykeleie. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (6. utg., bind 1, s. 360-435). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bjørstad, J. , Fiane, E. A. & Geiran, O. (2021). *Norsk Hjertekirurgiregister: Årsrapport for 2021 med plan for forbedringstiltak (Årsrapport)*. Oslo Universitet sykehus.
<https://www.kvalitetsregistre.no/sites/default/files/2022-06/%C3%85rsrapport%202021%20Norsk%20hjertekirurgiregister.pdf>
- Bull, M. J., Boaz, L. & Jerme, M. (2016). Educating family caregivers for older adults about delirium: a systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 232-240. <https://dx.doi.org/10.1111/wvn.12154>
- Chang, Y., Ragheb, S. M., Oravec, N., Kent, D., Nugent, K., Cornick, A., Hiebert, B., Rudolph, J. L., MacLulich, A. M. J. & Arora, R. C. (2021). Diagnostic accuracy of the "4 a's test" delirium screening tool for the postoperative cardiac surgery ward. *Journal of Thoracic & Cardiovascular Surgery*, 165(3), 1151-1160.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jtcvs.2021.05.031>
- 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. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(4), 29–37. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170111-02>
- Dalland, O. (2019). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- De, J. & Wand, A. R. F. (2015). Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *The Gerontologist*, 55(6), 1079-1099.
<https://doi.org/10.1093/geront/gnv100>

- EBSCO (2018, 14. desember). *What are Scholarly (Peer Reviewed) publications?*.
https://connect.ebsco.com/s/article/What-are-Scholarly-Peer-Reviewed-publications?language=en_US#:~:text=Peer%20reviewed%20is%20defined%20by,the%20reviewers'%20identity%20is%20unknown.
- Eikeland, A. & Stubberud, G.-D. (2022). Sykepleie ved hjertesykdommer. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (6. utg., bind 1, s. 266-294). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Evans, D. (2002). Systematic reviews of interpretive research: Interpretive data synthesis of processed data. *Australian journal of advanced nursing*, 20(2), 22–26.
<https://www.ajan.com.au/archive/Vol20/Vol20.2-4.pdf>
- Francis, J. & Young, B. (2022, 18. juli). Diagnosis of delirium and confusional states. I UpToDate. Hentet 3. januar 2022 fra https://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-delirium-and-confusional-states?search=delirium&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
- Grønseth, R & Stubberud, D.-G. (2022). Kartlegging og overvåkning av pasientens tilstand. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (6. utg., bind 1, s. 23-62). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bergland, K. A., Djuv, A., Hella, P. N. M., Naalsund, P., Neerland, E. B., Sønnesyn, H., Vik-Mo, O. A., Watne, O. L. & Årslund, D. (2023). Vi må bry oss om delirium. *Tidsskriftet: Den Norske Legeforening*. [10.4045/tidsskr.23.0037](https://doi.org/10.4045/tidsskr.23.0037)
- Helsebibloteket (2022, 31. august). *4.4 Kvalitativ metode*.
<https://www.helsebibloteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklist>
- Helsebibloteket (2021, 17. september). *4.1 Sjekklist*.
<https://www.helsebibloteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-41-sjekklist>
- Helsebibloteket (2020a, 15. desember). *4.7 Faglige retningslinjer*.
<https://www.helsebibloteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering-47-faglige-retningslinjer>
- Helsebibloteket (2020b, 31. august). *3.4 Søk*.
<https://www.helsebibloteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-34-sokeord>
- Helsebibloteket (2018, 11. desember.). *Kritisk vurdering*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#4kritisk-vurdering>

Helsebiblioteket (2017, 28. august). *Kildevalg*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#3litteratursok-32-kildevalg>

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

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

Karolinska institutet (u.å). *Svens MeSH*. <https://mesh.kib.ki.se/>

Kirkevold, M & Jeppestøl, K. H. (2020) Kartlegging og vurdering. I H. A. Ranhoff, K. Brodtkorb & M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 115- 139). Oslo: Gyldendal Akademisk

Legevakthåndboken (u.å). *Eldre generelt*.

https://lvh.no/symptomer_og_sykdommer/eldre/om_eldre/eldre_generelt

National Institute for Health and Care Excellence (2023). *Delirium: prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care* [Clinical guideline CG103].

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg103/resources/delirium-prevention-diagnosis-and-management-in-hospital-and-longterm-care-pdf-35109327290821>

Nightingale, F. (1997/1997). XIII. Observasjon av syke. I V. Skretkovicz (Red.), *Notater om sykepleie* (s.149-178). Oslo: Universitetsforlaget AS.

Norske MeSH. (2020, januar). *MeSH på norsk - begreper innen medisin og helsefag*.

<https://mesh.uia.no/>

Norsk sykepleierforbund (u.å.a). *Utvikle helse- og omsorgstjenestene*.

<https://www.nsf.no/vart-politiske-arbeid/utvikle-helse-og-omsorgstjenestene#:~:text=Sykepleiere%20er%20den%20helsepersonellgruppen%20som,driverne%20for%20kvalitet%20og%20pasientsikkerhet.>

Norsk sykepleierforbund (u.å.b). *Yrkesetiske retningslinjer*.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P. & Grønseth, R. (2022). Klinisk sykepleie – funksjon, ansvar og kompetanse. I D. G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (6. utg., bind 1, s. 1-19). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Ranhoff, A. H. (2020). Delirium (Akutt forvirring). I H. A. Ranhoff, K. Brodtkorb & M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 458- 490). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Ranhoff, A. H. & Loge, J. H. (2004). Confusion Assessment Method (CAM)

Kortversjon. *Den Norske Legeforening*.

<https://www.legeforeningen.no/contentassets/21ef25cf569d44749573de21a8d6b043/confusion-assessment-method-cam-kortversjonen.pdf>

Solà, M. E., López, C., Martínez, S. E., Adell, L. M., Juvé, U. M. E., & Lleixà, F. M. (2018). Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: A case-control study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(1–2), 345–354. <https://doi.org/10.1111/jocn.13921>

Stubberud, D.-G. (2022). Sykepleie ved delirium. I D.-G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk Sykepleie 1* (6. utg., bind 1, s. 491-502). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

SøkogSkriv. (2023, 16. mai). *Hvordan søkesystematisk*.

<https://www.sokogskriv.no/soking/systematisk-soking.html#problemstilling>

Thidemann, I. J. (2020). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: den lille motivasjonsboken for akademisk oppgaveskriving* (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

8.0 Vedlegg

Vedlegg 1 – 4AT norsk versjon. Hentet fra Norske legeförening (2015).



Screening for delirium og kognitiv svikt

Pasientens navn: _____ (etikett)

Fødselsdato: _____

Pasientnummer: _____

Date: _____ Tidspunkt: _____

Testen er utført av: _____

[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvngig 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 søvngig < 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 fluktusjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon
(F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt
1-3: mulig kognitiv svikt
0: delirium eller alvorlig kognitiv svikt usannsynlig (men fremdeles mulig delirium hvis informasjon under punkt [4] er ufullstendig)

4AT SKÅR

VEILEDNING

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

Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangs-vurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt før en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselsnedsettelse, dystasi, 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 Högskolan, Ryss, Csik, 2015 norsk versjon: Gør V. Berg JØR, MCM, Dr PH, Edin Rish-Gordon (RN, MCM, PhD), Ahmed Al-Falali (MD), Catherine de Groot (sykepleier, MSc) og Sigrun Evensen (MD, PhD-student). Søren Juel (PhD) ansvarlig for lokale oversettelser.

Vedlegg 2 – Confusion Assessment Method (CAM)

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) KORTVERSJON

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

INTERVJUER:

DATO:

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

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

Vedlegg 2 – Confusion assessment method (CAM) kortversjon (Ranhoff & Loge, 2004)

Vedlegg 3 – PICO

Problemstilling: Hvordan kan sykepleiere identifisere delirium hos eldre pasienter innlagt på postoperativ avdeling etter hjerteroperasjon?			
P (population/patient)	I (intervention)	C (comparison)	O (outcome)
Eldre > 65 år Innlagte pasienter Sykehus Hjerteropererte Hjertekirurgi Hjerte-kar-kirurgi (mesh)	Sykepleie Omsorgsperson/ pårørende Opplæring Utdanning Kunnskap Kartleggingsverktøy Vurdere	Ikke aktuelt	Delirium <ul style="list-style-type: none"> • Identifisere • Gjenkjenne • Håndtere • Diagnostisere • Effekt • Nøyaktighet • Redusere
Engelske søkeord utformet ved hjelp av Svemed+ og Mesh.no.uia			
Aged (Mesh) Older Older adults Elderly Inpatients (Mesh) Cardiac Cardiac surgery Thoracic surgery (Mesh)	Nurse Nursing Assessment Education Perception Family caregiver Screening tool 4AT CAM	Ikke aktuelt	Delirium <ul style="list-style-type: none"> • Identify • Recognize • Management • Diagnose • Effect • Accuracy • Reduce

Vedlegg 4 – Søkeshistorikk (1, 2, 3)

Søkeshistorikk 1 – Cinahl (EBSCO) - 1. mai 2023

#	Query	Limits/Expanders	Last Run Via	Results
S23	S3 AND S8 AND S13 AND S18 AND S21	Limits - Published Date: 20120101-20231231; English Language; Peer Reviewed; Age Group: Aged: 65+ years Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	230
S22	S3 AND S8 AND S13 AND S18 AND S21	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	524
S21	S18 OR S20	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	243,215
S20	"hospitalized"	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	97,308
S19	(M1 "Inpatients")	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	171,765
S18	S14 OR S15 OR S16 OR S17	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	2,402,028
S17	"elderly"	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	219,169
S16	"older"	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	508,606
S15	"aged"	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	2,106,799
S14	(M1 "Aged")	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	1,818,898
S13	S9 OR S10 OR S11 OR S12	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	1,496,581
S12	"screen"	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	518,569
S11	"detect"	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	589,170
S10	"recogni"	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	355,709
S9	"identification"	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	221,214
S8	S4 OR S5 OR S6 OR S7	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	1,821,840
S7	"nursing assessment"	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	38,037
S6	(M1 "Nursing Assessment")	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	36,471
S5	"nursing"	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	1,482,080
S4	"Nurse"	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	1,122,109
S3	S1 OR S2	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	24,567
S2	"Delirium"	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	24,567
S1	(M1 "Delirium")	Expanders - Apply equivalent subjects Search mode - Boolean/Phrase	Interface - EBSCOhost Research Database Search Screen - Advanced Search Database - CINAH, CINAH, with Full Text	16,134

Utvalgte artikler fra søket 1. Mai 2023 i Cinahl (via EBSCO) (Eksakte duplikater ble fjernet fra søkeresultatet på 220, gjenstod da 109)

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. *Journal of Gerontological Nursing*, 43(4), 29–37. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170111-02>

De, J. & Wand, A. R. F. (2015). Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *The Gerontologist*, 55(6), 1079-1099. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv100>

Solà, M. E., López, C., Martínez, S. E., Adell, L. M., Juvé, U. M. E., & Lleixà, F. M. (2018). Nursing assessment as an effective tool for the identification of delirium risk in older in-patients: A case-control study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 27(1–2), 345–354. <https://doi.org/10.1111/jocn.13921>

Søkehistorikk 2 – MEDline(Ovid) - 5. mai 2023**Database:**

Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to May 04, 2023>

#	Query	Results from 5 May 2023
1	Delirium/	11,984
2	Delirium.mp.	23,446
3	1 or 2	23,446
4	family caregiver.mp.	2,379
5	detection.mp.	1,123,454
6	recognize.mp.	113,066
7	perception.mp.	421,655
8	Education/	21,519
9	educat*.mp.	1,209,798
10	identify.mp.	1,314,188
11	5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10	3,900,050
12	Aged/	3,396,221
13	aged.mp.	5,937,772
14	older adults.mp.	113,426
15	12 or 13 or 14	5,956,381
16	3 and 4 and 11 and 14	9

Utvalgte artikler fra søket 5. Mai 2023 i Medline (Ovid)

Bull, M. J., Boaz, L. & Jerme, M. (2016). Educating family caregivers for older adults about delirium: a systematic review. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13(3), 232-240.

<https://dx.doi.org/10.1111/wvn.12154>

Utvalgte artikler fra søket 27. April. 2023 i Medline (Ovid)

Chang, Y., Ragheb, S. M., Oravec, N., Kent, D., Nugent, K., Cornick, A., Hiebert, B., Rudolph, J. L., MacLulich, A. M. J. & Arora, R. C. (2021). Diagnostic accuracy of the "4 a's test" delirium screening tool for the postoperative cardiac surgery ward. *Journal of Thoracic & Cardiovascular Surgery*, 165(3), 1151-1160. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jitcvs.2021.05.031>

Søkehistorikk 3 – Medline(Ovid) – 27.april 2023**Database:**

Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations and Daily <1946 to April 27, 2023>

#	Query	Results from 30 Apr 2023
1	exp Delirium/	12,412
2	delirium.mp.	23,433
3	1 or 2	23,433
4	assessment.mp.	1,676,578
5	Management.mp.	1,586,663
6	screen*.mp.	1,036,948
7	recognition.mp.	439,306
8	detect*.mp.	2,803,243
9	diagnos*.mp.	5,878,221
10	screening tool.mp.	23,153
11	4AT.mp.	191
12	CAM.mp.	33,916
13	4 or 5 or 6 or 7 or 8 or 9 or 10 or 11 or 12	10,597,356
14	effect*.mp.	11,068,236
15	accuracy.mp.	540,922
16	Reduc*.mp.	4,261,967
17	14 or 15 or 16	13,277,066
18	cardiac.mp.	876,800
19	exp Thoracic Surgery/	13,684
20	cardiac surgery.mp.	49,828
21	18 or 19 or 20	883,634
22	3 and 10 and 17 and 21	6

Vedlegg 5 – Litteraturmattise fra forskningsresultater

Forfatter (år)	Hensikt	Metode/Design	Utvalg	Resultat	Kommentar
Bull et al. (2016)	Ønsket å undersøke om opplæring om delirium til familie/pårørende rolle, ga økt kunnskap om, forbedret deres emosjonelle tilstand, eller respons til å redusere forekomsten av delirium hos eldre voksne.	Kvantitativt metode: systematisk oversikt. Gjort et systematisk søk i databaser.	Inkludert 7 studier.	Opplæring om delirium kan gi fordeler både for den eldre voksne og familiens omsorgspersoner. 4 studier rapporterte at familiemedlemmers kunnskap om delirium økte. 2 studier viste en nedgang i forekomsten av delirium. 1 studie rapporterte mindre engstelse hos familiemedlemmer etter mottatt utdanning. Ta med videre: oppfordring til pårørende, helsepersonell bør	Styrker: Inkluderte flere ulike studiedesign. Studiene var godt designet og brukte gyldige, pålitelige instrumenter for å måle forekomst av delirium. Grundig og tydelig systematisk søkeprosess. Svakheter: Ingen metaanalyse gjennomført. Undersøkte kun de enkelte utfallene hver for seg. Ingen studier inkludert er randomiserte kontrollerte studier. Inkluderer ikke hvilke opplæringsmeto

				samarbeide med omsorgspersoner for å gjenkjenne symptomer, pårørende med opplæring og oppfordring kan føre til tidligere identifisering og større sannsynlighet til å iverksette tiltak ved observasjon av symptomer	der som er mest effektive og faktorer som påvirker opplæringen.
Changet al. (2021)	<p>Todelt formål:</p> <p>1) Ønsket å validere bruken av screeningsverktøyet for delirium, 4 A's Test (4AT).</p> <p>2) Evaluere nøyaktigheten til "4 A's Test" i å identifisere delirium hos pasienter som gjennomgikk hjertekirurgi, når det anvendes av forskningsassistenter, og senere av</p>	<p>Kvantitativ metode:</p> <p>Kohortstudie</p> <p>Observasjonsstudie (Prospektive), gjennomført ved ett sykehus.</p> <p>Studien evaluerte ytelsen til 4AT utført i 2 faser: av forskningsassistenter (fase 1) og pleiepersonell (fase 2).</p> <p>Pasienter ble</p>	<p>Pasienter på postoperativ avdeling etter gjennomgått elektiv åpen hjerteoperasjon.</p> <p>137 pasienter i fase 1, og 179 pas i fase 2.</p> <p>Sykepleiere: 51</p>	<p>Fase 1:</p> <p>4 AT hadde en sensitivitet på 85% og en spesifisitet på 90% når screeningen var utført av forskningsassistenter.</p> <p>CAM hadde en sensitivitet på 23% og spesifisitet på 100%.</p> <p>Fase 2:</p> <p>Når sykepleierne screenet pas ved bruk av 4AT hadde verktøyet en sensitivitet på</p>	<p>Relevant:</p> <p>Vurderer relevante verktøy for sykepleiere og anvende i praksis.</p> <p>Resultatene var blindet mellom deltakerne.</p>

	<p>sykepleiere i en klinisk praksis på avdeling.</p> <p>Fikk også tilbakemelding av sykepleiere som deltok sin syn på gjennomføringen av 4AT i praksis på pasienter etter hjerteoperasjon.</p>	<p>rutinemessig screenet 3x dagen i løpet av de første tre postoperative dagene på hjertekirurgisk avdeling.</p> <p>I fase 1 ble pasientene screenet med 4-AT utført av forskningsassistenter, og rutinemessig av Confusion Assessment Method (CAM) utført av sykepleiere.</p> <p>Resultatene ble sammenlignet med en referansestandard for diagnosen delirium basert på kriteriene i DSM-5.</p> <p>I fase 2 ble pasientene screenet både med CAM og 4AT av samme</p>		<p>58%, og spesifisitet på 94%. Verktøyet hadde moderat diagnostisk nøyaktighet i å identifisere pasienter med delirium, og at den var spesielt god til å utelukke delirium hos pasienter som hadde det i postoperative settinger, inkludert hjertekirurgiavdelinger.</p> <p>64% av sykepleieren synes 4AT forbedret deres selvsikkerhet i identifisering av delirium.</p>	
--	--	---	--	--	--

		<p>sykepleie.</p> <p>Resultatene ble sammenlignet med en referansestandard for diagnosen delirium basert på kriteriene i DSM-5.</p> <p>Spørreundersøkelser om deliriumscreening gjennomført blant sykepleiere både før og etter implementeringen av 4 A's Test i fase 2 av studien.</p>			
Coyle et al. (2017)	Studien ønsket å undersøke sykepleieres kunnskap og praksis i vurdering og identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus.	<p>Kvalitativ metode:</p> <p>Data ble samlet inn gjennom semistrukturerte gruppeintervju.</p> <p>Sykepleierne ble spurt</p>	Registrerte sykepleiere (RN) med erfaring i identifisere delirium hos eldre. Sykepleiere som kun jobbet i intensivavdeling eller i alkohol- og rusomsorg ble ekskludert.	<p>Funnene fra den tematiske analysen ble delt opp i 3 temaer: Det er ikke min jobb, det er min jobb, det er komplekst.</p> <p>Det kommer fram at sykepleiere spiller en viktig</p>	<p>Artiklene gir innsikt i sykepleieres perspektiver og erfaringer knyttet til vurdering og identifisering av delirium hos eldre pasienter. Den kvalitative</p>

		<p>hvordan de gjenkjenner, vurderer og identifiserer delirium hos eldre på sykehus.</p> <p>Intervjuene ble tatt opp på bånd og deretter transkribert og analysert ved hjelp av tematisk analyse, forså å organisere og presenterte temaene i tre deler.</p>	<p>Totalt gjennomført 8 intervjuer bestående av 3-7 registrerte sykepleiere</p>	<p>rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter, men det utfordringer knyttet til dette.</p> <p>Studien viste at det var en splittelse innad om hvem som hadde ansvaret. Noen mente det ikke var deres rolle, andre mente det var andre yrkesgruppes ansvar (eks. spesialister), og noen anerkjente det som deres ansvar. Mangel på ressurser, obligatorisk opplæring og utdanning på arbeidsplassen var faktorer som fremmet synet om at det ikke var deres rolle.</p> <p>Manglende og støtte opplæring fra arbeidsgiver, manglende og kunnskap om</p>	<p>metoden gjør det også mulig å undersøke temaer som ikke alltid kan måles kvantitativt. Det kan være med på å gi oss en dypere forståelse av sykepleierens rolle i identifiseringen og barrierer som hindrer dette.</p> <p>Sier noe om viktigheten av et fullstendig datainnsamling, og viktigheten av samarbeide med for å samle inn informasjon om pasientenes normale tilstand. Ser også på viktigheten av å kjenne til</p>
--	--	---	---	---	--

				<p>delirium, mangel på tid og ressurser, og lite kunnskap om systematisk kartlegging og evidensbaserte verktøy for deliriumsvurdering og identifisering, som for eksempel CAM</p> <p>En manglende implementering av verktøyene i praksis og mangelfull opplæring gjør at de ikke blir anvendt godt nok.</p> <p>I studien kommer viktigheten av å fremme pedagogiske tiltak for å øke sykepleierens kunnskap om delirium og gjenkjenning av den for å sikre evidensbasert klinisk praksis. Det var også behov for mer trening og ressurser for</p>	<p>pasientens tidligere tilstand gjennom kontinuitet, tidligere innleggelser og tidligere rapporter/dokumentasjon. Sier noe om samarbeidet med familiemedlemmer for å fange opp endringer i pasientens normale tilstand.</p>
--	--	--	--	---	--

				<p>bruken av kartleggingsverktøy i praksis. CAM ble sett på som et verktøy som var nyttig for å validere sykepleierens bekymringer om en mulig deliriumtilstand.</p> <p>Utfordringer og kunnskapsmangel med å identifisere hypoaktivt delirium, og skille delirium fra demens.</p>	
De & Wand (2015)	Gjennomgå og valuere ulike screeningsverktøy som brukes for å oppdage delirium hos pasienter innlagt på sykehus, i et forsøk på å hjelpe sykepleiere i å	<p>Kvantiativ metode: Systematisk oversiktsartikkel</p> <p>Systematisk gjennomgang av eksisterende forskning på området,</p>	<p>31 studier ble som undersøkte ulike verktøy for å oppdage delirium hos sykehuspasienter ble inkludert i oversikten. 21 screenings</p>	<p>Foreligger mange screeningsverktøy, og kan være vanskelig å vite hvilket man skal bruke. Verktøyene blir validert ut i fra sensitivitet og spesifisitet. De</p>	<p>Relevans:</p> <p>Undersøker flere kartleggingsverktøy inkludert 4AT og CAM, og hvilke kliniske settinger de kan egne seg for.</p>

	<p>velge riktig verktøy i identifisering av tilstanden. Artikkelen identifiserer tilgjengelige screeningsverktøy, diskuterer fordeler og ulemper med disse, og anbefalinger om hvilken pasientgruppe og kliniske situasjon de enkelte verktøyene egner seg best for.</p>	<p>funnet fra søk i databasene Medline, Cinahl og Pscycinfo.</p>	<p>verktøy ble undersøkt og validert.</p>	<p>ble og vurdert ut i fra nødvendig opplæring, nødvendig kunnskapsnivå tidsbruk, elementer i vurderingen, og beste bruksområdet/setting.</p> <p>CAM: Mest brukte screeningsverktøyet internasjonalt. Relativt enkelt, men bruker 5-10 min. Trenger en del opplæring før bruk, da feil bruk kan hemme validiteten og relabiliteten til verktøyet.</p>	<p>Inkluderer artikler publisert på engelsk, innlagte populasjoner, spesifikk bruk av «delirium» som søkeord (mot akutt forvirringstilstand, organisk hjernesyndrom osv.)</p>
--	--	--	---	---	---

				<p>4AT kan være nyttig i en rekke kliniske innstillinger.</p> <p>4AT = rask og enkel, ca. to min fullføre, krever ingen spesifikk opplæring, utføres av sykepleiere eller annet helsepersonell.</p> <p>4AT pålitelig og validert for bruk på ulike pasientpopulasjoner, er kjent i denne forbindelse for sin evne til å vurdere pasienter</p> <p>Med vekslende bevissthetsnivå og hypoaktivt delirium, og etablert demensdiagno</p>	
--	--	--	--	---	--

				se	
				Viktig med nødvendig opplæring før bruk av alle kartleggingsverktøyene. Viktig med et verktøy som lett kan anvendes i en travel hverdag, samt fange opp hypomotorisk delirium.	
Solá et al. (2018)	Hensikten med studien var å undersøke hvordan en omfattende sykepleievurdering (bygget på Virginia Hendersons 14 grunnleggende behov), kan brukes som en metode for å identifisere eldre inneliggende	Kvantitativ metode: En kaskontroll studie hvor pasienter med insidens delirium ble sammenlignet med en kontrollgruppe bestående av pasienter	Det ble inkludert 454 pasienter over 65 år i studien (150 med delirium og 304 uten delirium). Disse var innlagt på både medisinske og kirurgiske avdelinger.	Resultatet viste at en omfattende sykepleievurdering var en effektiv metode å kartlegge pasienter med økt risiko for å utvikle delirium. Pasienter som utviklet	Relevans: ser på sykepleiers rolle i risiko for delirium, og virkevariabler sykepleiere burde se etter for å identifiseringen av tilstanden. Sykepleievurderinger som bygger på Virginia

	<p>sykehuspasient er med økt risikoen for utvikling av delirium. Studien ønsket også å identifisere ulike variabler i pasientenes grunnleggende behov påvirket av delirium, som kan brukes i risikovurderingen.</p>	<p>uten delirium.</p> <p>Sykepleiere utførte en grundig sykepleievurdering av hver pasient under innleggelsen. Data om risikovariabler og omsorgsbehov til studien ble innhentet fra pasientenes elektroniske journaler. Sykepleierapporterte variabler ble både analysert separat for å vurdere de enkeltes assosiasjon med økt risiko for</p>		<p>delirium under sykehusoppholdet hadde langt flere utslag på flere av variablene brukt i sykepleievurderingen. Det var 8 faktorer/variablene som var signifikant assosiert med risiko for delirium, og som kunne være med på identifisere mer enn 90% av sykehuspasienter som kan være i risiko for utvikling av delirium. Disse 8 var;</p> <p>Alder, Urininkontines og bruk av urinkateter,</p>	<p>Hendersons 14 grunnleggende behov.</p>
--	---	---	--	--	---

		delirium, og sammen for å kartlegge hvilke variabler som hadde størst betydning for risiko for delirium.		immobilisering, søvnproblemer , demens/kognitiv svikt, alkoholmisbruk , mangel på relasjoner/støttesystem.	
--	--	--	--	--	--