

Margit Kristine Hjartnes
Anne Kristiansen

Delirium – kan vi klare å screene for dette i en hektisk hverdag?

Hvordan opplever helsepersonell å bruke 4AT, er det et enkelt og godt screeningskjema for delirium?

Masteroppgave i MGERONT

Veileder: Geir Vegard Berg

Mai 2019

Margit Kristine Hjartnes
Anne Kristiansen

Delirium – kan vi klare å screene for dette i en hektisk hverdag?

Hvordan opplever helsepersonell å bruke 4AT, er det et enkelt og godt screeningskjema for delirium?

Masteroppgave i MGERONT
Veileder: Geir Vegard Berg
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Sammendrag

Bakgrunn: Forskning forteller at delirium er den mest utbrede psykiatriske diagnosen på tvers av helsetjenesten og rammer mellom 30 -50% av eldre pasienter innlagt på sykehus. I kommunehelsetjenesten er forekomsten av delirium dårligere kartlagt, men anslått til å være rundt 25% for personer med demens, i sykehjem og hjemmesykepleien. Belastningen ved delirium er stor for pasienten selv, for pårørende og for helsetjenesten. På tross av dette dokumenteres ikke delirium rutinemessig i norske sykehus og vi antar at det samme er tilfelle i kommunehelsetjenesten. Overordnede mål for studien er å sette fokus på diagnosen delirium.

Hensikt: Undersøke om et relativt nytt og enkelt screeningverktøy for delirium kan føre til at screening kan gjøres rutinemessig i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Metode: Kvalitativ metode med fokusgruppeintervju av et strategisk utvalg av helsepersonell (omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere og sykepleiere) i en generell medisinsk avdeling i spesialisthelsetjenesten og i ett distrikt i kommunehelsetjenesten. Analyse er gjennomført ved hjelp av Malterud systematiske tekstkondenseringens metode.

Resultat: Helsepersonell opplevde 4AT som et raskt, enkelt og nyttig screeningsverktøy. Bruken forbedret dokumentasjonen, ga ny kunnskap om emnet og gjorde det enklere å oppdage delirium og kognitive endringer. Vansker var knyttet til kontinuitet, oppfølging, tid, lite bevissthet og kunnskap om delirium, manglende retningslinjer og språk. Helsepersonellet var positive til screening for delirium, men ønsket det inn i rutine slik at det ble en felles innarbeidet praksis.

Konklusjon: Helsepersonell opplevde 4AT som et raskt, enkelt og nyttig screeningsverktøy, men 4AT møter de samme barrierene for god deliriumomsorg som andre screeningskjema har gjort tidligere. Skal vi klare å screene for delirium i en hektisk hverdag kan det ikke bare være den enkelte helsepersonells ansvar, det må også være vilje til dette organisatorisk, politisk og i utdanningssystemet.

Abstract

Background: Research claim that delirium is the most widespread psychiatric diagnosis across the health service and affects between 30-50% of elderly patients admitted to hospital. In the primary health care, the incidence of delirium is poorly researched, but estimated to be around 25% for people with dementia, in nursing homes and home care. The burden of delirium is great for the patient himself, for relatives and for the health service. Despite this, delirium is not routinely documented in Norwegian hospitals and we assume that the same is the case in the municipal health service. The overall goal of the study is to focus on the diagnosis of delirium.

Purpose: To investigate whether a relatively new and simple screening tool for delirium can cause screening to be routinely performed in the specialist health services and primary health care.

Method: Qualitative method with focus group interview of a strategic selection of health personnel (health care workers, auxiliary nurses and nurses) in a general medical hospital unit of the specialist health care and of one district in the primary health care. Analysis is performed using Malterud Systematic Text Condensation method.

Result: Health personnel experienced 4AT as a rapid, easy and useful screening tool. The use improved the documentation, provided new knowledge on the subject and made it easier to detect delirium and cognitive changes. Difficulties were linked to continuity, follow-up, time, little awareness and knowledge of delirium, lack of guidelines and language. The healthcare professional was positive to use screening for delirium but wanted it into the routines so it would become a common incorporated practice.

Conclusion: Healthcare professionals experienced 4AT as a rapid, easy and useful screening tool, but 4AT faces the same barriers for good delirium care as other screening forms have done before. If we are going to be able to screen in a pressured workday, it cannot just be the responsibility of the individual health personnel, there also need to be a willingness for this organizationally, politically and in the education system.

Forord

Vi vil rette en stor takk til gode kollegaer og ledere på våre to arbeidsplasser som gjorde dette prosjektet mulig. Videre en stor takk til Per Erik Solem som har fulgt oss gjennom hele masterstudiet i Gerontologi samt gode og inspirerende medstudenter. Våre familiemedlemmer som har støttet og holdt ut med oss fortjener også en takk. Til slutt en takk til veileder Geir Vegard Berg.

Innhold

| | |
|---|----|
| Sammendrag | v |
| Figurer | ix |
| Tabeller | ix |
| 1 Innledning | 11 |
| 1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling | 11 |
| 1.2 Studiens formål..... | 11 |
| 1.3 Problemstilling | 12 |
| 1.4 Begrepsavklaringer..... | 12 |
| 1.5 Oppgavens oppbygning..... | 13 |
| 2 Bakgrunn..... | 14 |
| 2.1 Delirium..... | 14 |
| 2.1.1 Diagnostikk | 15 |
| 2.1.2 Utløsende faktorer..... | 16 |
| 2.1.2.1 Alder som predisponerende faktor..... | 16 |
| 2.1.3 Patofysiologi | 17 |
| 2.1.4 Forebygging og behandling..... | 17 |
| 2.1.4.1 Tverrfaglig behandling | 17 |
| 2.1.4.2 Medikamentell behandling..... | 18 |
| 2.2 Hvorfor bør vi screene for delirium | 18 |
| 2.3 CAM | 19 |
| 2.4 4AT | 19 |
| 2.5 Eldre og samfunn | 22 |
| 2.5.1 Helsetjeneste i endring | 22 |
| 2.5.2 Samhandlingsreformen | 23 |
| 2.5.2.1 Samhandlingsreformen og samhandling | 25 |
| 2.5.3 Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten | 25 |
| 2.5.4 Lokale behandlingslinjer og fagprosedyrer | 26 |
| 2.6 Kunnskapens mange ansikter | 27 |
| 2.6.1 Kunnskapsbasert praksis..... | 27 |
| 2.6.2 Fra kunnskap til praksis | 29 |
| 2.7 Etikk..... | 32 |
| 3 Metode | 34 |
| 3.1 Litteratursøk..... | 34 |
| 3.2 Design | 35 |
| 3.3 Redegjørelse for eget ståsted og forforståelse..... | 35 |

| | | |
|-------|---|----|
| 3.4 | Utvalg | 36 |
| 3.5 | Rekruttering | 37 |
| 3.6 | Fokusgrupper | 39 |
| 3.7 | Transkribering-fra tale til tekst..... | 40 |
| 3.8 | Metode for analysering av data | 40 |
| 3.8.1 | Helhetsinntrykk..... | 41 |
| 3.8.2 | Meningsbærende enheter – fra tema til koder..... | 41 |
| 3.8.3 | Kondensering | 44 |
| 3.8.4 | Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater | 45 |
| 3.9 | Forskningsetikk..... | 45 |
| 3.10 | Pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet..... | 46 |
| 4 | Analyseresultater | 49 |
| 4.1 | En objektiv hurtigtest med subjektive komplikasjoner..... | 49 |
| 4.2 | Nytteverifiseringsnøkkel | 50 |
| 4.3 | Nyttehindringer..... | 52 |
| 4.4 | Inn i rutinene og samarbeid - ett ansvar for flere | 54 |
| 5 | Diskusjon..... | 56 |
| 5.1 | Opplever helsepersonell at 4 AT er ett enkelt og raskt screeningverktøy for delirium? | 56 |
| 5.2 | Helsepersonells opplevelse av nytteverdi ved bruk av 4AT? | 58 |
| 5.3 | Helsepersonells opplevelser av vansker ved bruk av 4AT? | 59 |
| 5.4 | Hvordan kan helsepersonell klare å screene? | 61 |
| 6 | Oppsummering og konklusjon | 64 |
| | Referanser | 66 |

Figurer

| | |
|--|----|
| Figur 1: DSM-5 kriteriene for delirium | 15 |
| Figur 2: Kunnskapsbasert praksis | 28 |
| Figur 3: Analyseprosess | 43 |

Tabeller

| | |
|--|----|
| Tabell 1: Fordeling, deltagere og utdanning | 37 |
| Tabell 2: Fordeling alder, arbeidserfaring og lokalitet | 37 |
| Tabell 3: Analysetrinn for systematisk tekstkondensering | 41 |

1 Innledning

Denne studien har som hensikt å undersøke hvordan helsepersonell opplever å bruke ett forholdsvis nytt screeningverktøy for delirium, videre om verktøyet bidrar til at vi klarer å screene for delirium i en hektisk hverdag. Studiens kontekst vil være en generell indremedisinsk avdeling i spesialisthelsetjenesten og et distrikt i kommunehelsetjenesten (hjemmesykepleien og sykehjem).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Som sykepleiere ser vi daglig hva den eldre pasient kan streve med ved sykdom. Delirium er en vanlig akuttmedisinsk komplikasjon hos eldre personer med somatisk sykdom og demens. Delirium ble valgt som tema for denne masteroppgaven, fordi forskning viser at tilstanden er oversett og underdiagnostisert. Forekomsten er stor hos eldre innlagt på sykehus, den øker med alder, men er dårlig undersøkt i sykehjem og blant eldre hjemmeboende. Beste behandling er forebygging (Inouye *et al.*, 1999). Ved delirium er det avgjørende at tilstanden blir oppdaget, bakenforliggende årsaker kartlagt og behandlet (Evensen *et al.*, 2016). Tilstanden gir økt risiko for funksjonstap, demens og død.

1.2 Studiens formål

Forskning sier at delirium kan være vanskelig å gjenkjenne og er forbundet med mange komplekse underliggende medisinske forhold. Diagnosen baseres ofte på det kliniske bildet, på sykehistorie eller på opplysninger fra pårørende. Forebyggende tiltak og screening for delirium hører til unntakene (Leentjens, Maclulich og Meagher, 2008). Vår erfaring sier det samme og at skjønnsmessige vurderinger ligger til grunn ved rapportering/ dokumentasjon av mistanke om delirium. Dette til tross for at tilstanden er en stor belastning for pasienten selv, for pårørende og for helsetjenesten.

Nylig ble screeningskjemaet 4AT for oppdagelse av delirium og kognitiv svikt oversatt til norsk. Det er et screeningsverktøy som kan brukes av alle typer helsepersonell (Evensen *et al.*, 2016). Hittil har CAM vært det mest brukte screeningverktøy for delirium, men har vist seg lite nyttig i praktisk bruk (Sykehuset Innlandet HF, 2017). Det kan derfor antas at et brukervennlig og raskt screeningsverktøy for delirium kan være lettere å implementere i den kliniske hverdagen.

Studien har som mål å fortelle om opplevelser helsepersonell har med å bruke 4AT, et nytt, enkelt og raskt screeningverktøy for delirium. Er det ett enkelt screeningverktøy som skal til, for at vi kan klare å screene for delirium i en hektisk hverdag?

1.3 Problemstilling

På bakgrunn av tidligere presentasjon i dette kapittelet har vi valgt følgende problemstilling:

«Hvordan opplever helsepersonell å bruke 4AT, er det ett enkelt og godt screeningskjema for delirium?»

Følgende forskningsspørsmål søkes besvart i studien:

- Hvordan opplever helsepersonell å bruke screeningskjemaet 4AT?
- Er det ett enkelt og godt screeningskjema?
- Hvordan kan vi klare å screene for delirium i en hektisk hverdag?

1.4 Begrepsavklaringer

Screening, vil si en undersøkelse av en gruppe mennesker med en test eller annen standardisert undersøkelsesmetode som har til hensikt å finne en uoppdaget sykdom eller risikofaktor for sykdom. Screening skal gi et diagnostisk resultat, men skal påvise de personene som er aktuelle for nærmere undersøkelse (Braut, G. 2018) Screening brukes hovedsakelig om undersøkelser i store befolkningsgrupper. I denne oppgaven blir screene brukt i betydning av bruk av screeningskjemaet 4AT på aktuelle pasienter i spesialist- og kommunehelsetjenesten.

Screeningsverktøy/screeningskjema, vil bli brukt om hverandre i oppgaven og har samme betydning.

Helsepersonell er ett samlebegrep for mange som tar del i omsorg og behandling av pasienter, men når vi refererer til helsepersonell i vår studie og i diskusjonsdelen av oppgaven inkluderer denne betegnelsen kun omsorgsarbeidere, helsefagarbeidere, hjelpepleiere og sykepleiere.

Pasient er en person som er syk og mottar hjelp fra helsetjenesten, imidlertid er pasient som begrep oftest brukt av behandlende personale i sykehus, mens pasienter på sykehjem ofte kalles beboere og mottagere av hjemmesykepleie kalles brukere (Bruusgaard, 2019). I denne oppgaven bruker vi for det meste begrepet pasient uansett hvilket omsorgsnivå de mottar tjenester fra.

1.5 Oppgavens oppbygning

I første kapittel beskrives bakgrunn for studien og problemstilling. Andre kapittel redegjør for sentrale begreper og forhold som kan påvirke hvordan eldre mennesker i risikozonen eller med delirium, møtes i helsevesenet. Kunnskap oppfattes som essensielt i forhold til denne pasientgruppen og diagnosen delirium. Kapittel nummer tre beskriver valg av metode, litteratursøk og eget ståsted. Forskningsprosessen blir gjort rede for og hvordan vi gjennom hele prosessen har forsøk å holde oss innenfor god forskningsetikk, pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet. Resultatet av analysens funn blir presenter i kapittel fire og funnene diskuteres opp mot relevant litteratur i kapittel fem. Avslutningsvis gjentas studiens forskningsspørsmål og bakgrunn, en kort oppsummering av funnene før konklusjon med svar på problemstilling. Til slutt en kommentar til oppgaven og anbefalinger for videre forskning.

2 Bakgrunn

2.1 Delirium

Tilstanden ble beskrevet av Hippokrates allerede for 2500 år siden og var den første psykiske lidelsen i medisinsk litteratur. Delirium er også den mest utbredte psykiske lidelsen på tvers av helsetjenesten og har lenge vært medisinens Askepott på grunn underrapportering, selv om konsekvensene av delirium var godt kjent og anerkjent. Diagnosens svøpe har vært dens tverrfaglighet natur der ingen spesialitet har tatt ansvar for forebygging, utvikling av behandling og forskning (Leentjens, Maclulich og Meagher, 2008).

Delirium er ikke en sykdom i seg selv men, en tilstand eller ett syndrom som kan oppstå ved flere forskjellige sykdommer. Tilstanden kjennetegnes ved endring av bevissthet, redusert evne til å fokusere, opprettholde og skifte oppmerksomhet. Forståelsesevne, hukommelse og orienteringsevne i her og nå situasjon vil være redusert. Pasienten vil ha endret motorisk adferd og tilstanden har et fluktuerende og svingende forløp. Symptomene kan veksle gjennom døgnet i en hypoaktiv, hyperaktiv eller blandet variant og søvnmønsteret kan være endret. Særlig hypoaktivt delirium blir ofte oversett, og kan derfor ha en svært dårlig prognose. Akutt endring i bevissthet og oppmerksomhet skal gi mistanke om delirium, men blir ofte oversett (Neerland, Watne og Wyller, 2013; Ranhoff, 2014).

Tilstanden er hyppig hos eldre og er anslått til å ramme 30 – 50 % av alle eldre (Myrstad *et al.*, 2017; Evensen *et al.*, 2016) Forekomst i sykehjem er også antagelig høy, men er dårligere undersøkt. Det er anslått at forekomsten blant personer med demens, pasienter i sykehjem og med hjemmesykepleie er rundt 25% (Nygaard og Bondevik, 2012).

Delirium har vist seg å føre til forlenget sykehusopphold, nedsatt funksjon, kognitiv tilbakegang, høyere dødelighet og økt risiko for institusjonalisering for den som rammes, og er en stor belastning for pasienten, pårørende og for helsetjenesten (Neerland, Watne og Wyller, 2013; Inouye, Westendorp og Saczynski, 2014).

2.1.1 Diagnostikk

Diagnosekriteriene legger vekt på at det er en akutt oppstått tilstand som har en utløsende årsak som ikke kan forklares av kjent demenstilstand. Diagnosen baseres ofte på det kliniske bildet, på sykehistorie eller på opplysninger fra pårørende (Wyller, 2015). DSM systemet er det mest vanlige klassifikasjonssystemet brukt i psykiatrisk forskning og den femte versjonen kom i 2013. American Psychiatric Association står bak utgivelsene (Malt, 2018, 20 februar). Diagnostiske kriterier for delirium fra DSM-5 vil være som beskrevet under og alle må være oppfylt (Wyller, 2015).

Figur 1: DSM-5 kriteriene for delirium

- A. Forstyrret oppmerksomhet (reduisert evne til å fokusere, opprettholde og endre oppmerksomhet) og bevissthet (reduisert orientering til miljøet omkring seg).
- B. Forstyrrelsene utvikler seg i løpet av kort tid (vanligvis fra timer til noen få dager), representerer endring fra vanlig oppmerksomhet og bevissthet, og alvorlig-hetsgraden har en tendens til å fluktuere gjennom døgnet.
- C. Forstyrret kognisjon (f.eks. hukommelse, orientering, språk) eller persepsjonsforstyrrelser.
- D. Forstyrrelsene i kriteriene A og B kan ikke bedre forklares med en allerede kjent nevrokognitiv lidelse eller med oppvåkingsfasen fra koma.
- E. Det er holdepunkter fra sykehistorie, klinisk undersøkelse eller laboratoriesvar for at forstyrrelsen en direkte fysiologisk konsekvens av en annen medisinsk tilstand, forgiftning av kjemiske substanser (rusmidler eller legemidler), abstinens, annen toksisk påvirkning eller har multiple årsaker.

(Ranhoff, 2014)

Delirium kan være vanskelig å gjenkjenne og er forbundet med mange komplekse underliggende medisinske forhold, i tillegg presenterer delirium seg på flere måter. Hyperaktivt delirium også kalt agitert delirium er preget av høyt psykomotorisk tempo, pasientene er urolige og ofte hallusinerte. Hypoaktivt delirium eller «stille delirium» karakteriseres med apatiske, langsomme, initiativløse og somnolente pasienter som gjerne sovner fra under samtale. (Neerland, Watne og Wyller, 2013). Siden tilstanden ofte er fluktuerende kan den være vanskelig å gjenkjenne. En veksling mellom hyper- og hypoaktivt delirium er likevel det vanligste, denne vekslingen kan gå fort, fra det ene øyeblikket til det andre eller vekslingen går saktere over dager. Denne typen delirium kalles blandet delirium. Når ikke alle de diagnostiske kriteriene i DSM-5 er oppfylt, men pasienten har fått akutt dårligere kognitiv funksjon, uten at sikker bevissthetsforstyrrelse er påvist kalles det ett subsyndromalt delirium (Wyller, 2015).

I en studie fant forfatterne gjennom litteraturgjennomgang at riktig benevning av diagnosen bare ble gjengitt i halvparten av tilfellene. Kunnskap om diagnosekriteriene for delirium er fortsatt begrenset og riktig benevning av diagnosen blir ofte ikke brukt. Dette medfører at tilstanden blir omtalt som for eksempel "akutt forvirringstilstand", "toksisk metabolsk encefalopati" eller "psykomotorisk agitasjon". Behandlende helsepersonell har behov for opplæring for at symptomer på delirium skal bli gjenkjent for hva det er og at begrepet delirium brukes både i språk, i journalnotater og utskrivelsesappirer for å forbedre videre behandling (Bellelli *et al.*, 2018).

Mange pasienter i akuttmottak har kognitiv svekkelse og delirium, men blir ofte ikke oppdaget av legene der før de sendes hjem eller til videre behandling (Kennelly *et al.*, 2013). Flere studier har vist at leger ikke dokumenterer eller er oppmerksomme på kognitiv svekkelse og delirium (Hustey og Meldon, 2002; Hustey *et al.*, 2003). Hos sykepleiere er også oppfatningen sprikende når det gjelder hvem sitt ansvar det er å vurdere og identifisere delirium (Coyle, Burns og Traynor, 2017).

2.1.2 Utløsende faktorer

Det finnes ikke ett enkelt svar på hva som utløser ett delirium og det betyr at man må se på både utløsende faktorer og predisponerende faktorer og interaksjoner mellom disse. Utløsende faktor er akutt sykdom eller skade, jo mer alvorlig jo større risiko for å utløse ett delirium. Således kan ett delirium utvikles hos alle. Vi vet at høy alder over 80 år, demens, hjernesykdommer som Parkinsons sykdom eller gjennomgått hjerneslag og sensorisk deprivasjon er predisponerende faktorer for delirium (Neerland, Watne og Wyller, 2013; Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014).

Andre faktorer som kan disponere ytterligere for utviklingen av delirium er behandlingstiltak som f.eks. urinkateter, legemidler og miljømessige faktorer som å bli liggende på korridor, stort skifte av personell, mangel på ro og dårlig kommunikasjon (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014).

2.1.2.1 Alder som predisponerende faktor

Kroppen er vanligvis i en likevektstilstand når det gjelder biologiske og kjemiske forhold, når høy alder i seg selv er en predisponerende faktor skyldes dette at med alder svekkes både hurtighet, sensitivitet, presisjon og kapasiteten av likevekts-reguleringene eller homøostasen. Det vil si at blodsukker, blodtrykk, hemoglobinverdi, oksygenmetning, temperatur, hormonnivåer, surhetsgrad, saltinnhold og væskebalanse er berørt. Stressituasjoner som ved sykdom, tap, medikamentbruk eller operative inngrep kan derfor gi andre reaksjoner og mer alvorligere konsekvenser enn hos yngre. Det kan raskt oppstå alvorlig organsvikt i flere organer og homøostasen bryter sammen (Nygaard og Bondevik, 2012). Svekkelser i homeostasen kan være vanskelig å måle, men det er likevel viktig å ha kunnskap om dette (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014). Det kan føre til at sykdom eller subakutt sykdom hos eldre presenterer seg med symptomer fra ett annet organ en der sykdomsprosessen starter (Nygaard og Bondevik, 2012). Slik kan delirium representere en akutt alvorlig sykdom og det er derfor vesentlig å gjenkjenne symptomene og finne den utløsende årsaken (Myrstad *et al.*, 2017; Evensen *et al.*, 2016).

2.1.3 Patofysiologi

Delirium gir en akutt svikt i hjernens funksjon, hva som er mekanismen bak dette er fortsatt til dels ukjent og preget av hypoteser. Vi har sett at det er flere faktorer og tilstander som er disponerende for delirium i tillegg presenterer tilstanden seg på ulike måter. Det er derfor ikke utenkelig at patofysiologien også kan variere (Wyller, 2015).

Den rådende teorien på området er at det er to veier til deliriumutvikling, den ene skyldes skade eller sykdom i hjernen, den andre er forårsaket av tilstander som påvirker hjernens stoffskifte og impulsoverføring og vil gi en reversibel forstyrrelse av hjernens funksjon. Psykiske reaksjoner kan også gi delirium og forklares særlig ved kortisol påvirkning på hjernemetabolismen (Ranhoff, 2014)

2.1.4 Forebygging og behandling

Når vi setter disse to punktene sammen er det fordi de har en del til felles. I forebygging vil identifisering av risikopasienter være sentral. I behandling av delirium vil identifisering og behandling av utløsende årsak være sentral. Likt i både forebygging og behandling er å optimalisere fysiologiske funksjoner, optimalisere organfunksjon og iverksette miljøtiltak (Ranhoff, 2014).

Det er hevdet at deliriumforekomsten i sykehus og sykehjem ikke bare er ett resultat av pasientens karakteristika, men også av kvaliteten av behandling og pleie (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014). Selv om delirium noen ganger er unngåelig fordi det utløses av nødvendige undersøkelser og behandling viser forskning at det i mange tilfeller kan forebygges ved å være oppmerksom på andre utløsende faktorer som for eksempel: kognitiv svekkelse, legemiddelhåndtering, hypoksi, elektrolyttforstyrrelser nedsatt syn og hørsel, dårlig søvn og normal døgnrytme, immobilisering, stress dårlig ernæring og dehydrering. I motsatt fall kan helsepersonell være med på å opprettholde og forlenge pasientens deliriumtilstand (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014; Inouye, 2006).

2.1.4.1 Tverrfaglig behandling

Det er allment kjent at et velstrukturert tverrfaglig behandlingsprogram kan redusere forekomsten av delirium hos disponerte pasienter og forkorte varighet og alvorlighetsgrad hos de som utvikler delirium (Wyller, 2015; O'Mahony *et al.*, 2011; Helsebiblioteket.no, 2016a). Geriatrik behandling har som hovedformål å vurdere pasientens medisinsk, samt funksjons- og psykososiale ressurser og problemer. Denne utredningen legger grunnlaget for ett behandlingsopplegg som tar hensyn til pasientens behov, pasientens og pårørendes forventninger og tilgjengelige ressurser (Nygaard og Bondevik, 2012). En geriatrik tilnærming vil være å ikke se bare på diagnosen, men på hva som vil bli den beste behandling totalt sett. Ett tverrfaglig geriatrik team betyr ikke at alle pasienter har behov for alle deltagerne som er involvert, men lege og sykepleiere

og pleiepersonell er faste deltagere. Andre vanlige faggrupper er ergo- og fysioterapeuter, men farmasøyt, sosionom, ernæringsfysiolog og psykolog kan også være aktuelle (Nygaard og Bondevik, 2012). Mange sykehus har geriatrike enheter, men det er ikke realistisk at alle geriatrike pasienter kan behandles der. Tidlig mobilisering og oppstart av rehabilitering er trolig de viktigste enkelttiltak og alle akuttavdelinger som behandler eldre pasienter med deliriumsrisiko må ha slike rutiner (Wyller, 2015).

2.1.4.2 Medikamentell behandling

Den viktigste medikamentelle behandlingen kan se ut til å være seponering, nulle ut eventuelt dose justere alle ikke livsnødvendige medikamenter. For å forebygge skade, utføre nødvendig behandling og dempe ett høyt stressnivå anbefales Haloperidol og Risperidon. Heminevrin anbefales brukt for å fremme søvn på natt. Oxazepam kan brukes ved uro og angst, men er ikke førstevalg (*Akutt delirium (forvirring) hos eldre*, 2012). Forskning viser ingen endelige bevis på at medikamentell behandling forebygger eller behandler delirium, men at det brukes i behandling også framfor tverrfaglig behandlingsprogram når det gjelder hyperaktivt delirium (Meagher *et al.*, 2013). En nyere flerårig studie utført med dobbeltblinding viste at de mest brukte medikamentene i deliriumbehandling Haloperidol og Risperidon hadde dårligere effekt, ga mer ekstra-pyramidale bivirkning og førte til økt dødelighet sammenlignet med placebo (Boettger og Jenewein, 2017).

2.2 Hvorfor bør vi screene for delirium

Delirium er underdiagnostisert og spesielt hypoaktivt delirium. Årsaken til dette er anslått å være manglende kunnskap eller mistolking av delirium som depresjon eller demens.

Diagnostikk som baserer seg på kliniske observasjoner uten bruk av relevante screeningverktøy, føre ofte til at diagnosen ikke blir avdekket (Evensen *et al.*, 2016). Ett standardisert screeningverktøy kan bidra til å påvise enkelte symptomer på en systematisk måte slik at diagnosen kan dokumenteres, utviklingen kan følges gjennom forløpet og man kan lettere evaluere effekten av tiltak som settes i gang (Grover og Kate, 2012).

Deliriumscreening bør utføres på alle pasienter i risikozonen ved akutt innleggelse i spesialisthelsetjenesten og fastleger/sykehjemsleger i den kommunale omsorgen må kunne gjenkjenne og screene for delirium. For å minske innleggelse grunnet delirium i spesialisthelsetjenesten trenger også personal på sykehjem kunnskap om forebygging og oppdagelse av denne tilstanden (Teodorczuk, Reynish og Milisen, 2012).

Forskjellige tester og skaler har vært foreslått som hjelpemiddel i diagnostisering av delirium, og det er utviklet en rekke screening- instrumenter for delirium som bygger på standard diagnostiske kriterier. De fleste har forblitt forskningsverktøy og brukes ikke i en klinisk hverdag (Shenkin, S. D. *et al.*, 2018). Det ideelle screeningsverktøyet bør være

kort, kreve lite eller ingen opplæring og være tilpasset den kliniske settingen det skal brukes i (Hendry *et al.*, 2016). Flere screeninginstrumenter med testtid på 3 minutter og mindre har blitt utviklet og validert de siste årene. Dette tillater screening av mange pasienter på relativt kort tid (Quispel - Aggenbach, 2018).

2.3 CAM

Flere studier har vist at Confusion Assessment Method (CAM) er det mest brukte i klinisk praksis (Martins, Simoes og Fernandes, 2011; Shenkin, S. D. *et al.*, 2018; De og Wand, 2017) og som også ses anbefalt her i Norge. Denne er basert på observasjon av pasienten over tid (Engedal *et al.*, 2009), noe som ikke alltid er gjennomførbart i en vanlig klinisk hverdag og nytten av skjemaet er avhengig av at personalet har fått grundig opplæring (Wyller, 2015). CAM har vist både sensitivitet og spesifisitet når det utføres av trent personale. Imidlertid tar dette verktøyet 10 minutter å fullføre fordi det krever en kognitiv vurdering først som for eksempel Mini-Cog. CAM baserer seg også på subjektive vurderinger av mental status noe som kan gi større usikkerhet om resultatet. Det kan derfor være mer tidkrevende og oppleves vanskelig for personalet (Shenkin, S. D. *et al.*, 2018). CAM er også utviklet i en kortversjon som tar kortere tid å administrere og en egen variant for intuberte intensivpasienter kalt CAM -Intensive Care Unit (CAM-ICU)

2.4 4AT

4AT er ett kortfattet verktøy for oppdagelse av delirium og kognitiv svikt og er utarbeidet av en gruppe skotske leger i Storbritannia (MacLulich, Ryan og Cash, 2014). Testen tar bare 1-2 minutter å gjennomføre og vil derfor egner seg godt i en vanlig klinisk hverdag. Testen krever ingen spesiell opplæring og kan brukes til evaluering av pasienter som ellers vil bli regnet som ikke testbare grunnet agitasjon eller uttalt søvnig. 4AT er i dag blant de mest brukte kliniske testene for delirium internasjonalt og inkluderer også to korte kognitive tester. Testen er validert i flere land (Bellelli *et al.*, 2014; MacLulich, Ryan og Cash, 2014; Hendry *et al.*, 2016; O'sullivan *et al.*, 2017; Baird og Spiller, 2017; De *et al.*, 2017), er oversatt til norsk, men ikke validert her ennå.

4AT består av fire vurderingsområder som gir score fra 0-2 eller 0-4 poeng:

1. Pasientens årvåkenhet
2. Mental vurdering
3. Pasientens oppmerksomhet
4. Akutt start, svingende forløp

Testen er egnet til bruk ved første gangs møte med pasienter i risiko for delirium og når det mistenkes delirium. Siden det er en viss fare for læringseffekt på de kognitive spørsmålene, er ikke 4AT i sin helhet egnet til daglig testing av samme pasient, men spørsmål 1 og 4 kan inngå i den daglige testingen. 4AT er ikke ett diagnostisk

verktøy, men kan fungere som en beslutningstøtte for helsepersonell i oppdagelse av symptomer på delirium som igjen kan formidles videre til lege for videre utredning og diagnostisering (Evensen *et al.*, 2016; MacLulich, 2014).

Testen kan gjennomføres av alle typer helsepersonell og det er understreket at enhver oppmerksomhetssvikt skal gi mistanke om delirium (Evensen *et al.*, 2016). En rask vurdering av mental status kan være avgjørende der det er mistanke om alvorlig sykdom som har behov for rask behandling. 4AT kan være et godt verktøy for dette (Myrstad *et al.*, 2017). Testen er konstruert slik at pasienter både med hypoaktivt og hyperaktivt delirium skal kunne fanges opp (Bellelli *et al.*, 2014; Evensen *et al.*, 2016).

Begrunnelsen for å utvikle 4AT kom på bakgrunn av manglete diagnostikk av delirium i medisinske og akutte enheter.

Mange screeningverktøy for delirium tar ikke opp hvordan man scorer når pasienten ikke er testbar fordi han er for trøtt, uvel eller agitert, testene blir derfor ufullstendige på den kognitive vurderingen. Dette kan bidra til at diagnose ikke blir dokumentert. Når det gjelder screening av denne svært vanlige tilstanden kommer vi ikke unna at mangel på tid også er en faktor og det er trolig krevende å innføre og implementere ett screeningskjema for delirium i tillegg til eksisterende generelle kognitive screeningverktøy. På bakgrunn av dette fant forskergruppe ut at det mangel ett raskt, enkelt og validert screeningverktøy for delirium som tok hensyn til disse faktorene (Shenkin, S. D. *et al.*, 2018).

Forskergruppen som utviklet screeningskjema satte som krav at det skulle kunne brukes i ett travelt akutt miljø, der det forventes av flere profesjoner kommer i kontakt med en pasientgruppe med stor heterogenitet og at risikoen for delirium er størst for de med demens.

- Kort (mindre enn 2 min)
- Lett å lære
- Lett å administrere og score
- Kan brukes av profesjonelle helsepersonell fra en rekke fagområder
- Tillater scoring av pasienter som er for døsig eller agitert for å gjennomgå kognitiv testing eller klinisk intervju
- Tar hensyn til informanthistorie
- Kan gjennomføres med skriftlige spørsmål til personer med alvorlig hørselshemming.
- Kan gjennomføres til pasienter med synshemming
- Krever ikke subjektive vurderinger basert på intervju
- Kombinerer delirium screening med generell kognitiv screening
- Trenger ikke et stille miljø for å brukes
- Krever ikke fysiske svar som tegning av figurer eller klokke (Shenkin, S. D. *et al.*, 2018).

Tilgjengelige skalaer og tester for delirium ble gjennomgått og analysert for å se om noen av disse kunne ha relevans i forhold til overnevnte kriterier og med fokus på screeningverktøyet CAM, men de fleste ble ekskludert på grunn av tid. De resterende manglet viktige funksjoner som bla screening for kognitiv svekkelse. Det ble derfor besluttet å lage ett nytt screeninginstrument (Shenkin, S. D. *et al.*, 2018).

Den første utgaven ble testet uformelt og tilbakemeldingene førte til oppdateringer av testen som igjen ble utprøvd. Etter gjentagende testing av en gruppe bestående av 20 leger og sykepleiere med forskjellig erfaring ble den endelige versjonen av 4AT vedtatt. Deretter ble det foretatt en revisjon der 4AT ble testet på en gruppe av 30 personer og resultatene ble sammenlignet opp mot de uavhengige diagnosekriteriene i DSM 5. Dette ga 100% følsomhet og 90% spesifisitet (Shenkin, S. D. *et al.*, 2018). En annen valideringsstudie ble utført i Italia på 234 pasienter viste følsomhet på 89,7% og en spesifisitet på 84,1 for delirium (Bellelli *et al.*, 2014; Shenkin, S. D. *et al.*, 2018)

Siden den innledende fasen har 4AT blitt oversatt til flere språk og er anbefalt i flere nasjonale retningslinjer (Shenkin, S. D. *et al.*, 2018).

Flere studier har vist lovende resultater, men det mangler fortsatt en stor valideringsstudie og denne pågår nå og omfatter 900 personer over 70 år innlagt i akuttmottak eller medisinsk sengepost. Studien har som hovedformål og øke oppdagelsen av delirium for å bedre behandling og konsekvensene av denne alvorlige tilstanden. Den vil derfor ha som primærmål og validere 4AT mot en referansestandard i diagnosesystemet. Sekundære mål er: (1) Sammenligne 4AT med CAM. (2) Avdekke om 4AT er sensitiv nok til å avdekke generell kognitiv svekkelse. (3) Fastsette om 4AT scor kan forutse lengde på innleggelsen og institusjonaliseringen og dødelighet opptil 12 uker etter innleggelse. (4) En helseøkonomisk analyse (Shenkin, S. D. *et al.*, 2018).

Det forskes mer på delirium det er større søkelys på tverrfaglig arbeid så fremtiden ser lysere ut. Det er opprettet store deliriumorganisasjoner som fremmer forskning og utdanning på delirium og er ett bindeledd mellom forskere og praktikere. Her i Europa har vi The European Delirium Association (EDA). World Delirium Awareness Day markeres hvert år og ber alle klinikere være ekstra oppmerksom og fremme informasjon om tilstanden. Dette til tross dokumenteres fremdeles ikke delirium på en rutinemessig måte i norske sykehus (Watne og Wyller, 2018).

På delirium dagen 14. mars 2018 ble det utført en punktprevalensundersøkelse på 10 norske sykehus mellom kl. 08 og 22 samme dag. Hensikten var å kartlegge forekomsten av delirium og kognitiv svikt blant eldre pasienter ≥ 75 år i norske sykehus. Begrunnelsen for undersøkelsen var at kartlegging av tilstandene ikke var utført her til lands tidligere. 4AT ble brukt som screeningverktøy og testen ble utført av geriater eller leger med god kjennskap til geriatri. Alder, kjønn, sykehus og innleggelsesavdeling ble også registrert. Funn fra denne undersøkelsen viste at 17% i den aktuelle aldersgruppen hadde delirium og 36% hadde kognitiv svikt og dermed høy risiko for delirium. 8 Sykehus mottok pasienter med delirium og alle sykehus mottok pasienter med tegn på kognitiv svikt. Alle sykehusavdelinger mottok pasienter med tegn til kognitiv svikt. Forskerne fant at screening i akuttmottak bør utføres og at alle avdelinger må ha prosedyrer for deliriumhåndtering (Evensen *et al.*, 2019).

2.5 Eldre og samfunn

Det siste århundre har ført med seg en varig demografisk endring i Norge. Først og fremst pga. lavere barnedødelighet, men også grunnet medisinske fremskritt og økt levestandard. Dette sammen med store barnekull i etterkrigsårene og lavere fødselstall har gitt befolknings framskrivninger som med tydelig sikkerhet viser at antall eldre vil øke betraktelig.

Hvordan dette vil slå ut er det større usikkerhet om. Hvor mye vil levealderen fortsette å øke? vil eldre få flere friske år før sykdom og svekkelse gjør seg gjeldende eller flere år med sykdom? Det er mange faktorer som spiller inn og uansett om eldre i framtiden vil holde seg friskere vil det også være flere som vil trenge hjelp og omsorg både pga. somatisk sykdom, funksjonsnedsettelse og psykisk sykdom og da spesielt demens.

Samfunnets syn på eldre er preget av ambivalens ved at vi vakler mellom respekt og forakt, sympati og antipati. I vår kultur der ungdommelighet og selvstendighet er verdier som settes høyt er negative holdninger til eldre størst. Dette kan ha gitt legitimitet til fordommer i forhold til aldring. Oppslag i media kan gi inntrykk av at eldre er en svak og ressurskrevende gruppe. Devaluering av alderdommen har gitt grobunn for negativ diskriminering av eldre. Robert Butler (1969) her i (Daatland og Solem, 2011) lanserte begrepet «alderisme» som handler om stereotype fordommer og diskriminering eldre møter grunnet alder alene. I dette ligger det også at de (eldre) er noe annet enn oss (de yngre) og slik opprettholdes skillet (Daatland og Solem, 2011; Wyller, 2016).

Gjennom lovverket, stortingsmeldinger, retningslinjer og forskrifter legger politikere føringer for hvilke verdier vi skal ha for helsetjenesten (Solvang og Slettebø, 2012).

Fremtidsutsiktene med en større andel eldre i forhold til yngre har gitt grobunn for bekymringer for velferdsstatens framtidseksistens. Ett annet aspekt er den medisinske- og teknologiske utviklingen som har funnet sted i vår del av verden. I dag kan vi diagnostisere, forebygge og behandle sykdommer på en helt annen måte enn tidligere. Dette har ført til større forventninger i befolkningen og på tross av at vi aldri har brukt mer penger på helse og har flere helsepersonell pr. innbygger, har forholdet mellom det som forventes av folket og det som kan tilbys blitt større (Lian, 2007).

2.5.1 Helsetjeneste i endring

På bakgrunn av dette har det norske helsevesen gjennomgått store forandringer de siste tiårene for nettopp å sikre at vi også i framtiden skal ha en god velferdsstat. Ansvaret for de forskjellige tjenestene har variert, statlig, fylkeskommunal og kommunal. I sykehusvesenet ble innsatsstyrt finansiering (ISF) innført i 1997. Denne modellen er utviklet i USA og kort fortalt bygger den på at diagnosegrupper får en refusjonsats i kroner og øre som skal dekke forventet ressursbruk. De sykehusene som klarer å utføre behandlingen til under gjennomsnittspris vil tjene penger (Lian, 2007). Det finnes heldigvis færre og færre eksempler på øvre aldersgrenser for avansert behandling og valg av behandling begrunnes med pasientens tidligere funksjonsnivå og ikke alder. Vi

ser imidlertid at eldre med sammensatte helseproblemer og nedsatt funksjons ikke får den behandling som all forskning viser er den beste, nemlig ett geriatrisk tilbud når de er innlagt på sykehus. Når ikke sykdom kan kureres, men bare holdes i sjakk og funksjonsnivået ikke kan blir optimalt, bare det beste ut ifra totalsituasjonen, ser det ikke ut til at sykehusene prioriterer de organisatoriske grepene som skal til (Wyller, 2016). Slik kan ISF føre til favorisering av lønnsomme pasienter på bekostning av de pasientene der det ikke forventes å få dekt de faktiske kostnadene gjennom refusjonssatsen (Lian, 2007). Dette kan tyde på en underliggende alderisme der det ikke er like alvorlig å gi skrøpelige eldre like god behandling som andre (Wyller, 2016). I 2001 tok Staten over eierskap og driftsansvar over alle sykehus i landet og det ble innført regionale helseforetak (Lian, 2007).

Kommunene overtok ansvaret eldreomsorgen i 1988 og dette innebar at de nå hadde ansvar for både sykehjem, andre tjenestebaserte offentlige boformer og hjemmetjenesten. Tjenestene har endret struktur og omfang og utviklingstrekk som kan identifiseres er at antall institusjonsplasser har gått ned. Antall omsorgsboliger og andel hjemmetjenester har økt og nye grupper tjenestemottakere har kommet til (Romøren, Kuhnle og Hatland, 2011).

Lov om helsepersonell har blant annet som formål bidra til sikkerhet for pasienter og kvalitet i helse- og omsorgstjenesten og lovens virkeområde gjelder for alle som yter helsehjelp i riket. Lovens kapittel 8, §39, §40 og §45 omhandler krav til dokumentasjon og hvordan den skal gis. Dokumentasjonen skal gi relevante og nødvendige opplysninger om pasienten (*Helsepersonelloven* 1999). I spesialisthelsetjeneloven §2,2, § 3-4a og helse- og omsorgsloven kapittel 4 er det krav om forsvarlighet og at tjenestene tilrettelegges slik at personell kan utføre tjenestene og overholde sine lovpålagte plikter slik at hver pasient gis ett helhetlig og koordinert tjenestetilbud. Samtidig forpliktet alle som yter helsehjelp innenfor disse lovene å sørge for at virksomheten arbeider systematisk med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet (*Spesialisthelsetjenesteloven*, 1999; *Helse- og Omsorgstjenesteloven*, 2011).

2.5.2 Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen som kom i 2012 hadde som hovedformål og sikre bærekraftige helse og omsorgstjenester. Overføring av behandlingsansvar fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten har vært sentral i denne reformen. En gjennomsnitts sykehjemsplass koster mindre enn en gjennomsnitts pasient i sykehus, dette kan ha skapt ett bilde av at behandling i kommunen er langt billigere enn sykehusbehandling. Imidlertid er det flere faktorer som må reines inn i denne kalkylen. Når pasientene som overføres til kommunen er mer ressurskrevende og skal ha krav på sammen kvalitet på behandling vil disse sykehjemsplassen bli langt dyrere enn det en gjennomsnittlig sykehjemsplass kostet før samhandlingsreformen (Romøren, Kuhnle og Hatland, 2011).

Kommunene har overtatt ansvar for viktige deler av den medisinske behandlingen av pasienter, men er «under et press,» mellom ressurser og kompetanse innen pleie og omsorg. Mange kommuner klarer ikke å følge opp eldreomsorgen i samsvar med etiske, faglige og politiske føringer. Kommunene mangler ressurser og kompetanse, og tilbudet

til de eldre er for lite utbygd. Statens helsetilsyn har avdekket mange lovbrudd i kommunale virksomheter for eldre. Spesielt har det vist seg å være manglende kompetanse og oppfølging innen ernæring, medikamentbehandling og rehabilitering. Ofte er det påvist for dårlig kontinuitet og kvalitet i kontakten med tjenestemottagerne, samt utydelige ansvarsforhold (Nygaard og Bondevik, 2012).

Sykehus og kommunehelsetjenesten har også ofte ulikt perspektiv med tanke på pasientforløp. På sykehus er pasientforløpene ofte utviklet på bakgrunn av faglige retningslinjer for enkeltdiagnoser, mens kommunehelsetjenestens hovedformål er å legge til rette for at pasienten skal klare seg best mulig ved å ivareta pasientens samlede behov og funksjonsevne (Helsebiblioteket.no, 2018).

Likevel var premissene for reformen klare: sykehusene skulle bygges ned og skrøpelige eldre skulle være salderingsposten etter en påstand om at behandling av eldre i sykehus ofte er unødvendig. Denne påstanden er tilbakevist gang på gang fra faglig hold, men politikken forblir den samme (Wyller, 2016). Sykehusene har fått kortere behandlingstid, det er knapphet på rehabiliteringsplasser, korttidsplasser og langtids sykehjemsplasser, særlig i de store kommunene (Nygaard og Bondevik, 2012). Det bygges samtidig ut kommunale akutte døgnenheter (KAD) altså akutte sykehjemsplasser. Det råder en oppfatning om at eldre syke bare trenger omsorg, men denne pasientgruppen har på grunn av sine sammensatte helseproblemer og uspesifikke symptomer ekstra behov for den teknologiske diagnostikk og ekspertisen som sykehus kan gi. Ved å hindre akutt syke eldre å bli innlagt på sykehus vil det trolig føre til helsetap, unødvendig funksjonstap og økt dødelighet (Wyller, 2016). Den eldre pasienten skal i utgangspunktet ha samme tilbud om diagnostikk og behandling som enhver annen pasient, men det kan virke som negative assosieringer med det å være gammel, viser å gi aldersdiskrimineringer i form av både mangelfull diagnostikk og vurderinger i forhold til prognose, behandling og rehabiliteringspotensiale. Dette gjelder spesielt de hjelpeløse eldre, mens de eldre som klarer seg godt og fortsatt er en resurs for seg selv og andre prioriteters på linje med andre aldergrupper. Så kanskje er det hjelpeløsheten vi frykter og som gir diskriminering og ikke alderen i seg selv (Wyller, 2016).

Kommuner og helseforetak har en gjensidig forpliktelse til å sikre gode pasientforløp (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Den vanlige oppfatningen av samhandling i helsetjenesten er knyttet til at helsepersonell samarbeider og gir god informasjon videre til det beste for den enkelte pasient. I forhold til samhandlingsreformen er dette målet blitt mer perifert og reformen er mer en fordeling av arbeidsoppgaver som også er en del av samhandlingens rammebetingelser uten at det kan defineres som samhandling som nevnt over. Den oppgavefordelingen samhandlingsreformen har gitt kan både bedre og forverret samarbeid og kommunikasjon mellom helsepersonell på samme og forskjellige nivåer i helsetjenesten (Romøren, Kuhnle og Hatland, 2011). At disse to aktørene tilhører to forskjellige økonomiske systemer gjør kanskje ikke samarbeidet enklere.

2.5.2.1 Samhandlingsreformen og samhandling

Samhandlingsreformen satte mål for bruk av IKT i helsetjenesten og la fram at elektronisk kommunikasjon skulle være den normale måten og kommunisere på (St.meld. nr. 47 (2008–2009)). Siden den gang har vi nå IKT system som gjør at vi kan kommunisere på tvers av tjenestenivå ved bruk av forskjellige typer PLO meldinger. Bruk av PLO meldinger skal gjøre at nødvendig og relevant informasjon om pasienten overføres mellom tjenestenivåene. Forskning har vist at viktig informasjon ikke alltid blir gitt og dette fører til utfordringer i kontinuitet og truer pasientsikkerheten. Når pasienter med eksisterende kommunale tjenester legges inn på sykehus sendes innleggelsesrapport så fort det er kjent at pasienten er på sykehus. Kommunene er av sentrale myndigheter pålagt å bruke IPLOS (individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) når pasientenes ressurser skal beskrives. Dette medfører at pasientens eksisterende tjenester beskrives i en administrativ terminologi med kodet informasjon og manglende sykepleieinformasjon slik at den informative kontinuiteten ivaretas i mindre grad (Nordberg, 2015). Annen forskning viser at også ved overføring fra sykehus til kommune forekommer det mangelfull informasjon (Brattheim, Hellesø og Melby, 2016).

2.5.3 Pasientsikkerhet og kvalitet i helsetjenesten

Hovedpunktene i nasjonal strategi for kvalitetsforbedring, sier at god kvalitet innebærer at tjenestene er virkningsfulle, trygge og sikre, involverer brukere og gir dem innflytelse, er samordnet og preget av kontinuitet, utnytter ressursene på en god måte og er tilgjengelige og rettferdig fordelt (Helsedirektoratet, 2005, 2019).

Pasientsikkerhetsprogrammet i trygge hender 24-7 som hadde sin start i 2011 er nå avsluttet, oppdraget var å bedre pasientsikkerheten i det norske helse- og omsorgstjenesten. Arbeidet, konseptet og navnet i trygge hender 24-7 videreføres imidlertid i avdelingen for kvalitetsforbedring og sikkerhet i helsedirektoratet. Det skal fortsatt fungere som en paraply for mye av det som skjer innen pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring (*I trygge hender 24-7*, 2019) Stortinget har gitt sin tilslutning til årlig framlegging av meldinger om kvalitet og pasientsikkerhet for i helse- og omsorgstjenesten. Her beskrives utfordringer for kvalitet og pasientsikkerhet og formålet med meldingen er større åpenhet og økt oppmerksomhet om kvalitet og pasientsikkerhet både i den nasjonale og den lokale helsepolitikken (Meld. St. 11 (2018–2019)).

Den nye kvalitetsreformen «Leve hele livet» har som mål å bidra til at eldre opplever lengre livsmestring. At eldre oppleve trygghet med tanke på at de får den hjelpen de trenger når behovet melder seg og ivareta pårørende så de ikke blir utslitt. Ansatte skal få brukt sin kompetanse i tjenesten (Meld. St. 15 (2017–2018), 2018). Som et apropos til denne reformen fordi den i stor utstrekning gjelder kommunehelsetjenesten, fremla helse- og omsorgskomiteen ett forslag som også satte krav til sykehusene. Dette forslaget ble stemt igjennom i Stortinget. Noe av innholdet var at alle store akuttsykehus skal ha spesialist i geriatri. Sykehjem skal ha bedre legebemanning og øke sin geriatriske kompetanse. Det må være kapasitet til at både leger og sykepleiere kan spesialisere seg innen geriatri (Stortinget, 2018) dette kan medføre økt oppmerksomhet til forebyggende tiltak, tidlig identifisering og behandling av delirium.

Det foreligger i dag ingen egen nasjonal retningslinje for delirium hos eldre pasienter. Imidlertid kan man finne behandling for delirium under andre nasjonale retningslinjer som palliasjon i kreftomsorgen og behandling og rehabilitering ved hjerneslag. Delirium ligger da under symptomer, tilstander og komplikasjoner.

2.5.4 Lokale behandlingslinjer og fagprosedyrer

Helhetlige behandlingslinjer er viktig for å bedre samarbeide i helsetjenesten og for at kommunene skal ta større ansvar i behandlingen av pasienter. Behandlingslinjer beskriver hvem som skal gjøre hva til hvilken tid, med hvilket resultat for en bestemt pasientgruppe (Helsebiblioteket.no, 2018). Flere helseforetak har behandlingslinjer for delirium og de lengste beskriver hele forløpet.

Behandlingslinjen Akutt delirium (forvirring) hos eldre i sykehuset innlandet HF er en helhetlig behandlingslinje og beskriver både hva kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten skal gjøre når de har pasienter med denne tilstanden. Den inkluderer pårørende som resurs i identifisering av delirium og som ressurs for å bedre prognosen for helbredelse og er slik ett godt eksempel på kunnskapsbasert praksis. Behandlingslinjen er utarbeidet av utviklingscenter for sykehjem, fagråd for indremedisin og geriatri, avdeling for alderspsykiatri og avdeling for Kvalitet og pasientsikkerhet (Akutt delirium (forvirring) hos eldre, 2012). CAM – kortversjon screeningverktøy er anbefalt i denne behandlingslinjen, men screeningskjemaet 4AT er godkjent til bruk som et alternativ til CAM da dette har vist seg lite nyttig i praktisk bruk (Sykehuset Innlandet HF, 2017). Her ser vi at ny kunnskap kan føre til ny eller alternativ praksis, men behandlingslinjen nevner ennå bare CAM som screeningverktøy.

Helsebiblioteket.no har en fagprosedyre utarbeidet av Haraldsplass Diakonale Sykehus som inneholder forebygging, diagnostisering og behandling av denne lidelsen for voksne innlagt i sykehus (Helsebiblioteket.no, 2016c).

2.6 Kunnskapens mange ansikter

Det er et skille mellom kunnskapssyn og kunnskap. Kunnskapssyn vil si ha en oppfatning om kunnskap og det å ha et skille mellom kunnskapssyn og kunnskap, gjør det enklere å forholde seg til store kunnskapsfelter (Lundstøl, 1999).

Kunnskap er viten, lærdom, erkjennelse eller innsikt. Kunnskap har vært et omstridt emne innenfor epistemologi og erkjennelsesteori. Svarene de har funnet har hatt stor betydning for hvordan vi ser på og oppfatter verden (Holmen, 2019). Naturvitenskapen har i sin bestrebelse etter å finne sannhet og skape mening arbeidet seg framover gjennom en rasjonell og logisk-matematisk struktur som har gjort den i stand til å forklare, forutsi og kontrollere flere og flere områder. På den andre siden har humanvitenskapen gitt oss dypere og rikere tolkninger av menneskets vesen gjennom fokus på verdier, normer, språk og forestillinger. Dette har medført at relasjonen mennesker imellom har fått en ny prioritet. Vi søker etter å forstå den andre, men kanskje begrensingene egentlig ligger i oss selv? Den enkeltes kunnskap, erfaring, for forståelse og framtredelesform vil alltid være knyttet til person. Hver enkelt av oss er ett produkt av dette og det fullkomne profesjonsidealet kan derfor ikke oppnås fordi det er avhengig av person, kontekst, vurderinger og mennesket som deltar (Aadland, 2011).

Kunnskap viser seg i handlinger og i samtalen. Filosofen Aristoteles hadde sagt at det finnes tre grunnleggende typer av kunnskap. Det var teoretisk kunnskap, teknisk kunnskap knyttet til håndverket og til slutt den praktiske som her var knyttet til etikk, politikk og deler av retorikken. Den praktiske kunnskapens kjennetegn er at en må gå inn i situasjonen, møte de andre menneskene som er der og finne ut hva som er den rette måten å handle, ordlegge seg og gå frem på (Lundstøl, 1999).

2.6.1 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskap kan som vi tidligere har sett være så mangt. I yrkessammenheng og når vi skal opptre som profesjonelle stilles det bestemte krav til vår kunnskap. Som yrkesutøver tar man i bruk mange kilder til kunnskap i praksis, det man har lært gjennom utdanningen, lært fra kollegaer, av erfaring, på kurs, forskning, prosedyrer og retningslinjer. Disse kildene har sine styrker og svakheter som det er viktig å kjenne til i klinisk praksis.

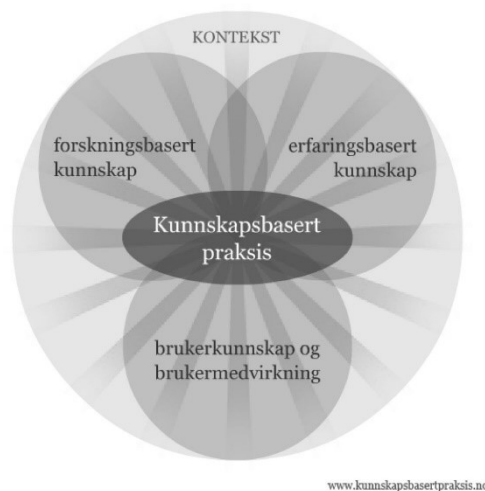
Vi kan ikke regne med at vår yrkesutøvelse kan standardiseres og være lik for alle. Alle skal få likt tilbud, men vi vil ha ett stort spekter av framgangsmåter for å gi dette tilbudet til den enkelte. Samtidig skal vi forholde oss til den konteksten vi er i og hvilke rammer det gir (Helsebiblioteket.no, 2017), jf. Kap. 1.3 i denne oppgaven.

Definisjonen viser til at kunnskapsbasert praksis består av tre elementer, vitenskapelig forskning, profesjonell erfaring og brukerens kompetanse, ønsker og behov. Hvis vi benytter oss av en modifisert definisjon av kunnskapsbasert praksis, vil det si å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert

kunnskap og brukerens ønsker og behov i den gitte situasjonen (Solvang og Slettebø, 2012). Dette skal til sammen gi en helsehjelp av bedre kvalitet.

Hensikten med kunnskapsbasert praksis er å styrke beslutningsgrunnlaget for de som arbeider i helse- og sosialsektoren og være bevisstgjørende angående hvilken kunnskap yrkesutøveren bygger sin yrkesutøvelse på. For eksempel kan kunnskap som ikke er oppdatert være direkte feil eller rutiner som kan være umyndiggjørende for pasient/bruker opprettholdes fordi det alltid har vært gjort slik (Helsebiblioteket.no, 2017). Å arbeide kunnskapsbasert vil tilfredsstillere kravene i politiske føringer.

Figur 2: Kunnskapsbasert praksis



Kunnskapsbasert praksis bygger på prinsipper fra evidensbasert kunnskap og dette har gitt opphav til kritikk av metoden. Kunnskap som kan vise til en metode som gir høy evidens i helsefaglige sammenhenger er ofte de som kan vise til effektmål av ulike behandlingsopplegg. Evidens har blitt rangert ut ifra en medisinsk evidensstenkning der randomiserte kontrollerte studier og statistiske analyser blir rangert som de med høyest evidens på bekostning av erfaringskunnskap. Sykepleieforskning vil sjeldent få innpass i den høyeste rang for evidens da den sjeldent får fram objektiv generaliserbar kunnskap med høy evidens. Likeledes vil denne tenkningen si at kunnskap som fremkommer gjennom forskning med høy evidens ha forrang framfor skjønn, erfaringskunnskap og humanistisk forskning. Pasienter med sammensatte lidelser kan bli nedprioritert fordi de ikke kan gis en standardisert medisinsk behandling og det vil derfor være lite forskning på disse pasientene i det øverste evidensrangeringen (Boge og Martinsen, 2006).

Ett lite søk i Cochrane Library med søkeordene delirium AND intervention to siste år kan stå som ett eksempel. 10 artikler kom fram ved dette søket. Av disse 10 var det kun 1 artikkel som omhandlet avansert geriatrisk behandling, de andre omhandlet forskjellige

medikamentelle og instrumentelle intervensjoner og 1 artikkel viste til et oppfølgingsprogram av kritisk syke intensivpasienter.

Som sykepleier og annet pleiepersonell er det kanskje ikke i de øverst rangerte kunnskapshierarkiet vi finner mest informasjon og hvem bestemmer hva som er den beste evidens?

Evidens kan brukes om det vi ser og innser, evidens er også å vite og synlig slik Kari Martinsen skriver i en av sine artikler:

Pleieren ser og synliggjør pleiens virkelighet ved å vitne om den virkelighet hun har sett eller blitt kjent med. Det handler om å tre frem for å berette (fortelle) om det som er viktig og verd å vite noe om i pleiehverdagen. En annen måte å si det på, er at det handler om faglig skjønn. I skjønnet dreier det seg om handling ut fra å se til, erfare og kjenne i situasjonen, om å tilegne seg et praktisk resonnement og å kunne samtale eller berette om den (Martinsen, 2003).

Mye i den helsefaglige hverdagen handler om faglig skjønn. Skjønnet blir til gjennom opplevelser, erfaringer, følelser, praktisk resonnement, samtaler og fortellinger.

Kritikk til tross, å arbeide kunnskapsbasert kan være en god arbeidsmåte når man er klar over dens begrensninger og bygger sitt arbeid på hva som er det beste for pasienten i hver enkelt situasjon.

Forskning viser at screening for delirium er en viktig komponent for å forebygge, oppdage og å kunne sette i gang behandlende tiltak (Evensen et al., 2016; Teodorczuk, Reynish og Milisen, 2012). Hvordan vi utfører screeningen vil avhenge av vår praktiske erfaring og skjønn.

2.6.2 Fra kunnskap til praksis

For å utnytte kunnskap utviklet gjennom forskning i praksis må denne implementeres i det daglige arbeidet med pasientene det gjelder (Malterud, 2017). Alle organisasjoner er i kontinuerlig endring, men endringen kommer ofte over tid. Innføring av nye elementer i praksis fører ikke automatisk til forandring og endret praksis hos alle involverte på implementeringstidspunktet. Når en ny måte å tilnærme seg en pasientgruppe på skal innføres krever dette også en kulturell forandring i avdelingen. Tidspunktet fra tiltak blir implementert til tiltaket fører til endret praksis er dermed en periode hvor det er viktig at fokuset opprettholdes. Intervensjoner som har vist seg viktige i implementeringsforskning av kunnskapsbasert praksis har vært rettet mot ledelse, organisatoriske infrastrukturer og lokale barrierer (Sandvik, Stokke og Nortvedt, 2011). Det er derfor essensielt med god lederforankring av prosjektet fordi lederne må signalisere at de støtter opp under prosjektet og fronter tiltak som blir implementert slik at det blir gjort til gjeldende kultur (Hennestad, 2009).

I kommunehelsetjenesten er det mindre forskning på implementering av retningslinjer. En systematisk oversikt viste at kvaliteten på omsorgen i sykehjem er dårlig med tanke

på implementering av forskningsbaserte intervensjoner i den daglige driften. Videre viste studien at det var for liten kunnskap om hvordan dette kan forbedres ved å bruke retningslinjer og hvilke tiltak som fremmer eller hemmer bruken av retningslinjer (Diehl *et al.*, 2016). Dette gjelder ikke bare kommunehelstjentens for implementering av behandlingslinjer har vist seg generelt vanskelig i klinisk praksis. Fretheim mfl. samlet resultater av systematiske oversikter over effekt av tiltak rettet mot helsepersonell. De fant da at forskjellige former for opplæring, beslutningsstøtte og tilbakemeldinger «audit & feedbak» og skreddersydde tiltak for implementering sannsynligvis var effektive. Effekten varierte imidlertid og var oftest moderat og de forventede effektene på pasientenes helseutfall beskjedne. Rapporten sier videre at hvilke faktorer som hindrer implementering vil variere fra behandlingslinje til en annen og fra en kontekst til en annen (Fretheim *et al.*, 2015).

Implementeringsforskning på deliriumomsorg er mangelfull, selv om oppmerksomheten og forskning på området er økende (Eeles *et al.*, 2017). At det internasjonalt fortsatt er usikkerhet om hva som er den beste deliriumpleien (Meagher *et al.*, 2013) gjør ikke saken enklere og kan trolig svekke tiltroen til anbefalte retningslinjer og prosedyrer. Forskning på implementering av screeningskjemaet 4AT er ennå begrenset. Det vi fant samt studier der CAM var innført på avdelinger viser at dette blir gjennomført i omfattende forskningsprosjekter som innebar at det ble satt av tid, opplæring økonomiske ressurser og etterkontroll (Bauernfreund *et al.*, 2018; Adams *et al.*, 2015; Riekerk *et al.*, 2009; Scott, McIlveney og Mallice, 2013).

Flere barrierer for delirium omsorg har blitt identifisert gjennom konsensus blant deliriumeksperter de siste årene. Barrierene gjenfinnes på individnivå, organisasjonsnivå og sosio-kulturelle holdninger (Teodorczuk, Reynish og Milisen, 2012; Dahlke, 2008)

Barrierer på individnivå dreier seg om liten kunnskap og generell uvitenhet om delirium, spesielt uvitenhet om viktigheten av tidlig oppdagelse og behandling av diagnosen. Dette kan skyldes at gjeldende praksis ikke er kunnskapsbasert eller at undervisning i utdannelsen har vært overfladisk til både leger og sykepleiere slik at diagnosen ofte blir forvekslet med demens. Et annet aspekt er at når screening for delirium kom i konkurranse med screeninger for andre diagnoser ble deliriumscreening nedprioritert. Delirium ble også oppfattet som en komplikasjon til andre sykdommer og derfor u hensiktsmessig å behandle (Teodorczuk, Reynish og Milisen, 2012).

Barrierer på organisasjonsnivå var dårlig ledelse både ved at deliriumdiagnosen ble ansett som mindre viktig i forhold til andre diagnoser og fikk dermed også mindre økonomiske midler som kunne ha forbedret forholdene (Teodorczuk, Reynish og Milisen, 2012).

Barrierer på sosio-kulturelt nivå gjenspeiler holdninger som er forankret i sentrale kulturelle verdier og er vanskelig å endre, spesielt de som er integrert og automatisert fra ung alder. Det moderne samfunnet har en tendens til aldersdiskriminering (Daatland og Solem, 2011). Mangel på kunnskap om delirium i samfunnet generelt har også blitt oppfattet som en barriere da deliriumdiagnosen ikke har noen pasientorganisasjon som driver opplysningsarbeid rettet mot befolkningen generelt og politikere (Teodorczuk, Reynish og Milisen, 2012). I denne sammenhengen dreier det seg om manglende interesse for den geriatriske omsorgen og helsepersonells oppfatning av at dette er utfordrende og ikke deres ansvar (Teodorczuk, Reynish og Milisen, 2012)

European Delirium Association (EDA) utførte en stor undersøkelse som identifiserte følgende barrierer som hindret implementering av beste praksis i deliriumvurdering og -behandling:

- Dårlig bevissthet om delirium
- Mangel på tid
- Bemanning
- Dårlige holdninger (forebygging og håndtering av diagnosen)
- Økonomiske begrensninger
(Meagher *et al.*, 2013).

Så lenge disse barrierene får lov å eksistere vil både anvendelsen og relevansen av retningslinjer være begrenset (Eeles *et al.*, 2017).

En nyere artikkel forteller om en undersøkelse som ble gjort i Nederland, der 360 helsearbeidere (leger, sykepleiere og deliriumseksperter) deltok for å finne ut hvilke barrierer som fantes i forhold til implementering og gjennomføring av intervensjoner rettet mot retningslinjer vedrørende delirium. Resultatet identifiserte flere barrierer for implementering av retningslinjer vedrørende delirium. De viktigste denne undersøkelsen viste var for lite kunnskap om delirium, lavt antall deliriumsscreeninger, mangel på tillit til påliteligheten av delirium-screeningverktøyet, troen på at delirium ikke kan forebygges, liten kjennskap til delirium, lite kjennskap til deliriumsretningslinjene, liten tilfredshet med lege beskrevet deliriumsbehandling, dårlig samarbeid mellom sykepleiere og leger, motvilje mot å endre deliriumsomsorgen, mangel på tid, liten tro på at pasientene ville få optimal omsorg når de overholder retningslinjene og oppfatningen om at deliriumretningslinjen er tungvint eller ubeleilig i daglig praksis. Konklusjonen var at selv om fagfolk vurderte delirium som et alvorlig problem, var det mange viktige hindringer som gjorde at retningslinjene for deliriumsbehandling ikke ble overholdt. Ønsket for undersøkelsen var at identifiseringen av barrierer og hindringer i forhold til overholdelse av retningslinjer knyttet til delirium, kunne bidra til å utforme målrettede implementeringsstrategier i forhold til utførelsen av deliriums retningslinjer.

Noe som skilte seg ut for denne undersøkelsen var at fagpersonene ikke var sikre på at det å møte de dårlige pasientenes behov virkelig gjorde en forskjell for pasient utfallet (Trogrlić *et al.*, 2017).

Imidlertid er det vanskelig å vite hvilke komponenter som virker når barrierer skal nedkjempes. Forsknings på området var vanskelig å sammenligne da de brukte forskjellig multikomponenter i implementeringsstrategiene (Eeles *et al.*, 2017).

I 2016 ble det under Australian Delirium Association konferansen nedsatt en workshop av 20 deliriumseksperter (leger, sykepleiere og andre helseprofesjoner) som sammen skulle identifisere hvilke komponenter en slik implementeringsstrategi bør inneholde for å bedre delirium omsorgen. De rangerte komponenter systematisk etter litteraturgjennomgang og praktiske erfaringer og kom fram til følgende komponenter som enhver multikomponent implementeringsstrategi bør inneholde:

- utdanning og opplæring,
- tverrfaglig geriatrik vurdering,

- mobilisering,
- bruk av pårørende og
- individualisert omsorg
(Eeles *et al.*, 2017)

2.7 Etikk

En av våre hovedoppgaver som helsepersonale er å sikre verdighet og respekt for det enkelte mennesket. Som profesjon har sykepleiere sine egne yrkesetiske retningslinjer som beskriver hva god sykepleie er, de bygger på prinsippene i ICNs etiske regler og menneskerettighetene. Kapittel 2, punkt 2.3 sier at "Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg". Videre i kapittel 4 skal "Sykepleieren vise respekt for kollegers og andres arbeid, og er til støtte i vanskelige situasjoner. Dette er ikke til hinder for å ta opp brudd på faglige, etiske eller kollegiale normer" og sykepleier skal "fremme åpenhet og gode tverrfaglige samarbeidsforhold i alle deler av helsetjenesten" (NSF, 2016).

Etikk handler om forvaltning av makt og av avhengighet, og hvordan vi påvirker og påvirkes av hverandre. Som helsepersonale har vi en stor innflytelse på andres liv. Vi er utøvere av en fagkompetanse og det ligger makt i kompetansen vi innehar, i arbeidet vi gjør og i institusjonen vi representerer. Det er et asymmetrisk maktforhold, der vi har en makt som den andre ikke har. I noen sammenhenger dreier det seg også om liten grad av frivillighet der den som trenger omsorg ikke klare å ta egne handlingsvalg og den andre må gjøre det for han. (Wyller, Ruyter og Christoffersen, 2011). Eldre pasientene som er i risiko for å få delirium eller har ett delirium er i en svært sårbar posisjon der de trolig vil være i behov for hjelp til både å mestre daglige gjøremål og beslutninger. Når forskning viser at deliriumforekomsten i sykehus og sykehjem ikke bare er ett resultat av pasientens karakteristika, men også av kvaliteten av behandling og pleie (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014). At ved ikke å ha søkelys på utløsende faktorer kan helsepersonell være med på å opprettholde og forlenge pasientens deliriumtilstand (Kirkevold, Brodtkorb og Ranhoff, 2014; Inouye, 2006). Det er en stor etisk fordring som ligger i dette og hvordan vi utøver den «makten» vi som helsepersonell har er ikke ubetydelig og kan være livreddende. Samtidig skal vi være lojale mot den institusjonen vi representerer. Det må antas at institusjonen også ønsker pasientens beste, men vi ser at aldersdiskriminering foregår implisitt ved at mange eldre med sammensatte sykdomstilstander ikke får den dokumenterte beste behandlingen (Wyller, 2016).

Etikk i forhold til screening for delirium forutsetter at screeninginstrumentet kan vise til en tilstrekkelig sensibilitet slik at verdien av screening blir høy og man ikke sitter igjen med mange falske positive svar. Ett annet aspekt er at det ikke er etisk forsvarlig å utføre screening for sykdommer som man ikke kan behandle (Braut, 2018).

Hvordan opplever så helsepersonell etiske dilemmaer når de ikke strekker til. Kari Martinsen problematiserer fenomenet skam og beskriver en følelse av skam som opptrer når helsepersonell ikke klarer å møte pasienten i hans sårbarhet, hun viser da til Løgstrup; når vi ikke klarer å leve opp til den etiske fordringen som

pasientensituasjonen legger i våre hender. Den enkelte helsepersonell har selv makt til å velge og er ansvarlig for sine egne valg. I en kultur som vår der individets muligheter blir framelsket, oppfordres vi til å skamme oss over og feile og ikke strekke til og det er kanskje det som er denne skammens definisjon: følelsen av ikke å strekke til.

Dette kan føre til at helsepersonell ikke makter å gå inn i situasjonen og møte pasienten og se hans behov. Martinsen mener helseprofesjonene bør bruke denne skamfølelsen til en realitetsorientering av den kulturen/kulturene som de er en del av slik at det skapes en forståelse av at livets grenser ikke er satt av oss. Da vil dette blir en god skam som hjelper helseprofesjonene til å stå i spenningsfelt mellom forventninger i den kulturen de er en del av og pasienten sårbarhet (Martinsen, 2012)

3 Metode

Metode betyr «veien til målet» (Kvale *et al.*, 2017) og metoden blir da redskapet vi skal bruke for å nå målet. Fremgangsmåten bestemmes ut fra problemstilling, forskningens hensikt og forskningsspørsmål som stilles, samt ressurser vi har til rådighet og hva vi har mulighet for å gjennomføre (Dalland, 2012).

Hovedformålet med denne studien er å beskrive hvordan helsepersonell opplever, hva de erfarer når de bruker screeningskjemaet 4AT og hva de mener skal til for å klare å screene for dette i en travel hverdag. For å belyse problemstillingen har vi valgt kvalitativ metode.

I forskersammenheng er vi nybegynnere og skjemaet vi skulle undersøke var også nytt for oss. Malterud sier målet er forståelse snarere enn forklaring om hva kvalitativ metode med sine spørsmål kan beskrive (Malterud, 2017). Screeningskjemaet 4AT er også relativt nytt i Norge og det er lite litteratur om erfaringer med bruk av dette. Slik kan kvalitativ metode åpne for forskning der kunnskapsgrunnlaget er tynt og hvor vi stiller oss åpne for et mangfold av svar. Metoden er egnet til forskning der vi ikke har oversikt over svaralternativer gitt i tidligere forskning og slik vil svarene heller reise nye spørsmål (Malterud, 2017).

3.1 Litteratursøk

De første søkene vi gjennomførte gjorde vi høsten 2017. Vi søkt i Helsebiblioteket og Kunnskapspyramiden på delirium og sett på UpToDate, Best Practice og EBM Guidelines på delirium og delirium in elderly.

Søk på Cochrane Library ga 31 treff på delirium. Søk på oria.no med søkeordene akutt forvirring, eldre, delirium, begrenset søket til fagfelleverderte tidsskrifter, ga 4 aktuelle treff, artiklene var fra 2004, 2012, 2013 og 2014. Søk på 4AT, begrenset søket til norsk språk og fagfelleverderte tidsskrifter, ga 2 treff fra 2016 og 2017. Ved å søke 4AT, delirium, older people, quality improvement begrense søket til språk engelsk, årstall 2010 – 2017, fagfelleverderte tidsskrifter, kom det opp 45 treff.

Siden høsten 2017 har vi oppdatert søkene våre i databasene Oria, Age Line, Cinal, Med Line, Psyk Info, PubMed, ProQuest og Cochrane Library, søkeord har vært: delirium, elde*, confusion, geriatric assessment, screening, implemantation, barriers, guideline i forskjellige sammensetninger. Litteratur har også blitt funnet ved å følge referanser i artikler vi har funnet gjennom søk i databasene over.

Vi hadde valgt å bare inkludere fagfelleverderte forskningsartikler, men så kom vi over en artikkel under ytringer i tidsskriftet Aldring og helse (nasjonal kompetansetjeneste) sin nettside. Denne var skrevet av professor Torgeir Bruun Wyller som har utgitt en rekke forskningsartikler og er en av Norges fremste når det kommer til geriatri og delirium. Siden denne artikkelen belyste utfordringer i helsetjenesten valgte vi å ta den med.

Når vi har søkt på litteratur om 4AT har vi begrenset det med årstall fordi det er ett nytt skjema, men ellers har ikke årstall vært eksklusjonstema i litteratursøket.

Fagbøker innen gerontologi, geriatri og alderspsykiatri er også benyttet, samt lovverket, dokumenter om politiske beslutninger, føringer og store norske leksikon sin nettside.

En lokal behandlingslinje er omtalt grunnet at den tar for seg hele pasientforløpet.

3.2 Design

Formålet med denne studien var og teste ut hvordan helsepersonell opplever å bruke screeningskjemaet 4AT. En fenomenologisk tilnærming forsøker å beskrive mennesker, deres erfaringer og forståelsen av ett fenomen. Den skal gi en pålitelig beskrivelse av menneskers subjektive opplevelser, perspektiver og forskeren kan fange opp indirekte aspekter som farger menneskers forståelsehorisont. Når handlingen skal tolkes må den ses i sammenheng med konteksten den foregår i, forskeren kan ikke forstå meningen utenfor den kontekst der meningen skapes. Målet med fenomenologisk tilnærming er å få økt forståelse og innsikt i andres livsverden Fellestrekk ved menneskers forståelse av ett fenomen kan føre til en mer generell forståelse av fenomenet (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016)

3.3 Redegjørelse for eget ståsted og forforståelse

Som sykepleiere har vi erfart at screening for delirium ikke blir gjort i praksis, det er trolig flere grunner for dette, men en grunn som har blitt trukket fram er at sykepleiere ikke har opplæring i bruk av CAM og screening derfor ikke gjennomføres. Vårt vitenskapssyn som sykepleiere er basert på humanvitenskapen med et hermeneutisk og fenomenologisk perspektiv. Samtidig er det forventet at vi skal forstå og bruke naturvitenskapelig forskning i vår yrkesutøvelse. Vår hypotese var da at et enkelt og i tillegg raskt screeninginstrument som ikke krevde omfattende opplæring kunne løse problemet med at screening ikke blir gjennomført. Imidlertid førte oppgaven oss inn på tema som utvidet vårt syn på andre faktorer som er viktig for om screening gjennomføres eller ikke. Hva som gjorde akkurat de faktorene ble utvalgt og ikke andre kan ha med vår forforståelse enten bevist eller ubevist

Jeg har arbeidet 9 år som sykepleier og da på samme medisinske avdeling. De siste årene har jeg arbeidet mest med geriatrik- og hjerneslagutredning og rehabilitering. Denne gruppen pasienter er sårbare for å utvikle delirium, men jeg opplever at det er stor usikkerhet forbundet med diagnosen både blant sykepleiere, hjelpepleiere og leger. Da vi begynte å lese oss opp på delirium måtte jeg erkjenne at eget kunnskapsgrunnlag om diagnosen var tynn, likeledes kunnskap om behandlingslinjer og prosedyrer for diagnosen.

Jeg har arbeidet 10 år som hjelpepleier og 14 år som sykepleier, for det meste på en rehabiliteringsinstitusjon for pasienter med diagnoser innen ortopedi, hjerte, diabetes og parkinsonisme. De siste 4 årene har arbeidet vært i hjemmesykepleien. Diagnosekriterier for delirium var for meg også noe vagt, men jeg har mange opplevelser av pasienter med akutt forvirring, mest i forbindelse med legemiddelinteraksjon eller infeksjon der helsearbeider oppdager dette tilfeldig og tiltak for å finne årsak også ble noe tilfeldig etter hva som var mulig i de enkelte situasjonene.

3.4 Utvalg

For å besvare vår problemstilling fant vi det mest hensiktsmessig å benytte oss av ett strategisk utvalg som la vekt på helsepersonell med forskjellig helsefaglig utdanning og erfaring fra både generell medisinsk avdeling i spesialisthelsetjenesten og forskjellige nivåer i kommunehelsetjenesten. Det ble satt noen krav til utvelgelse av deltagere og sammensetning av deltagere i fokusgruppeintervjuene. Kjønn ble ikke ett kriterium da menn ikke er likt representert i arbeidstokken, i vårt utvalg hadde vi med en mann.

- Arbeider fast på avdelingen
- Screeningskjemaet skal være kjent hos informantene og det skal være prøvd ut av den enkelte deltager.
- Forskjellig helsefaglig utdanning, helsefagarbeidere, omsorgsarbeidere, hjelpepleiere, sykepleiere og spesialsykepleiere skulle være representert
- Ulik erfaring, nyutdannet og erfaren

Tabell 1: Fordeling, deltagere og utdanning

| Lokalitet | Spesialisthelsetjenesten | | Kommunehelsetjenesten | |
|-------------------------|--------------------------|---|-----------------------|---|
| Fokusintervju | A | B | C | D |
| Antall deltagere | 3 | 3 | 4 | 4 |
| Utdanning | | | | |
| Omsorgsarbeider | | | | 1 |
| Helsefagarbeider | | | 2 | 1 |
| Hjelpepleier | | 2 | 1 | 1 |
| Bachelor i sykepleie | 2 | 1 | 1 | 1 |
| Spesialsykepleier | 1 | | | |

Tabell 2: Fordeling alder, arbeidserfaring og lokalitet

| Lokalitet | Spesialisthelsetjenesten | Kommunehelsetjenesten |
|-------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| Alder | | |
| 20 – 29 | 1 | 1 |
| 30 – 39 | | 2 |
| 40 – 49 | 3 | 2 |
| 50 – 59 | 1 | 2 |
| 60 – 69 | 1 | 1 |
| Antall år med erfaring | | |
| 01 – 05 | 2 | 1 |
| 06 – 10 | | 1 |
| 11 – 15 | | 3 |
| 16 – 20 | 1 | 2 |
| 21 – 25 | 1 | |
| 26 – 30 | 1 | 1 |
| 31 – 35 | | |
| 36 – 40 | 1 | |

3.5 Rekruttering

Vi sendte ut forespørsel om deltagelse til en generell indre medisinsk avdeling i spesialisthelsetjenesten hvor den ene av oss arbeider, til ett omsorgsdistrikt i kommunehelsetjenesten der en av oss arbeider og til et privat rehabiliteringssenter knyttet til spesialisthelsetjenesten. Rehabiliteringssenteret takket nei til deltagelse i dette forskningsprosjektet da de mente det ikke var en aktuell problemstilling for dem. De to andre stilte seg positive til å delta.

Etter at vi fikk tillatelse, ble følgende gjort. På den medisinske avdelingen ble 4AT innført som screeningskjema ved behov og det ble i september 2019, og den påfølgende måneden gitt informasjon om screeningskjemaet ved flere anledninger på kort morgenundervisning. Ledelsen kopierte opp 4AT skjemaet og det fikk sin egen plass sammen med andre screeningskjema som brukes på posten. Alle ansatte fikk informasjon om 4AT og forespørsel om frivillig deltagelse i masterprosjekt på jobbmail.

Noen få ansatte tok skjemaet i bruk ved behov, men det ble fort tydelig at de måtte motiveres ytterligere og tipses om aktuelle pasienter, på den måten måtte u.t som arbeidet på posten gå inn som en pådriver i denne prosessen. Ingen meldte seg til frivillig deltagelse i masterprosjektet. U.t som arbeider på avdelingen rekrutterte da flere ved å spørre personlig om de kunne tenke seg å delta, alle som ble spurt var positive til dette. Utvelgelsen ble da gjort ut ifra når ett representativ utvalg var på jobb samtidig i turnus og slik ble noen av de som ble spurt valgt ut til fokusgruppedeltagere.

I den samme tidsperiode som 4AT ble innført ble det også innført nye medisin-kurver, observasjons- kurve for hver pasient med News 2 og ny blodsukkerkurve. Dette var trolig ett uheldig sammentreff for vårt prosjekt og ført kanskje til at en del helsepersonell ikke klarte å prioritere bruk av 4AT som et skjema til bruk ved behov.

I det kommunale omsorgsdistriktet ble det samme informasjonsskriv om 4AT og forespørsel om frivillig deltagelse i masterprosjekt sent på mail til leder for omsorgsdistrikt og dette ble da videreformidlet til de forskjellige avdelingene. Det samme informasjonsskriv og forespørsel ble også lagt ut på vaktrom til hjemmetjenesten, en korttidsavdeling og to langtidsavdelinger. 4AT skjema ble kopiert opp og lagt sammen med informasjonsskrivet for å gjøre det lett tilgjengelig å bruke.

Etter en tid ble det klart at skjemaet ikke ble tatt i bruk uten ytterligere påvirkning. På denne tiden var det innført stille rapporter i vaktskiftet og det var ingen faste fagutviklingsmøter der det kunne undervises ytterligere om 4AT. U.t som arbeidet i kommunen spurte da flere ansatte personlig om de kunne tenke seg å prøve ut skjemaet, alle som ble spurt stilte seg positiv til dette.

I hjemmesykepleien ble 4AT screening gjennomført samtidig som det ble tatt Mini Nutritional Assessment (MNA). MNA er en ernæringscreening som blir brukt i denne kommunen for risikovurdering av underernæring. Blant brukerne som ble valgt ut var noen med tidligere dokumenterte episoder med forvirring og noen med en demensdiagnose. Deltagerne til fokusgruppeintervjuer ble så valgt ut etter når ett representativt utvalg av de som hadde sagt seg villig til å delta, var på jobb samtidig.

På korttids- og langtidsavdeling på sykehjem ble det rekruttert en person fra hver avdeling. Deltageren fra korttidsavdelingen ble rekruttert ved personlig forespørsel fra u.t som arbeider i kommunen og deltager fra langtidsavdelingen ble rekruttert etter personlig forespørsel av en sykepleier på avdelingen.

3.6 Fokusgrupper

Fokusgrupper kan organiseres som minigrupper på tre til fem deltagere eller som ordinære gruppesamtaler med seks til 10 deltagere, hvor en eller to personer leder gruppesamtalen (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016). Vi hadde først som intensjon å gjennomføre to fokusgruppeintervjuer med seks til 10 deltagere, en i spesialisthelsetjenesten og en i det kommunale omsorgsdistriktet. Dette så vi fort at ville bli vanskelig å gjennomføre, da det ikke lot seg gjøre å ta så mange ut av avdelingen samtidig. Etter råd fra avdelingsledere og veileder bestemte vi oss for å gjennomføre flere fokusgrupper med færre deltagere dermed endte vi opp med 4 fokusgrupper med 3-4 deltagere. I en fokusgruppe skal deltagerne være «ekspertene» på sitt område, med mulighet til å komme med egne tema og innspill. Fokusgrupper er velegnet til å finne ut hva andre opplever eller til å få respons på ideer eller som respons på nye tiltak (Helsebiblioteket.no, 2016b). Vi valgte fokusgruppeintervjuer fordi deltagerne da kan få drøftet tema i større grad enn ved individuelle intervjuer. Den enkelte må argumentere for sine standpunkter og gruppen kan bidra til en utvikling i forståelse av temaet. Vi kan finne ut om det er enighet eller uenighet i en gruppe, og ved å ha flere grupper, kan vi få svar på om det er forskjeller mellom gruppene.

Gjennomføringen av ett fokusgruppeintervju foregår ofte ved at deltagerne snakker sammen i en time til halvannen time under ledelse av en moderator (Malterud, 2017). I spesialisthelsetjenesten fikk vi rom for intervjuer opp mot en time, mens i kommunehelsetjenesten ble intervjulengden kortere.

I utgangspunktet ønsket vi begge å være med på alle fokusgruppeintervjuene, slik at en hadde funksjon som moderator og en kunne notere hovedmomenter. Da det viste seg vanskelig i praksis og samle fokusgruppedeltagere innenfor den tiden vi hadde til rådighet, måtte vi oppgi dette ønsket. Grunnet at dette ble enda ett moment som måtte passe inn og gjennomføring av intervjuet var tross alt det viktigste. Intervjuet ble i sin helhet tatt opp på lydbånd.

Hvert gruppeintervju startet med å gjennomgå hensikten med intervjuet, hvordan intervjuet vil komme til å bli brukt, konfidensialitetshensyn som blir tatt, gjennomgang av samtykkeskriv og opplysninger om muligheten til å trekke seg. Siden vi forsket på egen arbeidsplass og med fare for å blande roller, lot vi samtalen så langt det lot seg gjøre, utvikle seg på sine egne premisser. Vi stilte forskningsspørsmålene og informantene satte i gang en samtale der de avløste hverandre. Enkelte ganger ba vi noen av informantene utdype litt nærmere enkelte utsagn. Alle tok ivrig del i intervjuet og det ble ikke preget av at noen snakket mer enn andre.

Intervjuene i spesialisthelsetjenesten var livlig diskusjon rundt opplevelser og meninger om tema. Kommunehelsetjenesten foregikk det mest med runde rundt bordet der alle uttalte seg i tur og med mulighet for andre å kommentere etter som de forskjellige temaer ble tatt opp.

På slutten av hvert intervju ble det spurt om noen hadde en sluttkommentar og når intervjuet var over og lydopptaker var slått av, ble det til slutt gitt mulighet til ytterligere kommentarer uten at lydopptaker var på. Vi mottok ingen spesielle kommentarer etter eller i forkant av fokusgruppeintervjuene.

3.7 Transkribering-fra tale til tekst

Denne prosessen skal omgjøre lydopptakene til analyserbar tekst. Å gjøre talespråk om til skriftspråk er ikke uproblematisk. Transkripsjonen er en svekket, dekontekstualisert gjengivelse av det direkte intervjuet. Første abstraksjon fra samtalen er lydopptaket som tar bort kroppsspråk, stemmeleie, ironi og det direkte sosiale samspillet. Den andre abstraksjonen er når lydopptaket omgjøres til tekst og stemmeleie, intonasjon og åndedrett blir fjernet (Kvale *et al.*, 2015). Alle lydfilene ble transkribert umiddelbart eller i løpet av ett par dager. Transkriberingen ble utført av den av oss som hadde vært moderator under fokusgruppeintervjuet. Under transkripsjonen ble dialekt oversatt til bokmål og dette kan medføre enda en abstraksjon, men ble gjort for bedre å anonymisere deltagerne. Det er en fordel om den forsker som har ledet intervjuet gjør transkriberingen selv, siden denne kan huske hva meningen i teksten representerer (Malterud, 2017). Ellers ble lydfilene transkribert så nøyaktig som mulig, pauser ble merket med flere punktum etter hverandre. Små endringer i det skiftelige materialet kan forandre meningen som var ment i den muntlige talen. Utenomsnakk som ikke hadde med fokusgruppeintervjuet å gjøre ble utelatt i transkriberingen.

Navn på deltagerne hvis det ble nevnt i intervjuet ble også av personvern hensyn anonymisert i den transkriberte utgaven.

Intervjuene i spesialisthelsetjenesten var tilsammen i ca. 2,5 time og transkribert utgave ble til sammen 14556 ord. Kommunehelsetjenestens var kortere, intervjuene der var tilsammen i ca. 45 min og 3875 ord.

3.8 Metode for analysing av data

Analyse er en målrettet reise fra problemstilling til resultater (Malterud, 2017). Systematisk tekstkondensering (Systematic Text Condensation – STC) ble valgt som analysemetode fordi denne ifølge Malterud gir uerfarne forskere en enkel innføring i hvordan analyseprosessen kan gjennomføres. Analysemetoden er inspirert av Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode og modifisert av Malterud (Malterud, 2017).

Analysen blir beskrevet i fire analysetrinn. Sentrale begrepene i hvert trinn og hvordan de henger sammen kommer fram i figuren under. Hvordan vi har arbeidet etter dette blir beskrevet i de følgende underkapitler.

Tabell 3: Analysetrinn for systematisk tekstkondensering

| Trinn | Beskrivelse | Begreper |
|--------------|---|---|
| 1 | Sette seg inn i og beskrive et første helhetsinntrykk Identifisere 5 – 8 foreløpige temaer Identifisere alle meningsbærende enheter i materialet | Første helhetsinntrykk Foreløpige temaer Meningsbærende enheter |
| 2 | Forhandle fram koder Sortere meningsbærende enheter til kodegruppene Justere og definere koder underveis i prosessen | Koder |
| 3 | Kodegrupper deles inn i 2 - 4 subgrupper. Laget et kondensat (kunstig sitat) fra hver subgruppe | Subgrupper Kondensering |
| 4 | Resultatkategoriene utvikles ved sammenfatning av det sentrale meningsinnholdet for hver av subgruppene innenfor hver kodegruppe og danner grunnlag for underavsnittene i resultatkapitlet Mikrokondensatene illustrerer funnene | Resultatkategorier Mikrokondensater |

3.8.1 Helhetsinntrykk

Her gjør man seg kjent med det transkriberte materialet og danner seg ett helhetsinntrykk. Vi skal se etter mulige temaer som sier noe om problemstillingen, men det er ikke våre oppfatninger om problemstillingen, men informantenes stemme som skal gi de foreløpige temaene. På dette tidspunktet skal vi frigjøre oss fra problemstillingen og se på det transkriberte materialet i fugleperspektiv. De fokusgruppeintervjuene vi selv hadde holdt og transkribert var allerede godt kjent for den enkelte av oss. Nå satte vi oss sammen og gjennomgikk intervjuene i felleskap og oppklare ting som ikke kom tydelig fram på lydbånd og tekst på de intervjuene den andre hadde holdt og transkribert. Etter å ha lest gjennom materialet flere ganger og fått veiledning, oppsummerte vi ett første hovedinntrykk av materialet i en kort skriftlig beskrivelse. Deretter identifiserte vi 7 foreløpige temaer som vi så i samtlige intervjuer. Temaene vi kom fram til, ga vi disse midlertidige navnene: *Enkelt, godt, usikkerhet og vansker, overraskelser, kontinuitet, tid, felles forståelse og samarbeid*.

3.8.2 Meningsbærende enheter – fra tema til koder

På dette trinnet skal den teksten som det er ønskelig å se nærmere på organiseres og det resterende stoffet kan legges til side. Malterud sier det er en fordel å være flere når materialet skal analyseres, ikke for at man nødvendigvis skal bli enig om alle nyanser, men at alle nyansene kommer fram (Malterud, 2017). Vi oppdaget at vi så noen av temaene med forskjellig perspektiv. Den ene av oss så noen av temaene i ett systemperspektiv og den andre i ett individperspektiv. Malterud sier det er viktig å bruke tid på å drøfte hva vi mener med de foreløpige temaene og hvordan de kan bidra til å

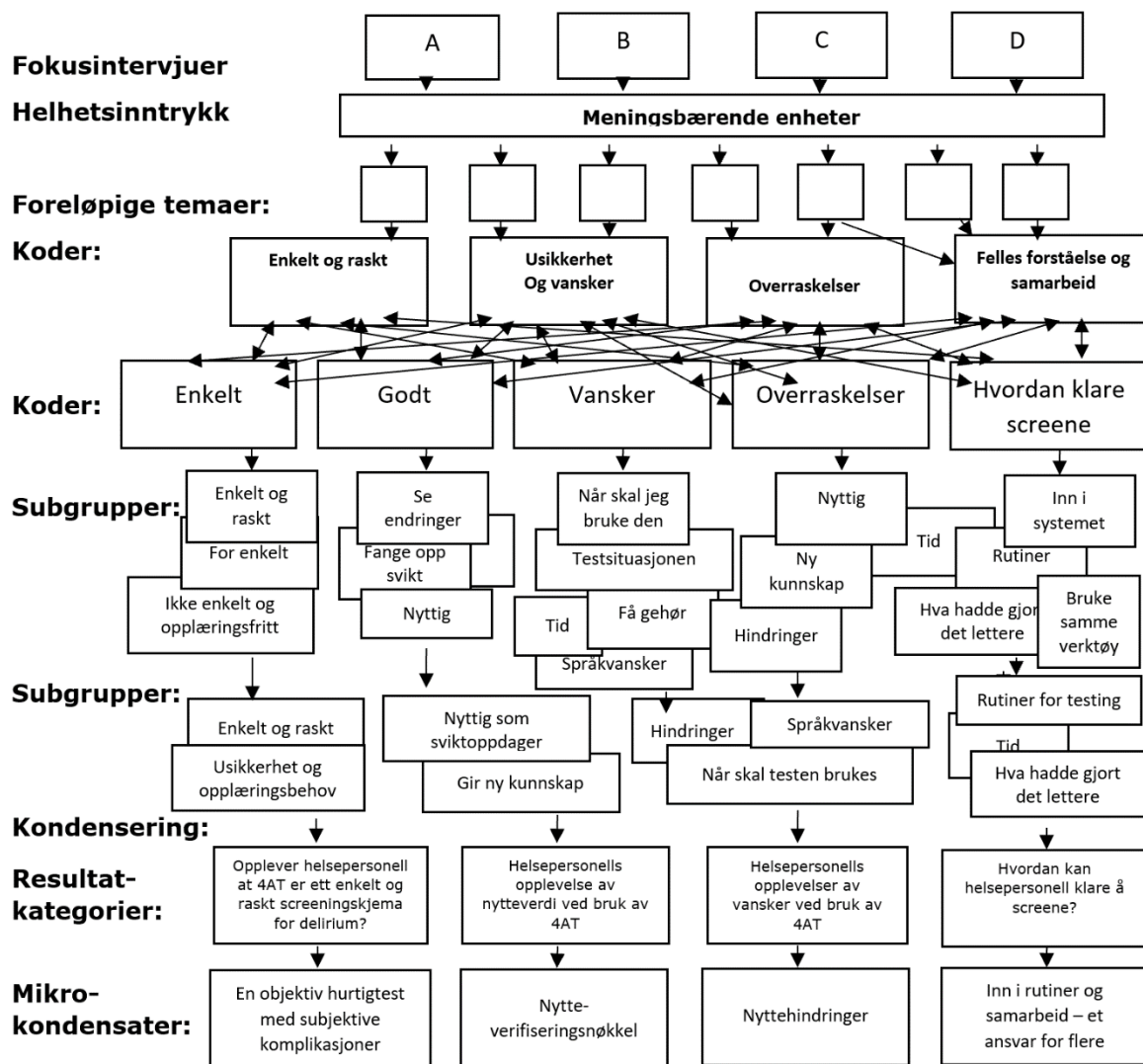
svare på problemstillingen, dette vil da som regel føre til en reformulering av temaene og videre forsøke å samle disse reformulerte temaene i kodegrupper (Malterud, 2017).

Ved første sortering og gjennomgang av de meningsbærende enheter ble de sortert til de sju foreløpige temaboksene, men underveis ble vår forståelse av materialet endret, og vi fikk etter hvert fire kodegrupper med navnene: *Enkelt og raskt, Usikkerhet og vansker, Overraskelser, Felles forståelse og samarbeid*. Etter ytterligere drøftinger, sorteringer og reformulering av kodegrupper, kom vi så fram til følgende fem koder: *Enkelt, Godt, Vansker, Overraskelser, Hvordan klare og screene*.

Vi lot nå analyseprosessen bero litt og søkte i litteraturen på temaer som kunne si noe om det vi så konturen av i fokusgruppeintervjuene. Temaer som kan nevnes er rammer helsepersonell arbeider innenfor og hvordan kunnskap utvikles og implementeres.

Deretter gjennomgikk vi intervju og materialet enda en gang og skilte ut relevant tekst som kunne belyse vår problemstilling fra tekst som omhandlet noe annet. Videre sorterte vi enda nøyere teksten under kodegruppene over. Beskrivelsen her ser ganske uanstrengt ut, mens det i virkeligheten var en tidkrevende prosess som gikk både fram og tilbake, og til sidene, for å sikre at meningsenhetene havnet innenfor den riktige koden i forhold til det som lå i meningsinnholdet. Vi så at det kunne være flere muligheter for tolkninger og tenkte at vi kunne se flere løsninger og få en bedre forståelse ved å prøve ut flere alternativer. Malterud legger vekt på at analyseprosessen ikke skal være en lineær prosess, men en induktiv og iterativ prosess hvor tolkningsfokus beveger seg mellom de ulike deler, og hvor vi også er åpne for å oppdage nye vinklinger eller for å få en ny forståelse av materialet.

Figur 3: Analyseprosess



3.8.3 Kondensering

Den tredje fasen starter med ett utgangspunkt der vi har fem kodegrupper med tilhørende meningsbærende enheter sortert under hver sin kodegruppe. Disse meningsbærende enhetene sier noe om det samme, men bærer i seg flere nyanser av kodegruppen. Disse nyansene delte vi så opp i subgrupper under kodegruppen.

Hvordan vi velger ut subgruppene farges av vårt faglige perspektiv og ståsted (Malterud, 2017). Som sykepleiere som daglig arbeider med eldre pasienter og deres utfordringer vil vår utvelgelse av meningsbærende enheter til subgruppene bli farget av sitater som gir mening for oss i forhold til problemstillingen. Nå har vi funnet tre til fem subgrupper for hver kodegruppe som kunne si noe om innholdet i den tilhørende kodegruppen. Men noe av meningsinnholdet i subgruppene kunne tolkes og gi mening som også passet inn under noen av de andre kodegruppene, derfor var også subgruppene i endring under prosessen. Vi ender etter hvert opp med tilsammen ti subgrupper med forskjellige nyanser og fortolkninger av funnene fra de meningsbærende enhetene.

Heretter er det subgruppene under hver kodegruppe som er analyseenheten. I det videre analysearbeidet på dette trinnet gjør STC ett metodisk grep som er spesielt for denne analysemetoden nemlig å lage kondensater av subgruppene (Malterud, 2017). Dette er ett kunstig sitat som bærer med seg meningen fra hvert enkelt av de meningsbærende enhetene i subgruppene. Dette kondensatet skal skrives i jeg-form for å presisere at det er informantens stemme vi representerer og kondensatet skal formuleres med informantens egne ord. Til slutt lager vi ett «gullsitat» som sammenfatter hele subgruppen. På denne måten vil meningsbærende enheter som ikke lar seg sammenfatte i ett enkelt sitat bli valgt bort eller kanskje det viser seg at det passer bedre under en annen subgruppe (Malterud, 2017). Dette viste seg å bli tilfelle for subgruppene under kodegruppen «overraskelser». Først fant vi ut at to av subgruppene var våre overraskelser og ikke informantens overraskelser deretter så vi at kodegruppen ble for liten i seg selv. Den subgruppen som sto igjen under kodegruppen «overraskelser» passet imidlertid under kodegruppen godt og fikk så sin plass der.

Et annet eksempel fra vårt arbeid på dette trinnet kan være kodegruppen «Enkelt og raskt» her ble det utviklet to subgrupper, det ene var «Enkelt og raskt» som fikk følgende kondensat:

Dette er ett greit og enkelt arbeidsverktøy tenker jeg. Det er fint med forhåndskunnskaper, men mye av det kan gjøres uten. Det inneholder ikke noen vanskelige faguttrykk og man trenger ikke ha noen stor forståelse av mennesket føler jeg. Jeg synes det er ett fint verktøy der ikke alle er kvalifisert helsepersonell, assistenter og hjemmehjelpere kan også bruke det.

«Gullsitatet» for denne subgruppen ble som følger:

Jeg synes det er ett enkelt og greit arbeidsverktøy, det står hva du skal gjøre.

3.8.4 Syntese – fra kondensering til beskrivelser, begreper og resultater

I den fjerde fasen skal vi sette sammen alle delene som analysen har delt opp; rekontekstualisere. Denne sammenfatningen skal gjøres så sannferdig som mulig opp mot det informantene har uttalt, samtidig som forskeren tar ansvar for sin rolle som fortolker. Kondensatene fra forrige analyserunde skal nå brukes til å lage en analytisk tekst. Vi bruker nå tredjepersonformen fordi det viser vår rolle som gjenforteller på vegne av andre for å fremskaffe ny kunnskap. Til slutt gir vi den nye teksten som blir sammenfattet i resultat kategoriene ett nytt navn, som skal illustrere funnene, ett mikrokondensat (Malterud, 2017).

Over brukte vi subgruppen "enkelt og raskt" som eksempel, kondensatet fra denne subgruppen ble nå til en analytisk tekst og det samme for den andre subgruppen "usikkerhet og opplæringsbehov" i samme kodegruppe. Disse to analytiske tekstene danner til sammen resultat kategorien: Opplever helsepersonell at 4 AT er ett enkelt og raskt screeningverktøy for delirium? Mikrokondensatet for denne resultat kategorien ble "en objektiv hurtigtest"

Overskriftene i resultat kapittelet var basert på resultat kategoriens mikrokondensat. I diskusjonskapittelet bruker vi kategoriens navn når resultatene diskuteres: Opplever helsepersonell at 4 AT er ett enkelt og raskt screeningverktøy for delirium, helsepersonells opplevelse av nytteverdi ved bruk av 4AT, hvilke vansker opplever helsepersonell når de bruker 4AT og hvordan kan helsepersonell klare å screene for delirium?

3.9 Forskningsetikk

Forskningsetikk skal være til hjelp for forsker til å overholde etiske prinsipper og juridiske retningslinjer og det er utarbeidet klare regler og normer for hvordan grunnleggende etiske verdier blir ivaretatt. Helsinkideklarasjonen fra 1964 kan sies å være etikkens grunnlov og mye forskningslovgivning både nasjonalt og internasjonalt er tuftet på denne deklarasjonen. Helsinkideklarasjonen framholder respekt for individet i medisinsk forskning og strenge regler for informert samtykke (etikkom.no, 2013; Aadland, 2011; etikkom.no, 2017).

Før forskningsprosjektet kunne starte ble det søkt og godkjent av Personvernombudet i det aktuelle helseforetaket, Personvernombudet for forskning, NSD og Norsk senter for forskningsdata AS og REK. (Vedlegg 1, 2, 3). Deretter ble det sendt søknad til de aktuelle avdelinger og distrikt og etter at tillatelser ble godkjent, kunne vi starte rekrutering av informanter. Dette er det gjort rede for tidligere i oppgaven.

Informantenes rett til frihet og selvbestemmelse skal være kjent og innebærer at de velger selv hva de vil svare på og kan når som helst og uten begrunnelse eller med frykt

for sanksjoner trekke seg fra forskningsprosjektet (Everett og Furseth, 2012). Forespørsel om deltagelse ble utarbeidet etter anbefalte mal fra NSD og det ble innhentet informert samtykke fra alle intervjupersonene før deltagelse i fokusgruppeintervjuene (se vedlegg 4). Videre skal informantene utsagn tolkes på en slik måte at personen framstår som mest mulig fornuftig (Aadland, 2011).

Informantene skal kunne føle seg trygge på at opplysninger de gir blir anonymisert og at de ikke blir gjenkjent (Malterud, 2017). Personvern og anonymitet har vi etter beste evne forøkt å være oss bevisst gjennom hele prosjektet både gjennom hva vi skriver og hvordan data har blitt lagret. Både skiftelige og elektroniske data er lagret i forhold til godkjenninger vist til over og vil bli makulert i henhold til avtale i godkjenningene.

Deltagelse i studien innebærer at studiedeltagere tester bruken av screeningskjemaet 4AT på pasienter og brukere som oppleves å stå i fare for eller har en akutt forvirring og kognitiv svikt. I kommunehelsetjenesten er vi i brukers hjem når bistand og hjelp utøves. Vi er på besøk for å yte den bistand hver enkelt har behov for og etter avtale med bruker. Det er en sårbar situasjon for brukeren av tjenesten, hvor vi er gjester i en annens hus og en annen situasjon enn ved sykehusinnleggelse. Men i begge situasjoner skal pasient/bruker føle mestring og ivaretagelse fra helsepersonell. I kommunehelsetjenesten har hjelper ofte en langvarig relasjon til mottageren, i sykehus er et trygt og godt møte viktig for videre forløp og behandling. Bruken av 4AT test kan føre til ubehag eller belastning for pasienten ved feilaktig framgangsmåte eller feil bruk av skjemaet. Dette forsøkte vi å unngå ved å informere om 4AT både muntlig og skriftlig. Vi stilte oss også tilgjengelig for spørsmål og oppfølging av deltagerne i prosjektperioden.

3.10 Pålitelighet, troverdighet, overførbarhet og bekreftbarhet

Hvordan man skal måle kvaliteten på kvalitativ forskning har gitt opphav til diskusjon. (Kvale *et al.*, 2015; Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016). Vi velger å bruke Johannessen sin evaluering av kvalitative undersøkelser (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016).

Pålitelighet: Dataene i dette prosjektet er innhentet gjennom fokusgruppeintervju på egne arbeidsplasser. Å forske på egen arbeidsplass gir noen spesielle utfordringer og innebærer både fordeler og ulemper. Fordeler siden vi har lokal kunnskap, lokal adgang og tillit, men også ulemper ved at det kan være lett å ta hensyn til kollegaer og ledelse slik at det kommer i konflikt med sannhets- og uavhengighetskravet i allmennvitenskapelige normer (Everett og Furseth, 2012).

Informantene har stilt seg til disposisjon i forskningsprosjektet og vist forskerne en stor tillit ved sin deltagelse. Materialet de har bidratt til, skal bearbeides og formidles videre og gjennomføringen av prosjektet hadde ikke vært mulig uten tillit og velvilje fra deltagerne og arbeidsted. Det kreves en gjennomtenkt ansvarlig forskningsetikk og mange vurderinger må gjøres etter beste skjønn. Vi må prøve å tenke på hvordan vi selv hadde reagert hvis det var oss det gjaldt, slik at ingen kan bli krenket eller at det kan gi andre uheldige følger for den enkelte eller for arbeidsted. Gjensidig tillit er en forutsetning for det kvalitative studiet (Malterud, 2017). Siden vi arbeider på forskjellige steder og på

forskjellig omsorgsnivå vil det kunne være med på å minske ulempene. Alle informantene ble informert om at den endelige oppgaven kan oversendes dem, hvis det er ønskelig. Dette forplikter oss til å gjengi deres uttalelser og i den mening det er sagt så korrekt som mulig.

Vi kan ikke utelukke at vår nærhet til forskningsfeltet har påvirket resultatet, samtidig kan vår kjennskap til kontekst, pasientgruppen og informantene ha resultert i at fokusgruppesamtalene forløp uanstrengt mellom deltagerne uten at de måtte forklare for forsker hva de mente. Slik kan det ha resultert i at informantene kom raskere til kjernen av forskningsspørsmålene. Vi valgte på grunn av vår nærhet til forskningsfeltet og kun stille forskningsspørsmålene for at samtalen skulle flyte mest mulig fritt uten påvirkning fra oss. Lengden på fokusgruppeintervjuene i den ene populasjonen var noe kort, spørsmålet blir da om det kom i konflikt med sannhets- og uavhengighetskravet? Det bidro til at vi ikke fikk fram så mange nyanser i intervjuene i denne populasjonen, men det som kom fram hadde mange felles trekk med funn i den andre populasjonen.

Troverdighet av ett kvalitativt forskningsprosjekt skal si noe om i hvilken grad forskerens funn og undersøkelser representerer virkeligheten. Hvilket datamateriale som samles inn, hva som blir brukt og bearbeidelsen av disse. Tolkningen som er gjort er våre egne og funnene som presenteres vil være ett resultat av ett samspill mellom praksisfeltene og oss som forskere. Kvantitative forskningsprosjekt har sin styrke ved at de kan måle og tallfeste sine resultater, kvalitative forskningsprosjekt kan bare sannsynliggjøre at forskningen gir troverdige resultater (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016).

Vi har tidligere i oppgaven gjort rede for hvordan vi samlet inn våre data, transkriberte og analyserte dataene. Vedvarende observasjon av forskningsfeltet er en teknikk som skal øke forskerens forståelse for et fenomen der han ikke kjenner konteksten fra før (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016). Siden vi forsket på i en kultur vi var kjent kan det være med å styrke troverdigheten sett fra denne påstanden. En annen måte å styrke troverdigheten til forskningsprosjektet er å la en annen kompetent person analysere det samme datamaterialet. Malterud sier det er en stor fordel å analysere materialet sammen med en annen forsker (Malterud, 2017). I vårt forskningsprosjekt var vi to og som det framkommer tidligere i oppgaven hadde vi noe forskjellig perspektiv på våre data. Dette opplever vi har bidratt til bedre nyanserte funn og kan ha styrket troverdigheten av forskningsprosjektet.

Overførbarhet skal si noe om hvorvidt resultatene er generaliserbare, kan de overføres til andre kontekster og situasjoner? Forskningens hensikt er nettopp å trekke slutninger fra den enkelte kontekst til å gjelde for flere lignende og beslektede kontekster (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016). Ifølge Kvale er ofte forskningsprosjekter basert på intervjuer vanskelige å generalisere på grunn av få informanter. Dette var en liten studie med få informanter og tidsperioden skjemaet ble utprøvd var kort. En analytisk generalisering er imidlertid mulig hvis funnene i studien kan brukes som en rettleiding til hva som kan skje i en lignende situasjon, basert på analyse av likheter og forskjeller mellom de to situasjonene (Kvale *et al.*, 2015). I vårt forskningsprosjekt er utvalg og metode for innhenting og analysering av data beskrevet. Slik kan den som

leser denne oppgaven selv vurdere om prosjektet er overførbarheten til en annen situasjon.

Bekreftbarhet: Alle faser i et forskningsprosjekt skal kunne gjennomføres av andre på samme måte med samme resultat. Dette er et krav og sikrer troverdigheten av forskningsprosjektet og forskning generelt (Aadland, 2011). De humanistiske vitenskapene kan ikke måle og kvantifisere resultatene sine slik som naturvitenskapen er kjent for, men metoden vi har brukt kan beskrives slik at den kan gjennomføres av andre på samme måte. Dette har vi etter beste evne forsøkt å gjøre ved nøyaktig å beskrive forskningsprosessen gjennom valgt metode. Tolkningen av dataene vil dog være våre egne og noe bare vi kan stå for i dette forskningsprosjektet. Prosjektet vil kunne gjennomføres av andre, men deres tolkning og kontekst vil kunne gi andre resultater. Imidlertid fant vi en mengde litteratur som kunne støtte opp under de funn vi gjorde i dette forskningsprosjektet.

4 Analyseresultater

For å svare på vår problemstilling kom vi fram til fire hovedkategorier som omhandlet hvordan helsepersonell opplever å bruke 4AT og hvordan de tror de kan klare å screene i en hektisk hverdag.

4.1 En objektiv hurtigtest med subjektive komplikasjoner.

Alle informantene uttrykte at selve screeningsskjemaet var enkelt å bruke. De begrunnet dette med at det inneholdt få spørsmål, ingen vanskelige faguttrykk og det var lett å forstå hva en skulle spørre om. Det at man ikke trengte faglige forhåndskunnskaper ble fremhevet og det gjorde at det lett kunne brukes av alle, ikke bare kvalifisert helsepersonell, men også av hjemmehjelpere og assistenter. Det var kun to av informantene som hadde brukt CAM tidligere. De mente likevel at dette var ett enklere skjema å bruke.

Det inneholder ikke noen vanskelige faguttrykk og man trenger ikke ha noen stor forståelse av mennesket føler jeg, det står hva du skal gjøre (Informant C).

Alle informantene syntes det var ett raskt eller relativt raskt verktøy å bruke for å screene for delirium. Flere anga at det tok bare noen minutter å gjennomføre testen.

Jeg tenker at selv om personen er i delir så fungerer dette fordi det er så kort. Hadde det vært langt så hadde en ikke begynt. Da hadde det ikke vært så lett å bruke (Informant K).

Likevel var det forhold som problematiserte at skjemaet var enkelt og raskt å bruke i møte med pasientene. I intervjuene fra sykehuspopulasjon nevner mange vansker med punkt 4 i testen. Det var vanskelig å vite eller få tak i opplysninger om fluktuasjoner i tilstand, hallusinasjoner og forvirring over tid. De visste ikke pasientens normale tilstand og måtte innhente informasjon gjennom kolleger, journaler eller ved å ringe pårørende. Å finne svaret på pasientens habituelle kognitive funksjon kunne derfor ta lang tid.

Det er det vondeste med kanskje sånne skjema da hvis du ikke er kjent med pasienten så må du hente inn så mye opplysninger før du går inn (Informant D).

Selv om alle informantene mente 4AT var ett verktøy som kunne brukes av alle på grunn av sin enkelhet var det flere som uttrykte usikkerhet i forhold til hvordan de skulle score. Dette dreide seg om hvordan de skulle score i tvilstilfeller der svaret ikke var helt opplagt.

For den er liksom fra 0-4 poeng uten at det er noe imellom om det kunne ha vært gradert, at du er litt sånn tvilende på her skjer det noe, men ikke han er jo ikke akkurat paranoid liksom hallusinert, men det er en magefølelse på at her er det noe allikevel, men det er bare en sånn oppfatning jeg har hatt av det punktet at den synes jeg virkelig er vanskelig å få til mange ganger og kunne svare ærlig på eller konkret, de andre punktene er mere, mere rett på der får du mer konkret svar klarer han det eller klarer han det ikke (Informant A).

Flere informanter lurte på når de skulle godta at de ikke ville få riktig svar eller hvor mye hjelp de kunne gi. Flere av informantene mente det var vanskelig eller umulig å teste pasienter som var stille eller somnolente. Dette begrunnet de med at pasienten ikke ville klare å svare eller at de måtte starte på nytt flere ganger fordi pasienten sovnet under testen.

Det var såpass tydelig at du trengte ikke spørre spørsmålene en gang. Han var søvnig, klarte ikke prate for seg, han var unormal i forhold til slik som han pleide være. Der hadde vi ikke klart å gjennomføre testen heller (Informant I).

De fleste informantene oppga at de var usikre på hvordan de skulle gå fram i møtet med pasienten slik at de kunne utføre screeningen og forklare hvorfor de stilte disse spørsmålene.

Det synes jeg kan være litt vanskelig, det er ikke alltid at jeg føler at jeg kommer i en posisjon hos pasienten der jeg egentlig kan spørre: kan du være så snill å ta årets måneder baklengs? Da blir de ganske ofte litt frustrert, særlig de som kanskje vet at de ikke kommer til å få det til (Informant C).

En informant sa at hun så forskjell på hvordan de som var vant til å jobbe med demente ofte hadde bedre strategier i den daglige kommunikasjonen for å fange opp endringer. Hvordan de skulle gjennomføre testen uten å såre var en bekymring fra flere av informantene da noen pasienter opplevd testsituasjonen ubehagelig, men ofte viste det seg at bekymringen var ubegrunnet.

Med en gang tenkte jeg at de kanskje syntes at det var dumme spørsmål jeg stilte de, men ettersom de begynte å svare ble det borte. Så det var bare slik en kanskje tenker med en gang det at de kanskje de synes at dette er dumt å spørre voksne mennesker om liksom. Men nei da, det gikk fint da en førstes begynte å spørre (Informant G)

Flere av informantene trodde imidlertid at det vil bli lettere når de får opparbeidet seg litt mer erfaring med å bruke 4AT.

Jeg tror ikke ja...du kan ikke ta arket å gå også skjønner du akkurat hva du skal gjøre, det tror jeg nok jeg.....Jeg måtte ha en kort gjennomgang i hvert fall (Informant D).

4.2 Nytteverifiseringsnøkkel

Om 4AT er ett godt screeningskjema for delirium var ikke så lett for informantene å svare på, og flere mente det måtte brukes over lengre tid enn de hadde gjort for å kunne svare på det. De så imidlertid flere fordeler ved bruken av 4AT som ble oppfattet til å ha en nytteverdi for dem i sitt daglige arbeid og som kunne bidra til bedre oppfølging av pasientene og nøyaktigere dokumentasjon. Ved bruk av skjemaet opplevde flere at de lærte noe nytt og det åpnet slik opp for ny kunnskap.

Informantene synes det kom godt fram om det var en svikt eller ikke, selv om det kunne være vanskelig å skille om det var en underliggende demens eller delirium. En deltager nevnte at det var positivt at den fanget opp deres kliniske observasjoner og ikke bare inneholdt spørsmål. En annen fortalte at skåret kom tydelig fram på en pasient/bruker som var i delirium.

Han visste ikke hvor han var og hvilket år det var. Vanligvis så gjør han egentlig det, vet år og hvor han er, men i dag hallusinerte han. Da jeg kom inn til han var han på fest han. Da fortalte han hvor fint han hadde det der (Informant L).

Det ble sagt at observasjoner ble mere målrettet med et slikt skjema, da det her ble stilt spørsmål med den hensikt å avdekke svikt og ved at pasienten måtte svare på andre spørsmål enn det de hadde rutine i å svare på. Flere sa det var ett fint verktøy for når de fant en svikt kunne de argumentere for hvorfor det var viktig å sette i gang miljøtiltak, vurdere Exelonplaster eller Haldol på natt. En av informantene sa at hun ble mere bevisst på hvem som var i feresonen da hun hadde brukt screeningskjemaet.

Ja vi er jo en akuttavdeling så her er de innlagt fordi det feiler de noen ting, at de ikke er ... boplassen deres også ... så de er ikke hjemme, allerede da er de veldig sårbar, så er det en del som, ganger du får høre fra nattevakt at: har sovet dårlig, har framstått irritert, eller utrygg eller uklar, ikke sant. Og det er jo ofte da jeg har hatt best nytte av det skjemaet da..... kanskje få bekreftet eller avkreftet det om de er for eksempel uklar eller utrygg eller ja.... Da tenker jeg at en kanskje kan, kanskje få gjort noe for neste natt da, for vi vet hvor viktig søvn er for eksempel (Informant C).

De fleste informantene mente det var behov for et screeningsverktøy. I sykehuspopulasjonen var oppdagelsen av delirium det viktigste.

Jeg tror vi mangler litt sånn der når er det man trenger å bruke ett, ett verktøy, hvilke pasienter er det for det er vel kanskje de vi ikke nødvendigvis, fordi det er lett Altså det er noe med de der, det er lett å se at noen er uklar hvis de driver og vandrer rundt og ikke finner fram til rommet sitt, men det er disse der som bare er der, som ikke er til plunder og heft for oss, vi ikke trenger å medisinere eller trenger å Som antageligvis sitter der og kommer i en tilstand som er vanskelig å snu, men der er liksom, når, når skal varselklokkene bare ring, ring, ring..... I hvert fall snakke om det, vi har så lett for å rapportere eller jobbe med det som er baserte for oss (Informant C).

I kommunepopulasjonen ønsket de et verktøy som også kunne avdekket kognitiv svikt. En av grunnene til dette var at det kun var legen som utførte MMS og at dette kunne være ett verktøy som helsepersonell kunne bruke ved mistanke om demensutvikling. En annen grunn var at ved innkomstsamtaler var det ikke fokus på det kognitive mer på ernæring og fysisk funksjon.

Fordi det blir jo ofte at vi sender emu til legen og spør om de kan ta tak i det. Men de kan ikke gjøre det på alle brukere vi har, men der vi er litt skeptiske så bør vi jo for å kartlegge om det er demens eller om det er noe annet (Informant I).

Mange opplevde at de fikk verifisert observasjonen på objektiv måte og at det var et godt hjelpemiddel for at de ikke bare skulle tro og mene. Slik unngikk de bare å bruke klinikken. Flere mente at det kunne bli lettere å si fra til lege eller annet tjenestenivå når de hadde noe konkret å vise til. Informantene syntes at det var et fint verktøy for dokumentasjon, informasjon til lege og nestemann på vakt når de ikke selv kunne følge opp.

De fleste intervjudeltagerne uttrykte overraskelse over svarene pasientene ga og hva de kunne bety. En deltager sa hun ikke hadde vært klar over at spørsmålet om måneder bakover testet oppmerksomhet og kunne avdekke delirium. En annen ble overrasket over at pasienter med kognitiv svikt kunne klare å ramse opp månedene bakover fordi dette var innlært kunnskap. Det ble uttrykt overraskelse over at noen svarte mye bedre og noen mye dårligere enn forventet. Mange syntes at det å bli kjent med dette screeningverktøyet hadde vært oppklarende og at de hadde lært noe nytt.

Jeg var egentlig veldig overrasket over svarene. Særlig det med måneder. Det gikk så fort og det var helt riktig og de sa alt, jeg ble helt imponert over svaret. Men noen hadde ikke svar (Informant L).

Der har jeg blitt overrasket, det har vært folk jeg har vært helt sikker på at ikke skal klare det, men det satt, ja og da scorer de jo egentlig bedre enn sitt kliniske oppsyn (Informant C).

4.3 Nyttehindringer

Når nytteverdiene informantene nevnte over ble utprøvd i praksis viste det seg at flere av disse ikke fikk oppfylt sitt potensiale.

I sykehuspopulasjonen hvor 4AT var innført som screeningsverktøy ved behov, var opplevelsen av samarbeid om resultatet sprikende. Mange uttrykket usikkerhet om det gjorde noen forskjell om de brukte 4AT utover hva de greide å sette i gang av tiltak selv. De påpekte at oppfølging av resultatene var avhengig av at den som fikk dokumentasjonen visste hva testen betød og at det var interesse for å gjøre noe med opplysningene. Dette gjaldt både i forhold til egne kollegaer, leger og annet tjenestenivå. Informantene fortalte at de roterte rundt i avdelingen og at det var sjeldent de hadde samme pasient to dager på rad. De visste ikke om det de hadde avdekket gjennom å ta 4AT fikk noen konsekvens i videre oppfølging og behandling. Flere var redde for at skjemaene bare ble lagt i en bunke og ikke brukt til noe, de visste ikke om det ferdig utfylte 4AT skjemaet ble satt inn i kurveboka hvis de bare leverte det inn og ikke gjorde det selv. De var betenkte og reflekterte over viktigheten av at resultatene ble brukt videre når testen først var tatt.

Jeg fikk jo kanskje bekreftelse på at hun var i ett slikt stille delir, at hun kunne fort, ja det er disse som er vanskelige, hun satt jo bare der, sa ingenting, men som sagt noe mer oppfølging vet jeg ikke, jeg leverte det til doktoren, hva som ble gjort etterpå vet jeg ikke fordi jeg var ikke der neste dag (Informant E).

Nå skal det også nevnes at en sykepleier hadde opplevd at legen ikke visste hva 4AT var, men ble interessert og ville høre mer om hva slags skjema dette var og hva scoren betydde. Resultatet ble at legen deretter så på om pasienten hadde behov for væske, spurte om han hadde smerter og bestilte nye blodprøver.

De fleste informantene ga uttrykk for at det var sykepleierne eller den som går visitt som har mulighet til å ta det videre med legen. Flere sa også at de var avhengige av å treffe på den rette legen som er interessert i den gamle pasienten og dens utfordringer hvis testen skal bli vurdert videre.

Jeg fikk på en måte ikke noe gehør for at han scoret så høyt. Formidlet det til legen, men hun var på en måte ja, ja. At det var på en måte «nei da han er bare sånn» «han er nok dement» (Informant F).

Tid var også noe alle nevnte som en viktig faktor. I kommunehelsepopulasjonen så de pasienten så kort tid av gangen for eksempel når de var innom og ga medisiner.

Vi er så kort tid inne hos brukeren og alt går så på rutiner. De er ofte flinke til å skjule (Informant M).

I sykehuspopulasjonen var det å prioritere tid til å utføre screeningen i tillegg til arbeidsoppgaver som de ellers måtte gjøre.

Det er ganske ofte jeg tenker at denne her skal jeg ta en 4AT på og det tenker jeg og 8 timer senere, men jeg har fortsatt ikke fått gjort det (Informant C).

I kommunepopulasjonene var screeningskjemaet bare prøvd og det var ikke innført som et screeningskjema. De hadde ikke prøvd det ut i en lengre periode eller fått erfaringer om hvordan det var å viderefordre testresultatene til for eksempel kollegaer, lege eller andre behandlere. De mente det måtte til en informasjonsrunde til legene hvis de skulle ta i bruk skjema og at resultatvarene måtte forklares. En av deltagerne påpekte at det er mye opplysninger på selve testen som legen kan se på som informasjon, de kunne også legge det inn i legeboka og informere om at dette var ett nyttig skjema som kunne brukes som ledd i en deliriumsutredning.

Hvis brukeren da er kartlagt ifra før og vi da kommer til en person som ikke er våken og orientert, så vil jo det være noe en kan bruke når en kontakter lege (Informant M).

Det forelå ingen retningslinjer på hvilke pasienter som var aktuelle å score utover eldre pasienter. Intervju- deltagerne uttrykte usikkerhet om når skjemaet skulle brukes med tanke på hvem det var hensiktsmessig å ta det på. Noen tok det når de fikk en magefølelse på at det var noe som ikke stemte, eller de lurte litt på den kognitive statusen. En deltager sa hun også tok det for å avdekke om pasienten hadde risiko for å utvikle delirium, alder over 70 år, infeksjon og fall.

Til sammenligning med for eksempel fallscore da som det er en greie på at alle over 65 år skal ha, så er det ikke noe greie her på at alle som er stille, påfallende, merkelige, infeksjon eller andre ting skal ha 4AT (Informant A).

En av deltagerne hadde brukt skjemaet på en pasient som hadde vansker med å uttrykke seg, hun hadde avsluttet testingen da det var tydelig at det var språket som hindret kommunikasjon. Flere deltagere mente da at skjemaet ikke er egnet for pasienter som ikke på en eller annen måte kunne uttrykke seg adekvat som for eksempel ved total afasi. Andre nevnte også at det kunne bli utfordrende med de som ikke mestret norsk godt i utgangspunktet og der de ikke hadde ett felles språk å kommunisere på.

Pasienten hadde jo ikke språk, han hadde ett hjerneslag og så finner jeg papir og blyant... Han visste ikke hvordan han skulle skrive A eller navnet sitt.....(Informant F).

4.4 Inn i rutine og samarbeid - ett ansvar for flere

Alle deltagerne hadde forslag på hvordan de skulle få til og screene på sine arbeidsplasser og var i utgangspunktet positive til at dette skulle bli en rutine. I kommunepopulasjonen kunne de tenke seg å innføre screeningskjemaet på avdelingen enten som en fast screening ved for eksempel innkost, eller at det kunne stå fast på arbeidslistene til de som var risikopasienter i hjemmesykepleien. Flere hevdet at det var viktig å få screeningen inn i rutine slik at det ikke ble opp til hver enkelt om det ble gjort eller ikke og for å huske å gjøre det.

Den mest effektive måten å få testen i bruk er nok å få den inn i rutiner og avkrysningskjemaer, ellers kan det bli litt på hver enkelt person som er på jobb. At noen gjør det, mens andre ikke gjør det (Informant K).

Sykehuspopulasjonen uttrykte ikke noe ønske om at alle skulle screenes. De uttrykte at det var vanskelig å implementere nye skjemaer. Det begrunnet de med at det var mange skjemaer som skulle fylles ut og at dette ble enda et. De hadde mange oppgaver som de var pålagt å gjøre og det var hele tiden prioriteringer om hva som var viktigst innenfor den tiden de hadde til rådighet. De uttrykte frustrasjon over alt som skulle dokumenteres og skrives og som medførte at de ikke fikk sett om pasientene sine like mye som de ønsket.

Det handler vel og mye om tiden her, altså og rekke å få det godt innarbeidet, det er så mye skjemaer og ting som skal fylles ut hele tiden og det å klare å implementere nye skjemaer det er vanskelig for du skal finne tid til det i tillegg til alle de andre vi har fra før (Informant A).

Kommunepopulasjonen uttrykte at tiden de brukte på screeningskjemaet kunne tilføre ny kunnskap og en annen kunnskap om bruker enn de hadde fra før, og mente at skjemaet kunne implementeres sammen med andre screeningsrutiner som allerede var i bruk i kommunen.

Sykehuspopulasjonen ga uttrykk for at det hadde vært nyttig hvis utfylt 4AT hadde fulgt med ved innleggelse fra kommunen. Noen lurte også på om lignende spørsmål eventuelt ble stilt i mottagelsen. Pasientene ligger nå så få dager på sykehus og det er mye som skal skje under innleggelsen så informantene mente at en kartlegging før de kom på post kunne bidra til en bedre oppfølging og at forebyggende eller behandlende tiltak ble igangsatt raskere. En nyutdannet sykepleier fortalte at hun under utdanning hadde vært i praksis i en mottagelse. Ingen deliriumscreening hadde blitt utført der, selv om de hadde fått inn mange forvirrede pasienter. De nevnte også at det var ett problem både innad og utad organisasjonen at det ikke ble brukt de samme verktøyene. Selv om 4AT var ett relativt nytt screeningverktøy var de klar over at det var godkjent for bruk, men uttrykte at det ikke akkurat hadde vært noe blest om temaet.

For jeg regner jo med at, en del legges jo inn fordi noen har den ugne magefølelsen om at noe har.... Vi vet jo det, ikke sant, de har fallert brått hjemme og så blir de lagt inn på sykehus og så blir det opp til oss å finne ut hvordan vigrunnen til at de har fallert brått. Men det er jo klart at hvis det hadde ligget med en dokumentasjon da, at i dag scoret de sånn og sånn på 4AT, så hadde jo vi kommet langt på veien når vi skulle ta (Informant C).

De savnet ett innarbeidet skjema, det å kunne punktene uten å måtte ha med seg skjema var en måte de ønsket å få de til på. Da ville de ved målrettet kommunikasjon ved for eksempel stell, kunne fylle ut skjemaet i etterkant.

Få dette innarbeidet på en god måte kan jo nettopp være dette her og kunne punktene såpass i bunnen da at vi kan bruke dem i naturlig i stell situasjonen da, at vi ikke har skjemaet, men at allikevel så har vi utgangspunktet for 4AT med oss naturlig i tankegangen, så hvis vi hadde klart det istedenfor å hente ut og skrive og sitte på kontoret med det, kanskje (Informant A).

Ett annet forslag fra sykehuspopulasjonen var å opplyse om skjemaet på nyansattdager med en case – undervisning, dette kunne øke bevisstheten om delirium og 4AT. En nyutdannet sykepleier fortalte at de hadde hørt om delirium på skolen, men lite om hvordan det skulle avdekkes. Hun mente at det allerede der burde fokuseres mer på fordi delirium og kognitiv svikt er noe du kommer bort i hvor som helst du begynner å arbeide som sykepleier. Mange mente at spesielt kunnskapen om stille delirium generelt var lite bevist og i en travel sykehusavdeling kunne de lett bli oversett.

Vi hører så vidt om delir på skolen, men vi lærer jo ikke hvordan vi skal se etter det, avdekke det, vi hører liksom at det er kav forvirrede personer som er, har fått en infeksjon, så blir de veldig lite om stille delir i hvert fall (Informant A).

5 Diskusjon

Vi ser gjennom litteraturgjennomgangen i oppgavens teoridel at delirium som diagnose i seg selv ikke er så enkel som det kan se ut som på diagnosekriteriene. Delirium presenterer seg på forskjellige måter, patofysiologien er til dels ukjent, forløpet og lengde er svært varierende. Den enkelte helsepersonells kunnskap og hva vi bygger vår kunnskap på vil være forskjellig og innføring av ny kunnskap og endringer av praksis har vist seg vanskelig. Samtidig ser vi at samfunnet har sine kulturelle holdninger og stereotype oppfatninger om eldre. At det blir flere eldre i framtiden er det liten tvil om og dette har medført store reformer i helsevesenet, hvor stor del av disse reformene som bygger på kulturelle holdninger og stereotype oppfatninger er usikkert, men vi ser en implisitt aldersdiskriminering. Politiske føringer og retningslinjer forsøker å fremme den beste behandling og omsorg for innbyggerne i landet. I denne konteksten vil det være mange etiske dilemmaer. Det er opp mot denne komplekse bakgrunnen vi skal diskutere våre resultater.

5.1 Opplever helsepersonell at 4 AT er ett enkelt og raskt screeningverktøy for delirium?

Funnet i denne kategorien, viste at 4AT var en objektiv hurtigtest med subjektive komplikasjoner. Alle informantene i begge populasjonen uttrykte at 4AT var ett enkelt og raskt screeningskjema for delirium. Litteratur om 4AT bekrefter at dette var noen av hovedkriteriene for utvikling av screeningskjemaet (Shenkin, S. D. *et al.*, 2018). Vår studie viste likevel at helsepersonell opplevde situasjoner der screeningskjemaet ikke var enkelt og raskt og da spesielt i forhold til punkt 4 på testen. Når helsepersonell ikke hadde kjennskap eller bakgrunnsinformasjon om pasientens normaltilstand måtte det søkes i journaler, konfereres med annet helsepersonell eller innhente komparentopplysninger fra pårørende. Ett av kriteriene for hva 4AT skulle ta hensyn til var informanthistorie, videre legger også ett av DSM kriteriene vekt på sykehistorie (Shenkin, S. D. *et al.*, 2018; Ranhoff, 2014). Således må screeningen planlegges på forhånd så man har informasjonen klar hvis screeningen skal kunne foretas på så kort tid som ønsket. Det kan da hevdes at dette er en tidkrevende faktor som vil gjelde for flere screeninginstrument og ikke for 4AT spesielt, men like fullt kan den tiden dette tar være en årsak til at screening ikke blir gjennomført i en hektisk hverdag.

På grunn av sin enkelhet så mente alle informantene at alle typer helsepersonell kunne bruke 4AT også assistenter og hjemmehjelpere. Dette kan trolig la seg gjøres hvis den som utfører testen forholder seg objektivt til pasienten og unnlater å lytte til intuisjon eller lar seg berøre av den andre. Virkeligheten er ofte ikke så enkel og den interaksjonen som skjer når den enkelte helsepersonell står ovenfor en pasient som skal testes vil alltid være unik (Aadland, 2011). Dette kom også fram i vår studie og igjen ble punkt 4 i 4AT gjenstand for problematisering da det skapte usikkerhet når det gjaldt

poenggivningen når det ikke var rom for nyanser. I forhold til å sette diagnosen delirium må alle kriteriene i DSM 5 være oppfylt og det er ikke rom for tolkninger. Ett av aspektene som informantene så som en fordel ved skjemaet var nettopp at de fikk verifisert sine observasjoner på en objektiv måte ved å bruke 4AT (avsnitt 2 i resultat kapitlet).

Flere av informantene sa det var vanskelig eller umulig å teste stille og somnolente pasienter. Vi ser at selv om personalet har fått informasjon om skjemaet og framgangsmåten står tydelig beskrevet i skjemaet vil det alltid oppstå situasjoner der helsepersonell blir usikre. Fretheim mfl. fant at forskjellige former for opplæring, beslutningsstøtte og tilbakemeldinger «audit & feedbak» og skreddersydde tiltak sannsynligvis var effektive (Fretheim *et al.*, 2015). Når nye skjema skal prøves ut eller implementeres kan man kanskje anta at tiltak som «audit & feedbak» også kunne være nyttig i starten ved innføring og utprøving av 4AT. I artikkelen fra (Eeles *et al.*, 2017) var utdanning og opplæring en viktig komponent i implementering av tiltak som skal bedre deliriumomsorgen. I dette prosjektet ble 4AT innført på en medisinsk avdeling og introdusert gjennom noen få minutters informasjonssnutter på morgensamling før dagvakt ca 1 gang pr. uke i en måned og sendt til alle på mail. I kommunedistriktet ble det gitt tillatelse til å prøve ut skjemaet og informasjon om 4AT og delirium ble lagt på vaktrom. Informasjon om skjemaet ble gitt ved spørsmål og før testen ble prøvd ut av den enkelte. Dette fyller nok ikke kriteriene for utdanning og opplæring. Trolig får ikke alt personalet med seg informasjon, grunnet at de ikke er der når informasjon blir gitt (turnus) eller at de ikke leser all e-post eller det som ligger framme på vaktrom like godt.

Å tilegne seg kunnskap tar også tid. En informant sier hun ser at helsepersonell som er vant til å arbeide med demente oftere har bedre strategier for den daglige samtalen og det å fange opp endringer. Økt geriatrisk kompetanse og mulighet for å videreutdanning er prioriterte mål (Meld. St. 15 (2017–2018), 2018 ; Stortinget, 2018) For å øke implementeringshastigheten av nye skjema bør innføring av screeningskjema ha støtte og god forankring i ledelsen i den gitte kontekster slik vi hadde i en av våre to populasjoner. Dette viser også forskning (Hennestad, 2009). Videre trenger det nok både mer utdanning og opplæring enn det som ble gitt i dette tilfellet. Uklarhetene som oppsto når helsepersonell skulle prøve ut 4AT var av en slik karakter at de med enkle grep kunne oppklares. Selv om bruken av 4AT er enkel i forhold til andre mer avanserte screeningskjema som for eksempel CAM, vil behovet for økt kunnskap om delirium generelt være viktig for å nyttiggjøre seg av testresultatene. Der står de fleste screeningskjemaene likt. Skjer så det i virkeligheten og er det derfor gode intensjon ikke ender opp i noen forbedring? Det kan sies at vi skal arbeide kunnskapsbasert, men samtidig skal vi forholde oss til konteksten vi er i og rammene det gir (Helsebiblioteket.no, 2017). Forskingen viser til vellykkede prosjekter der tid er avsatt, men tid er penger og disse prosjektene har fått finansering. I virkeligheten skal ny kunnskap implementeres/testes innenfor de økonomiske rammene som institusjonen allerede har gitt. Derfor ble ikke barrierer (Meagher *et al.*, 2013) som er viktige i deliriumomsorgen identifisert og adressert.

5.2 Helsepersonells opplevelse av nytteverdi ved bruk av 4AT?

Om 4AT er et godt screeningskjema for delirium er ikke så lett for informantene å svare på. Det sies i retningslinjene for skjema at det ikke skal være et diagnostisk redskap, men være en beslutningstøtte for helsepersoner for videre henvisning til lege og for videre behandling (Evensen *et al.*, 2016; MacLulich, 2014). De så imidlertid flere nytteverdier ved bruk av skjemaet, en av de var mere nøyaktig og målrettet dokumentasjon, som igjen kunne gi bedre oppfølging og behandling. Ved å bruke 4AT økte de sin bevissthet på delirium og svaret det gav kunne brukes i argumentasjon for å sette i gang tiltak og behandling. 4AT kom på bakgrunn av manglende diagnostikk av delirium i medisinske og akutte enheter. Årsakene som ble avdekket var flere, blant annet uvitenhet om tilstanden og hva den kan føre til, at delirium ble tolket som demens og liten tid til vurdering av dette (MacLulich, 2014).

De fleste mente det var behov for ett screeningskjema for delirium, da de så at det kunne være vanskelig å skille mellom underliggende demens eller delirium. Informanter i begge populasjonene oppgav at å bruke 4AT hadde vært oppklarende og åpnet opp ny kunnskap. Kommunepopulasjonen så også en nytteverdi av at kognitive endringer kunne dokumenteres. Det kan skyldes at det er vanskeligere å oppdage kognitive endringer som skjedde over tid enn akutte forvirringsepisoder når brukeren var kjent fra før.

Flere studier viser til at delirium er en kompleks diagnose som kan være vanskelig å skille fra demens (Numan *et al.*, 2017; Neerland, Watne og Wyller, 2013). Samtidig viser forskning til spesielt sykepleiers viktige rolle i oppdagelse av delirium (Dahlke, 2008; Solberg *et al.*, 2013). Mer målrettet og nøyaktig dokumentasjon er viktig siden delirium ofte svinger i presentasjon av symptomer (Wyller, 2015) og en nøyaktig dokumentasjon av symptomer vil kunne være med å forberede diagnostikken. Dette vil også oppfylle lovens krav til dokumentasjon for helsepersonell (*Helsepersonelloven* 1999). Vi har tidligere sett at det brukes synonym begreper istedenfor å bruke det rette diagnosebegrepet delirium (Bellelli *et al.*, 2018). I sykepleiedokumentasjon brukes ofte begrepet forvirret og desorientert, men dette er også beskrivende for flere demensdiagnoser. Både delirium og demensdiagnosene har sine spesielle kjennetegn og ved bruk av disse samle begrepene kan ingen av diagnosene gjenkjennes (Morency, 1990). Når helsepersonell får kunnskap om hva som kjennetegner delirium kan dokumentasjonen bli mer presist ved man unngår bruk av slike samlebegreper eller dokumenter hva som menes med forvirret og desorientert. Score og overskrifter på 4AT skjemaet sine fire punkter kan brukes til mer nøyaktig dokumentasjon og da kan symptomer på delirium bli tydelige.

Ved å bruke 4AT, opplevde helsepersonell at de fikk bekreftet sine antagelser om at noe var i ferd med å skje med pasienten som kunne skilles fra hans vanlige mentale tilstand. Bruk av 4AT ble ett verktøy for helsepersonellet, der de bedre kunne argumentere for tiltak som opplevdes viktig å igangsette ovenfor ledelsen, kollegaer og leger.

Vi så også under dette forskningsprosjektet at delirium ofte forveksles med demens og det å lære seg forskjell på hva pasienter med en demensdiagnose i sin habituelle tilstand kan svare på gjorde flere av deltagerne overrasket. De følte de hadde lært noe nytt og viktig når det gjelder å oppdage delirium.

5.3 Helsepersonells opplevelser av vansker ved bruk av 4AT?

Artikler vi fant om delirium screening viste at det var mange barrierer når det gjelder å screene for delirium. Noen barrierer var hos den enkelte helsearbeider i form av holdninger og kunnskap, noen av barrierene som for eksempel tid var allerede løst ved 4AT skjema som er et raskt og kort arbeidsverktøy? Andre barrierer som vi så i våre intervjuer, handlet om organisatoriske utfordringer, det vil si at det ikke fantes innarbeidede retningslinjer eller at retningslinjer og prosedyrer ikke ble fulgt. Årsaken til dette kan diskuteres. Det kan diskuteres om det er grunnet holdninger eller mangel på kunnskap i helsetjenesten, mangel på ledelse eller politiske styringsorganer eller om det er etisk og kulturelt betinget av forhold i helse og omsorgsyret.

Det helsepersonell så som nytteverdi ved bruk av 4AT i den ideelle kontekst viste seg mer problematisk i virkelighetens hverdag. Sykehuspopulasjonen som hadde lengst erfaring med bruk av 4AT opplevde at samarbeidet om screening resultatet de hadde fått var sprikende. De fleste vanskene de beskriver finner vi igjen i barrierer for implementering av god deliriumomsorg (Meagher *et al.*, 2013) og organisatoriske forhold.

Flere av informantene i sykehuspopulasjonen var usikre på om det gjorde noen forskjell utover det de selv klarte å sette i gang av tiltak. Helsepersonell med geriatrikisk kunnskap vist hvor viktig det var å orientere pasientene, mobilisere og opprettholde daglige rutiner også under sykehusinnleggelse. Flere fortalte at de sjeldent hadde samme pasient to dager på rad og de var avhengige av at både lege og kollegaer tok testresultatene på alvor og at tiltak ble igangsatt og fulgt opp når de selv ikke var på vakt.

De opplevde at resultater som ble formidlet til legen ble bagatellisert og at de ikke ble tatt på alvor med sin bekymring ut ifra testresultatene. Manglende kunnskap eller mistolkning av delirium som depresjon eller demens (Evensen *et al.*, 2019) kan være årsak til dette. Funn gjort i en annen studie viste at legene sjeldent gjorde forandring i behandling eller medisinerings grunnet tilleggsopplysninger som deliriumscreening ga (Soja *et al.*, 2008). Informantene var også usikre på om testresultatene overhode nådde fram til legen hvis kollegaer skulle bringe informasjonen videre. Vi ser her at barrierene dårlig bevissthet om delirium og dårlige holdninger (forebygging og håndtering av diagnosen) ble identifisert. I studien til Meagher mfl var dette forhold som måtte prioriteres i utdanning og opplæring til både leger og annet helsepersonell hvis disse barrierene skulle overvinnes. Barrieren bemanning (i form av liten kontinuitet) ble også identifisert (Meagher *et al.*, 2013).

Hvis testresultatene bare blir lagt i en bunke kan man stille seg spørsmålet om det var nødvendig å utsette pasienten for screeningen. Litteratur om screening sier at det ikke vil være etisk riktig å screene personer for sykdommer det ikke finnes behandling for (Braut, 2018). Det finnes god dokumentasjon på både forebygging og behandling av delirium, men hvis screeningen ikke resulterer i noe av dette, kan det antas at det er uetisk å screene pasienten.

Sykehuspopulasjonen uttrykte usikkerhet i forhold til hvordan informasjonen ble tolket når den skulle overbringes til annet tjenestenivå. En felles forståelse og bevissthet rundt delirium, screeningskjema samt forebygging og behandling av diagnosen var savnet. Kommunepopulasjonen hadde ikke gjort seg så mange erfaringer med tanke på å ta

informasjonen vider, men uttrykte at det nok måtte til noen informasjonsrunder. De så at skjemaet i seg selv var informativt og at denne informasjonen kunne brukes av mottakeren. Kommunepopulasjonen nevnte ikke overføring til annet tjenestenivå og hvilken del av denne informasjonen som da bør følge med. Informasjonsutveksling mellom omsorgsnivåene skal forgå elektronisk (St.meld. nr. 47 (2008–2009)) og dette setter krav til at det som dokumenteres er nøyaktig og beskrivende for den enkelte pasientsituasjon. Tidligere forskning viser at dette ikke alltid er tilfelle fordi innleggelsesrapport i fra kommunen inneholder kodet informasjon om pasientens nåværende tjenester og sykepleieinformasjon ofte er manglende. Likeså kan informasjon som sendes til kommunen fra sykehus mangle viktig informasjon fordi det her er opp til den enkelte som sender PLO meldingen hva den beskriver og legger vekt på (Nordberg, 2015; Brattheim, Hellesø og Melby, 2016).

Mangel på tid var også noe begge populasjonene ga uttrykk for som hinder for oppdagelse og gjennomføring av screening. I kommunepopulasjonen var mangel på tid nevnt i sammenheng med at de så pasienten så kort tid av gangen og at de var flinke til å skjule. Delirium er en akutt oppstått situasjon og pasienten kan være forandret fra slik han pleier å være, det vil kunne være observerbart når man kjenner pasienten fra tidligere besøk og vet hvordan han pleier å være. Problemet vil være fluktusjon i tilstanden og hvordan pasienten er akkurat når helsepersonell er innom.

I sykehuspopulasjonen var det å finne tid til å utføre testen som var utfordringen. Ved mistanke om delirium eller for å avdekke risikopasienter sto screening for delirium i konkurranse med andre arbeidsoppgaver og målinger/observasjoner som skulle gjøres av pasientene. Mangel på tid ble også identifisert som en barriere for god deliriumomsorg (Meagher et al., 2013) og vansker med å møte den eldre pasient på en god måte i ett travelt sykehusmiljø (Dahlke, 2008). Ifølge yrkesetiske retningslinjer sykepleiere som bygger på ICNs prinsipper etiske regler og menneskerettigheter, skal "Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients behov for helhetlig omsorg". Vi står også i ett asymmetrisk forhold til pasienten der den ene har behov for at hjelp blir gitt og den andre er den som har makt til å gi hjelpen.

Retningslinjer for hvilke pasienter som skulle scores var savnet hos begge populasjoner. Dette medførte at screeningen ble utført på forskjellig grunnlag, noen scoret pasienter når de fikk en «magefølelse» på at alt ikke stemte, andre screenet også for å avdekke risiko for utvikling av delirium og når de lurte på kognitiv status. Bestemte kriterier for når screeningen skal gjennomføres vil frita helsepersonell for tvil om når screeningen skal gjennomføres og er nok noe som bør avklares på forhånd når skjemaet skal implementeres.

Testen ble oppfattet til å være lite egnet for pasienter som hadde vansker med å uttrykke seg. Vansker med å uttrykke seg kan være ett av symptom ved delirium og i disse tilfellene kan det trolig oppstå tvil og det vil sette større krav til kunnskap om delirium hos den som utfører testen. Ved total afasi (ekspressiv, impressiv og manglende evne til skriftlig framstilling) vil nok 4AT komme til kort i forhold til deliriumscreening. Testen baserer seg på at pasienten normalt vil kunne uttrykke seg og tar hensyn til både syns- og hørselshemninger (Shenkin, S. D. et al., 2018), men vil trolig ikke egne seg til for eksempel slagpasienter med total afasi. Vansker med testing av fremmedspråklige pasienter ble også nevnt og for både denne gruppen og de med total afasi vil trolig andre

testmetoder som baserer seg mer på subjektive opplevelser og pårørendeinformasjon være mer egnet.

5.4 Hvordan kan helsepersonell klare å screene?

Forslagene som kommer fram i våre intervjuer er basert på hva helsepersonell mente måtte til hvis vi skal klare å screene i en hektisk hverdag. Og vi har videre forsøkt å diskutere fram mulige løsninger på deres forslag.

Informantene våre hadde alle forslag til løsning på hvordan de kunne få til screening på sin avdeling/distrikt. De var alle positive til at det skulle innføres som en rutine. Om screeningskjema for delirium ikke hadde vært ett savn for alle informantene før de fikk presentert 4AT skjema, så de nytteverdien av screeningskjemaet og mente at det var et savn at det ikke fantes felles verktøy og et innarbeidet skjema for dette i kommunen og i sykehus.

Helhetlige behandlingslinjer som for eksempel Akutt delirium (forvirring) hos eldre i sykehuset innlandet HF omhandler hele pasientforløpet, men blir ikke fulgt. Dette stemmer overens med at Eeles mfl., 2017 som hevdet at barrierer som hindret implementering av beste praksis i deliriumvurdering og -behandling måtte overvinnes før anvendelsen og relevansen av retningslinjer kan nyttiggjøres (Eeles *et al.*, 2017).

Kommunepopulasjonen sa at det kunne løses ved at 4AT kom inn i rutinene som en fast screening ved innkomst på korttids og langtidsavdelingen, eller fast på alle risikopasienter. De påpekte at det på den måten ikke ble opp til hver enkelt å ta screeningen, men var en fast rutine som sikret at testen ble utført og at det kunne implementeres sammen med andre skjemaer de hadde fra før i kommunen, slik som for eksempel MNA ernæringscreening.

Sykehuspopulasjonen uttrykte at alle ikke trengte screenes i avdelingen, de ønsket at delirium screening ikke bare skulle være deres ansvar. De begrunnet det med at det var mange kartlegginger, prosedyrer og undersøkelser som skulle gjennomføres for hver enkelt pasient etter innkomst på sengeavdelingen og hadde derfor et ønske om at opplysninger fra 4AT kunne ligge som vedlegg ved innkomst fra kommune eller at den ble tatt i mottagelsen. Kartleggingen av deliriumrisiko ville da være klar før pasienten kom på post og tiltak kunne raskt settes i gang og innlemmes i behandlingen. Oppfølgings screening kunne gjennomføres samtidig med andre gjøremål for eksempel stell og slik kunne utviklingen dokumenteres.

Screening for delirium lar seg gjøre i akuttmottak (Evensen *et al.*, 2019; Arendts *et al.*, 2017). Akuttmottaket er sykehusets inngangsport og det som fordeler pasientene rundt om på de forskjellige postene. De gir ved overføring til mottakspostene beskjed om videre oppfølging. Ved at screening blir startet i akuttmottak vil alle poster måtte bli mer oppmerksom på tilstanden og det kan føre til en mer aktiv rolle for å ivareta disse pasientene. Ett annet stort forskningsprosjekt viste at risikoscreening i akuttmottak (ikke 4AT) utført av sykepleiere og vider varsling til innleggelsesavdelinger ikke medførte økt oppdagelse av delirium eller forbedring av pasient utfall (Arendts *et al.*, 2017). Svakheter

ved denne studien ble beskrevet til en mulighet for at disse sykehusene allerede hadde gode rutiner for oppdagelse av delirium da oppdagelsesraten lå over det som har vist seg vanlig i andre forskningsprosjekt. Årsak kunne også være at leger hadde fått kjennskap til screeningresultatene og dermed økte sin oppdagelse av delirium. Opplæring av annet sykehuspersonale ble kun gitt til avdelingsledere og hvorvidt denne informasjonen ble implementert videre i avdelingene som mottok pasientene var usikkert.

Evensen mfl., 2019 etterlyste i sin artikkel en mer offensiv holdning til delirium og kognitiv svikt og mente det var naturlig å inkludere disse tilstandene som fokusområde i pasientsikkerhetsprogrammet (pasientsikkerhetsprogrammet.no). Dette ville være en start for å bevisstgjøre leger og annet helsepersonell, de forskjellige organisasjoner og behandlingsnivåer om delirium. Protokoll for videre behandling og omsorg vil da kunne bli standardisert i en tiltakspakke. Indikatorene i tiltakspakkene blir hyppig målt slik at man ser at tiltaket er satt i gang, om det medfører ønsket forbedring og om det er en vedvarende endring (pasientsikkerhetsprogrammet.no). Slik vil skjemaet blir kjent for alle som er involvert i behandling og omsorg av pasientene og score på skjemaet vil gi mening for den som mottar resultatet. En svakhet ved dette programmet er at kommuner ikke er pålagt å innføre alle tiltakspakkene og således pålegges de bare å oppfylle minimumskrav av deltagelse, en annen faktor er at det er få kvalitetsindikatorer som tilfredsstillende den kommunal kontekst. (pasientsikkerhetsprogrammet.no). Om delirium og kognitiv svikt blir fokusområder i pasientsikkerhetsprogrammet ser vi at det ikke automatisk blir innført i alle kommuner, men 4AT har gjennom dette forskningsprosjektet vist seg nyttig i bruk både i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og kan innføres som ett screeningskjema for delirium i begge kontekstene.

Forskning på delirium forholder seg ofte til spesifikke avdelinger og utvalgte helsepersonell. Siden implementering av screening likevel ikke har fått noe gjennombrudd i praksis kan det skyldes at enkelt individers kunnskap ikke er nok. En viktig motivasjonsfaktor for helsepersonell vil trolig være at screening medfører bedre helseutfall for de pasientene de oppdager er i risikozonen for å utvikle delirium eller har delirium. Hvis helsepersonell opplever at screeningresultat ikke blir tatt på alvor i avdelingen eller hos neste ledd i omsorgskjeden vil denne motivasjonen avta og i verste fall forsvinne, utfallet vil bli begrenset for pasienten. Potensialet av økt kunnskap hos enkeltindivider kan bare realiseres innenfor ett rammeverk og en kontekst som muliggjør dette. Martinsen beskriver en skamfølelse som oppstår i individualistiske kulturer når helsepersonell ikke klarer å strekke til på alle felt og slik ikke makter å gå inn i situasjoner og møte pasienter og se deres behov. Helsepersonell skal ifølge Martinsen ikke ta denne skamfølelsen på egen kappe, men bruke den til å reorientere den kulturen de er en del av slik at de klarer å stå i spenningsfeltet mellom kulturen og pasientens sårbarhet (Martinsen, 2012). Slik kan helsepersonell bruke sin "makt" til det beste for pasienten.

En nyutdannet sykepleier i sykehuspopulasjonen uttrykt at de lærte lite om delirium under utdannelsen dette samsvarer med studien til Bellelli mfl. 2018 at opplæring av helsepersonell er nødvendig for at symptomer på delirium blir gjenkjent (Bellelli *et al.*, 2018). Økt undervisning om tilstanden under utdanning kan bidra til dette.

Det er økende internasjonal og nasjonal interesse for tilstanden, men er det nasjonal vilje til å gjøre tiltak som mangler? Vi har vist til Stortingsmeldinger, kvalitetsreform og diskutert en mulig løsning ved å inkludere delirium og kognitiv svikt som fokusområde i pasientsikkerhetsprogrammet i denne oppgaven. Det er ikke bare sykepleienotatater, journaler og epikriser kunnskapen om delirium viser seg mangelfull ved at det brukes synonyme begreper, i stortingsmeldinger omtales ønsket utfall i generelle vendinger som kan brukes om mange tilstander. Helseforetak og kommuner står fritt innenfor visse kriterier til å velge hva de vil vektlegge for at kvaliteten på behandlingen og tjenesten den enkelte brukeren mottar, skal være best mulig ut fra tilgjengelige ressurser. Screening for delirium har vist seg å ikke bli prioritert. Dette samsvarer med funn i en studie fra 2008 som viste ett manglende samfunnsansvar og holdninger til eldre pasienter og at sykepleiere tar vare på en voksende pasientgruppe i ett omsorgsmiljø som ikke er utformet for å møte behovene til eldre som er utsatt for eller har delirium (Dahlke, 2008). Vårt forskningsprosjekt har vist at det er vilje hos helsepersonell til å screene for delirium ved bruk av 4AT. Det må videre være vilje til å gi de ressursene som kreves for å både forebygge og behandle tilstanden.

6 Oppsummering og konklusjon

Forskningsspørsmål som besvares i denne studien, er hvordan helsepersonell opplever å bruke screeningskjemaet 4AT. Hvorvidt screeningskjemaet er enkelt og godt, og hvordan vi kan screene for delirium i en hektisk hverdag.

Vi så innledningsvis på diagnosens og dens kompleksitet. Videre på hva som er anbefalt i forebygging, behandling og hvordan diagnosen stilles. Siden diagnostisering uten bruk av ett validert screeninginstrument har vist seg å føre til underdiagnostisering, ønsket vi å prøve ut ett nytt screeninginstrument 4AT. Underveis i oppgaven ble vi klar over at det ikke bare er diagnosen som er kompleks, men også den konteksten vi lever og arbeider i. I dagens helse Norge screenes det ikke systematisk for delirium. Kunnskap kom fram som ett viktig tema og har ligget som ett bakteppe for våre funn. Hva har vår kunnskap og si for hvorfor vi handler som vi gjør? Dette får konsekvenser både på individnivå og systemnivå.

Gjennom vår studie fant vi at helsepersonell opplevde 4AT som ett enkelt, raskt og objektivt screeningverktøy for delirium. Det som kompliserte utførelsen av screeningen, vil trolig kunne løses med noe mer undervisning og støtte under implementeringsfasen og testperioden.

Helsepersonell mente at dokumentasjon ble mer nøyaktig og målrettet, noe som kunne gi en bedre oppfølging og behandling. Det ble lettere å oppdage kognitive endringer og det åpnet opp for ny kunnskap om delirium og kognitiv svikt.

Helsepersonell opplevde vansker når resultatet av 4AT skulle formidles til kollegaer, leger og annet omsorgsnivå. Vanskene var knyttet til kontinuitet, oppfølging, tid, liten bevissthet og kunnskap om delirium, manglende retningslinjer for hvem som skulle screenes og når screening skulle gjennomføres. Skjemaet viste seg lite egnet ved nedsatt evne til å kommunisere verbalt, skriftlig eller grunnet språkbarrierer.

Deltagerne i vår studie var positive til å ta i bruk et screeningskjema og ønsket at det skulle fast inn i rutinene. Sykehuspopulasjonen uttrykte ønske om at screeningresultat fra 4AT kunne følge med pasienten fra kommunen eller mottakelsen. 4AT screening kunne gjøres fast ved innkomst både i sykehus og ved sykehjem. I hjemmesykepleien kunne screening for delirium gjøres sammen med annen relevant screening på risikopasienter. Oppfølging av risikopasienter eller pasienter med delirium kunne gjøres på de aktuelle avdelingene, det samme i hjemmesykepleien. Det å få bruken av 4AT godt innarbeidet på avdelingene slik at det kunne utføres samtidig med andre gjøremål som for eksempel stell ble foreslått. Mer undervisning om delirium og deliriumscreening ble ansett som nødvendig i utdanning av helsepersonell og på opplæringsdager for nyansatte.

Konklusjon: Helsepersonell opplevde 4AT som et raskt, enkelt og nyttig screeningsverktøy, men 4AT møter de samme barrierene for god deliriumomsorg som andre screeningskjema har gjort tidligere. Skal vi klare å screene for delirium i en hektisk hverdag kan det ikke bare være den enkelte helsepersonells ansvar, det må også være vilje til dette politisk, organisatorisk (statlige og kommunal) og i utdanningssystemet. Det må være vilje til å prioritere den aldersgruppen som representerer størsteparten av mottakerne av helsetjenester og gi dem behandling og omsorg på lik linje med pasienter i andre aldersgrupper.

Avsluttende kommentar: Vi kan i etterpåklokskapens lys si at problemstillingen kunne vært mer avgrenset. Ved å gå bredt ut å teste 4AT i to forskjellige organisatoriske kontekster gjorde oppgaven mer utfordrende og mindre presis. Samtidig så vi felles utfordringer ved bruk av 4AT og at alle informantene ønsket å få screening inn i rutinene på sine arbeidsplasser. Ett annet aspekt er at pasientene som ble testet i dette prosjektet ofte har behov for helsehjelp fra både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten og slik kan prosjektet kaste lys over viktigheten av en sammenhengende helsetjeneste.

På bakgrunn av denne studien presenteres her tanker med forslag til videre forskning: 4AT er ett forholdsvis nytt screeninginstrument for delirium og det var også nytt for våre informanter. Dette hemmet både bruken og videreformidling av resultatene til annet personell som var involvert i behandling av pasienten. 4AT har ikke blitt validert i en stor studie her til lands ennå. En slik studie kan føre til at 4AT kan bli mer kjent og anerkjent som screeningverktøy for delirium.

Forskning på implementering av screeningverktøy for delirium i kommunehelsetjenesten var få. Likeledes var deliriumforekomst i sykehjem og hjemmesykepleie dårlig kartlagt. Når kommunene skal ta mer ansvar for ett økende antall eldre og liggetiden på sykehus går ned vil det trolig bli behov for økt forskning på temaet delirium rettet mot kommunehelsetjenesten.

I oppgavens teoridel viste vi til at det kan se ut som det foregår en implisitt aldersdiskriminering i helsetjenesten ved at eldre ikke får den omsorg og behandling som har vist seg mest effektiv. Flere studier vi leste forsøkte å tallfeste kostnadene ved delirium for samfunnet (Inouye, Westendorp og Saczynski, 2014; Leslie *et al.*, 2008) I studien til (Shenkin, Susan D *et al.*, 2018) som fortsatt pågår er ett av de sekundære målene å gjøre en helseøkonomisk analyse. Dette har trolig sammenheng med at den beste forebygging og behandling av delirium krever egnede omgivelser og økt personale. Vi kan ikke forvente at våre bevilgende myndigheter skal ha inngående kunnskap verken om forebygging, oppdagelse, behandling eller konsekvenser av delirium, men en Norsk studie av hvilke kostnader delirium medfører når det ikke blir behandlet på beste måte kan mulig rettferdiggjøre økt innsats i deliriumomsorgen.

Referanser

- Aadland, E. (2011) *"Og eg ser på deg-" : vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Adams, L. C. *et al.* (2015) Implementing Clinical Practice Guidelines for Screening and Detection of Delirium in a 21-Hospital System in Northern California: Real Challenges in Performance Improvement, *Clinical Nurse Specialist*, 29(1), s. 29-37. doi: 10.1097/NUR.000000000000098.
- Akutt delirium (forvirring) hos eldre* (2012). Tilgjengelig fra: <http://ek.sihf.no/docs/pub/dok31723.pdf> (Hentet: 25.11.17 25.11.17).
- Arendts, G. *et al.* (2017) Rates of Delirium Diagnosis Do Not Improve with Emergency Risk Screening: Results of the Emergency Department Delirium Initiative Trial, *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(8), s. 1810-1815. doi: 10.1111/jgs.14904.
- Baird, L. og Spiller, J. A. (2017) A quality improvement approach to cognitive assessment on hospice admission: could we use the 4AT or Short CAM?, *BMJ Open Qual*, 6(2), s. e000153.
- Bauernfreund, Y. *et al.* (2018) TIME to think about delirium: improving detection and management on the acute medical unit, *BMJ Open Quality*, 7(3). doi: 10.1136/bmjopen-2017-000200.
- Bellelli, G. *et al.* (2014) Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: a study in 234 hospitalised older people, *Age and Ageing*, 43(4), s. 496-502. doi: 10.1093/ageing/afu021.
- Bellelli, G. *et al.* (2018) Italian intersociety consensus on prevention, diagnosis, and treatment of delirium in hospitalized older persons, *Official Journal of the Italian Society of Internal Medicine*, 13(1), s. 113-121. doi: 10.1007/s11739-017-1705-x.
- Boettger, S. og Jenewein, J. (2017) *Placebo might be superior to antipsychotics in management of delirium in the palliative care setting*. Finnes ved 152.
- Boge, J. og Martinsen, K. (2006) *Kritiske kommentarer til evidensbasert undervisning og praksis*. Finnes ved 32-35.
- Brattheim, B. J., Hellesø, R. og Melby, L. (2016) Elektronisk meldingsutveksling ved utskrivning av pasienter fra sykehus til kommune, *Sykepleien forskning*, (1), s. 26-33. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/elektronisk-meldingsutveksling-ved-utskrivning-av-pasienter-fra-sykehus> (Hentet: 12.05.17).
- Braut, G. S. (2018) *Screening*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/screening>. (Hentet: 25.03.19 25.03.19).
- Bruusgaard, D. (2019) *Pasient*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/pasient> (Hentet: 03.05. 2019).
- Coyle, M. A., Burns, P. og Traynor, V. (2017) *Is it My Job? The Role of RNs in the Assessment and Identification of Delirium in Hospitalized Older Adults: An Exploratory Qualitative Study*. Finnes ved 29-37.
- Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011) *Aldring og samfunn : innføring i sosialgerontologi*. 2. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Dahlke, S. E. A., Phinney, A. (2008) *Caring for hospitalized older adults at risk for delirium: the silent, unspoken piece of nursing practice*. Finnes ved 41.
- Dalland, O. (2012) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 5. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- De, J. og Wand, A. (2017) Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients (vol 55, pg 1079, 2015), *Gerontologist*, 57(2), s. 387-387. doi: 10.1093/geront/gnw120.

- De, J. *et al.* (2017) Validating the 4A's test in screening for delirium in a culturally diverse geriatric inpatient population, *International journal of geriatric psychiatry*, 32(12), s. 1322-1329.
- Diehl, H. *et al.* (2016) Implementing guidelines in nursing homes: a systematic review.(Report), *BMC Health Services Research*, 16(1). doi: 10.1186/s12913-016-1550-z.
- Eeles, E. *et al.* (2017) Delirium care: Real-world solutions to real-world problems, *Australasian Journal on Ageing*, 36(4), s. E64-E69. doi: 10.1111/ajag.12461.
- Engedal, K. *et al.* (2009) *Demens : fakta og utfordringer : en lærebok*. 5. utg. utg. Tønsberg: Aldring og helse.
- etikkom.no (2013) *Helsinkideklarasjonen*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 04.05 2019).
- etikkom.no (2017) *Forskningsetikkloven*. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Forskningsetikkloven/> (Hentet: 05.05 2019).
- Evensen, S. *et al.* (2016) Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 136(4), s. 299-300.
- Evensen, S. *et al.* (2019) Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak (Book review). doi: 10.4045/tidsskr.18.0578.
- Everett, E. L. og Furseth, I. (2012) *Masteroppgaven : hvordan begynne - og fullføre*. 2. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Fretheim, A. *et al.* (2015) *Effekt av tiltak for implementering av kliniske retningslinjer*. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/publ/2015/effekt-av-tiltak-for-implementering-av-kliniske-retningslinjer/>.
- Grover, S. og Kate, N. (2012) Assessment scales for delirium: A review, *World journal of psychiatry*, 2(4), s. 58. doi: 10.5498/wjp.v2.i4.58.
- Helse- og Omsorgstjenesteloven* (2011). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2011-06-24-30> (Hentet: 26.04.19 2019).
- Helsebiblioteket.no (2016a) *Akutt funksjonssvikt hos eldre*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/geriatri-akutt-funksjonssvikt-hos-eldre> (Hentet: 05.05. 2019).
- Helsebiblioteket.no (2016b) *Fokusgruppeintervju*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukermedvirkning/fokusgruppeintervju> (Hentet: 01.12 2017).
- Helsebiblioteket.no (2016c) *Delirium – forebygging, diagnostikk og behandling*. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/delirium-diagnostikk-og-behandling> (Hentet: 05.05. 2019).
- Helsebiblioteket.no (2017) *Kunnskapsbasert praksis* Tilgjengelig fra: <http://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis> (Hentet: 23.11.17 23.11.17).
- Helsebiblioteket.no (2018) *Hva er forskjellen på veileder, retningslinje, behandlingslinje og pasientforløp?* Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/aktuelt/hva-er-forskjellen-pa-veileder-retningslinje-behandlingslinje-og-pasientforlop> (Hentet: 13.03. 2019).
- Helsedirektoratet (2005) *...Og bedre skal det bli! (2005-2015)*, . . . Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/233/Og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjeneste>.
- Helsedirektoratet (2019) *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023* Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten> (Hentet: 05.05.2019).
- Helsepersonelloven* (1999). Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=lov%20om%20helsepersonell> (Hentet: 05.05. 2019).
- Hendry, K. *et al.* (2016) Evaluation of delirium screening tools in geriatric medical inpatients: a diagnostic test accuracy study, *Age and Ageing*, 45(6), s. 832-837.

- Tilgjengelig fra:
<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=gnh&AN=EP119443366&site=ehost-live>.
- Hennestad, B. (2009) Endringsledelse i endringssituasjonen ; en liminell utfordring, *Magma*, 12(1), s. 35-43.
- Holmen, H. (2019) *Kunnskap*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/kunnskap>. (Hentet: 29.03.19 2019).
- Hustey, F. M. og Meldon, S. W. (2002) *The prevalence and documentation of impaired mental status in elderly emergency department patients*. Finnes ved 248-253.
- Hustey, F. M. et al. (2003) The effect of mental status screening on the care of elderly emergency department patients, *Annals of Emergency Medicine*, 41(5), s. 678-684. doi: 10.1067/mem.2003.152.
- I trygge hender 24-7* (2019). Tilgjengelig fra:
<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet/i-trygge-hender-24-7> (Hentet: 25.04.19 2019).
- Inouye, S. (2006) Delirium in Older Persons, 354(11). doi: 10.1056/NEJMra052321.
- Inouye, S. K. et al. (1999) *A multicomponent intervention to prevent delirium in hospitalized older patients*. Finnes ved 669-676.
- Inouye, S. K., Westendorp, R. G. og Saczynski, J. S. (2014) Delirium in elderly people, *The Lancet*, 383(9920), s. 911-922. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60688-1.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tuft, P. A. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. utg. Oslo: Abstrakt.
- Kennelly, S. et al. (2013) Knowledge, skills and attitudes of doctors towards assessing cognition in older patients in the emergency department, *Postgraduate Medical Journal*, 89(1049), s. 137-141. doi: 10.1136/postgradmedj-2012-131226.
- Kirkevold, M., Brodtkorb, K. og Ranhoff, A. H. (2014) *Geriatrisk sykepleie : god omsorg til den gamle pasienten*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. et al. (2015) *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg., 3. oppl. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. et al. (2017) *Det kvalitative forskningsintervju*. 4. utg., 3. oppl. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Leentjens, A. F. G., MacLulich, A. M. og Meagher, D. J. (2008) Delirium, Cinderella no more...?, *Journal of psychosomatic research*, 65(3), s. 205. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.05.016.
- Leslie, D. L. et al. (2008) One-Year Health Care Costs Associated With Delirium in the Elderly Population, *Archives of Internal Medicine*, 168(1). doi: 10.1001/archinternmed.2007.4.
- Lian, O. S. (2007) *Når helse blir en vare : medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten*. 2. utg. utg. Kristiansand: Høyskoleforl.
- Lundstøl, J. (1999) *Kunnskapens hemmeligheter*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- MacLulich, A. (2014) *4AT rapid clinical test for delirium* Tilgjengelig fra:
<https://www.the4at.com/> (Hentet: 01.12.17 01.12.17).
- MacLulich, A., Ryan, T. og Cash, H. (2014) *4AT rapid assessment test for delirium, Edinburgh: Edinburgh Delirium Research Group, University of Edinburgh and NHS Lothian, Scotland Available at: http://www.the4at.com/(accessed 30 March 2016)*.
- Malt, U. (2018, 20 februar) *Dsm Systemet*. Tilgjengelig fra: <https://sml.snl.no/DSM-systemet>. (Hentet: 07.10.2018 07.10.2018).
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Martins, S., Simoes, M. og Fernandes, L. (2011) DELIRIUM IN OLDER ADULTS: ASSESSMENT SCALES REVIEW, *Eur. Psychiat.*, 26(s1).
- Martinsen, K. (2003) Talens åpenhet og evidens – dialog med Jens Bydam, *Klinisk Sygepleje*, (04), s. 36-46.
- Martinsen, K. (2012) *Skammens to sider*. Bergen: Fagbokforl., cop. 2012, s. 161-179.

- Meagher, D. *et al.* (2013) Consensus and variations in opinions on delirium care: a survey of the European Delirium Association, *Eur. Neuropsychopharmacol.*, 23, s. S551-S552.
- Meld. St. 11 (2018–2019) () *Kvalitet og pasientsikkerhet 2017*
- Regjeringen.no: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20182019/id2622527/Helse> (Hentet: 24.04.19).
- Meld. St. 15 (2017–2018) (2018) *Leve hele livet* Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/> (Hentet: 07.03.19).
- Morency, C. R. (1990) *Mental status change in the elderly: Recognizing and treating delirium*. Finnes ved 356-363.
- Myrstad, M. *et al.* (2017) Vurdering av mental status hos akutt syke gamle, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 137(12-13), s. 859-859. doi: 10.4045/tidsskr.17.0480.
- Neerland, B. E., Watne, L. O. og Wyller, T. B. (2013) Delirium hos eldre pasienter, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 133(15), s. 1596-1600. doi: 10.4045/tidsskr.12.1327.
- Nordberg, M. (2015) Innleggelsesrapport utfordrer sykepleiekontinuiteten, *Sykepleien*, (2), s. 50-53. doi: 10.4220/sykepleiens.2015.0003.
- NSF (2016) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Tilgjengelig fra: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (Hentet: 25.05. 2017).
- Numan, T. *et al.* (2017) Recognition of Delirium in Postoperative Elderly Patients: A Multicenter Study, *Journal of the American Geriatrics Society*, 65(9), s. 1932-1938. doi: 10.1111/jgs.14933.
- Nygaard, H. A. og Bondevik, M. (2012) *Tverrfaglig geriatri : en innføring*. 3. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.
- O'Mahony, R. *et al.* (2011) Synopsis of the National Institute for Health and Clinical Excellence guideline for prevention of delirium, *Annals of internal medicine*, 154(11), s. 746-751.
- O'sullivan, D. *et al.* (2017) Validation of the 6-Item Cognitive Impairment Test and the 4AT test for combined delirium and dementia screening in older Emergency Department attendees, *Age and Ageing*, 47(1), s. 61-68.
- pasientsikkerhetsprogrammet.no I trygge hender 24-7. Tilgjengelig fra: <https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/om-pasientsikkerhetsprogrammet>.
- Quispel - Aggenbach, D. W. P. H., G A ; Zwartjes, H A H T ; Zuidema, S U ; Luijendijk, H J (2018) *Attention, arousal and other rapid bedside screening instruments for delirium in older patients: a systematic review of test accuracy studies*. Finnes ved 644.
- Ranhoff, A. H. (2014) *Delirium (akutt forvirring) og demens*. Oslo: Cappelen Damm akademisk, 2014, s. 109-126.
- Riekerk, B. *et al.* (2009) *Limitations and practicalities of CAM-ICU implementation, a delirium scoring system, in a Dutch intensive care unit*. Finnes ved 242.
- Romøren, T. I., Kuhnle, S. og Hatland, A. (2011) *Den Norske velferdsstaten*. 4. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sandvik, G. K., Stokke, K. og Nortvedt, M. W. (2011) *Hvilke strategier er effektive ved implementering av kunnskapsbaser praksis i sykehus?* Finnes ved 158-165.
- Scott, P., McIlveney, F. og Mallice, M. (2013) *Implementation of a validated delirium assessment tool in critically ill adults*. Finnes ved 96.
- Shenkin, S. D. *et al.* (2018) Protocol for validation of the 4AT, a rapid screening tool for delirium: a multicentre prospective diagnostic test accuracy study, *BMJ open*, 8(2), s. e015572.
- Shenkin, S. D. *et al.* (2018) Protocol for validation of the 4AT, a rapid screening tool for delirium: a multicentre prospective diagnostic test accuracy study, *BMJ open*, 8(2). doi: 10.1136/bmjopen-2016-015572.

- Soja, S. *et al.* (2008) Implementation, reliability testing, and compliance monitoring of the Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit in trauma patients, *Intensive Care Medicine*, 34(7), s. 1263-1268. doi: 10.1007/s00134-008-1031-x.
- Solberg, L. M. *et al.* (2013) A quality improvement program to increase nurses' detection of delirium on an acute medical unit, *Geriatric nursing (New York, N.Y.)*, 34(1), s. 75-79. doi: 10.1016/j.gerinurse.2012.12.009.
- Solvang, P. K. og Slettebø, Å. (2012) *Rehabilitering : individuelle prosesser, fagutvikling og samordning av tjenester*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999) *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61> (Hentet: 26.04.19 2019).
- St.meld. nr. 47 (2008–2009) *Samhandlingsreformen: Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. Oslo 2009: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf> (Hentet: 05.05.2019).
- Stortinget (2018) *Innst. 227 S (2017-2018)* Helse- og omsorgskomiteen. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2017-2018/inns-201718-227s/> (Hentet: 07.03.2019).
- Sykehuset Innlandet HF (2017) *Screeningsverktøyet 4AT*. Tilgjengelig fra: <https://sykehuset-innlandet.no/fag-og-forskning/samhandling/for-fastleger/alderspsykiatrisk-fagrad#fagr%C3%A5dets-anbefalinger> (Hentet: 05.05.2019).
- Teodorczuk, A., Reynish, E. og Milisen, K. (2012) Improving recognition of delirium in clinical practice: a call for action, *BMC Geriatrics*, 12. doi: 10.1186/1471-2318-12-55.
- Trogrlić, Z. *et al.* (2017) Attitudes, knowledge and practices concerning delirium: a survey among intensive care unit professionals, *Nursing in Critical Care*, 22(3), s. 133-140. doi: 10.1111/nicc.12239.
- Watne, L. O. og Wyller, T. B. (2018) Delirium ; framleis underdiagnostisert, *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 138(5), s. 418-418. doi: 10.4045/tidsskr.18.0118.
- Wyller, T., Ruyter, K. W. og Christoffersen, S. A. (2011) *Profesjonsetikk : om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker*. 2. utg. utg. Oslo: Universitetsforl.
- Wyller, T. B. (2015) *Geriatrici : en medisinsk lærebok*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wyller, T. B. (2016) Alderisme og aldersdiskriminering i helsetjenesten?, *Aldring og helse, Nasjonalt kompetansetjeneste*, 20: 8-9. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/alle-artikler/alderisme-og-aldersdiskriminering-i-helsetjenesten/> (Hentet: 02.04.19).

