



Fordypningsoppgave i Palliativ Omsorg

Delirium i et tidlig palliativt forløp

FORFATTERE: ANNETTE NYHAGEN, NINA RØINE & RENATE SAUE

Dato: 11. 05. 2015

SAMMENDRAG

Tittel:	Delirium i et tidlig palliativt forløp	Dato	11.05.15
Deltaker(e)/	Annette Nyhagen Nina Røine Renate Saue		
Veileder(e):	Astrid Rønsen		
Evt. oppdragsgiver:			
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	Palliasjon, Delirium, Identifisering, Forebygging, Pasienter med kreft		
Antall ord/sider:	Antall vedlegg: 4	Tilgjengelighet (åpen/konfidensiell):	
8680/45			
<p>Bakgrunn: Delirium er en av de hyppigste psykiatriske tilstandene i et palliativt forløp. Tilstanden er underkjent, og blir i mange tilfeller oversett av klinikere grunnet feiltolking av symptomer og sammenlikninger med andre tilstander.</p> <p>Hensikt: Å skape et bredere fokus på hvordan spesialsykepleiere med økt kunnskap og forståelse kan gjenkjenne og forebygge delirium i en tidligere fase av det palliative forløpet.</p> <p>Metode: Litteraturstudie er brukt som metode, der vi har innhentet ulike faglitteratur, samt vitenskapelige artikler som omhandler emnene delirium, pasienter med kreft, identifisering, forebygging og sykepleie erfaringer. Disse har vi hentet fra ulike databaser som Cinahl, Science Direct, PubMed og Sage Journals.</p> <p>Funn: Sykepleiere samt annet helsepersonell har manglende grunnleggende kunnskaper om tilstanden. For å identifisere tilstanden må det benyttes ulike kartleggingsverktøy, men og det kliniske blikket til sykepleiere er en nødvendighet. Kommunikasjon blant helsepersonell seg i mellom, samt med pårørende er for dårlig, noe som kan bidra til at mange av symptomene ikke blir fanget opp tidnok.</p> <p>Konklusjon: Det er for lite kunnskap blant sykepleiere innenfor området delirium. Det er behov for mer utdanning og opplæring rundt tilstanden. Lite kommunikasjon og for lite fokus på det tverrfaglige samarbeidet er også faktorer som påvirker identifisering av delirium.</p>			

ABSTRACT

Title:	Delirium in an early palliative stage.	Date : 11.05.15
Participants/	Annette Nyhagen	
	Nina Røine	
	Renate Saue	
Supervisor(s)	Astrid Rønsen	
Employer:		
Keywords	Palliative care, Delirium, Identification, Prevention, patients with cancer	
(3-5)		
Number of words/page: 8680/45	Number of appendix: 4	Availability (open/confidential):
<p>Background: Delirium is one of the most frequent psychiatric conditions in palliative care. The condition is little renowned, and is therefore often overlooked by clinicians due to misinterpretation of symptoms and comparison to other conditions.</p> <p>Purpose: To create a wider focus on how specialist nurses with increased knowledge and understanding can recognize and prevent delirium in an earlier phase of the palliative proceeding.</p> <p>Method: The method is a literature study. We have collected literature and scientific articles about delirium, cancer patients, identification, prevention and nurse experiences. We have collected the information from different databases; Cinahl, Science Direct, PubMed, and Sage Journals.</p> <p>Results: Nurse and other health care professionals lack basic knowledge about the condition. We need different mapping approaches to identify the condition, but the clinical eye of a nurse is also of great importance. Communication between health care professionals, but also between health care professionals and relatives, is too poor. This will in time delay the process of developing a good overview of symptoms.</p> <p>Conclusion: There is too little knowledge about delirium among nurses. There is a great need for more education and training about the condition. Lack of communication and focus on the interdisciplinary cooperation is also factors that affects the identification of delirium.</p>		

Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
2.0	Teori.....	3
2.1	Delirium	3
2.2	Forebygging og identifisering	5
2.3	Sykepleierens kliniske kompetanse.....	6
3.0	Metode	8
3.1	Litteraturstudie som metode	8
3.2	Søkeprosessen.....	9
3.3	Kildekritikk.....	10
4.0	Funn	12
4.1	Sammendrag av utvalgte artikler:	17
5.0	Diskusjon	18
5.1	Helsepersonellens mangelfulle kunnskap på tilstanden delirium	18
5.2	Sykepleierens erfaringer.....	20
5.3	Pårørendes rolle i forhold til identifisering og forebygging av delirium	23
5.4	Forskningsbaserte anbefalinger som kan bidra til økt anerkjennelse.....	24
6.0	Konklusjon	28
	Kildehenvisning	29
	Vedlegg 1: Analyse av artikler	33
	Vedlegg 2: Søking og Resultater	40
	Vedlegg 3: MDAS.....	41
	Vedlegg 4: CAM	45

Antall ord: 8680

1.0 Innledning

Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen tar for seg grunnleggende palliasjon, symptomer og tilstander samt organisering (Aass m.fl., 2015). Dette programmet har vært et nyttig verktøy på vår arbeidsplass i kommunehelsetjenesten. Av de tilstandene som er nevnt er delirium en av dem. Delirium er en tilstand det har vært lite fokus på, både gjennom sykepleierutdanningen og videreutdanningen innenfor palliasjon. Delirium er en av de hyppigste psykiatriske sykdommer som rammer pasienter med kreft i palliativ fase, og de fleste av disse rammes av terminalt delirium de siste levedagene (Kaasa, 2007). Vi opplever ofte at delirium blir sammenlignet med mange andre tilstander, der det i mange tilfeller blir konkludert med at pasienten har en infeksjon eller andre årsaker som fører til pasientens kognitive forandring.

Det som fanget vår nysgjerrighet til å skrive om delirium, var på bakgrunn av en pasientsituasjon som krevde veldig mye av oss som sykepleiere. Pasienten hadde mange fysiske og psykiske symptomer, men i denne situasjonen var det ingen som tenkte på at dette kunne skyldes delirium.

Det er lite litteratur som omhandler delirium i en palliativ fase, det meste av litteraturen som er gitt ut om denne tilstanden omfatter delirium generelt (Kaasa, 2007). Det vi har valgt å rette fokus mot i oppgaven er delirium som en tilstand, identifisering og forebygging, og sykepleierens kliniske kompetanse. Vi vektlegger sykepleierens rolle i forhold til tidlig identifisering og forebygging av delirium i et tidligere palliativt forløp. Dette på bakgrunn av at sykepleiere med enkle tiltak kan være med på å forebygge tilstanden, og med dette gjøre hverdagen bedre for pasienten.

Palliasjon er behandling, omsorg og pleie til pasienter med inkurabel sykdom (Aass m. fl., 2015). Dette kan omfatte flere pasientgrupper, men vi har valgt å fokusere på pasienter med kreft. Vi hadde et ønske om å avgrense oppgaven til kommunehelsetjenesten, men på grunnlag av lite forskning i den tidlige fasen, lot det seg ikke gjøre. Vi har derfor ingen klar avgrensing på om sykepleieren arbeidet i kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten.

Denne oppgaven er bygd opp med en teoridel, som omfatter tidligere litteratur om tema. Et metodekapittel der vi redegjør hva en litteraturstudie er, søkeprosessen, samt kildekritikk. Funn kapitlet representerer de utvalgte artiklene vi har valgt å bruke. I diskusjonsdelen drøfter vi funn opp i mot teori og egne erfaringer, og til slutt en konklusjon der vi besvarer problemstillingen.

Vår hensikt med denne oppgaven er å belyse en valgt problemstilling som spesialsykepleiere møter i en klinisk hverdag. Delirium er en tilstand som det har vært rettet lite fokus i mot, og som i mange tilfeller blir oversett av klinikere. Vi ønsker med denne oppgaven å skape et bredere fokus på hvordan spesialsykepleiere med økt kunnskap og forståelse kan gjenkjenne og forebygge delirium i en tidligere fase av det palliative forløpet.

Ut ifra hensikten har vi utarbeidet denne problemstillingen:

“Hvordan kan tidlig identifisering forebygge delirium tilstander hos pasienter med kreft i en palliativ fase?”

2.0 Teori

WHO (World Health organization) definerer palliasjon som:

Palliasjon er aktiv behandling, pleie og omsorg for pasienter med inkurabel sykdom og kort forventet levetid. Lindring av pasientens fysiske smerter og andre plagsomme symptomer står sentralt, sammen med tiltak rettet mot psykiske, sosiale og åndelige/ekstensielle problemer. Målet med all behandling, pleie og omsorg er best mulig livskvalitet for pasienten og de pårørende. Palliativ behandling og omsorg verken fremskynder døden eller forlenger selve dødsprosessen, men ser på døden som en del av livet (Strømskag, 2012, s. 18).

Cicely Saunders blir sett på som grunnleggeren av hospicefilosofien som har utgjort store endringer innen pleie, omsorg og medisin for den alvorlige syke og døende pasienten. I sitt arbeid med alvorlig syke mennesker har hun utviklet begrepet total pain. Dette er et begrep som omhandler den smerten et menneske møter i kampen mot en dødlig sykdom. Total pain tar for seg den psykiske, fysiske, sosiale og åndelige/ ekstensielle smerten. Smerte er den totale opplevelsen av sykdom i den palliative fasen, og denne opplevelsen varierer veldig fra person til person. Det kan være vanskelig å skille disse smertene siden de påvirker hverandre på ulike måter. For å kunne fange opp den lidende og døende pasienten, kan en ikke bare gå ut ifra en type smerte. Å være alvorlig syk eller døende rammer hele mennesket, samt dens familie (Strømskag, 2012).

2.1 Delirium

Delirium ble allerede beskrevet for over 2000 år siden og er dermed en av de første tilstandene som det er skrevet om i medisinsk litteratur. Delirium ble tidligere brukt som en samlebetegnelse for sinnssykdommer. I tillegg ble det brukt for å beskrive akutte psykiske tilstander som kunne oppstå ved forgiftning eller ved feber (Engedal, 2008).

Delirium defineres slik:

Delirium er definert som akutt (timer eller dager) forstyrrelse av bevissthetsnivået med redusert evne til å fokusere, fastholde eller skifte oppmerksomhet. Dette kan ledsages av endringer i kognitive funksjoner slik som nedsatt hukommelse, desorientering eller personlighetsforstyrrelse (r) (hallusinasjoner (oftest syn) og/ eller vrangforestillinger) som ikke skyldes demens. Tilstanden skal skyldes en medisinsk tilstand.

- Delirium deles i tre typer: Hyperaktiv, hypoaktiv og blandet. Ved den siste veksler pasienten mellom en slumrende tilstand (hypoaktivitet) og hyperaktivitet, ofte formålsløs atferd.
- Cirka 30 – 35 % av delirium er hyperaktive, 20 – 25 % er hypoaktive og 40 – 45 % er av blandet type.
- Delirium har ofte et svingende forløp gjennom døgnet, hvor pasienten tidvis kan fremstå adekvat for så å fremby manifesterte symptomer.
- Såkalt terminalt delirium (under dødsprosessen) kan også være dominert av hyperaktivitet, hypoaktivitet eller en veksling mellom hyper- og hypoaktivitet (Aass m.fl. 2015, s. 132).

Patofysiologien rundt delirium er fortsatt uklar, men det finnes flere hypoteser og forskning som sier noe om dette. Når en person opplever delirium vil man se akutt endring i bevissthetsnivået. Pasienten vil ha problemer med å fokusere eller å skifte fokus fra en ting til en annen (Loge, Hjermsstad og Kaasa, 2007). Engedal (2008) beskriver tilstanden ved at man får en ukjent reaksjon på en somatisk sykdom eller ved en forgiftning av for eksempel et legemiddel. Det vil da kunne resultere i en overbelastning av hjernen, som medfører en akutt delirisk tilstand. For å kunne fastslå at en pasient er delirisk, skal tilstanden skyldes en medisinsk situasjon. Eksempler på ulike årsaker kan være høy alder, kreft, generelt nedsatt almenntilstand, en demenssykdom, sykdom eller skade i hjernen, eller som følge av en behandling, misbruk av rusmidler eller sansesvikt. Faktorer som kan være utløsende er hypoksi, infeksjon, forstyrrelser i metabolismen, anemi eller blødning. Andre utløsende faktorer kan være dehydrering, elektrolyttforstyrrelser, brå - seponering av alkohol eller reaksjon på ulike medikamenter (Loge, Hjermsstad og Kaasa, 2007).

Delirium er en sammensatt tilstand, som kan ramme mennesker i en palliativ fase. Veldig ofte når denne gruppen pasienter opplever delirium, skyldes det overdosering av opioider (ibid).

Delirium vil for mange pasienter føre til ubehag, både før, under og etter tilstanden oppstår. Delirium vil også for mange pasienter ha en innvirkning i forhold til relasjoner han eller hun har med familie, venner eller andre som står en nær. Tilstanden vil kunne gi innvirkninger på pasientens evne til å ta beslutninger og kan for mange føre til økt angst (Hosie m. fl. 2014a).

2.2 Forebygging og identifisering

På grunn av fellestrekk kan ofte delirium forveksles med andre tilstander eller sykdommer. Dette er derfor en tilstand som ofte, dessverre, overses av helsepersonell. Siden dette er en tilstand som underdiagnostiseres er det viktig å lytte til, og sette seg inn i hva pasient og pårørende opplever og har å fortelle, samt rapporter fra kollegaer. Ved siden av å se på anamnesen er det også viktig å gjøre en generell klinisk undersøkelse, med fokus på predisponerende og utløsende faktorer. Endringer i atferd og kommunikasjon, endring i søvn-våkenhetssyklus, liten eller manglende respons på stimuli eller sviktende nærhukommelse. Desorientering er og noen grunnleggende elementer i diagnostiseringen av delirium (Loge, Hjermstad og Kaasa, 2007).

DSM- IV står for diagnostic and statistical of mental disorders og er et klassifikasjonssystem som brukes i diagnostiseringen av delirium. For å identifisere denne tilstanden er det flere måleinstrumenter som kan være til god hjelp. Loge, Hjermstad og Kaasa (2007) understeker at slike måleinstrumenter ikke kan erstatte den kliniske kompetansen, men heller være et godt supplement for å sikre tilstanden.

For å gjenkjenne tilstanden delirium det er nødvendig å bruke kliniske observasjoner over tid sammen med intervju av pasienten, og Engedal (2008) anbefaler da gjerne med en som da kjenner pasienten godt som en pårørende eller av pleiepersonalet. Om det skulle foreligge tvil etter den psykiatriske vurderingen kan den kliniske undersøkelsen suppleres med en nevrologisk undersøkelse. EEG (elektroencefalogram) kan da være til hjelp i enkelte tilfeller. Dette er en metode som måler hjernens funksjon, men den kan kun si om det foreligger en organisk skade eller ikke.

En rekke blodprøver kan være aktuelle, samt se på oksygenmetningen i blodet. Delirium kan oppstå også utenfor palliasjon, men hos palliative pasienter neves det spesielt tre kartleggingsverktøy for å identifisere tilstanden. Disse er utenlandske, men er oversatt og

brukes også her i Norge. En av dem som ofte er brukt er Mini Mental State Exam (MMSE). Skalaen graderer pasienters orientering for tid og sted, hukommelse, språkfunksjon og skriveevne. Selv om MMSE ikke er utviklet spesielt for utredning av delirium, benyttes den likevel fordi studier viser at om det er avvik i fire av de i alt tjue spørsmålene er dette tilstrekkelig for å indikere delirium. Med mindre formålet er en bredere kartlegging anbefales ikke denne metoden. Andre kartleggingsverktøy er Confusion Assessment Method (CAM) og Memorial Delirium Assessment Method (MDAS). CAM og MDAS er begge verktøy som kan være med å stille diagnostikken og videre følge forløpet av delirium. CAM krever lite opplæring og er lett å håndtere. MDAS er et mer avansert verktøy, her kan man gradere type og se på omfanget av tilstanden. Loge, Hjermestad og Kaasa (2008) mener at utredning bør tilpasses den kliniske situasjonen, men at stort sett alle pasienter med delirium bør utredes på grunn av bakenforliggende somatiske årsaker.

Det er mange likheter ved det å forebygge og behandle av delirium. Viktigheten med å forebygge delirium er å redusere forekomst og konsekvenser som oppstår som følge av tilstanden. For å kunne forebygge tilstanden er det avgjørende at helsepersonell får den nødvendige opplæringen som kreves. En må se på muligheten for at disponerende faktorer er til stede og for å få til dette kreves en tverrfaglig tilnærming (Neerland, Watne og Wyller 2013).

Andre viktige tiltak er å ha kontinuitet hos personalet og gode rutiner. Dette vil hjelpe helsepersonellet og lettere identifisere endringer hos pasientene. Samtidig som det vil ha en innvirkning på pasientens opplevelse av trygghet. Følge med på pasientens væskeinntak, forebygge obstipasjon, vurdere faren for hypoksi, eventuelt å optimalisere oksygenopptak. Fremme et rolig og godt miljø, samt legge til rette for gode søvnvaner er viktige tiltak i forebyggingen av delirium (ibid).

2.3 Sykepleierens kliniske kompetanse

I sykepleie består kompetanse av ulike former for kunnskap. De tre er: teoretisk kunnskap, som omhandler den kunnskapen en tilegner seg igjennom teori. Praktisk kunnskap tilegner man seg gjennom erfaring, og etisk kunnskap som er sentrale verdier og holdninger. Disse formene for kunnskap vil samlet utgjøre den kliniske kompetansen og vil være den samlede kompetansen sykepleieren står igjen med for å handle i sykepleiesituasjoner.

Kristoffersen (2005) viser til Stuart og Hubert Dreyfus (1980) sin inndeling av ulike kompetansenivåer i sykepleie; nybegynneren, den viderekomne nybegynneren, den kompetente utøveren, den kyndige utøveren, eksperten. Det som kjennetegner en sykepleier med høy klinisk kompetanse er spesielt det godt utviklede kliniske blikket, hvor sykepleieren raskt får en helhetsoppfatning av pasientsituasjonen. Det kliniske blikket er noe diffust, men begreper som intuisjon, taus eller innforstått kunnskap, faglig skjønn og moralsk kompetanse er ofte brukt.

3.0 Metode

Metode viser hvordan vi går frem for finne ny kunnskap innenfor et bestemt område (Dalland, 2012). Aubert i Dalland (2012) definerer metode slik:

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener på dette formålet, hører med i arsenalet av metoder (1985, s. 196).

3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er en kvalitativ forskningsmetode som innebærer en systematisk innhenting av ulike kilder. Studien baserer seg på en hermeneutisk tilnærming. Det vil si at den omhandler en forforståelse som sier noe om hvorfor vi handler som vi gjør (Dalland, 2012). Fenomenologi er en vinkling innenfor hermeneutikken som dreier seg om forskjellige typer erfaringer som oppfattes av sansene. Den er rettet mot å se verden basert på det som konkret oppleves og erfares ut i fra pasientens ståsted (ibid)

Litteraturstudie ble valgt som metode, dette med grunnlag i at man allerede kan finne forskning og litteratur innenfor det gitte området. Ved å lese andres studier kan det bidra til økt forståelse, samt økt kunnskap innenfor tilstanden delirium (Dalland, 2012). En kvalitativ forskningsmetode baserer seg på å gå i dybden innenfor et område. Den handler ikke om å finne ny kunnskap, men bygger videre på den kunnskapen som allerede er beskrevet. Å skrive en litteraturstudie gjør det mulig for forfatteren selv å velge ut de artiklene og den litteraturen som ønskes å bruke. Dette gir skriveren mange valgmuligheter når en skal plukke ut det som er mest relevant for problemstillingen. Det som kan skje ved å gjøre det på denne måten er at funnene blir formet ut i fra forfatterens forståelse, og dermed bidra til misforståelser.

Kunnskapsbasert praksis (KBP), også kjent som evidensbasert tilnærming, handler om å ta faglige avgjørelser på en systematisk innhenting av ulik litteratur. Dette innebærer kunnskap innhentet av forskning, egne erfaringer og pasientens behov og ønsker i en gitt situasjon (KBP, 2012). De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere (2011) sier og noe om at sykepleieren har plikt til å holde seg faglig oppdatert, søke ny kunnskap og anvende dette i praksis.

I en vitenskapelig artikkel stilles det strenge krav i henhold til form og innhold. Disse artiklene gjennomgår noe som kalles for peer review, dette betyr at artiklene blir nøye gransket og vurdert av noen som er kyndige innenfor området. Artiklene skal også følge en imrad struktur som står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon. Denne strukturen gjør det lettere å finne frem i ukjente tidsskrifter (ibid).

Gjennom denne skriveprosessen har vi forholdt oss til Dalland (2012), samt Høgskolen i Gjøvik (HiG) sine retningslinjer i henhold til oppgaveskriving. Vi har fulgt Harvard oppsettet som er beskrevet på HiG sine bibliotek sider. Her har vi også benyttet oss av ulike maler og skjemaer som vi har med i oppgaven.

3.2 Søkeprosessen

Litteratursøket ble gjennomført i perioden januar til april 2015 i databasene Cinahl, PubMed, Sage Journals og Science Direct. Søkeord vi har brukt er: “delirium”, “cancer”, “cancer patients”, “palliative care”, “family caregivers”, “prevention”, “recognition”, “assessment”, “intervention”, “nursing”. Science Direct og PubMed var de som ga oss flest treff i henhold til søkeordene vi brukte.

Det var relativt mye forskning som omfattet delirium generelt, og mye baserte seg på kartlegging og identifisering av tilstanden. Det var lite som handlet direkte om pasienter med kreft i et tidligere palliativt forløp. Vi ønsket først og fremst den nyeste forskningen, men på grunn av mangelfull forskning måtte vi strekke oss litt tilbake i tid. På bakgrunn av dette ble de eneste kriteriene vi satte for oppgaven at artiklene var publisert i vitenskapelige tidsskrifter etter 2000. Gjennom søkeprosessen fant vi noen artikler som vi så på som veldig relevante for problemstillingen, men disse var utilgjengelige. Søkene våres er blitt begrenset til delirium innenfor palliasjon og eldre pasienter med kreft.

Søk i Sage Journals online med søkeordene “delirium”, “palliative care”, “cancer” og “nursing” gav 333 treff. Vi avgrenset søket til de siste fem år, dette reduserte til 149 artikler. En artikkel ble inkludert.

Søk i PubMed med søkeordene “delirium”, “cancer”, “family caregivers” gav 27 treff. Vi avgrenset søket til artikler publisert etter 2005, hvor vi da fikk 21. Vi inkluderte en artikkel.

Søk i Science Direct med søkeordene “delirium”, “cancer”, “palliative care”, “nursing”, “recognition”, “prevention” og “assessment” gav 319 treff. Ved å avgrense til artikler publisert etter 2013 satt vi igjen med 42 artikler. To artikler ble inkludert.

Nytt søk i Science Direct med søkeordene “delirium”, “experience”, “nurse”, “caregivers”, “cancer”, “intervention”, “recall” og “hospitalized patients” gav 179 artikler. En artikkel ble inkludert.

Nytt søk i PubMed med søkeordene “delirium”, “prevention”, ”education” og ”older patients” gav 37 treff. En artikkel ble inkludert.

Søk i Cinahl Complete med søkeordene “delirium”, “cancer” og “older patients” gav 19 treff. En artikkel ble inkludert.

Et ytterligere søk i PubMed med søkeordene ”delirium”, ”palliative care” og ”cancer” gav dette 297 treff. Ved å avgrense med artikler publisert etter 2015 gav dette 13 treff. En ble inkludert.

3.3 Kildekritikk

“Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes” (Dalland og Tyngstad, 2012, s 67).

Alt som kan bidra til en oppgave er kilder, men det stilles en del krav til hvordan en skal bruke de, vurdere og søke etter dem. Det er mange faktorer som kan være med på å forme en oppgave. Ulike erfaringer fra praksis, møte med kollegaer og pasienter er noen av disse. Uansett hva vi har med oss inn i oppgaveskrivingen, må vi alltid forholde oss til den litteraturen som allerede finnes om temaet (Dalland og Tyngstad, 2012).

Det finnes en del forskning innenfor delirium generelt, men lite som omfatter delirium i et tidligere palliativt forløp. Mye av forskningen som går på delirium handler i stor grad om den terminale fasen, derfor har det vært utfordrende å finne passende studier som omhandler akkurat vår problemstilling.

De fleste av artiklene er utført i Australia, og noen fra England. Studiene baserer seg stort sett på sykepleierens kunnskaper og erfaringer knyttet til identifisering og forebygging. Artiklene

tar utgangspunkt i sykepleiere og spesialsykepleiere som arbeider i institusjon, sykehus og palliative enheter. Det viser seg at noen av artiklene representeres av samme forfattere, noe som kan føre til at oppgaven påvirkes i retning av studiene som er gjort.

Ut i fra søk vi har gjort kan det se ut som om det foreløpig er lite forskning som tar for seg dette temaet i Norge. Vi skulle ønske å kunne finne mer norsk forskning innenfor det gitte temaet, dette for å kunne sammenligne det norske helsevesenet oppimot det australske og engelske.

De fleste av artiklene er av utenlandsk opprinnelse og skrevet på engelsk. Det kan derfor være en mulighet for at noen opplysninger er feiltolket og misoppfattet. Vi føler vi har klart å finne relevant litteratur som passer til vår problemstilling, og synes vi har fått tilstrekkelig med stoff til å besvare vår oppgave.

Vi har valgt å ta med oss flere fagartikler inn i diskusjonsdelen. Centeno, Sanz og Bruera (2004) var en av de eldste artiklene, men vi har likevel valgt å ta den med grunnet dens relevans i henhold til vår problemstilling. Denne artikkelen er ikke vitenskapelig, vi har derfor ikke inkludert den i funn kapittelet.

4.0 Funn

I dette kapitlet vil vi kort presentere funnene i de ulike artiklene knyttet til vår problemstilling (vedlegg 1).

Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, aged care psychiatry, and oncology. Agar M., B. Draper, P. A. Phillips, J. Phillips, A. Collier, J. Harlum og D. Currow (2011).

Denne studien hadde som mål å utforske sykepleiernes vurdering og håndtering av delirium der sykepleier hadde omsorg for mennesker med kreft, eldre eller eldre mennesker med psykiatiske lidelser. Funnene avdekket fire temaer. Det første var en overfladisk anerkjennelse og forståelse av delirium som et syndrom. Delirium ble beskrevet fra forvirring til en liste over kliniske tegn. I sine beskrivelser av delirium refererte ingen av sykepleierne til diagnose kriteriene. De inkluderte heller ikke de DSM IV-kriteriene i sin definisjon. Det andre temaet som kom frem var sykepleiernes vurdering av delirium. Forstoppelse, urinretensjon og smerte var kliniske problemstillinger som var forbundet til tilstanden. Enkelte sykepleiere mente ved å håndtere disse problemene var en i stand til å reversere delirium. Enkle observasjoner i form av blodtrykk, puls, temperatur, tarmfunksjon og urinretensjon kan være til god hjelp i forebyggingen av tilstanden. Det tredje funnet gikk ut på håndteringen av delirium. Medisinering var en viktig rolle i håndteringen av delirium, likevel erkjente flere av sykepleierne at det ikke alltid var løsningen for alle symptomer eller situasjoner. Mange beskrev viktigheten med å observere nøye og bare ty til medisiner for symptomer som forårsaker ubehag, fysisk rastløshet, aggresjon, eller søvnløshet. Andre ikke-medikamentelle tiltak ble verdsatt. Et trygt og rolig miljø med kjente objekter og faste rutiner.

Tilstedeværelsen av familien ble antatt å være svært nyttig. Selv om dette kunne være belastende for familien, og dersom familiens relasjoner ikke var optimale kunne dette påvirke pasientens situasjon i negativ retning. Selv om ikke-medikamentelle tiltak ble foretrukket, ble det likevel gitt medikamenter på grunn av mangel på tid og for liten kompetanse i avdelingene. Det kom frem et behov for videreutdanning som inkluderte alternativer til medisinering og en bedre tilnærming til vurdering. Det siste temaet som ble avdekket var innvirkningen og belastningen delirium har på pasienten selv og andre. Pasienten opplever det vanskelig å ikke å forstå og frustrerende å ikke få videreformidlet sine behov. Påførende forbinder pasienter med delirium som dårlig prognose. Å se pasienter i ferd med å utvikle

delirium ble ofte forbundet med en tidlig død, og ble hindret i å få en verdig død. Tidspress, budsjettbegrensinger, forskjellig bemanning og utilstrekkelige miljøer gjorde sykepleierne fortvilet.

Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. Bruera, E., S. H. Bush, J. Willey, T. Paraskevopoulos, Z. Li, J. L. Palmer, M. Z. Cohen, D. Sivesind og A. Elsayem (2009).

Av pasienter som opplevde delirium, husket de tilbake på sine episoder og syntes dette var skremmende. Det var først og fremst knyttet med psykomotorisk agitasjon, vrangforestillinger, tid- og rom desorientering. Familien opplevde det svært belastende når pasienten var i ferd med å utvikle et delirium. I senere tid kunne de gå i detaljer rundt hvordan pasientene hadde oppført seg. Sammenlignet med pasient, pårørende og sykepleiere var det familien som husket mest i etterkant av en delirium episode.

Samarbeidet mellom pårørende og helsepersonell var dårlig. Det viser seg at pårørende lettere kan registrere pasientens atferd, virkning eller bivirkninger på behandling mer nøyaktig enn helsepersonell. På grunn av manglende kommunikasjon mellom pårørende og helsepersonell ble det reist spørsmål vedrørende nøyaktigheten av den kliniske vurderingen av delirium som ble gjennomført. Funn viser også at delirium er en hyppig årsak til konflikt mellom pårørende og helsepersonell.

Identifying The Barriers and Enablers to Palliative Care Nurses` Recognition and Assessment of Delirium Symptoms: A Qualitative Study. Hosie, A., M. Agar, E. Lobb, P. M. Davidson & J. Phillips (2014b).

Denne studien tar sikte på sykepleiernes kapasitet til å gjenkjenne og vurdere delirium symptomer hos pasienter i et palliativ forløp. Funnene i denne studien viser at det er mange hindringer som står i veien for gjenkjenning av delirium. Ufullstendig kunnskap om tilstanden, og feiltolkninger om den normale kognitive funksjonen hos eldre er noen av disse. Mange av sykepleierne følte seg lite respektert og ignorerte når de rapporterte symptomer på tilstanden til leger. Dette baserer seg i for lite og dårlig kommunikasjon, samt dårlig samarbeid mellom kollegaer og helsepersonell.

Sykepleiere følte på mangelfull kunnskap innenfor delirium gjennom palliativ omsorg og i generell sykepleiepraksis. Sykepleiere som deltok i studien hadde ikke tilgang til ulike kartleggingsverktøy til gjenkjenning av delirium.

Arbeidsplasser som hadde innført ulike kartleggingsverktøy som en del av behandlingen har bidratt til en mer vellykket anerkjennelse og diagnostisering av tilstanden. Sykepleierne mente omsorgen til disse pasientene ville bedres ved innføring av gode rutiner og en strukturert og systematisk bruk av ulike kartleggings verktøy.

Det ble vektlagt etablering av tillitt, gode samtaler med pasienten, innsikt og inkludering av pårørende, samt god kommunikasjon mellom kollegaer som en viktig del i identifisering. Sykepleiere samt andre helsepersonell må kunne kommunisere, det vil si å bruke samme språk og ha et felles rammeverk når de skal jobbe for identifisering av delirium.

Palliative care nurses`recognition and assesment of patients with delirium symptoms: A qualitative study using critical incident technique. Hosie, A., M. Agar, E. Lobb, P. M. Davidson & J. Phillips (2014a).

Studiets hensikt var å utforske sykepleiernes erfaringer, synspunkter, gjenkjenning og håndtering av innlagte palliative pasienter med delirium.

Funnene viser to hovedtemaer og seks undertemaer ved sykepleiernes erfaringer. Det er nødvendig å styrke sykepleiernes kunnskap om delirium, styrke samarbeidet tverrfaglig og bedre kommunikasjon. Noen av deltakerne, som hadde bredere erfaring, beskrev mer omfattende i sine vurderinger av pasienten. Det var tydelig at de hadde den kliniske kompetansen, og i sine vurderinger inkluderte hele pasienten. Likevel viser det seg at det i stor grad mangler en systematisk og strukturert kartlegging av delirium, samt anvendelsen av diagnosekriteriene innenfor delirium. Bruk av tvetydig terminologi for å beskrive symptomene på delirium bidrar til ineffektiv praksis.

An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. Tabet, N., S.Hudson, V. Sweeney, J. Sauer, C. Bryant, A. Macdonald og R.Howard (2005).

Denne studien ville se nærmere på om et utdanningstilbud kunne være med å forebygge hendelser av delirium ved å øke anerkjennelsen på en akutt medisinsk avdeling.

Undervisningspakken som ble gitt til ansatte bestod av en time formell presentasjon av tilstanden og senere mulighet for gruppediskusjoner. Det ble benyttet skriftlige retningslinjer for forvaltningen og oppfølgingskontroller. De påfølgende øktene var basert på en-til-en og gruppe diskusjoner, som tar sikte på å gi kontinuerlig støtte av ansatte gjennom å vektlegge læring og testing av kunnskap. Tidligere utskrevne pasienter med delirium og håndteringen av disse ble diskutert blant ansatte for å lære av tidligere erfaring. Det var en betydelig reduksjon i forekomst av delirium, og helsepersonellet gjenkjente langt flere tilfeller av delirium etter intervensjonen.

Delirium issues in palliative care settings. Leonard, M., M. Agar, C. Mason, P. Lawlor (2008).

Denne studien ønsker å se på hvilke utfordringer som er knyttet til palliasjon i tidligere stadier og kaller dette ”moderne palliasjon”, hvor pasienten lever lenger med sin kreftsykdom.

Delirium som oppstår i forbindelse med palliasjon vil føre til økt bekymring for pasienter, sykepleiere og pårørende, noe som gjør tolking av smerte og andre symptomer vanskelig.

Tvetydig terminologi, varierende definisjoner i internasjonalt anerkjente

klassifiseringssystemer, og feilaktig bruk av validerte kartleggingsverktøy vil øke

forekomsten av delirium. Tilstanden er vanligvis multifaktoriell og kan gi en dårlig prognose i mange tilfeller, men med relativt lave intervensjoner kan tilstanden være reversibel.

Pasientens sykdomsstatus, tidligere livskvalitet, og tidligere uttrykte meninger bør tas i betraktning. Antipsykotika er den medikamentgruppen som oftest brukes til å kontrollere symptomer tross begrenset dokumentasjon. Ofte er ikke symptomatisk kontroll alene indikert.

Det påpekes at det trengs mer forskning innen gjenkjenning, fenomenologi, utvikling av instrumenter for vurdering, familiens utdanning, forutsigende modeller for reversibilitet.

Delirium in Hospitalized Older Patients With Cancer. Bond, S. M., W. J. Neelon, M. J. Belyea (2006).

Studien ville se nærmere på viktige aspekter av delirium hos pasienter med kreft.

Funnene fra denne studien markerte omfanget av delirium hos innlagte eldre pasienter med kreft og understreket behovet for en bedre forståelse som vil forbedre forebygging og håndtering av delirium blant kreftpasienter. Funnene viser hvor det er mulighet med forbedringer hos sykepleie som har omsorg for eldre pasienter med kreft og for fremtidig forskning. Anerkjennelse av delirium ved onkologiske sykepleiere kan forsterkes etter utdanning om delirium og dens presentasjoner, og om delirium risikofaktorer hos eldre pasienter med kreft. Kartlegging av risikofaktorer for delirium og etiologiske mønstre kan forenkle målrettet bruk av intervensjonsstrategier. Løpende vurdering av kognitiv funksjon kan forbedre gjenkjennelse og identifikasjon, og fremme tidlig intervensjon som potensielt kan hindre utvikling av mer alvorlig delirium.

The frequency of missed delirium in patients referred to palliative care in a comprehensive cancer center Cruz. M., J. Fan, S. Yennu, K. Tanco, S. Shin, J. Wu, D. Liu og E. Bruera. (2015).

Delirium er en vanlig komplikasjon hos pasienter med kreft, og oppstår i opptil 85 % før døden. Om lag 1/3 av pasienter som ble innlagt på palliativ senter ble diagnostisert med delirium. Smerte var den hyppigste faktoren som førte til at delirium symptomer ble oversett, dette grunnet forvirringer i tolking av symptomer.

Hvis man kan diagnostisere delirium i en tidligere fase og gi riktig behandling vil dette i mange situasjoner føre til mindre bruk av opioider og antipsykotika, dermed vil dette kunne spare pasienten for færre symptomer og plager.

Den hemmede typen av delirium er ofte den som blir oversett. Grunnen til dette er at den ofte blir sammenlignet med andre tilstander, som depresjon, tretthet og mange ganger blir den forvekslet med demens. Dette resulterer i at riktig behandling blir utsett fordi en ikke klarer å fange opp den underliggende årsaken. Alder og tilstedeværelse av underliggende psykiatriske sykdommer har vært forbundet med delirium som har blitt oversett og ikke blitt diagnostisert. Studien viser og til at identifikasjon av delirium kan forbedre livskvaliteten til pasientene.

Bedre utdanning, og rutinemessig kartlegging av delirium hos pasienter med høy risiko vil kunne forbedre gjenkjenning.

4.1 Sammendrag av utvalgte artikler:

Funnene vi har valgt ut i henhold til vår problemstilling viser at delirium er en utfordrende tilstand som er vanskelig å gjenkjenne, og det er flere faktorer som gjentas i de ulike artiklene.

Sykepleiere samt annet helsepersonell mangler grunnleggende kunnskap om delirium, noe som gjør at tidlig identifisering og forebygging av tilstanden blir vanskelig. Kjennskapen til tilstanden var overfladisk. Studiene viser at det er lite fokus på opplæring og introduisering av ulike kartleggings verktøy, og mange sykepleiere vet ikke at det er flere redskaper en kan bruke. Delirium er sammensatt og foreløpig er det ikke kjent hva som faktisk forårsaker denne tilstanden.

I mange situasjoner er dårlig kommunikasjon blant helsepersonell en av årsakene til at tilstanden blir oversett. Det viser seg at det er lite rom for å kunne diskutere tilstanden mellom helsepersonell. Samtidig viser det seg at de er tilbakeholdne med å inkludere pårørende, noe som kan være negativt med tanke på pårørendes viktige rolle i identifiseringen. Noen av funnene påpeker mangel på tid og kapasitet til å ta seg av pasienten, noe som fører til lite kontinuitet, som kan gjøre det vanskelig å fange opp symptomene.

Tiltakene som er funnet i henhold til å kunne identifisere delirium i en tidligere palliativ fase handler blant annet om å øke kunnskapen til helsepersonellet. Med dette å ha et bredere fokus på ulike opplærings programmer, og gjøre de ulike kartleggingsverktøyene mer synlige for helsepersonell. Et annet viktig tiltak er å benytte seg av pårørende som en ressurs, dette i grunnlag av at de kjenner pasienten bedre. Systematisk og rutinemessig kartlegging anbefales da dette vil kunne bidra til en bedre identifisering.

Pasienter med kreft er generelt mer utsatt for å utvikle ulike tilstander som kan være utløsende faktorer for delirium. Det er dermed viktig å passe på at de grunnleggende behovene er intakt.

Tverrfaglighet ses på som en viktig del innenfor palliativ omsorg. Det blir nevnt i flere artikler at det tverrfaglige samarbeidet ofte ikke er optimalt, og at dette er noe som bør settes mer fokus på.

5.0 Diskusjon

Diskusjonsdelen vil ta utgangspunkt i om tidlig identifisering av delirium symptomer kan bidra med å forebygge at tilstanden utvikler seg. Delirium er en underdiagnostisert tilstand som ofte blir oversett av oss klinikere. Med sitt svingende og varierende forløp med forvirring, hallusinasjoner og adferdsforstyrrelser kan den være vanskelig å fange opp tidlig nok. Tilstanden blir ofte sammenlignet med andre lidelser som urinretensjon, dehydrering, forstoppelse og redusert oksygen metning i blodet, noe som bidrar til at risikoen for at tilstanden blir oversett er stor (Loge, Hjernstad og Kaasa 2007).

I WHO`s definisjon av palliasjon er lindring av pasientens totale opplevelse av smerte hovedkjernen. Målet med pleien er å yte best mulig omsorg til pasienten, og de pårørende slik at de skal kunne oppleve best mulig livskvalitet den siste tiden av livet. Delirium er en tilstand som berører både pasient og pårørende, og påvirker både det fysiske, psykiske, sosiale og ekstensielle og åndelige. Det berører hele mennesket (Strømskag, 2012).

Mennesker har mange grunnleggende behov som vi har med oss hele livet. Ekvik (1999) legger vekt på et av de viktigste, og det er å bli sett som den personen en er. Tillitt, barmhjertighet, omsorg og kjærlighet er noe vi mennesker bærer med oss uansett hva vi gjør og hvor vi er. Løgstrup omtaler dette som livsytringer. Videre påpeker han vi mennesker lever et liv der vi er avhengige av andre og omgivelsene vi er i. mennesker yter omsorg til andre, mye grunnet fordi vi trenger det selv (Eide m. fl., 2003).

5.1 Helsepersonellens mangelfulle kunnskap på tilstanden delirium

“Att förebygga och behandla delirium är en utmaning som sätter sjukvårdens kompetens och skicklighet på svåra prov” (Gustafson, 2002 s. 813).

Det forventes at sykepleiere innehar den kunnskapen som skal til for å kunne gjenkjenne symptomer på delirium, men foreløpig viser forskning at denne ikke er tilstrekkelig (Agar m.fl., 2011). Hoise m. fl. (2014a) støtter dette funnet, men og hevder at det er fordi de mangler den grunnleggende kunnskapen om tilstanden. Ettersom delirium har blitt beskrevet opp igjennom flere århundrer med ulike benevnelser kan dette ha bidratt til forvirring rundt tilstanden. På en annen side kan den uklare patofysiologien være en forklarende årsak (Loge,

Hjermstad og Kaasa, 2007). Milisen, Steeman og Foreman (2004) har også bemerket dette, i tillegg til likheten med andre tilstander. Av erfaring er det lettere å huske å gjenkjenne symptomer på det som er mer spesifikt som for eksempel diabetes.

Evnen sykepleierne har til å identifisere delirium er preget av høy følsomhet (91-99 %), men lav spesifisitet (15-30 %). Sykepleierne er bevisste på det de ser og hører, og blir gjennom dette mer oppmerksomme på det som foregår rundt pasienten, uten at de foretar direkte handlinger. Mange av helsepersonellet opplevde det utfordrende og konkretiserte de observasjonene de gjorde. Delirium er en sammensatt tilstand og det kan være flere årsaker som ligger til grunn. Symptomer på delirium vil og kunne variere fra person til person, og dette er med på å gjøre det vanskeligere å identifisere tilstanden (Hosie m. fl., 2014a).

Som nevnt tidligere er kunnskapen sykepleiere har i henhold til identifisering og behandling av delirium ikke tilstrekkelig. Hoise m. fl. (2014a) hevder at det er for lite fokus og opplæring på tilstanden, noe som medfører at sykepleierne ikke klarer å gjenkjenne eller håndtere situasjonen. Innen palliasjon viser erfaring at sykepleiere ofte oppfatter kognitiv svikt eller forvirringstilstander som en del av den naturlige dødsprosessen (Agar m.fl., 2011). Med andre ord viser dette tydelig at det ikke er nok kunnskap om delirium blant helsepersonell, da tilstanden ofte kan behandles og er reversibel (Loge, Hjermstad og Kaasa, 2007).

Hare m.fl. (2008) mener at det skal integreres bredere kunnskap og ferdigheter rundt kognitive vurderinger inn under den grunnleggende sykepleieutdanningen. Det kan hevdes at dette vil hjelpe sykepleieren til å vurdere og tolke pasienten på en nøyaktig måte. Med andre ord mener han at det bør legges opp til videreutdanning innenfor området dersom det ikke er inkludert i sykepleieutdanningen. Wand m. fl. (2013) er negative til at det har vært for lite fokus og opplæring av delirium i videreutdanninger. Delirium ble lite inkludert i sykepleieutdanningen, derimot har det fått fokus gjennom videreutdanningen innenfor palliasjon. Likevel har ikke dette vært heldekkende, men nok til at vi blir mer bevisste på tilstanden.

Milisen, Steeman og Foreman (2004) hevder at kunnskap og ferdigheter alene ikke er tilstrekkelig i håndtering av symptomer på delirium. Det blir understreket at arbeidsmiljø har en stor påvirkning på måten en tenker og reagerer på. Centeno, Sanz og Bruera (2004) hevder at arbeidsmiljøet også bør være en trygg plass å være. Hosie m. fl. (2014a) hevder at refleksjon mellom kollegaer kan bidra til økt forståelse rundt delirium. På den ene siden vil dette være positivt i forhold til økt kunnskap og forståelse på arbeidsplassen. På den andre

siden viser det seg at helsepersonell vegrer seg for å diskutere observasjoner knyttet til delirium, i frykt for å ikke bli møtt med respekt. Dette kan i noen tilfeller også gjenspeiles ut i fra vår erfaring. Mange av funnene legger vekt på at lite kommunikasjon mellom sykepleiere, leger, pasient og pårørende fører til at delirium ofte blir oversett (Hosie m. fl., 2014a). Leonard m. fl. (2008) og Wand m. fl. (2013) støtter også disse funnene. Ved å legge opp til flere diskusjoner og refleksjoner blant helsepersonell vil det kunne gi mulighet for læring. Dette vil være til hjelp for og lettere kunne sette ord på det uspesifikke ved pasientene og dermed forbedre den kliniske praksisen.

I situasjoner der det kan tenkes at delirium oppstår, vil det i noen tilfeller være et godt alternativ å benytte seg av kartleggingsverktøy (Loge, Hjermsstad og Kaasa, 2007). Det er minimal integrering av verktøy for vurdering innenfor delirium. Hosie m. fl. (2014b) påpeker at få av helsepersonellet brukte kartleggingsverktøy i sine vurderinger. Dette grunnet mangelfull kunnskap om bruken av disse, i tillegg var flere av helsepersonellet uvitende om disse hjelpemidlene. At det har vært lite fokus på bruk av kartleggingsverktøy for å identifisere og forebygge delirium støttes også av Centeno, Sanz og Bruera (2004). Som nevnt tidligere krever CAM verktøyet lite opplæring, og skal være lett å håndtere. En kan da stille seg spørsmålet om hvorfor sykepleierne ikke har benyttet seg mer av denne måten for å identifisere tilstanden. Loge, Hjermsstad og Kaasa (2007) nevner mange ulike metoder for å kunne kartlegge delirium, men som Hosie m. fl. (2014b) påpeker er det vanskelig å benytte seg av disse når en ikke vet hvordan en skal håndtere dem, eller er uvisse til at de i det hele tatt finnes. Av erfaring er kartleggingsverktøyet MMSE det mest kjente. Samtidig har vi vært uvitende til at dette kan benyttes til å vurdere om delirium er tilstede. Igjen viser dette mangelfull kunnskap hos sykepleiere.

5.2 Sykepleierens erfaringer

Funn viste at sykepleiernes erfaringer gikk ut på at kunnskapen rundt delirium måtte økes, at de måtte jobbe mer tverrfaglig rundt pasientene med delirium, og forbedre kommunikasjonen generelt. De måtte bli flinkere til å bruke sin kliniske kompetanse i forhold til observasjoner rundt pasienter med delirium eller pasienter som sto i fare for å utvikle det. Samtidig sier de at de savnet en god rutine rundt pasienter med delirium som omhandler identifisering. Videre mente de at det ville være nyttig med en systematisk og strukturert vurdering og kartlegging

(Hosie m. fl., 2014b). Cruz m. fl. (2015) og Hosie m. fl. (2014a) støtter også dette funnet i sin studie. Hosie m. fl. (2014a) påpeker også viktigheten med å dokumentere, slik at de har noe å se tilbake på i vurderingene. Ut fra vår erfaring ser også vi nødvendigheten med å dokumentere i forhold til å kunne gå tilbake i tid for å se hvordan pasienten har utviklet seg. Om man ikke dokumenterer vil de små observasjonene blir glemt, og det kan medføre at det er vanskelig å fange opp symptomer senere.

Innen palliasjon er det vanskelig å finne balansen mellom en nøyaktig vurdering av pasientens tilstand, og det å ikke bli en byrde for pasienten. Det er mye informasjon som trenger å innhentes for å gjøre en god kartlegging og dette kan virke tyngende for pasienten (Leonard m.fl., 2008). Av erfaring merkes det at pasientene ofte blir slitne av en kartlegging og generelle vurderinger. Det vil da ofte være hensiktsmessig å dele opp kartleggingen. Man bør ta hensyn til pasientens tilstand på grunn av at resultatene ikke blir reelle om pasienten er sliten eller har redusert almenntilstand. Om pasienten har pårørende, er de viktige støttespillere i kartleggingen. Dette drøftes mer i neste kapittel.

Det nevnes i de ulike funnene at flere kartleggingsverktøy kan benyttes for å påvise delirium, men Leonard m.fl. (2008) hevder at MDAS er et mer egnet verktøy når det skal vurderes delirium hos pasienter med kreft. Tabet m.fl. (2005) mener det er mest hensiktsmessig å bruke riktig vurderingsverktøy, for å oppnå et mest mulig korrekt resultat. Dette vil hjelpe helsepersonell for å legge det bedre til rette for pasientene og for å kunne identifisere og forbygge delirium. På en annen side mener de at CAM er et godt verktøy i vurderingen av pasienter i en palliativ fase. Dette på grunn av sin pålitelighet, følsomhet og høye spesifisitet. Til tross for dette kan en pasient i palliativ fase omfatte andre diagnoser enn kreft.

Selv om det er mange verktøy som kan supplere til identifisering av delirium, er fortsatt det kliniske blikket en viktig faktor som er nødvendig i gjenkjenning av tilstanden (Loge, Hjermsstad og Kaasa, 2007). På bakgrunn av dette, hva er det som legges til grunn for et godt klinisk blikk? Kristoffersen m. fl (2005) snakker om sykepleierens kliniske kompetanse som en helhetlig vurdering av pasientens situasjon. De påpeker at denne utvikles gjennom ulike erfaringer sett opp mot den grunnleggende kunnskapen sykepleieren har. Nortvedt (2001) sier også noe om viktigheten om det kliniske blikket hos sykepleierne. Man må ha kunnskapen om delirium for å kunne vurdere pasientens kliniske tilstand, dette baseres ut i fra varhet og oppmerksomhet for den sykes situasjon. Fra praksis tilegner man seg kunnskap og erfaring etterhvert som man jobber, og med det utvikler man et klinisk blikk.

Som sykepleier har man i følge yrkesetiske retningslinjer (2011) et ansvar for å sette i gang tiltak som fremmer helse og forbygger sykdom. Det blir stadig lagt vekt på at forebygging skal være en viktig del av sykepleierens hverdag. Et av punktene samhandlingsreformen baserer seg på er å forbygge istedenfor å måtte behandle en situasjon som har oppstått i etterkant (Regjeringen, b). Palliative enheter som hospice hadde tidligere et fokus på døende pasienter, der de var restriktive mot livsforlengende behandling. Dette var for å spare pasienten for unødige plager (Strømskag, 2012). I dag har de endret fokus og har i tillegg til sin etablerte rolle i terminalomsorgen tilbud om symptomlindring og rehabilitering (Leonard m.fl., 2008). Bond m.fl. (2006) hevder at om tilstanden ikke blir forebygget eller identifisert, kan dette medføre at pasienten står overfor et fremtidig tap av fysisk og kognitiv funksjon. Dette vil igjen føre til økte kostnader i form av institusjonalisering.

Folkehelse er et begrep som har fått mye fokus i dagens samfunn. Begrepet har som mål å påvirke ulike faktorer indirekte eller direkte for å fremme innbyggernes trivsel og helse. Pasienter blir eldre, og mange lever nå lengre med sin kreftsykdom, dette bidrar til at fler er utsatt for utvikling av delirium og som helsepersonell vil de komme til å møte denne tilstanden oftere i praksis. Ved å øke ressurs bruken rundt identifisering av delirium vil dette kunne hjelpe til å forebygge utvikling av tilstanden hos pasienten (Regjeringen, a). Disse begrepene omfatter veldig mye og regjeringer har høye ambisjoner for det norske helsevesenet, men hvordan fungerer egentlig dette i praksis?

Dette står i kontrast til hva sykepleierne faktisk erfarte. Mange følte at arbeidsmengden var for stor slik at tiden ikke strekte til. Røkenes og Hanssen (2008) legger vekt på at pasienter skal behandles med respekt og omsorg, men vi opplever ofte at de blir objektivisert. Hosie m. fl. (2014b) viser til at sykepleierne ikke hadde tid til annet utenom det daglige som mating, stell og medisinerer. Hvordan kan vi sykepleiere klare å gjenkjenne delirium når hverdagene er preget av for liten tid, økonomi og ulike prioriteringer? Som nevnt tidligere følte mange sykepleiere seg lite respektert ved at de ble oversett og ignorert av lege/psykiater når de rapporterte endringer i pasientens kognitive tilstand (Hosie m. fl., 2014b). Det legges vekt på viktigheten med å bygge opp kapasiteten til sykepleierne slik at de skal kunne få tid til pasienten og mulighet til å inkludere pårørende mer i arbeidet med å gjenkjenne og tolke symptomer (ibid). Av erfaring ser vi igjen mange av disse punktene som er nevnt ovenfor. Samtidig har vi og erfart at når det omhandler palliative pasienter, blir det planlagt og sett av tid til disse. Dette kan dog gå utover andre pasienters tid. Som sykepleier oppleves dette belastende. Lite kapasitet og liten tid hos sykepleiere gjør det vanskeligere å bli kjent med

pasienten. Ved å kjenne til pasienten og dens forhistorie gjør det lettere å observere endringer hos den rammede (Engedal, 2008).

5.3 Pårørendes rolle i forhold til identifisering og forebygging av delirium

Tilstedeværelsen av familien ble antatt som svært nyttig, selv om dette for de kunne oppleves belastende. Buber i Eide m. fl. (2003) skriver at det er viktig å forstå den andres opplevelse av situasjonen. Her må man som helsepersonell sette seg inn i den andres situasjon, dette vil kunne bidra til å gi bedre omsorg og øke livskvaliteten til den palliative pasienten. Rustøen (2001) beskriver i sin bok at livskvalitet er menneskets egen opplevelse av å ha det bra eller dårlig. Livskvalitet er et subjektivt begrep, der man tar utgangspunkt i hvordan man opplever sin egen situasjon.

Viktigheten med å inkludere og informere pårørende om tilstanden og om hvordan den tiltrer er svært viktig i henhold til tidlig identifisering og forebygging (Centeno, Sanz og Bruera 2004). Siden dette er en tilstand som mange ikke klarer å gjenkjenne, vil det være viktig i forhold til identifisering å lytte til pårørendes observasjoner (Loge, Hjermstad og Kaasa, 2007). I en tidlig evalueringsfase trengs det mye informasjon fra pårørende eller andre som står pasienten nær, dette for å kunne kartlegge hva pasienten klarer å gjenkjenne og hvordan pasienten endrer seg (Centeno, Sanz og Bruera 2004).

Funnene til Bruera m. fl. (2009) viser at familien var de som oftest tolket eller oppfattet symptomene på delirium. Det hevdes også at helsepersonell vurderer pasienten annerledes enn det pårørende gjør. På den ene siden er helsepersonell opplært i å bruke det kliniske blikket for å fange opp symptomer og endringer hos pasienten (Loge, Hjermstad og Kaasa, 2007). På den andre siden er det pårørende som kjenner pasienten og lettere kan se endringer hos han eller henne. Med andre ord kan dette resultere i ulike oppfatninger både for helsepersonell og pårørende, som igjen vil føre til mer lidelse for pasienten. Bruera m. fl. (2009) hevder dette kan føre til konflikter mellom pårørende og helsepersonell. Dette står i kontrast til vår erfaring der samarbeid med pårørende ofte viser seg i de fleste tilfeller å ha en positiv innvirkning i pasientsituasjonen.

Det påpekes at helsepersonell bør ta mer hensyn overfor pårørende og inkludere de i det forebyggende og behandlende arbeidet, på bakgrunn av deres kjennskap til pasienten. Vedrørende dette ble det reist spørsmål om nøyaktigheten av den kliniske vurderingen av delirium som ble gjennomført av pårørende på grunn av deres manglende fagkunnskaper. Av erfaring kan pårørende ofte bli veldig opprørt når deres nærmeste endrer tilstand. Og dette kan bidra til at deres vurderinger i noen tilfeller blir feiltolket. Som utenforstående kan helsepersonell se situasjonen noe annerledes. Dersom helsepersonell har regelmessig kontakt med pårørende der de diskuterer pasienten og kommer med råd mener Bruerea m. fl. (2009) dette vil bidra til å redusere opplevelsen av belastning og eventuelle konflikter. Hosie m. fl. (2014a) støtter også dette og nevner viktigheten om informasjon og inkludering av pårørende. Erfaring viser at gode samtaler med pårørende gjør det enklere å samarbeide og de føler seg ivaretatt i situasjonen.

Hvis pårørende mangler tillit til pleiepersonalet kan dette føre til at informasjonen de sitter med angående pasienten ikke kommer frem. Dette kan føre til at sykepleierens observasjoner ikke blir bekreftet av pårørende. For å kunne få til et samarbeid med pasient og deres pårørende er det nødvendig å bygge opp en relasjon (Røkenes og Hanssen, 2008). Fagpersonen må være i stand til å søke kontakt med de mennesker vi møter og ha egenskaper til å bygge opp en relasjon, holde den ved like og avslutte relasjonen (ibid).

5.4 Forskningsbaserte anbefalinger som kan bidra til økt anerkjennelse

Dersom man klarer å styrke kompetansen rundt delirium vil det kunne bidra til at det blir enklere og identifisere tilstanden i en tidlig fase mener Hosie m. fl. (2014a).

Tabet m.fl. (2005) legger vekt på utvikling av pedagogiske undervisningsopplegg blant helsepersonell. Ved hjelp av denne metoden vil det kunne bidra med en reduksjon i antall tilfeller av delirium. De ulike opplæringsprogrammene vil bestå av skriftlige retningslinjer og jevnlig oppfølgings samtaler både i grupper og individuelt. Utdeling av ulike erfaringer og diskusjoner vil bidra til økt læring og dermed økt kunnskap om tilstanden. Hosie m.fl. (2014a) støtter også dette, og i tillegg vil dette kunne styrke sykepleie praksisen. Sykepleieren sin bevissthet og tilstedeværelse vil føre til en bedre anerkjennelse rundt tilstanden og dermed bidra til forebygging (ibid). Det hevdes også at ansatte fikk mer kunnskap på området og

deres selvtillit økte, slik at de var tryggere i vurderingen og håndteringen av mennesker med delirium (Wand, 2014).

Systematisk og løpende vurderinger av kognitiv adferd anbefales for å oppdage delirium i en tidlig fase (Bond, Neelon og Belyea, 2006). Hvis sykepleieren har oppfølgingen rundt en pasient over en lenger periode vil dette føre til god kontinuitet, oppfølging og løpende vurdering av pasienten. Dette vil kunne være med å føre til tidlig identifisering og forebygging (Hosie m. fl., 2014a). Noen klinikere og forskere anbefaler bruk av kartleggingsverktøy for å vurdere kognitiv status og diagnostisering av delirium. På grunn av tilstedeværelsen av flere predisponerende faktorer bør eldre pasienter med kreft vurderes med ekstremt høy risiko for å utvikle tilstanden (ibid). Ved å overvåke pasientene daglig mener Milisen, Steeman og Foremann (2004) at dette er med på å forbygge at delirium oppstår. Andre i samme studier anbefaler overvåkning hver 8. time. I tillegg bør det tas nye vurderinger i pasientens oppmerksomhet, oppførsel, tale eller tankegang (ibid). For å kunne gjøre utføre denne observasjonen er en avhengig av at det kliniske blikket er tilstede. Utvidet erfaring vil kunne bidra til lettere gjenkjenning i endringer hos pasienten. Forskningsbaserte tiltak anbefaler overvåkning av pasienten, og at vurderinger bør tas undervegs. Erfaring viser at dette i mange tilfeller kan være vanskelig å få til, særlig i hjemmebaserte tjenester, der det ikke er mulighet til å ha pasienten under kontinuerlig observasjon. Tiltaket vil la seg lettere gjennomføre ved en institusjon der en har mulighet til å følge opp pasientene regelmessig.

Wand m.fl. (2013) hevder at dersom fokus rettes mot risikofaktorer vil det bidra til økt bevissthet og en bedre gjenkjenning av symptomer. Hosie m.fl. (2014a) sier at dersom man sørger for at pasienten får i seg tilstrekkelig med næring, væske, at elimineringen er optimal, og hjelpemidler i forhold til syn og hørsler er i bruk, vil dette kunne redusere faren med å utvikle symptomer på delirium. Centeno, Sanz og Bruera (2004) legger også vekt på dette i sin studie. Pasienter med kreft er spesielt utsatt for lavt oksygenopptak i kroppen, av den grunn er det viktig å sørge for god oksyginering. Samtidig må man være observant i forhold til infeksjoner og der det foreligger mistanke, videreformidle det til lege, som tar vurdering om eventuell oppstart med antibiotika. Som nevnt tidligere kreves det et godt samarbeid og at legen stoler på de kliniske observasjonene sykepleierne fortar. Dette samsvarer med Loge, Hjermstad og Kaasa (2007) beskriver. En annen viktig del i det forebyggende arbeidet er å kartlegge pasientens søvnmønster. Lite søvn hos pasienter kan føre til utvikling av delirium. Ved å være tidlig ute med å kartlegge søvnmønsteret kan sykepleiere sette i gang tiltak som kan forebygge utbrudd av tilstanden. Dette nevnes også i nasjonalt handlingsprogram med

retningslinjer for palliasjon i kreftomsorgen som en veldig viktig intervensjon i forebygging av delirium (Aass m.fl., 2015).

Mange pasienter med kreft kan oppleve sterke smerter, og i den forbindelse er ofte opioidbruk nødvendig. Som nevnt tidligere er opioidbruk en av de hyppigste årsaker til delirium blant denne pasientgruppen (Loge, Hjermstad og Kaasa, 2007). Centeno, Sanz og Bruera (2004) bemerker også dette, og hevder at så mange som nesten 60 % av tilfellene er utløst av opioider. Morfin er vannløselig, og ved en potensiell nyresvikt eller væskemangel, kan det skje en opphopning i kroppen som kan resultere i et opioidutløst delirium. Som et forebyggende tiltak mener Cruz m.fl. (2015) imidlertid at medikamentene pasienten bruker bør gjennomgås. Det bør eventuelt tas en reduksjon på opioider om mulig. Hvis dette ikke lar seg gjennomføre, kan det være nyttig å prøve ut andre medikamenter. Dette støttes av Centeno, Sanz og Bruera (2004). Av erfaring kan skiftning av medikament ha en positiv innvirkning på pasienten, men samtidig må man være svært observant med tanke på smerter og andre bivirkninger.

Noen studier gikk også ut på å forebygge tilstanden profylaktisk med tiltak som medikasjon (Loge, Hjermstad og Kaasa 2007). De nåværende farmakologiske og ikke farmakologiske intervensjonene som i dag brukes for å minimere symptomene på delirium viser seg å være utilstrekkelige for de fleste av pasientene (Bruera m. fl., 2009). I følge Aass m.fl. (2015) gis det fortsatt medikamentell profylakse med haloperidol. Dette gis til pasienter som har en høy risiko for utvikling av delirium. På bakgrunn av funnene til Bruera m. fl. (2009) kan det være interessant å se på hva som er grunnen til at disse medikamentene fortsatt gis. Av erfaring sees det at haldol forskrives mot andre årsaker, som oftest kvalme, av den grunn kan det da være vanskelig å fange opp symptomene på delirium.

Palliasjon dreier seg om å jobbe tverrfaglig rundt pasienten. Hosie. m. fl. (2014a) mener også dette er en effektiv måte å anerkjenne delirium på. Ved å jobbe på tvers vurderer en pasienten ut i fra ulike ståsteder. Dette er med på å opprettholde den faglige kompetansen og holdningene til de ansatte. Dette vil effektivisere omsorgen, styrke det tverrfaglige samarbeidet, deres gjensidige forståelse på tvers av fag gruppene og øke respekten for hverandre (Hosie m. fl., 2014a). Centeno, Sanz og Bruera (2004) påpeker også dette i sine resultater. Erfaring viser at det tverrfaglige arbeidet bidrar til en bedre kontinuitet rundt pasienten, noe som fører til en mer helhetlig pleie og omsorg. Ved å arbeide tverrfaglig kan en

ivareta pasientens totale opplevelse av lidelse på en bedre måte, samtidig kan denne måten å arbeide på resultere i en tidligere identifisering og forebygging av tilstanden.

6.0 Konklusjon

I oppgaven vår har vi belyst hvordan man kan identifisere og forebygge delirium i et tidligere palliativt forløp.

Funn viser at det er mangelfull kunnskap om delirium og utilstrekkelig opplæring i forhold til bruk av kartlegging. For å kunne identifisere og forebygge delirium, er det helt nødvendig med kunnskap om tilstanden. Det viser seg at kunnskap alene ikke er nok. For at identifiseringen skal bli optimal er en avhengig av sykepleiernes kliniske blikk, samtidig er det helt nødvendig å inkludere pårørende i det forebyggende arbeidet. De kjenner pasientene best og kan med dette være en viktig ressurs når det kommer til å vurdere endringer i pasientens tilstand. Den tverrfaglige tilnærmingen fra helsepersonalet ses også på som svært viktig for samarbeidet rundt pasienten. Mangelfull kommunikasjon blant helsepersonell og pårørende bidro til at delirium i mange situasjoner ble oversett. Flere studier påpekte at dette bør forbedres.

Ved at sykepleiere samt annet helsepersonell gjør seg mer bevisste på risikofaktorer og gjør seg kjent rundt tilstanden generelt, vil dette kunne bidra til tidlig identifisering. Det som påpekes videre i de ulike artiklene er at det i fremtiden trengs videre forskning innenfor temaet, og det bør satses på utvidet utdanningstilbud blant helsepersonell.

Det som kunne vært interessant og studert videre på er hvordan sykepleiere kan ivareta pasienter med delirium i den akutte fasen. Samtidig hadde det vært spennende å sett videre på delirium i den terminale fasen.

Kildehenvisning

Aass, N., D. F. Haugen, J. H. Rosland, M. Jordhøy, T. Dønnem & A. K. Knudsen (2015) *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen*. [online]. Oslo: ULR: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/918/Nasjonalt-handlingsprogram-for-palliasjon-i-kreftomsorgen-IS-2285.pdf> (13.04.2015)

Agar, M., B. Draper, P.A. Phillips, J. Phillips, A. Collier, J. Harlum, D. Currow (2011) Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, psychiatry, and oncology. I: *Palliative Medicine* [online] 26 (7), s. 887–896. URL: <http://pmj.sagepub.com/content/26/7/887.full.pdf+html> (

Bond, S.M., V.J. Neelon og M.J. Belyea (2006) Delirium in hospitalized older patients with cancer. I: *Oncology Nursing Forum* [Online] 33 (6), s. 1075-1083. URL: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=d75debfbdffb-4083-9fe0-86cd79d0d66b%40sessionmgr4001&vid=5&hid=4212> (12.04.15).

Breitbart, W., C. Gibson og A. Tremblay (2002) The delirium experience: Delirium recall and delirium-related distress in hospitalized patients with cancer, their spouses/caregivers, and their nurses. I: *Psychosomatics* [Online] 43, s 183-194. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318202704039#> (01.04.15)

Bruera, E., S. H. Bush, J. Willey, T. Paraskevopoulos, Z. Li, J. L. Palmer, M. Z. Cohen, D. Sivesind og A. Elsayem (2009) Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregivers. I: *Cancer* [online] (115) s. 2009-2012. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2752862/pdf/nihms113632.pdf> (09.04.15).

Centeno, C., A. Sanz og E. Bruera (2004) Delirium in advanced cancer patients. I: *Palliative Medicine* [Online] (18), s 184-194. URL: <http://pmj.sagepub.com/content/18/3/184.full.pdf+html> (15.04.15).

Cruz. M., J. Fan, S. Yennu, K. Tanco, S. Shin, J. Wu, D. Liu og E. Bruera (2015) The frequency of missed delirium in patients referred to palliative care in a comprehensive cancer center. I: *Support Care Cancer* [Online]. URL: <http://download-v2.springer.com/static/pdf/736/art%253A10.1007%252Fs00520-015-2610->

[3.pdf?token2=exp=1429610123~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F736%2Fart%25253A10.1007%25252Fs00520-015-2610-3.pdf*~hmac=5f85bd0ce61b07667be56cf5bd2f188f3a4e0ddce1a199295355eee68345bc29](#)
(21.04.2015)

Dalland, O (2012) *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Dalland, O og H. Tyngstad (2012) *Kilder og kildekritikk*. I: Dalland, O (red). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS

Ekvik, S (1999) *Se meg*. Verbum

Engedal, K. (2008) *Lærebok alderspsykiatri i praksis*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse

Gustafson, Y., M. Lundström, G. Bucht og A. Edlund (2002) Delirium hos gamla människor kan förebyggas och behandlas. I: *Tidsskrift for Den Norske Legeforening* [online] (122), s. 810-814. URL: <http://tidsskriftet.no/pdf/pdf2002/810-4.pdf> (12.04.15)

Hare, M., D. Wynaden, S. McGowan, I. Landsborough og G. Speed (2008) A questionnaire to determine nurses' knowledge of delirium and its risk factors. I: *Contemporary Nurse* [online] (29), s. 23-31. URL: <http://search.proquest.com/docview/203169269/fulltextPDF/3FFAACDBEE5C421EPQ/1?accountid=43158> (14.04.15).

Helsebiblioteket (2010) *Confusion Assessment Method (CAM)* [Online]. URL: <http://nevro.legehandboka.no/skarings skjema/cam-skarings skjema-for-delir-35785.html> (09.05.15)

Helsebiblioteket. MDAS - The Memorial Delirium Assessment Scale [Online]. URL: <http://www.helsebiblioteket.no/psykisk-helse/alderspsykiatri/sk%C3%A5ringsverkt%C3%B8y> (09.03.15)

Hosie, A., M. Agar, E. Lobb, P. M. Davidson & J. Phillips (2014a) Palliative care nurses' recognition and assessment of patient with delirium symptoms: A qualitative study using critical incident technique. I: *International Journal of Nursing Studies* [online]. 51 (10), side 1353-1365.

URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748914000327> (03.03.2015)

Hosie, A., M. Agar, E. Lobb, P. M. Davidson & J. Phillips (2014b) Identifying the barriers and enablers to palliative care nurses recognition and assesment of delirium symptoms: a qualitative study. I: *Journal of Pain and Symptom Management* [Online]. URL:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0885392414001808#> (07.03.15)

Kristiansen, A. (2003) Fordi vi er mennesker – en bok om samarbeidets etikk. I: Eide, S. B., H. H. Grelland, A. Kristiansen, H. I. Sævareid og D. G. Aasland (red.) *Fordi vi er mennesker – en bok om samarbeidets etikk*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Kristoffersen N. J. (2005) Sykepleie – kunnskap og kompetanse. I: Kristoffersen N. J, F. Nordtvedt og E-A. Skaug (red) *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. Oslo: Norsk Gyldendal Forlas AS, 215-257.

Kunnskapsbasert praksis (2012) *Kunnskapsbasert praksis (KBP)* [Online]. URL:

<http://kunnskapsbasertpraksis.no/kunnskapsbasert-praksis/> (10.03.15)

Leonard, M.,M. Agar, C. Mason, P. Lawlor (2008). Delirium issues in palliative care settings.

I: *Journal of psychosomatic research* [Online] 65 (3), s. 289-298. URL: http://ac.els-cdn.com/S0022399908002390/1-s2.0-S0022399908002390-main.pdf?_tid=b21b0752-f3d6-11e4-8a96-00000aab0f02&acdnat=1430906596_0caf82806162d655f11f5eec4f8627a9

(11.04.15).

Loge, J. H., M. J. Hjermsstad & S. Kaasa (2007) Delirium. I: Kaasa, S (red.). *Palliasjon*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s. 547-556.

Milisen, K., E. Steemann og M. D. Foremann (2004) Early detection and prevention of delirium in older patients with cancer. I: *European Journal of Cancer Care* [online] (13), s. 494–500. URL: http://www.readcube.com/articles/10.1111%2Fj.1365-2354.2004.00545.x?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=onlinelibrary.wiley.com&purchase_site_license=LICENSE_DENIED

(16.04.15).

Neerland, B. E., L. O. Watne og T. B. Wyller (2013) Delirium hos eldre pasienter. I: *Tidsskrift for den norske legeforening* [online] 133 (15) s, 594-600. URL:

<http://tidsskriftet.no/article/3044933/#reference-1> (10.03.15)

Norsk Sykepleieforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, ICNs etiske regler*. Oslo

Nortvedt, P. (2001) Klinisk sykepleie – realiteter og utfordringer. I: Almås, H. (red.) *Klinisk sykepleie, b. 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk, s. 1-11.

Regjeringen, a [Online]. URL: <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/id10877/> (30.04.15)

Regjeringen, b [Online]. URL: <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/helse--og-omsorgstjenester-i-kommunene/samhandlingsreformen-i-kortversjon1/id650137/> (30.04.15)

Rustøen, T. (2001) *Håp og livskvalitet – en utfordring for sykepleieren?* Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS

Tabet, N., S.Hudson, V. Sweeney, J. Sauer, C. Bryant, A. Macdonald og R.Howard (2005) An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards. I: *Age and Ageing* [Online] 34 (2), s. 152-156. URL: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/34/2/152.full.pdf+html> (11.04.15).

Tidsskrift for den norske legeforening (2014) *Observasjonsskala for bevissthetsnivå*. [Online]. URL: <http://tidsskriftet.no/article/3126342> (20.04.15).

Wand, A. P. F., W. Thoo, H. Sciuriaga, V. Thing, J. Baker og G. E. Hunt (2014) A multifaceted educational intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study. I: *International Journal of Nursing Studies* [online] 51, s. 974-982. URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=58c99248-b75d-452e-a600-6fb833152a64%40sessionmgr198&vid=10&hid=109> (14.04.15)

Vedlegg 1: Analyse av artikler

Referanse	Hensikt, problemstilling og/eller forskningsspørsmål	Metode	Resultat/Diskusjon	Egne kommentarer
<p>Identifying the barriers and enablers to palliative care nurses` recognition and assessment of delirium symptoms: A qualitative study</p> <p>Forfattere: Hosie A, Lobb E, Agar M, Davidson P.M, Phillips J</p> <p>Tidsskrift: Science Direct</p> <p>Årstall: 2014</p> <p>Database: Pubmed</p>	<p>Identifisering av sykepleierens oppfatninger av hvilke barrierer og hjelpemidler sykepleieren trenger for å kunne gjenkjenne og vurdere delirium symptom</p>	<p>Kvalitativ metode som baserer seg på halv strukturerte intervju av sykepleiere som jobbet innenfor australsk palliativ pleie. Intervjuene ble grundig analysert.</p> <p>30 sykepleiere ble intervjuet. kriteriene var minst 1 års erfaring som sykepleier og 3 av disse innenfor palliasjon.</p>	<p>30 deltagere fra 9 forskjellige palliative tjenester ga innsikt i barrierene og hjelpemidlene brukt i deliriumgjenkjennelse og vurdering av pasientsetting, som ble kategorisert som pasient og familie, helsearbeidere og på ulike system nivåer.</p> <p>Analysen avslørte 5 tema som reflekterer både identifiserte barrierer og nåværende og / eller potensielle hjelpemidler.</p> <p>Analysen viser at sykepleiere må lytte til pasient og inkludere pårørende. Vurderingene må tas når helsetjenesten blir satt i gang. Respektere og integrere sykepleierens observasjoner. Adressere sykepleierens deliriumkunnskap . Integrere delirium gjenkjennelse- og vurderingsprosesser.</p> <p>Å støtte utvikling av palliativ pleie hos sykepleiere med tanke</p>	<p>IMRAD-struktur. Etiske hensyn er ivaretatt. Australsk studie. Pasient innlagt i institusjon. Få deltagere. Av nyere dato.</p>

			på deliriumvurdering og gjenkjennelses praksis krever bruk av en rekke barrierer og hjelpemidler på pasient, familie, sykepleiere og systemnivå.	
<p>The frequency of missed delirium in patients referred to palliative care in a comprehensive cancer senter</p> <p>Forfattere: Cruz. M., J. Fan, S. Yennu, K. Tanco, S. Shin, J. Wu, D. Liu og E. Bruera</p> <p>Tidsskrift: Support Care Cancer</p> <p>Årstall: 2015</p> <p>Database: PubMed</p>	Hensikten med denne studien er å kunne identifisere faktorer som er assosiert med uoppdaget delirium.	Studien er basert på en kvantitativ forskningsmetode. 771 palliative pasienter som er innlagt i institusjon deltok. Alle pasienter ble kartlagt med MDAS, ESAS og ECOG. Oversett delirium ble først oppdaget av lege med spesialisering innen palliasjon, etter å ha blitt henvist fra førstelinjetjenesten av andre grunner.	252 (33 %) fikk påvist tilstanden etter møte med spesialisthelsetjenesten. Hypoaktiv delirium var den typen som var mest oversett. Opioid var den vanligste årsaken til delirium. Pasienter som ble henvist på grunn av smerter hadde mest sannsynlig en uoppdaget delirium. En del av pasientene som ble identifisert med delirium hadde ikke dette beskrevet i journalen fra førstelinjetjenesten. En annen del hadde det beskrevet med symptomer som slapphet, søvnighet, angst, hukommelsesproblemer, depresjon og irritabilitet.	IMRAD – struktur. Mange deltagere. Av nyere dato.

<p>Palliativ care nurses` recognition and assessment of patients with delirium symptoms: A qualitative study using critical incident technique.</p> <p>Forfattere: Hosie, A., Agar, M., Lobb, E., Davidson, P. M., Phillips, J.</p> <p>Tidsskrift: International Journal of Nursing Studies</p> <p>Årstall: 2014</p> <p>Database: Science Direct</p>	<p>Målet med denne studien var å utforske erfaringer, synspunkter og hva som blir praktisert rundt palliative pasienter som er innlagt i institusjon i forhold til å gjenkjenne og vurdere delirium.</p>	<p>30 sykepleiere fra 9 forskjellige australske palliative enheter deltok i studien. Kvalitativ metode i form av semi-strukturerte intervjuer. Deltagerne fikk utlevert vignetter med en pasientsituasjon, alle fikk lik tid til forberedelser før intervjuet. Deltagerne ble intervjuet ansikt til ansikt og via telefon.</p>	<p>20 av totalt 30 deltakere husket tilbake og kunne beskrive 28 relaterte delirium situasjoner. Disse kunne deles inn i to temaer og seks delemner, temaene var erfaringene i forhold til delirium og sykepleierens kunnskap og håndtering i forhold til anerkjennelse og vurdering.</p>	<p>Av nyere dato. Australsk studie. Pasientene var innlagt i institusjon. Ethiske hensyn er ivaretatt.</p>
---	--	--	---	--

<p>Delirium in Hospitalized Older Patient with Cancer</p> <p>Forfattere: Bond, S. M., R. N. Neelon og M. J. Belyea</p> <p>Tidsskrift: Oncology Nursing Forum</p> <p>Årstall: 2006</p> <p>Database: Cinahl Complete</p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke viktige aspekter i forhold til pasienter med kreft som opplever delirium ved innleggelse i sykehus.</p>	<p>Kvalitativ og kvantitativ metode. Sekundær analyse av data samlet inn i 3 studier. Den første studien identifiserte faktorer assosiert med delirium og ser på kjennetegn ved utvikling av delirium. 158 pasienter deltok i denne studien. Den andre studien fastslo forekomsten av delirium, 168 pasienter deltok. Den tredje studien så på spesifikke intervensjoner, 301 pasienter deltok.</p>	<p>Det viste seg at alle pasientene hadde risikofaktorer. De mest utbredte risikofaktorene var ernæringsproblematikk, hypoksi, dehydrering, naturlig kognitiv svikt og metabolsk forgiftning. Funnene gir retning for forbedring i sykepleie med eldre pasienter med kreft.</p>	<p>IMRAD.</p>
<p>Impact of delirium and recall on the level of distress in patients with advanced cancer and their family caregiver.</p> <p>Forfattere: Bruera, E., S. H. Bush, J. Willey, T. Paraskevopoulos, Z. Li, J. L. Palmer, M. Z. Cohen, D. Sivesind og A. Elsayem</p>	<p>Målet med denne studien var å finne ut av hvor mange pasienter med delirium som husket noe fra episoden og å finne ut hvordan pasienten, familien og helsepersonellet opplevde dette.</p>	<p>Kvantitativ metode. 99 deltagere. pasienter med alvorlig kreft som har hatt en akutt delirium episode, som de er helt bra igjen etter. Alle pasientene fikk like spørsmål som gikk ut på erfaringen de hadde gjort i forhold til delirium. Familie og omsorgspersoner uttalte seg og om deres opplevelse og erfaringer de</p>	<p>De viktigste identifiserte årsakene til delirium var dehydrering, opioider, infeksjon, hjernemetastaser og hyperkalsemi. 73 (74%) husket episoden de hadde av delirium. 59 (81%) av disse 73 pasientene som husket episoden synes opplevelsen var svært belastende. Delirium er krevende både for pasienten og familien/ omsorgspersoner.</p>	<p>IMRAD</p>

<p>Tidsskrift: Cancer</p> <p>Årstall: 2008</p> <p>Database: PubMed</p>		<p>gjorde ved å være nær en person med delirium, det samme gjorde sykepleierne.</p>		
<p>Making decisions about delirium: A qualitative comparison of decision making between nurses working in palliative care, aged care, psychiatry, and oncology.</p> <p>Forfattere: Agar, M., B. Draper, P.A. Phillips, J. Phillips, A. Collier, J. Harlum, D. Currow</p> <p>Tidsskrift: Palliative Medicine</p> <p>Årstall: 2011</p> <p>Database: Sage Journals</p>	<p>Målet med denne studien var å utforske sykepleierens evne til å vurdere og håndtere delirium i forhold til eldre pasienter med kreft.</p>	<p>Kvalitativ metode. Sykepleiere som jobber med palliativ omsorg, onkologi, geriatri og psykiatri var med i denne studien. De ble intervjuet i form av semi-strukturerte intervjuer, for å kartlegge synspunkter i forhold til spesielle områder rundt delirium og vurderinger som ble tatt.</p>	<p>40 deltagere ble inkludert i denne studien. analysen avdekket fire temaer:</p> <p>Lite kjennskap og forståelse i forhold til delirium.</p> <p>Sykepleiernes vurdering av delirium</p> <p>Håndtering av delirium</p> <p>Innvirkning og belastning på pasienten selv og andre</p>	<p>IMRAD-struktur. Ethiske hensyn er ivaretatt.</p>

<p>An educational intervention can prevent delirium on acute medical wards</p> <p>Forfattere: Tabet, N., S.Hudson, V. Sweeney, J. Sauer, C. Bryant, A. Macdonald og R.Howard</p> <p>Tidsskrift: Age and Ageing</p> <p>Årstall: 2005</p> <p>Database: PubMed</p>	<p>Målet med denne studien var å gi helsepersonell en undervisningspakke for å finne ut om dette kunne være med på å redusere antall hendelser med delirium og å bli mer bevist på tilstanden ved akutte innleggelser</p>	<p>Kvantitativ metode. 250 pasienter ved akutt innleggelse var med i studien. Aldersgruppen var over 70 år. Helsepersonell ved en sengepost fikk en opplæringspakke i forhold til delirium. Det innebar undervisning, gruppediskusjoner, og kontinuerlig støtte og oppfølging av veiledere.</p>	<p>Forekomsten av delirium ble betydelig redusert på denne avdelingen der de hadde undervisningspakken som gikk på delirium. Mer utdanning viser å redusere antall tilfeller av delirium. Helsepersonellet med denne undervisningspakken klarte lettere å identifisere delirium enn de som ikke hadde den.</p>	<p>IMRAD-struktur.</p>
<p>Delirium issues in palliative care settings.</p> <p>Forfattere: Leonard, M., M. Aagaard, C. Mason og P. Lawor</p> <p>Tidsskrift: Journal of Psychosomatic Research.</p> <p>Årstall: 2008</p> <p>Database: Science Direct</p>	<p>Målet med denne studien var å gi en gjennomgang av delirium i sammenheng med palliativ omsorg.</p>	<p>Kvalitativ metode Metoden baserer seg på en litteraturstudie. Studien er basert på primære utvelgingskriterier. De måtte enten ha en diagnose med avansert kreft eller mottok palliativ behandling. Metoden er en litteraturstudie.</p>	<p>Delirium som oppstår i palliativ omsorg vil føre til økt bekymring for pasienter, omsorgspersoner og familier, og gjør tolkning av smerte og andre symptomer ekstremt vanskelig. Tilstanden er vanligvis multifaktorell og kan forbindes med dårlig prognose eller død i mange tilfeller. Til tross for dette, er det en rekke intervensjoner for å reversere delirium. Pasientens sykdomsstatus, livskvalitet, og tidligere uttrykte ønsker om mål for omsorg bør tas i</p>	<p>IMRAD-struktur</p>

			betraktning	
--	--	--	-------------	--

Vedlegg 2: Søking og Resultater

Database	Søkeord	Inkluderte
PubMed	Delirium Prevention Cancer Family caregivers Education Older pation Palliative care	3
Science Direct	Delirium Cancer Palliative care Prevention Nursing Recognition Assessment Experience Care givers Intervention Hospitalized patients Recall	3
Cinahl	Delirium Cancer Older patients	1
Sage Journal	Delirium Palliative care Nursing Cancer	1

Vedlegg 3: MDAS

MDAS - The Memorial Delirium Assessment Scale

Breitbart et.al. J Pain Symptom Manage 1997; 13: 128-37. Oversatt til norsk av V. Juliebø, K. Lerang, H. Skanke, M. Mowé, J.H. Loge, M.J. Hjermsstad, og T.B. Wyller, januar 2005. Henvendelse: t.b.wyller@medisin.uio.no

Test for alvorlighetsgraden av delirium. Testen forutsetter at diagnosen delirium allerede er stilt, f.eks. med utgangspunkt i ICD-10, DSM-IV eller The Confusion Assessment Method (CAM).

Instruksjon: Grader alvorlighetsgraden av følgende symptomer på delirium, basert på samhandling med pasienten på undersøkelsestidspunktet eller på pasientens atferd eller opplevelser i løpet av timene før (se instruksjon under hvert enkelt punkt).

1. REDUSERT BEVISSTHETSNIVÅ

Grader pasientens oppmerksomhet på og samhandling med omgivelsene (intervjuer eller andre personer i rommet). Be for eksempel pasienten om å beskrive omgivelsene.

- 0 Normalt bevissthetsnivå.** Pasienten er bevisst på omgivelsene og samhandler adekvat.
- 1 Lett redusert bevissthetsnivå.** Pasienten er uoppmerksom på enkelte elementer i omgivelsene, eller samhandler ikke umiddelbart adekvat med intervjuer. Ved sterk stimulering blir pasienten fullt bevisst på omgivelsene og samhandler adekvat. Intervjuet tar noe lengre tid, men lar seg gjennomføre uten alvorlige avbrytelser.
- 2 Moderat redusert bevissthetsnivå.** Pasienten er uoppmerksom på noen av eller alle elementene i omgivelsene, eller samhandler ikke umiddelbart adekvat med intervjuer. Ved sterk stimulering blir han delvis oppmerksom på omgivelsene, og samhandler noe, men ikke adekvat. Intervjuet tar lengre tid, men lar seg gjennomføre uten alvorlige avbrytelser.
- 3 Alvorlig redusert bevissthetsnivå.** Pasienten registrerer ingen elementer i omgivelsene og samhandler ikke spontant med intervjuer. Intervjuet er vanskelig eller umulig å gjennomføre selv ved maksimal stimulering.

2. DESORIENTERING

Grader nåværende tilstand ved å spørre etter følgende orienterende opplysninger: dato, måned, dag, år, årstid, etasje, sykehusets navn, by, fylke, land.

- 0 Ingen desorientering.** Pasienten svarer korrekt på 9-10 spørsmål.
- 1 Lett desorientering.** Pasienten svarer korrekt på 7-8 spørsmål.
- 2 Moderat desorientering.** Pasienten svarer korrekt på 5-6 spørsmål.
- 3 Alvorlig desorientering.** Pasienten svarer korrekt på 4 eller færre spørsmål.

3. SVEKKET KORTTIDSHUKOMMELSE

Grader nåværende tilstand ved å be om repetisjon og utsatt erindring av tre ord. Be pasienten om å gjenta ordene med en gang og å huske dem 5 minutter senere etter å ha utført en annen oppgave. Bruk forskjellige sett av tre ord for gjentatt testing (f.eks. eple, bord, i morgen og himmel, sigar, rettferdighet).

- 0 Normal korttidshukommelse.** Gjentar og husker alle tre ordene.
- 1 Lett svekket korttidshukommelse.** Gjentar alle tre ordene og husker to av dem.
- 2 Moderat svekket korttidshukommelse.** Gjentar alle tre ordene, men husker bare ett eller ingen av dem.
- 3 Alvorlig svekket korttidshukommelse.** Klarer ikke å gjenta alle tre ordene.

4. SVEKKET TALLHUKOMMELSE

Grader nåværende tilstand ved å be pasienten om å gjenta først tre, så fire og så fem tall i presentert rekkefølge (forlengs), og deretter tre og så fire tall i omvendt rekkefølge (baklengs). Gå bare videre til neste nivå dersom pasienten klarer det foregående.

- 0 Normal tallhukommelse.** Gjentar minst fem tall forlengs og fire tall baklengs.
- 1 Lett svekket tallhukommelse.** Gjentar minst fem tall forlengs og tre tall baklengs.
- 2 Moderat svekket tallhukommelse.** Gjentar minst fire tall forlengs, men klarer ikke gjenta tre tall baklengs.
- 3 Alvorlig svekket tallhukommelse.** Klarer ikke å gjenta mer enn tre tall forlengs.

5. REDUSERT EVNE TIL Å OPPRETTHOLDE OG SKIFTE FOKUS FOR OPPMERKSOMHETEN

Slik det kommer frem under intervjuet ved at spørsmål må omformuleres eller stilles på nytt fordi pasienten skifter fokus, mister tråden, blir distraheret av utenforstående stimuli eller blir for oppslukt i én oppgave.

- 0 Normal oppmerksomhet.** Ingen av ovennevnte problemer. Normal evne til å opprettholde oppmerksomhet og skifte fokus.
- 1 Lett svekket oppmerksomhet.** Problemene oppstår en eller to ganger uten å forlenge intervjuet.
- 2 Moderat svekket oppmerksomhet.** Problemene oppstår ofte. Intervjuet tar noe lengre tid, men lar seg gjennomføre.
- 3 Alvorlig svekket oppmerksomhet.** Problemene er til stede hele tiden. Intervjuet blir svært vanskelig eller umulig å gjennomføre.

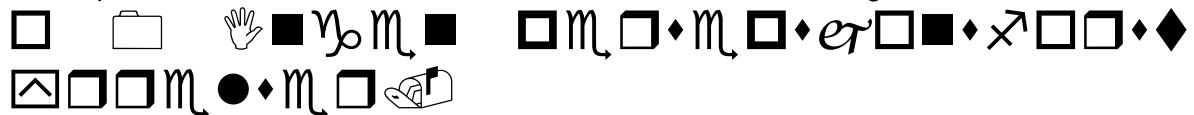
6. DESORGANISERT TANKEGANG

Slik det kommer frem under intervjuet i form av usammenhengende, irrelevant eller springende tale, eller digresjonspreget, omstendelig eller feilaktig resonnering. Still pasienten et noe komplisert spørsmål, som for eksempel å beskrive sin nåværende medisinske tilstand.

- 0 Ingen desorganisert tankegang.** Pasientens tale er sammenhengende og målrettet.
- 1 Lett desorganisert tankegang.** Talen kan være vanskelig å følge. Svarene er litt på siden uten at det forlenger intervjuet.
- 2 Moderat desorganisert tankegang.** Desorganisert tenkning og tale er åpenbart til stede. Intervjuet tar noe lengre tid, men lar seg gjennomføre.
- 3 Alvorlig desorganisert tankegang.** Gjør intervjuet svært vanskelig eller umulig å gjennomføre.

7. PERSEPSJONSFORSTYRRELSER

Misoppfatninger, illusjoner eller hallusinasjoner som fremgår av pasientopplysninger eller inadekvat atferd under intervjuet, samt informasjon fra familie, helsepersonell og journalnotat basert på de siste timene før undersøkelsen eller i tiden siden forrige undersøkelse.



- 1 Lette persepsjonsforstyrrelser.** Misoppfatninger eller illusjoner i forbindelse med søvn. Forbigående hallusinasjoner ved et par anledninger uten avvikende atferd.
- 2 Moderate persepsjonsforstyrrelser.** Hallusinasjoner eller hyppige illusjoner ved flere anledninger. Lite atferdsforstyrrelser, intervjuet lar seg gjennomføre.
- 3 Alvorlige persepsjonsforstyrrelser.** Hyppige eller intense illusjoner eller hallusinasjoner med vedvarende atferdsforstyrrelser. Gjør at intervjuet blir umulig å gjennomføre eller forstyrrer den medisinske behandlingen.

8. VRANGFORESTILLINGER

Angi graden av vrangforestillinger som fremgår av pasientopplysninger eller avvikende atferd under intervjuet, samt informasjon fra familie, helsepersonell og journalnotat basert på de siste timene før undersøkelsen eller i tiden siden forrige undersøkelse.

- 0 Ingen tegn til feiltolkninger eller vrangforestillinger.**
- 1 Lette vrangforestillinger.** Feiltolkninger eller mistenksomhet uten sikre vrangforestillinger eller avvikende atferd.
- 2 Moderate vrangforestillinger.** Vrangforestillinger som blir bekreftet av pasienten eller som fremgår av atferden under intervjuet, men som ikke fører til at intervjuet blir vesentlig forlenget eller forstyrrer medisinsk behandling og pleie.
- 3 Alvorlige vrangforestillinger.** Vedvarende og/eller intense vrangforestillinger som fører til avvikende atferd, avbryter intervjuet eller i stor grad forstyrrer medisinsk behandling og pleie.

9. REDUSERT ELLER ØKT PSYKOMOTORISK AKTIVITET

Grader det psykomotoriske aktivitetsnivået under intervjuet og i timene før ved å sette ring for **A)** hypoaktivitet, **B)** hyperaktivitet eller **C)** blanding av hyper- og hypoaktivitet.

- 0 Ingen endring. Normal psykomotorisk aktivitet.**
- A B C 1 Noe endring i aktivitetsnivået.** A: *Hypoaktivitet* er knapt merkbar og sees som lett motorisk treghet. B: *Hyperaktivitet* er knapt merkbar og sees som lett rastløshet.
- A B C 2 Moderat endring i aktivitetsnivået.** A: *Hypoaktivitet* er tydelig med markert reduksjon i antall bevegelser eller betydelig langsommere bevegelser. Spontan tale eller bevegelse forekommer nesten ikke. B: *Hyperaktivitet* er tydelig. Pasienten er i nærmest konstant bevegelse. I begge tilfeller fører det til at intervjuet blir forlenget.
- A B C 3 Alvorlig endring i aktivitetsnivået.** A: Alvorlig *hypoaktivitet*, Pasienten verken beveger seg eller snakker uten kraftig stimulering eller er kataton. B: Alvorlig *hyperaktivitet*, Pasienten er i konstant bevegelse, overreagerer på stimuli, trenger overvåkning og/eller må holdes tilbake. I begge tilfeller er det vanskelig eller umulig å gjennomføre testen.

10. FORSTYRRELSE AV SØVN-VÅKENHETSRYTMEN

Grader pasientens evne til å sove eller holde seg våken til riktige tider. Benytt direkte observasjon under intervjuet samt opplysninger fra pasient, familie, helsepersonell og journalnotat som beskriver forstyrrelser av søvn-våkenhetsrytmen i løpet av de siste timene før undersøkelsen eller i tiden siden forrige undersøkelse. Opplysninger fra siste natt skal kun benyttes ved evaluering om morgenen.

- 0 Ingen forstyrrelse av søvn-våkenhetsrytmen.** Sover godt om natten. Har ingen problemer med å holde seg våken på dagtid.
- 1 Lett forstyrrelse av søvn-våkenhetsrytmen.** Vanskelig for å sovne eller forbigående nattlige oppvåkninger, trenger medisiner for å sove godt. Rapporterer om perioder med døsighet på dagtid, eller er døsig under intervjuet, men klarer å holde seg våken.
- 2 Moderat forstyrrelse av søvn-våkenhetsrytmen.** Gjentatte og lange nattlige oppvåkninger. Hyppige og lange søvnperioder på dagtid, eller kan kun holdes våken ved sterke stimuli under intervjuet.
- 3 Alvorlig forstyrrelse av søvn-våkenhetsrytmen.** Søvnløs om natten og sover mesteparten av dagen, eller kan ikke vekkes til full våkenhet under intervjuet selv ved sterke stimuli.

SUMSKÅRE: _____

0 = Ingen symptomer på delirium

30 = Maksimale symptomer på delirium

Type delirium (basert på spørsmål 9):

- Hyperaktivt** **Hypoaktivt** **Blandet**

Vedlegg 4: CAM

Confusion Assessment Method (CAM)¹. Algoritmeversjon.

For å stille diagnosen delirium med CAM algoritmen kreves det at trinn 1 og 2 og enten 3 eller 4 er oppfylt.

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

Opplysninger fås som regel fra pårørende eller pleiepersonell som bekreftende svar på følgende spørsmål:
Er det en akutt endring i pasientens mentale funksjon i forhold til hvordan han er til vanlig?

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

2. **Trinn 2: Uoppmerksomhet**

Bekreftende svar på følgende spørsmål:

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

3. **Trinn 3: Desorganisert tenkning**

Bekreftende svar på følgende spørsmål:

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

4. **Trinn 4: Endret bevissthetsnivå**

Hvis annet svar enn våken (normal) på følgende:

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