

Malin Remmen Bruket (10005)
Susann Steen (10084)

Hvordan kan sykepleieren identifisere og håndtere delirium hos den sykehusinnlagte eldre pasienten med underliggende demenssykdom?

Litteraturbachelor
Antall ord: 7649

Bacheloroppgave i sykepleie - BSPLGH_2020
Veileder: Marit H. S. Storlien
Juni 2023

Malin Remmen Bruket (10005)

Susann Steen (10084)

Hvordan kan sykepleieren identifisere og håndtere delirium hos den sykehusinnlagte eldre pasienten med underliggende demenssykdom?

Litteraturbachelor

Antall ord: 7649

Bacheloroppgave i sykepleie - BSPLGH_2020

Veileder: Marit H. S. Storlien

Juni 2023

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for helsevitenskap i Gjøvik



Kunnskap for en bedre verden

SAMMENDRAG

Tittel: Hvordan kan sykepleieren identifisere og håndtere delirium hos den sykehusinnlagte eldre pasienten med demenssykdom i bunn?	Dato: 01.06.23
Deltakere: Malin Remmen Bruket og Susann Steen	
Nøkkelord: Delirium, demens, identifisering, behandling	
Antall sider/ord: 38/7649	Antall vedlegg: 5
Bakgrunn Forfatterne av oppgaven har erfart at det finnes lite kunnskap angående delirium hos pasienter som tidligere er rammet av demens. Identifisering av delirium hos disse pasientene kan være utfordrende, da symptomene ofte forveksles med demenssykdommen.	
Hensikt Finne ut hvordan delirium hos pasienter med underliggende demenssykdom kan identifiseres på en rask og effektiv måte, samt hvordan ikke-farmakologiske tiltak kan være med på å redusere varigheten og alvorlighetsgraden av deliriet.	
Metode Litteraturstudie som inkluderer både kvalitative og kvantitative studier	
Resultat Identifiseringen av delirium: grunnet lite kunnskap feiler mange sykepleiere i å identifisere og gjenkjenne symptomer på delirium hos pasienter med demens. Dette uavhengig av hvilket skåringsverktøy som blir brukt, og det er spesielt ved hypoaktivt eller blandet delirium at sykepleiere underkjenner tilstanden. Ikke-farmakologiske tiltak og håndtering av tilstanden: studier viser at et sykepleierledet multikomponerte ikke-farmakologiske tiltak har resultert i reduisering av forekomsten og alvorlighetsgraden av delirium hos sykehusinnlagte eldre. Sykepleieres kunnskaper: Mange sykepleiere har for lite kunnskap om delirium, og ser på det som en vanlig reaksjon hos eldre som ble innlagt på sykehus. Studier anbefaler å sette inn undervisningstiltak for å øke kunnskapen og bevisstheten rundt aktuelle tema.	
Konklusjon Implementering av rutiner og opplæring i bruk av scoringsverktøy er viktig for korrekt identifisering av tilstanden. Flere studier støtter oppunder at scoringsverktøyet 4AT er et godt instrument å benytte hos pasientene. Iverksetting av et undervisningsprogram som fokuserer på aktuelle tema, vil kunne forbedre håndteringen av delirium hos pasienter med kognitiv svikt og demenssykdom. Økt kunnskap fører til økt bruk av ikke-farmakologiske tiltak.	

ABSTRACT

Title: How can nurses identify and manage delirium in the hospitalized elderly patient with underlying dementia?	Date: 01.06.23
Participants: Malin Remmen Bruket and Susann Steen	
Keywords: Delirium, dementia, identifying, treatment	
Number of pages/words: 38/7649	Number of attachments: 5
Background The author of the thesis have experienced that there is little knowledge regarding delirium in patients who have previously been affected by dementia. Identifying delirium in these patients can be challenging, as the symptoms are often confused with dementia.	
Purpose Find out how delirium in patients with underlying dementia can be identified quickly and effectively, as well as how non-pharmacological measures can help reduce the duration and severity of the delirium.	
Method Literature study that includes both qualitative and quantitative studies	
Results Identification of delirium: due to little knowledge about this, nurses often fail to identify and recognize symptoms of delirium in patients with dementia. This is independent of which scoring tool is used, and it is especially in the case of hypoactive or mixed delirium that nurses do not recognize the condition. Non-pharmacological measures and management of the condition: studies show that a nurse-led multi-component non-pharmacological measures has resulted in reducing the incidence and severity of delirium in hospitalized elderly. Nurses' knowledge: Many nurses have too little knowledge about delirium, and it is often seen as a common reaction in elderly who have been admitted to the hospital. Studies recommend introducing teaching measures to increase knowledge and awareness of current topics.	
Conclusion Implementation of routines and training in the use of scoring tools is important for correct identification of the condition. Several studies support that the scoring tool 4AT is a good instrument to use when it comes to these patients. Implementation of a teaching program that focuses on current topics will be able to improve the management of delirium in patients with cognitive impairment and dementia. Increased knowledge leads to increased use of non-pharmacological measures.	

Innholdsfortegnelse

Kapittel 1.0 Innledning	1
1.1 Introduksjon.....	1
1.2 Sykepleiefaglig relevans.....	1
Kapittel 2 Bakgrunn	2
2.2 Hensikt.....	2
2.3 Problemstilling.....	2
2.4 Teori og begreper	2
2.4.1 Demens	2
2.4.2 Delirium.....	3
2.4.3 DSD - Delirium Superimposed on Dementia	3
2.4.4 Pasientsikkerhet.....	3
2.4.5 Personsentrert omsorg	4
2.4.6 De 4 etiske prinsipper	4
2.5 Skåringsverktøy.....	5
2.6 Sykepleierens funksjon og ansvar.....	5
2.6.1 Virginia Hendersons sykepleieteori – ivareta universelle behov.....	5
2.6.2 Yrkesetiske retningslinjer	6
2.6.3 Pasient- og brukerrettighetsloven	6
2.7 Avgrensing av oppgaven	7
Kapittel 3 Metode.....	7
3.1 Litteraturstudie som metode.....	7
3.2 Metode for innhenting av litteratur	7
3.3 Kvalitative og kvantitative studier.....	8
3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	8
3.5 Søkestrategi	10
3.6 Analyse av resultat.....	12
Kapittel 4 Resultater	13
4.1 Resultatpresentasjon	13

4.2 Presentasjon av funn	20
Kapittel 5 Diskusjon	24
5.1 Identifisering av delirium hos pasienter med demens	24
5.2 Ikke-farmakologiske tiltak.....	25
5.3 Kunnskap hos sykepleiere.....	27
5.4 Diskusjon av eget arbeid.....	28
Kapittel 6 Konklusjon.....	28
Litteraturliste.....	30
Vedlegg.....	34

Tabeller

Tabell 1. PICO-Skjema.....	8
Tabell 2, Inklusjons- og eksklusjonskriterier	9
Tabell 3, Søkematrise	12
Tabell 4, Artikkel 1.....	13
Tabell 5, Artikkel 2.....	15
Tabell 6, Artikkel 3.....	15
Tabell 7, Artikkel 4.....	16
Tabell 8, Artikkel 5.....	17
Tabell 9, Artikkel 6.....	18
Tabell 10, Artikkel 7.....	19
Tabell 11, Artikkel 8.....	20

Kapittel 1.0 Innledning

1.1 Introduksjon

Vi lever i et samfunn hvor andelen eldre vil øke betraktelig frem mot 2040. En aldrende befolkning vil føre til flere komorbide eldre som bor lenger hjemme, og som derav får et økt hjelpebehov (Helsedirektoratet, 2022, pkt. 4.1).

I Norge er det om lag 80 000 mennesker som er rammet av demens (Gonzalez, 2020, s. 228). Den største risikofaktoren for å utvikle demens er alder – dess høyere alder, dess større risiko. Antall personer med demenssykdom antas å øke med det dobbelte innen 2040 (Gonzalez, 2020, s. 228). Personer med demens har en økt risiko for å utvikle delirium (Aldring og helse, u.å.). Delirium er en tilstand av akutt forvirring preget av forstyrrelser i bevissthet, hukommelse, tanker, orientering og atferd. Delirium er en vanlig tilstand, og rammer oftest den eldre pasienten (Ranhoff, 2020, s. 459). Tilstanden oppstår oftest akutt og i sammenheng med somatisk sykdom, skade, høy alder og miljøskifte (Aldring og helse, u.å.). Forekomsten av delirium ligger på rundt 10 til 40% hos eldre innlagte pasienter på sykehus. Postoperativt delirium ses hos 15 til 25% der operasjonene er planlagte, og mer enn halvparten av pasientene ved akutte operasjoner rammes av delirium. I livets slutfase ses tilstanden hos 85% av pasientene (Aldring og helse, u.å.).

I denne oppgaven vil det settes fokus på delirium hos den eldre pasient med demenssykdom i bunn. Delirium kombinert med en demensdiagnose kan være utfordrende å gjenkjenne. Pasientene blir ofte beskrevet som «forvirret» eller «preget av demensdiagnosen», og det blir ofte ikke tatt stilling til den medisinske nødsituasjonen som delirium faktisk er (Kolanowski et al., 2018). Til tross for hyppig forekomst av delirium, er det mange av tilfellene som ikke blir identifisert av helsepersonell (Aldring og helse, u.å.).

Forskning viser at tilfelle av delirium kombinert med en demensdiagnose ligger på mellom 22 til 89% både i kommunehelsetjenester og på sykehus. Kombinasjonen av delirium og demens er assosiert med dårlige prognoser, høyere helsekostnader, større ressursforbruk og høyere dødelighet sammenlignet med pasienter med kun en demensdiagnose alene (Morandi, 2015).

1.2 Sykepleiefaglig relevans

Sykepleieren har en viktig rolle i forhold til å støtte og bevare pasienten med demenssykdoms egen mestring og opplevelse av verdighet, til tross for alvorlig sykdom (Skovdahl, 2020, s. 426-427). Sykepleieren må være oppmerksom på utviklingen av sykdommen, og det vil være av stor verdi for sykepleieren å innhente informasjon om hvordan livet til pasienten var før sykdommen inntraff. Dette vil være med på å hjelpe sykepleieren i å utøve personsentrert omsorg, og det vil også være lettere å ta hensyn til pasientens egen opplevelse av situasjoner, ønsker og vaner. Som sykepleier har man et ansvar når det gjelder å tilrettelegge for et godt og aktivt liv for pasienten til tross for sykdommen i samråd med pasienten selv og dens pårørende. I en slik situasjon vil det være avgjørende at pasienten kan få anvende sine egne ressurser og kjenne mestring for å oppleve livskvalitet (Skovdahl, 2020, s. 426-427).

For å bidra til å unngå utvikling av delirium har sykepleieren en viktig rolle når det gjelder å påvise og forebygge delirium hos pasienten (Ranhoff, 2020, s. 467). Sykepleieren har et særlig ansvar med å skape trygghet og behagelige omgivelser for pasienten, og det vil derfor være viktig med tett oppfølging, kjente personer og minst mulig grad av stress for pasienten. Involvering av pårørende kan være hensiktsmessig da pasienten kan oppleve en beroligende effekt av deres nærvær (Ranhoff, 2020, s. 467).

Kapittel 2 Bakgrunn

2.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har valgt dette tema fordi begge har erfaring med pasienter med kjent demenssykdom som har utviklet et delirium, både fra praksis på sengepost på sykehuset og på sykehjemmene hvor vi jobber. Vi ønsker å se nærmere på temaet da vår erfaring er at det er lite kunnskap om delirium hos personer med underliggende demenssykdom i praksis. Å identifisere og oppfange symptomene hos en pasient med demenssykdom som har utviklet et delirium, kan være utfordrende da det ofte forveksles med at demenssykdommen utvikler seg.

Vi har også observert at det finnes lite kunnskap rundt det å vite hvordan man skal møte disse pasientene. Ved å øke kunnskapen om temaet til sykepleiere og annet helsepersonell, vil det kunne være med på å redusere utviklingen av et delirium hos pasienten, og ved utviklet delirium kan man sette i gang tiltak for å få pasienten ut av deliriet raskere.

Vi vil ta i bruk flere begreper som vil være relevante for å belyse vår problemstilling, og disse presenteres i kapittel 2.4 "Teori og begreper".

2.2 Hensikt

Hensikten med oppgaven er å finne ut av hvordan delirium hos pasienter med demens kan identifiseres på en rask og effektiv måte, samt hvordan ikke-farmakologiske tiltak kan være med på å redusere varigheten og alvorlighetsgraden av deliriet. Sykepleiere trenger økt kunnskap rundt disse situasjonene og hvordan de skal håndteres. Problemstillingen vår presenteres i kapittel 2.3 "Problemstilling".

2.3 Problemstilling

"Hvordan kan sykepleieren identifisere og håndtere delirium hos den sykehusinnlagte eldre pasienten med underliggende demenssykdom?"

2.4 Teori og begreper

2.4.1 Demens

Demens kan deles inn i tre hovedgrupper: primærdegenerative sykdommer, vaskulær demens og sekundære demenssykdommer. Man deler sykdommen inn i mild, moderat eller alvorlig grad av demens. Ved demenssykdom vil pasienten ofte vise tegn på kognitiv svikt, desorientering, apraksi og agoni (Skovdahl, 2020, s. 420-423). Demens er en sykdom som

skyldes forandringer i hjernen. Sykdommen vil svekke ulike funksjoner i hjernen, som hukommelse, tenking, orientering, forståelse, læringsevne, språk og dømmekraft. Ved endring i disse aspektene vil man gjerne miste emosjonell kontroll, ha endret sosial atferd og motivasjon og endringer i personligheten. Demenssykdommen vil påvirke evnen til å klare seg i dagliglivet, og man vil ettersom sykdommen utvikler seg bli avhengig av hjelp fra andre, blant annet når det kommer til personlig hygiene og annen pleie (Moksnes, 2018, s. 521).

2.4.2 Delirium

Delirium er en akutt forvirringstilstand som ofte karakteriseres av forstyrrelser i pasientens bevissthet (Stubberud, 2020, s. 429-437). Pasienten kan oppleve endret kognisjon som hukommelsessvikt, desorientering, forstyrrelser i språket eller persepsjonsforstyrrelser. Delirium kan utvikle seg tidlig i pasientens behandlingsforløp, eller utvikles over tid. Ofte er tilstanden kortvarig, men tilbakefall kan forekomme. Pasienter som tidligere har hatt delirium, har høyere risiko for å utvikle et nytt delirium. Ofte er det akutt sykdom eller skade og medikamentell påvirkning som utløser en delirisk tilstand. Alle personer i alle aldre kan utvikle delirium, men risikoen er størst hos eldre over 70 år. Eldre som allerede har en kognitiv svikt, for eksempel demens, er spesielt utsatt (Stubberud, 2020, s. 429-437).

Det finnes tre forskjellige typer av delirium, deriblant hyperaktivt, hypoaktivt og blandet delirium (Eide et al., 2017). Et hyperaktivt delirium kan identifiseres ved at pasienten er urolig og ofte blir forstyrret av løse gjenstander og medisinsk-teknisk utstyr. Hypoaktivt delirium derimot, vil gjøre at pasienten virker både fjern og apatisk. De vil ha forandringer i oppmerksomhet og bevissthet, vanskeligheter med å holde seg våkne og følge instruksjoner. Ved blandet delirium vil pasienten veksle mellom å ha hyperaktive og hypoaktive symptomer (Eide et al., 2017).

2.4.3 DSD - Delirium Superimposed on Dementia

Begrepet DSD kommer til å bli flittig brukt i oppgaven, og indikerer delirium kombinert med en demensdiagnose.

2.4.4 Pasientsikkerhet

Pasientsikkerhet handler om hvordan man kan unngå at pasienten utsettes for unødig skade ved å igangsette tiltak i de forskjellige delene av helsetjenesten (Aase, 2022, s. 16). Det handler om alt fra å dobbeltsjekke pasienters legemidler, til å sikre trygg utskrivelse fra en helsetjeneste med god informasjon. Pasientsikkerhet i Norge defineres på følgende måte (Aase, 2022, s. 16):

“Pasientsikkerhet er vern mot unødig skade som følge av helse- og omsorgstjenestens ytelser eller mangel på ytelser. Dette innbefatter også begrepet brukersikkerhet som benyttes særlig i kommunal helse- og omsorgstjeneste (Helsedirektoratet, 2019).”

(Aase, 2022, s. 16)

2.4.5 Personsentrert omsorg

Den britiske sosialpsykologen Tom Kitwood beskriver hensikten med personsentrert omsorg som å bevare personverdet, og har definert det som den verdien som gis til et menneske av andre i sosiale relasjoner (Rummelhoff et al., 2016). Dette innebærer anerkjennelse, respekt og tillit. I personsentrert omsorg er det å kunne tilfredsstillende grunnleggende behov, som trøst, tilknytning og identitet fremhevet, og dette er noen sentrale trekk ved det å være en person. For å kunne yte personsentrert omsorg trenger man opplysninger om bakgrunnen til personen. Ved å involvere pårørende og innhente informasjon om pasienten, kan sykepleieren og helsepersonellet bidra til å styrke identiteten til personen med demenssykdom. Da blir det lettere å legge til rette for at vedkommende kan leve i samsvar med egne verdier og vaner. Det blir enklere å forstå vedkommedes behov, reaksjoner og atferd (Rummelhoff et al., 2016).

2.4.6 De 4 etiske prinsipper

Beauchamp og Chilress' fire prinsipper i biomedisinsk etikk innebærer autonomi, velgjørighet, ikke-skade og rettferdighet (Lillemoen, 2015, s.305).

1. Autonomi
 - En grunnleggende forutsetning for å kunne ta ansvar for eget liv og helse, er å kunne bestemme over det som gjelder seg selv.
2. Velgjørighet
 - Velgjørighet er en forpliktelse som ligger til grunn for at vi har helsetjenesten og helsepersonell i utgangspunktet. Helsepersonell har et felles samfunnsoppdrag om å gjøre godt ved å redde liv, behandle sykdom, gi omsorg og fremme god helse. Den fremste oppgaven for helsepersonell er å gjøre godt ved å forebygge, lindre og gi omsorg.
3. Ikke-skade prinsippet
 - Å ikke skade er en negativ plikt for helsepersonellet, og det kan beskrives som en plikt til å unnlate å gjøre noe. Disse negative pliktene skiller ut hvilke handlinger som er etisk uakseptable, som å ta liv eller bryte løfter. De forteller hva man ikke skal gjøre, og lite om hva en burde gjøre. Dersom formålet med en handling er ment godt, som for eksempel å gjennomføre tvangstiltak for å hindre selvskadning, er det i en viss grad legitimt for helsepersonell å bryte negative plikter.
4. Rettferdighet
 - Helsehjelp skal gis på en rettferdig måte. Rettferdighet knyttes opp mot likhet i tilgang til helsetjenester, og innebærer at enhver som søker helsehjelp skal behandles likt, uavhengig av bakgrunn og etnisitet. Likhetsprinsippet sier at «like tilfeller skal behandles likt». Likebehandling kan begrunne rettferdige prioriteringer i helsetjenesten, og gi legitimitet til en særlig omsorg og prioritering av de svakeste.

(Lillemoen, 2015, s. 305-306)

2.5 Skåringsverktøy

4AT-screening for delirium og kognitiv svikt

4AT (Rapid assessment test for Delirium) er et instrument for rask screening av delirium og kognitiv svikt, og kan forbedre diagnostikken gjennom sikrere identifikasjon av symptomer (Berg et al, 2016). Det er av stor betydning at sykepleieren er til stede i pasientforløpet når uklare og varierende symptomer gjør det vanskelig å avdekke tilstanden. 4AT består av fire vurderingsområder som scores fra 0-2 eller 0-4 poeng, deriblant pasientens årvåkenhet, mental vurdering, oppmerksomhet og akutt endring i pasientens tilstand (Berg et al, 2016). 4AT screeningsinstrumentet presenteres i Vedlegg 1.

Confusion Assessment Method

Confusion Assessment Method (CAM) er et instrument og et diagnostisk verktøy for identifiseringen av delirium (Wei et al., 2008). CAM er laget for at ikke-psykiatriske klinikere kan oppfange delirium raskt og effektivt. CAM gir enkelt oversikt over forekomsten og alvorligheten blant annet når det gjelder uoppmerksomhet, desorientering, bevissthet og psykomotorisk agitasjon. Screeningsinstrumentet er basert på fire trekk ved delirium, deriblant akutt debut, uoppmerksomhet, desorientert tankegang og endret bevissthet (Wei et al., 2008). Den norske versjonen av CAM presenteres i Vedlegg 2.

Delirium Observation Screening Scale

Delirium Observation Screening Scale (DOSS) er et skåringsverktøy brukt for å skåre sannsynligheten for delirium, og observerer følgende komponenter: bevissthet, oppmerksomhet/konsentrasjon, tankegang, hukommelse/orientering, psykomotorisk aktivitet, humør og oppfatning (Hasemann et al., 2018). Scoringverktøyet presenteres i Vedlegg 3.

Delirium Rating Scale-Revised-98

Delirium Rating Scale-Revised-98 (DSR-R-98) gir oss informasjon om alvorligheten på et delirium (Avendaño-Céspedes et al., 2016). Skalaen presenteres i Vedlegg 4.

2.6 Sykepleierens funksjon og ansvar

2.6.1 Virginia Hendersons sykepleieteori – ivareta universelle behov

Virginia Hendersons definisjon av sykepleie:

“Sykepleierens enestående funksjon består i å hjelpe mennesket, enten det er sykt eller friskt, til å utføre de handlinger som bidrar til helse eller gjenvinning av helse (eller til en fredfull død), som dette mennesket ville ha utført uten hjelp hvis det hadde hatt den nødvendige styrke, vilje eller kunnskap til det. Hennes funksjon er å gjøre dette på en måte som hjelper ham til å bli selvstendig så raskt som mulig.” (Mathisen, 2016, s. 126).

Virginia Henderson beskriver videre i sitt arbeid at den profesjonelle sykepleieren skal hjelpe mennesker som på grunn av sykdom ikke har styrke, vilje eller kunnskap til å selv ivareta sine grunnleggende behov (Mathisen, 2016, s.119-136). Styrke, vilje og kunnskap påvirkes av mange faktorer, som kulturelle forhold og sykdomsårsak. God sykepleie er å hjelpe pasienten der han eller hun er og med de helsemessige utfordringene vedkommende

ikke mestrer på egenhånd. Sykepleieren skal bidra til at pasienten bevarer sin autonomi og blir uavhengig av hjelp så langt det er mulig. Henderson påpeker at sykepleieren alltid må oppfatte sin pasient som et menneske som har både en fysisk, psykisk, sosial og åndelig dimensjon (Mathisen, 2016, s.119-136).

Virginia Henderson beskriver 14 ulike behov for menneskers grunnleggende behov, som blant annet søvn, mestringsfølelse og det å kunne dekke ernæringsbehov (Mathisen, 2016, s. 128). Hos en pasient med delirium og demens, vil alle de grunnleggende behovene være i fare. Derfor kreves det god støtte og oppfølging fra sykepleieren, og det må iverksettes individuelle tiltak formet etter den enkeltes pasients behov.

2.6.2 Yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bunner i at grunnlaget for all sykepleie skal være å ha respekt for det enkelte menneskets liv og verdighet. Sykepleie skal bygge på omsorg og respekt for menneskerettighetene. Sykepleieren skal ha et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i sykepleieutøvelsen, og har et ansvar for å sette seg inn i lovverk som regulerer tjenesten. Ved å arbeide etter de yrkesetiske retningslinjene for sykepleie skal sykepleieren utøve faglig forsvarlig og omsorgsfull helsehjelp, være med på å fremme pasienters muligheter for medbestemmelse og til å ta selvstendige avgjørelser når det gjelder eget liv og helse (Norsk sykepleierforbund, u. å.).

2.6.3 Pasient- og brukerrettighetsloven

Pasient- og brukerrettighetsloven handler om regler om de rettigheter pasienter og brukere har overfor helse- og omsorgstjenesten. Loven slår fast at helsehjelp i utgangspunktet bare kan gis med pasientens samtykke, men helsehjelp kan gis uten samtykke dersom det finnes grunnlag for det bestemt av lov.

«Kapittel 3. Rett til medvirkning og informasjon» og «Kapittel 4. Samtykke til helsehjelp» er relevante lovverk knyttet til aktuelle tema, og vil derfor vektlegges i oppgaven.

Pasienten har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester. Dersom pasienten mangler samtykkekompetanse, er det pasientens nærmeste pårørende som har rett til å medvirke sammen med pasienten (§3-1). Pasienten har ifølge §3-2 rett til informasjon som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand og innholdet i helsehjelpen.

Helsehjelp kan i utgangspunktet bare gis med pasientens samtykke, med mindre det ligger et gyldig rettsgrunnlag for å kunne gi helsehjelp uten samtykke, §4-1.

Hos pasienter med demens og delirium kan det ofte være uklart om vedkommende har innsikt nok i egen sykdom og tilstand til å ta riktige beslutninger som omhandler tilbudt helsehjelp. Det er helsepersonellet som gir helsehjelp, som avgjør om pasienten mangler kompetanse til å samtykke. Manglende samtykkekompetanse skal være skriftlig begrunnet, og legges frem for pasienten og nærmeste pårørende.

(Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, §4-3)

2.7 Avgrensning av oppgaven

Både demens og delirium hver for seg er store tema det finnes mye forskning og kunnskap om. Delirium hos pasienter med en demenssykdom i bunn er det relativt mindre forskning og kunnskap om, og også noe vi interesserer oss for og er nysgjerrige på. For å avgrense oppgaven enda mer, har vi valgt å kun inkludere artikler som innebærer tilstanden hos sykehusinnlagte eldre.

Kapittel 3 Metode

3.1 Litteraturstudie som metode

Bacheloroppgaven vil basere seg på en litteraturstudie der det brukes aktuell forskning av nyere dato så langt det lar seg gjøre. Kunnskapen systematiseres, og det samles inn litteratur fra forskjellige skriftlige forskningsartikler som til slutt sammenfattes (Thidemann, 2019, s.77-80). Ved å bruke en systematisert litteraturstudie som metode vil relevant forskning og allerede eksisterende kunnskap innenfor temaet oppsummeres og sammenstilles (Thidemann, 2019, s.77-80).

3.2 Metode for innhenting av litteratur

Det har blitt brukt flere databaser og nettsider for å finne frem til artiklene som brukes i oppgaven. Databasene som er brukt er Cinahl (EBSCO), Pubmed og Embase. Dette er databaser innenfor helse- og sosialfag som i hovedsak tar for seg artikler på engelsk språk.

For å bygge opp en relevant bakgrunnsteori som baserer seg på kildebruk, har det blitt anvendt pensumlitteratur og aktuelle og pålitelige nettsider, som *Sykepleien Forskning* og *Kompetansesenteret for Aldring og Helse*. Det er derfor også inkludert fagartikler funnet i databaser som ikke presenteres i resultatdelen.

For å finne egnede søkeord er det benyttet PICO-skjema (Tabell 1. PICO-skjema) (Thidemann, 2019, s. 84). Det har gjort det lettere å planlegge systematiske litteratursøk, og skjemaet er brukt som et utgangspunkt for litteratursøkene som er gjennomført (Thidemann, 2019, s. 84). Ved å ta i bruk "AND" og "OR" ble søkene avgrenset og mer rettet mot valgt tema (Thidemann, 2019, s. 87). Ved å kombinere resultatene fra de forskjellige artiklene har det bidratt til å gi et svar på problemstillingen.

PICO-skjema			
Pasient/Problem Hvem gjelder det? Hvilke diagnoser?	Intervention Tiltak og behandling vi ønsker å vite noe om	Comparison Sammenligning av tiltak	Outcomes Effekt, erfaring Hvilket endepunkt er vi interessert i?
≥ Dementia/ Cognitive impairment ≥ Delirium ≥ Older adults ≥ Geriatric patients ≥ Demens/kognitiv svikt ≥ Delirium ≥ Eldre ≥ Geriatriske pasienter	≥ Treatment in hospitals ≥ Non- pharmacological treatment/intervention s ≥ Person-centered care ≥ Identifying ≥ Behandling på sykehus ≥ Ikke-farmakologisk behandling/tiltak ≥ Personsentrert omsorg ≥ Identifisere	≥ Environmental measures/non- pharmacological interventions ≥ Miljøtiltak/ Ikke- farmakologiske tiltak	≥ Nurse ≥ Delirium management ≥ Dementia awareness ≥ Treatment outcomes ≥ Sykepleier ≥ Håndtering av delirium ≥ Bevissthet om demens ≥ Behandlings- resultater

Tabell 1. PICO-Skjema

3.3 Kvalitative og kvantitative studier

Ved å ta i bruk både kvalitative og kvantitative studier i bacheloroppgaven har det bidratt til et variert og allsidig datamateriale, der det kvalitative styrker det kvantitative og motsatt (Thidemann, 2019, s. 77).

En kvantitativ studie baserer seg på målbare enheter, det vil si eksakt faktakunnskap. Data samles inn ved bruk av spørreskjemaer, systematiske og strukturerte observasjoner og eksperiment (Thidemann, 2019, s. 75-76). En kvalitativ studie derimot baserer seg på å blant annet få kunnskap om menneskelige egenskaper som innebærer meninger, erfaringer, opplevelser, tanker, forventninger, motiver og holdninger. Ved å bruke en kvalitativ tilnærming vil det ofte handle om å finne meningssammenhenger. Datainnsamling foregår både ved bruk av intervju, observasjon, feltarbeid og dokumentanalyse (Thidemann, 2019, s. 76).

3.4 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Det har blitt definert flere inklusjons- og eksklusjonskriterier som en del av søkestrategien, som vil bidra til å velge ut relevante artikler (Thidemann, 2019, s. 83-84). Disse artiklene skal omhandle sykepleierens perspektiv i forhold til å oppdage og håndtere pasienter med delirium inklusiv en demensdiagnose. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene presenteres i Tabell 2 og Tabell 3. Inklusjonskriteriene skal sikre at artiklene som velges er relevante for den valgte problemstillingen. Eksklusjonskriteriene skal bidra til at artikler som ikke er relevante for problemstillingen blir ekskludert.

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Demens og kognitiv svikt	Artikler som ikke tar for seg geriatrike pasienter
Artikler som ikke er eldre enn 10 år, men utelukker ikke eldre artikler	Artikler som ikke tar for seg relevante tiltak i forbindelse med identifisering og håndtering av delirium
Sykepleieperspektiv	Studier gjort utenfor sykehus
Geriatriske pasienter (>65 år)	
Språk: Norsk, engelsk, svensk, dansk	
Studier gjort på sykehus	
IMRAD-struktur	
Fagfellevurderte studier/artikler	

Tabell 2, Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Ved å inkludere kognitiv svikt kan resultatene være representative for langt flere mennesker. Det finnes begrensede mengder forskning på DSD, derfor inkluderes kognitiv svikt. Medisinsk forskning utvikles stadig, og det vil så langt det lar seg gjøre fokuseres på å bruke de nye, oppdaterte og fagfellevurderte artiklene. Resultatene skal være relevant for utøvelse av sykepleie, og skal aller helst være lenket til et sykepleieperspektiv. Det er bare studier som fokuserer på geriatrike pasienter som vil inkluderes, da dette er oppgavens fokus. Det er viktig at artiklene har et forståelig språk, da det vil gjøre det enklere å tolke artiklene. Det er valgt og kun inkludere studier som er gjennomført hos sykehusinnlagte pasienter, da dette tema er mest aktuelt på sykehus grunnet sykdom og skade. Bacheloroppgaven skal skrives basert på forskning, og derfor er det viktig at alle artikler har IMRAD-struktur. Artikler som fokuserer på yngre pasienter blir ekskludert i henhold til oppgavens omfang. For å spisse oppgaven vil det kun velges ut artikler som tar for seg dette tema på sykehus.

3.5 Søkestrategi

Database	Dato	Søkeord	Kombinasjoner	Antall treff	Valgte artikler
Cinahl	27/3	S1 Dementia S2 Delirium S3 Nurse S4 Treatment	S1 AND S2 AND S3 (S5) S4 AND S5	77,806 12,490 324,098 1,302,303 169 24	Artikkel 1 <i>Implementing Nurse-Facilitated Person-Centered Care Approaches for Patients with Delirium Superimposed on Dementia in the Acute Care Setting</i>
PubMed	27/3	S1 Dementia OR cognitive impairment S2 Delirium S3 Nurse S4 Interventions S5 Identifying	S1 AND S2 AND S3 (S4) S4 AND S6 S5 AND S6	57,212 4,802 17,025 825,455 268,437 139 110 50	Artikkel 2 <i>Nurses' Recognition of Hospitalized Older Patients With Delirium and Cognitive Impairment Using the Delirium Observation Screening Scale: A Prospective Comparison Study</i>
Cinahl	27/3	S1 Delirium S2 Non-pharmacological interventions S3 Dementia S4 Cognitive impairment	S3 OR S4 (S5) S1 AND S2 AND S3 AND S5	12,492 1,145 77,818 43,010 108,412 6	Artikkel 3 <i>Impact of a dementia-friendly program on detection and management of patients with cognitive impairment and delirium in acute-care hospital units: a controlled clinical trial design</i>

PubMed	29/3	S1 Delirium S2 Nurse S3 Interventions S4 non-pharmacologic	S1 AND S2 AND S3 (S5) S4 AND S5	4,802 17,025 825,455 150 349 3	Artikkel 4 <i>Pilot study of a preventive multicomponent nurse intervention to reduce the incidence and severity of delirium in hospitalized older adults: MID-Nurse-P</i>
Embase	29/3	S1 Dementia OR cognitive impairment S2 Delirium S3 Nurse S4 Interventions S5 Hospital	S1 AND S2 AND S3 AND S4 AND S5	680,771 46,469 428,704 840,545 9,963,237 31	Artikkel 5 <i>Managing delirium in the acute care setting: a pilot focus group study</i>
Embase	29/3	S1 Dementia S2 Delirium S3 Nurse S4 Identifying	S1 AND S2 AND S3 AND S4	275,961 46,469 428,704 448,015 28	Artikkel 6 <i>Nurses' Recognition of Delirium in the Hospitalized Older Adult</i>
PubMed	1/4	S1 Delirium S2 Dementia S3 Nonpharmacological interventions	S1 AND S2 AND S3	4,802 43,360 1,742 31	Artikkel 7 <i>Effect of Cognitively Stimulating Activities on Symptom Management of Delirium Superimposed on Dementia: A Randomized Controlled Trial</i> Artikkel 8

					<i>PAINT I: the effect of art therapy in preventing and managing delirium among hospitalized older adults in the PAINT I study – a proof-of-concept trial</i>
--	--	--	--	--	---

Tabell 3, Søkematrise

3.6 Analyse av resultat

Evans (2003) analysemodell er tatt i bruk for å analysere resultatet i artiklene.

Analysemodellen består av fire faser, og presenteres kort under.

- Fase 1: Finne forskning relevant for problemstillingen som møter valgte inklusjons- og eksklusjonskriterier ved å søke i flere databaser for å lokalisere relevant forskning.
- Fase 2: Lese grundig gjennom de vitenskapelige artiklene opptil flere ganger, for å identifisere hovedfunnene, samle funnene og lage en liste over de forskjellige resultatene.
- Fase 3: Identifisere viktige funn og tema som går igjen i de aktuelle artiklene. Funnene grupperes og kategoriseres etter likheter. Sammenhengen mellom studiene analyseres for å finne viktige nøkkelformuleringer og temaer som belyser sammenhenger.
- Fase 4: I denne fasen tar resultatene av analysen for seg resultatene innenfor hvert tema. Dette skrives sammen og presenteres, samtidig som det vil bli reflektert tilbake til resultatene fra de forskjellige studiene som støtter funnene.

Kapittel 4 Resultater

4.1 Resultatpresentasjon

Artikkel 1 Implementing Nurse-Facilitated Person-Centered Care Approaches for Patients with Delirium Superimposed on Dementia in the Acute Care Setting	
Forfattere Publiseringsår Tidsskrift og utgave Land	Yevchak, A. M. et al. 2017 Journal of gerontological nursing, 43(12), 21-28 USA
Hensikt	Hensikten med studien var å beskrive eksempler og temaer for sykepleietilrettelagt, personsentrert omsorg for sykehusinnlagte eldre voksne med demens og delirium.
Metode	Metoden som er brukt i denne studien er en parallell undersøkelse og delanalyse som innebærer å samle inn kvantitative og kvalitative data for å adressere personsentrert omsorg hos sykehusinnlagte eldre voksne med demens og delirium.
Resultater	Totalt 803 pasienter deltok under studien. Studien fokuserte primært på diskusjon av deliriumvurdering (75%), mens det i tillegg ble inkludert vurdering av farmakologiske årsaker til delirium (61%), behovet for økt fysisk aktivitet (60%) og etablering av gode søvnrutiner for å forhindre delirium (53%). Kvalitativ analyse avslørte fem temaer relatert til personsentrert omsorg: 1) kjenne til pasientens utgangspunkt, 2) kjenne til pasientens interesser og verdier, 3) forbedre sensoriske evner til å kommunisere, 4) individualisering av kognitiv stimulering og 5) forbedre atferdsmessige tilnærminger til komfort og søvn.
Konklusjon	Studien viser vellykket tilrettelegging og implementering ved å bruke eksempler på personsentrert omsorg hos sykehusinnlagte eldre voksne med DSD. Intervensjoner for demens og delirium kan bli mer effektive hvis de utformes med nøkkelelementer i personsentrert omsorg i tankene. Hvis man retter seg mot personen først og sykdommen dernest, kan man forbedre effektiviteten til intervensjonsstrategiene som utøves. Det er derimot behov for ytterligere undersøkelser om det har noen innvirkning på forløpet av delirium.
Relevans for oppgaven	Studien fokuserer på identifisering og håndtering av delirium hos pasienter med demens, og fokuserer på personsentrert omsorg. Vi vil bruke denne studien for å kunne belyse viktigheten av personsentrert omsorg, og hvordan den kan brukes i praksis av sykepleiere.

Tabell 4, Artikkel 1

Artikkel 2	
Nurses' Recognition of Hospitalized Older Patients With Delirium and Cognitive Impairment Using the Delirium Observation Screening Scale: A Prospective Comparison Study	
Forfattere	Hasemann, W. et al.
Publiseringsår	2018
Tidsskrift og utgave	Journal of gerontological nursing 44(12), 35-43
Land	USA
Hensikt	Hensikten med studien var å rapportere funn om påvisning av delirium hos pasienter med kognitiv svikt når sykepleiere brukte «Delirium Observation Screening Scale (DOSS) til sammenligning med «Confusion Assessment Method (CAM).
Metode	Studien er en sekundær dataanalyse av et større forskningsprogram for å forebygge og håndtere delirium hos pasienter med mild til alvorlig kognitiv svikt.
Resultater	44 (31,8%) pasienter utviklet delirium med en gjennomsnittlig varighet på 3 dager. Blandet delirium var dominerende (61,4%), etterfulgt av hypoaktivt (34,1%) og hyperaktivt (4,5%) delirium. Sykepleiernes DOSS-screeninger i sammenligning med CAM-vurderinger av forskningsassistenter viste at sykepleierne korrekt identifiserte deliriumepisoder i 56% av tilfellene, og ingen delirium i 92% av tilfellene. Sannsynligheten for at sykepleierne klassifiserte en pasient med delirium riktig var 6,67 ganger høyere enn å feilklassifisere en pasient uten delirium som å ha tilstanden. DOSS-screeninger av pasienter med hyperaktivt delirium var 100% korrekte. Imidlertid sank identifiseringsraten til 60% hos pasienter med blandet delirium og 38% hos pasienter med hypoaktivt delirium.
Konklusjon	Selv om sykepleiernes screeninger med DOSS viste høy spesifisitet, var den generelle sensitiviteten lav spesielt hos pasienter med hypoaktivt delirium og delvis hos pasienter med blandet delirium. Det ble avslørt av den hypoaktive deliriumgruppen at DOSS har begrensninger i prediksjonen av delirium for denne pasientgruppen. Det ble avdekket flere svakheter når sykepleiere vurderte delirium basert på observasjon ved bruk av DOSS hos pasienter med kognitiv svikt. Best samsvar mellom forskningsassistenters CAM-vurderinger og sykepleieres DOSS-skår ble oppnådd hos pasienter med hyperaktivt delirium, og en moderat samsvarighet ble funnet hos pasienter med blandet delirium.
Relevans for oppgaven	Ved å bruke screeningsskjema for å kartlegge delirium hos pasienten, vil man raskere kunne oppdage et delirium og derav iverksette tiltak tidligere. Det er aktuelt for oppgaven vår for å

	bygge under hvordan sykepleieren kan håndtere og behandle utviklingen av delirium hos pasienten med kognitiv svikt/demens.
--	--

Tabell 5, Artikkel 2

Artikkel 3	
Impact of a dementia-friendly program on detection and management of patients with cognitive impairment and delirium in acute-care hospital units: a controlled clinical trial design	
Forfattere	Weldingh, N. et al.
Publiseringsår	2022
Tidsskrift og utgave	BMC Geriatr 22, 266
Land	Norge
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke om et demensvennlig sykehusprogram er med på å forbedre identifiseringen og håndteringen av pasienter med kognitiv svikt og risiko for delirium. De siktet inn på å undersøke om programmet påvirket identifiseringen av delirium, farmakologisk behandling, re-innleggelse på sykehus, død og innleggelse på institusjon i etterkant.
Metode	Studien var del av et større kvalitetsforbedringsprosjekt som siktet seg inn på å implementere et nytt program for tidlig screening og håndtering av pasienter med kognitiv svikt. Delirium screening og kognitive tester ble gjennomført av forskere ved bruk av 4AT og Confusion Assessment Measure (CAM).
Resultater	Implementeringen av det demensvennlige sykehusprogrammet viste ingen signifikant endring i identifiseringen av pasienter med kognitiv svikt. Derimot ble pasientene med kognitiv svikt som ble forskrevet antipsykotika, hypnotika eller beroligende medisiner ble redusert med 24,5%. Det var ingen endringer i oppdagelsen av delirium, re-innleggelse på sykehus eller død.
Konklusjon	En modell for tidlig screening og flere ikke-farmakologiske tiltak for pasienter med kognitiv svikt og delirium kan forbedre behandlingen av denne pasientgruppen og redusere forskrivninger av antipsykotika, hypnotika og beroligende legemidler.
Relevans for oppgaven	Ved å ta for oss de ikke-farmakologiske tiltakene til de berørte pasientene, vil det være med å gi oss et svar på problemstillingen vår. Studien tar tak i medisinerings av denne pasientgruppen – dette er ikke en del av vårt fokus, men vil være med på å belyse hvorfor ikke-farmakologiske tiltak er viktig.

Tabell 6, Artikkel 3

Artikkel 4	
Pilot Study of a preventive multicomponent nurse intervention to reduce the incidence and severity of delirium in hospitalized older adults: MID-Nurse-P	
Forfattere	Avendaño-Céspedes, A. et al.
Publiseringsår	2016
Tidsskrift og utgave	Maturitas, Volume 86, Pages 86-94
Land	Spania
Hensikt	Analysere om en forebyggende multikomponent ikke-farmakologisk sykepleierledet intervensjon randomisert klinisk studie er gjennomførbar, og kan redusere forekomsten, varigheten og alvorlighetsgraden av delirium hos sykehusinnlagte eldre voksne.
Metode	Randomisert klinisk studie. Tar for seg Confusion Assessment Method (CAM) og Delirium Rating Scale-Revised-98 (DRS). 50 pasienter >65 år innlagt på sykehus. 21 pasienter i "intervention group" (pasienter med direkte rettede tiltak) og 29 pasienter "control group" (pasienter som i hovedsak mottok "vanlig pleie"). Alle deltagere i IG mottok et daglig multikomponent ikke-farmalogisk tiltak fra sykepleiere. CG mottok vanlig pleie.
Resultater	21 deltakere i studien utviklet delirium mens de var innlagte på sykehus. Forekomsten av delirium var redusert i IG sammenlignet med CG. Det var ingen forskjell i dødeligheten mellom gruppene.
Konklusjon	Multikomponerte ikke-farmakologiske tiltak utført av sykepleiere hos pasienter med delirium kan redusere forekomsten og varigheten av delirium.
Relevans for oppgaven	Denne studien har fokus på ikke-farmakologiske tiltak utført av sykepleiere og har derfor stor relevans for oppgaven vår, og vil være med på å gi et svar på problemstillingen.

Tabell 7, Artikkel 4

CG Controll Group

IG Intervention Group

Artikkel 5	
Managing delirium in the acute care setting: a pilot focus group study	
Forfattere	Yevchak, Steis, M. et al.
Publiseringsår	2012
Tidsskrift og utgave	International journal of older people nursing, 7(2), 152-162
Land	USA
Hensikt	Hensikten med denne pilotstudien var å gjøre rede for sykepleiers kunnskap angående sykepleiervurdering, håndtering og behandling av delirium hos eldre voksne med demens innlagt på sykehus. Artikkelen fokuserer på ikke-

	medikamentell behandling for å kunne håndtere delirium hos eldre.
Metode	Studien anvender fokusgruppe som metode. Totalt 16 sykepleiere som jobber på kirurgisk, ortopedisk og medisinske avdelinger deltok i to fokusgrupper. Fokusgruppe som metode benyttes for å igangsette dialog mellom sykepleiere, samt få frem synspunkt rundt omsorg til pasienter med delirium og bruken av ikke-medikamentelle tiltak.
Resultater	Fokusgruppen identifiserte tre hovedtemaer, 1: vår plikt er å beskytte pasienter med delirium, 2: forvirring er normalt, 3: finne en balanse. Studien hjalp sykepleierne i å gjenkjenne ikke-medikamentelle tiltak og hvordan anvende disse i klinisk praksis.
Konklusjon	Resultater fra studien viser behovet for kontinuerlig vurdering av kognitiv status hos eldre sykehusinnlagte pasienter med demens. Viktigheten rundt kunnskap om ikke-medikamentell behandling av delirium blir også avklart.
Relevans for oppgaven	Hensikten med studien var å kartlegge kunnskap sykepleiere har om håndtering og behandling av delirium. Denne artikkelen er relevant for oppgaven vår da den belyser kunnskap sykepleiere har om delirium og viktigheten ikke-medikamentelle tiltak har for deliriske pasienter.

Tabell 8, Artikkel 5

Artikkel 6	
Nurses' recognition of delirium in the hospitalized older adult	
Forfattere	Rice, K. L. et al.
Publiseringsår	2011
Tidsskrift og utgave	Clinical nurse specialist, 25(6), 299-311
Land	USA
Hensikt	Målet med studien var å måle sykepleiers gjenkjenning av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus. Studien undersøkte forskjellen på forskernes og sykepleiers vurderinger for å identifisere delirium igjennom Confusion Assessment Method (CAM).
Metode	Tar for seg CAM som brukes for å oppdage delirium. Ble brukt for å måle vurderinger av sykepleiere opp mot eksperter i en 10 måneders periode. CAM vurderinger ble gjort annenhver dag til delirium ble oppdaget av forskeren.
Resultater	Det ble oppdaget delirium hos 12 av 170 pasienter (7%) og 5 av de 12 pasientene hadde delirium inkludert demens. 13 av 170 pasienter hadde tilstedeværelse av noen kliniske trekk ved delirium. Selv om sykepleieren spiller en sentral rolle i tidlig identifisering av delirium, viste denne studien at sykepleiere

	ofte ikke klarer å gjenkjenne kjennetegnene på delirium. 75% av tiden klarte ikke sykepleiere å gjenkjenne delirium ved bruk av CAM.
Konklusjon	Studiens funn bekrefter sykepleierens manglende evne til å tidlig kunne oppdage delirium hos den eldre pasient ved bruk av CAM.
Relevans for oppgaven	Denne studien fokuserer på sykepleierens gjenkjenning av delirium igjennom screeningsverktøyet CAM. Dette verktøyet vil være til stor hjelp for sykepleiere i å kunne identifisere symptomer på delirium og dermed iverksette viktige tiltak. Dette vil være relevant for vår oppgave da vi får mulighet til å sammenligne CAM med blant annet 4AT, og det vil hjelpe oss i å vurdere hvordan sykepleiere kan identifisere delirium på best mulig måte.

Tabell 9, Artikkel 6

Artikkel 7 Effect of Cognitively Stimulating Activities on Symptom Management of Delirium Superimposed on Dementia: A Randomized Controlled Trial	
Forfattere Publiseringsår Tidsskrift og utgave Land	Kolanowski, A. et al. 2016 Journal of the american geriatrics society ,volume 64(12), 2424-2432 USA
Hensikt	Hensikten med denne studien var å undersøke om kognitivt stimulerende aktiviteter ville minske alvorlighetsgraden og varigheten av påbegynt delirium, og om det vil være med på å bedre den fysiske funksjonen og kognisjon i en større grad enn å yte vanlig omsorg.
Metode	Randomisert klinisk studie. 283 eldre voksne innlagt i et post-akutt-opphold etter sykehusinnleggelse, med tilstedeværelse av mild til moderat demens og delirium. Deltakerne bodde i lokalsamfunnet før innleggelse. Forskningssykepleiere screenet de interesserte pasientene for kvalifisering innen 72 timer etter innleggelse.
Resultater	87,1% av deltakerne opplevde en bedring av delirium på et tidspunkt i løpet av PAC-oppholdet. Det tok i gjennomsnitt 6,88 dager for intervensjonsdeltakerne å nå to påfølgende dager uten delirium. For omsorgsdeltakerne tok det 7,39 dager. Til tross for tidlig bedring, var det kun 37,7% av intervensjonsdeltakerne og 34,8% av omsorgsdeltakerne som

	<p>ikke hadde symptomer på delirium ved intervensjonsperiodens slutt.</p> <p>Det ble også sett på antall deliriumfrie døgn. Det ble funnet 64,8% av intervensjonsdagene og 68,7% av kontrolldagene var deliriumfrie.</p> <p>Primære utfall var deliriums varighet (Forvirringsvurderingsmetode) og deliriums alvorlighetsgrad (Delirium Rating Scale). Sekundære utfall var kognitiv funksjon (Digits Forward, Montreal Cognitive Assessment, CLOX) og fysisk funksjon (Barthel Index).</p>
Konklusjon	<p>Stimulerende aktiviteter for kognisjon forbedret ikke tilstanden delirium, men reduserte liggetid og forbedret selvregulering, atferds- og oppmerksomhetskontroll. Delirium krever mer intens oppfølging og ikke-medikamentell behandling når pasienten har demens.</p>
Relevans for oppgaven	<p>Denne artikkelen vil ha relevans for vår oppgave da den fokuserer på ikke-farmakologiske tiltak for å redusere alvorlighetsgrad og varighet av delirium hos eldre pasienter. Artikkelen vil være til hjelp for å tydeliggjøre viktigheten av ikke-farmakologiske tiltak sykepleiere kan igangsette.</p>

Tabell 10, Artikkel 7

Artikkel 8	
PAINT I: the effect of art therapy in preventing and managing delirium among hospitalized older adults in the PAINT I study—a proof-of-concept trial	
Forfattere	Katrin, S., Masuch, J., Lim, S., Habboub, B., & Gosch, M.
Publiseringsår	2022
Tidsskrift og utgave	European geriatric medicine, 13(6), 1433-1440
Land	Tyskland
Hensikt	Studien tar for seg effektiviteten av kunstterapi som en del av en multikomponent intervensjon for å håndtere og forebygge delirium hos geriatriske pasienter på sykehus.
Metode	Bevis på konsept (POC) studie. 138 geriatriske pasienter over 70 år, innlagt på akutt geriatrisk avdeling. De fikk kunstterapi to ganger daglig i 25 minutter. Pasientene ble screenet daglig for delirium ved hjelp av "Nursing delirium screening scale."
Resultater	8 pasienter (7,5%) utviklet nytt delirium etter innleggelse, dette var likt fordelt på intervensjons- og kontrollgruppen. Ikke-signifikant reduksjon i varighet av delirium i intervensjonsgruppen (4 dager, IQR 2,25-8,75) sammenlignet med kontrollgruppen (7 dager, IQR 5-10).

	Etter stratifisering av demensdiagnose ved innleggelse, var den ikke-avgjørende reduksjonen i varighet av delirium i intervensjonsgruppen mer tydelig hos pasienter uten demens.
Konklusjon	Funn fra studien viste at kunstterapi som intervensjon i en del av deliriumbehandling er mulig, og kan redusere varigheten av delirium hos geriatriske pasienter på sykehus.
Relevans for oppgaven	Denne artikkelen vil være relevant for vår oppgave da den tar for seg et ikke-farmakologisk tiltak. Artikkelen viser et spennende og interessant tiltak som er enkelt å gjennomføre og vil være lønnsomt dersom det skulle vise en positiv effekt.

Tabell 11, Artikkel 8

4.2 Presentasjon av funn

Funnene fra artiklene er kategorisert for å få en god oversikt over relevante funn (Evan, 2003). Funnene vil drøftes i kapittel 5.

Identifiseringen av delirium

Yevchak et al. (2017) poengterte at å identifisere delirium hos en pasient med DSD er vanskelig, da det ikke er spesifikke kriterier som er etablert. Weldingh et al. (2022) belyser at pasienter med DSD hadde verre langsiktige utfall, inkludert lenger opphold på sykehus, verre kognitive og funksjonelle utfall, og større mortalitet enn pasienter med demens. Dette fremhever behovet for tidlig identifisering av pasienter med kognitiv svikt og delirium for å kunne iverksette forebyggende og behandlende tiltak (Weldingh et al., 2022).

I resultatene fra studien til Hasemann et al. (2018) ble det avslørt flere svakheter når sykepleiere vurderte delirium basert på observasjoner og bruk av DOSS hos pasienter med kognitiv svikt, og diagnostiseringen var særlig svak ved hypoaktivt delirium. Når sykepleierne tok i bruk både CAM og DOSS, ble det i studien bevist at det var den beste metoden for å gjenkjenne hyperaktivt delirium. Hos pasienter med blandet og hypoaktivt delirium, var det en svakere gjenkjenning av tilstanden, kun 38% korrekt gjenkjenning ved bruk av DOSS. Siden gjenkjenningen av tilstanden var lav hos pasienter med blandet og hypoaktivt delirium, kan det være et systematisk problem som ligger til grunn for de dårlige resultatene av disse delirium subtypene. Et problem kan være at uoppmerksomhet er vanskelig å avsløre uten formell evaluering, siden en tredjedel av DOSS scoringene var 0 hos pasientene med hypoaktivt delirium. Det kan være vanskelig å skille mellom normal aldring, demens og DSD. Siden DOSS ikke belager seg på pasientenes bakgrunn og tidligere kognitive tilstand, kan det være en svakhet i å oppdage akutte endringer i kognisjonen. Studien konkluderer med at DOSS kan identifisere pasienter uten delirium med en spesifisitet på 92% hos pasienter med kognitiv svikt. Den lave sensitiviteten når det kommer til å oppdage blandet eller hypoaktivt delirium og DSD, er spørsmålet om en eventuell formell oppmerksomhetstest inkludert DOSS kunne ha forbedret sensitiviteten (Hasemann et al., 2018).

I studien til Avendaño-Céspedes et al. (2016) utførte sykepleierne vurdering av delirium daglig ved bruk av CAM. Der CAM var positivt for delirium, ble pasientene også evaluert

med DRS-R-98 for å fastslå alvorlighetsgraden av deliriet. Rice et al. (2011) beskriver videre at CAM er det mest brukte verktøyet i verden for oppdagelse av delirium. Sykepleierne feilet ofte i å gjenkjenne de observerbare indikatorene av delirium, som akutte endringer i mental status, uoppmerksomhet, desorganisert tankegang og grad av bevissthet. Ved bruk av CAM feilet de i å gjenkjenne delirium i 75% av tilfellene. Disse faktorene inkluderer kunnskap angående å skille delirium fra demens, kunnskaper om atypiske presentasjoner av delirium hos eldre, kompetanse i screening av mental status og en filosofi om aldring som støtter akutt forvirring som en seriøs tilstand. Studien konkluderer med at sykepleieres underkjennelse av delirium hos sykehusinnlagte eldre ved bruk av CAM, bekrefter signifikansen av problemet (Rice et al., 2011).

Weldingh et al. (2022) implementerte 4AT-screening som en del av et demensvennlige sykehusprogram, og etter implementeringen var forbedringen i 4AT screening fra 0 til 46,4%. Hasemann et al. (2018) støtter opp med at scoringsverktøyet 4AT virker lovende.

Personsentrert omsorg

Yevchak et al. (2017) beskriver personsentrert omsorg som å være standarden av omsorg for eldre mennesker med demens, fordi det forbedrer kvaliteten på omsorgen og livskvaliteten deres. Personsentrert omsorg kan defineres som å kjenne individet, dets behov og preferanser, og bruke dets informasjon til å tilpasse helsetjenestene. Personer med demens og delirium har sannsynligvis fordeler med å få tilpasset personsentrert omsorg, selv om dette ikke har vært fullt undersøkt.

Yevchak et al. (2017) beskrev kvalitative analyser som avslørte fem temaer relatert til personsentrert omsorg:

- 1) Kjenne til pasientens utgangspunkt
- 2) Kjenne til pasientens interesser og verdier
- 3) Forbedre sensoriske evner til å kommunisere
- 4) Individualisering av kognitiv stimulering
- 5) Forbedre atferdsmessige tilnærminger til komfort og søvn

(Yevchak et al., 2017).

Studien demonstrerer uansett en suksessfull tilrettelegging av implementeringen av personsentrert omsorg hos sykehusinnlagte eldre med delirium og underliggende demenssykdom (Yevchak et al., 2017).

Ikke-farmakologiske tiltak og håndtering av tilstanden

Små endringer i tiltak, som å ta i bruk hørselsforsterkende apparat eller tavlekommunikasjon, kan øke Eldres mulighet til å være aktive deltakere i egen helsesituasjon og ved tilrettelegging av aktiviteter (Yevchak et al., 2017). Dersom ikke-farmakologiske tiltak for pasienter med delirium og demens blir utviklet basert på personsentrert omsorg, kan tiltakene bli mer effektive. Studier har vist at sykepleierledet multikomponerte ikke-farmakologiske tiltak for delirium har resultert i reduisering av

forekomsten og alvorlighetsgraden av delirium hos sykehusinnlagte eldre (Yevchak et al., 2017).

Weldingh et al. (2022) indikerer at et demensvennlig sykehusprogram økte sykepleieres bevissthet av kognitiv svikt som en risikofaktor for utvikling av delirium, og viktigheten av å skille delirium fra demens.

DSD er mer langvarig enn først antatt (Kolanowski et al., 2016), og det viser til behovet for lenger oppfølging for å fange opp forsinkede effekter av tiltak når det kommer til DSD. Nåværende praksis når det gjelder delirium er mer rettet mot symptomhåndtering ved bruk av antipsykotika eller benzodiazepiner. Disse medikamentene bærer en økt risiko for uheldige utfall hos pasienter med demens, og kan faktisk forlenge varigheten av delirium (Kolanowski et al., 2016).

Kolanowski et al. (2016) tok i bruk tiltak for å fokusere på individualisert kognitiv stimulering for å gjenoppbygge den forstyrrede kognitive funksjonen ved delirium, uavhengig av årsak. Kognitiv stimulering kan altså forbedre den kognitive funksjonen hos personer med demens. Studien fant ut at pasienter med DSD som daglig deltok i kognitive stimuleringsaktiviteter, hadde mindre nedgang i global kognisjon og fysisk funksjon (Kolanowski et al., 2016). Ved å matche pasientenes interesser og evner fikk de muligheten til å gi indre motivasjon og engasjement for å fange oppmerksomhet hos pasienten, som er den mest fremtredende faktoren av delirium. Aktivitetene tilbød stimulering i flere kognitive funksjoner og ga muligheten for kognitiv prosessering. Det ble brukt tiltak for å maksimere den kognitive prosesseringen, som inkluderte å sikre aktiv deltakelse, verbal oppmuntring og variabilitet i oppgaver (Kolanowski et al., 2016).

Avendaño-Céspedes et al. (2016) beskriver en rekke multikomponerte tiltak som kan iverksettes hos pasientgruppen. Disse tiltakene omhandler blant annet å orientere pasienten hver dag om dato, sted og grunnen for sykehusinnleggelse. Det er viktig at pasienten bruker briller og høreapparat, har god belysning i rommet og at omgivelsene ikke er preget av støy. Det bør iverksettes ikke-farmakologiske tiltak for å bedre søvn, og unngå behandlinger når pasienten sover. Medisinsk-teknisk utstyr bør unngås med mindre det er helt nødvendig, og pasienten bør mobiliseres hver dag. Det er viktig å sørge for god hydrering og ta i bruk drikke/diurese lister, samt registrering av daglig ernæringsinntak og ta i bruk ernærings supplementer. Ved å iverksette tiltak mot obstipasjon, diare eller urininkontinens vil være med på å sørge for god eliminasjon.

Katrin et al. (2022) valgte å fokusere på kunstterapi som et ikke-farmakologisk tiltak. Det ble undersøkt hvorvidt kunstterapi ville gi pasientene mulighet til å utvikle sine kommunikasjonsmuligheter og uttrykke deres følelser i forbindelse med deliriet. Katrin et al. (2022) konkluderer med at selv om studien ikke hadde mulighet til å fastslå en påstand om forebyggende effekt, ble det gjort funn som tyder på at kunstterapi som en del av multikomponerte tiltak i håndteringen av delirium kan hjelpe på å redusere lengden på deliriet hos sykehusinnlagte eldre. Studien tar opp funn fra andre studier som har fokusert på andre ikke-farmakologiske tiltak, og belyser at sanseforsterkende hjelpemidler og realitetsorientering heller ikke minsket varigheten på delirium (Katrin et al., 2022).

Yevchak et al. (2012) ga en gruppe sykepleiere oppgave i å ramse opp ikke-farmakologiske tiltak de iverksetter hos pasienter med demens. De aktuelle tiltakene innebar blant annet

fastvakt, vurdering av fallrisiko, diverse aktiviteter, realitetsorientering, holde hender med pasienten og sørge for god kommunikasjon. Sykepleierne i denne studien mener også at det var best å samle pasientene med delirium på det samme rommet (Yevchak et al., 2012).

Weldingh et al. (2022) satte i gang undervisningstiltak rettet mot helsepersonell og sykepleiere, for å øke kunnskapen om kognitiv svikt og delirium. Det ble satt inn en rekke tiltak, som blant annet omhandlet identifisering og behandling av underliggende årsaker til deliriet. Redusering av medvirkende faktorer til sykdommen, redusere antall sykepleiere i kontakt med pasienten og plassere pasienten på enerom var av tiltakene som ble iverksatt. Mobilisering av pasientene vil være med på å redusere komplikasjoner som aspirasjonspneumoni, dype venetromboser og decubitus (Weldingh et al., 2022). Weldingh et al. (2022) konkluderer med at ved å implementere et demensvennlig sykehusprogram kunne man i større grad forebygge utvikling av delirium. Resultatene støtter seg på at det demensvennlige programmet økte bruken av ikke-farmakologiske tiltak, som er anbefalt fra tidligere. Ved iverksetting av et undervisningsprogram kan forbedre håndteringen av pasienter med kognitiv svikt og delirium (Weldingh et al., 2022). Avendaño-Céspedes et al. (2016) konkluderer med at multikomponerte tiltak utført av sykepleiere kan minske risikoen for delirium og dens alvorlighetsgrad, noe Kolanowski et al. (2016) støtter opp. Kolanowski et al. (2016) viser derimot at effektiviteten av disse tiltakene er mangelfulle, selv om flere guidelines foreslår de (Weldingh et al., 2022).

Sykepleieres kunnskaper og erfaringer

I studien til Yevchak et al. (2017) ble det belyst at pasienten ikke alltid ble fullt involvert i diskusjonen angående personsentrert omsorg. Sykepleiere overså ofte pasientens muligheter og evner til å ta egne avgjørelser. Pasientens familiemedlemmer ble ofte konsultert for å samle inn opplysninger om pasientens preferanser og interesser, som de relaterte til kognitiv stimulering og aktiviteter. Sykepleierne kunne i utgangspunktet ha spurt pasienten om disse tingene først (Yevchak et al., 2017).

Yevchak et al. (2012) beskriver at sykepleiere ofte effektivt implementerer tiltak for å forebygge, identifisere og håndtere delirium hos eldre pasienter. Derimot så er det ikke lagt inn rutiner på implementering av ikke-farmakologiske tiltak og anbefalinger for forebygging og håndtering av delirium i denne studien.

Yevchak et al. (2012) oppdaget at sykepleiere påsto at "forvirring er normalt". De så på delirium som en aldersrelatert forandring eller for eksempel som en normal konsekvens av kirurgi. De så på delirium som en vanlig, passende reaksjon hos eldre pasienter som ble innlagt på sykehus. Sykepleierne vurderte kognitiv status basert på noen få spørsmål som kun fokuserte på orientering, som "Hvor er du?" eller "Hvem er legen din?". Sykepleierne hadde ikke noen systematiske eller standardiserte metoder for å vurdere kognitiv status. Ofte følte de at de trengte å beskytte seg selv, da de følte at deres egen sikkerhet var truet når de var hos pasienter som var deliriske. Studien viser at sykepleiere har mangel på kunnskap når det gjelder å håndtere delirium, demens, DSD og normal aldring. Studien viser også at sykepleiere enkelt klarer å beskrive pasienters symptomer ved hyperaktivt delirium, men ikke symptomer assosiert med blandet og hypoaktivt delirium. Sykepleiere

må bli gitt bevisbaserte og praktiske retningslinjer for å implementere ikke-farmakologiske strategier (Yevchak et al., 2012).

Weldingh et al. (2022) indikerer at et demensvennlig sykehusprogram øker sykepleieres bevissthet om kognitiv svikt som en risikofaktor for å utvikle delirium, og viktigheten av å skille delirium fra demens.

Kapittel 5 Diskusjon

Oppgaven vår baserer seg på hvordan sykepleier kan være med på å identifisere og håndtere delirium hos geriatriske pasienter med demenssykdom i bunn. Sykepleiers rolle vil være helt essensiell for pasientens utfall av deliriet. Det er viktig at sykepleier har gode kunnskaper rundt tematikken og kan skille utviklende demens fra et delirium. Sykepleier vil også spille en sentral rolle i å tilpasse omsorg og bevare tryggheten til pasienten. Oppgaven vektlegger blant annet effekten av ikke-farmakologiske tiltak og hvilken betydning dette har for utfallet av deliriet.

Diskusjonen baseres på resultatene fra de valgte forskningsartiklene rundt temaet og i henhold til valgte teoretiske begreper som er presentert tidligere i oppgaven.

Diskusjonsdelen har i hensikt å gi svar på oppgavens problemstilling:

"Hvordan kan sykepleieren identifisere og håndtere delirium hos den sykehusinnlagte eldre pasienten med underliggende demenssykdom?"

5.1 Identifisering av delirium hos pasienter med demens

Yevchak et al. (2017) påstår at å identifisere delirium hos en pasient med DSD er vanskelig, da det ikke er spesifikke kriterier som er etablert hos disse pasientene. Hasemann et al. (2018) støtter opp med at et problem kan være at uoppmerksomhet hos pasienter er vanskelig å avsløre uten formell evaluering, og at det kan være vanskelig å skille mellom normal aldring, demens og DSD. I og med at avsløringen av delirium via observasjon har begrensninger, spørres det om et strukturert verktøy der man spør pasientene spørsmål om deres kognitive status flere ganger om dagen, over flere dager vil være et bedre alternativ (Hasemann et al., 2018). I studien til Rice et al. (2011) ble det bevist at sykepleiere ofte feilet i å gjenkjenne de observerbare indikatorene av delirium, som akutte endringer i mental status, oppmerksomhet, desorganisert tankegang og grad av bevissthet. Disse faktorene inkluderer kunnskap angående å skille delirium fra demens, kunnskaper om atypiske presentasjoner av delirium hos eldre, kompetanse i screening av mental status og en filosofi av aldring som støtter akutt forvirring som en seriøs tilstand (Rice et al., 2011).

Manglende kunnskap om delirium kan føre til feilvurderinger, og det kan gå utover pasientsikkerheten (Eide et al., 2017). Sykepleierne i studien til Yevchak et al. (2012) vurderte kognitiv svikt basert på noen få spørsmål som kun fokuserte på orientering, og sykepleierne hadde ikke noen systematiske eller standardiserte metoder for å vurdere kognitiv status. I studien til Hasemann et al. (2018) ble det bevist at det var vanskelig å gjenkjenne blandet og hypoaktivt delirium, med kun 38% korrekt gjenkjenning ved bruk av DOSS. Sykepleiere feilet å gjenkjenne delirium i 75% av tilfellene ved bruk av CAM (Rice et al., 2011). CAM blir ofte brukt feil og dermed blir validiteten og reliabiliteten til instrumentet

redusert (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s. 19). Scoringsverktøyet krever derfor mye opplæring (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s. 19). Når sykepleierne tok i bruk både CAM og DOSS, viste det seg å være den beste metoden for å gjenkjenne hyperaktivt delirium (Hasemann et al., 2018). I situasjoner der pasientene er rolige og/eller søvnige, bør sykepleiere vurdere kjernefunksjoner som uoppmerksomhet, for å forbedre deres delirium gjenkjenning. Studien understreker at ved å bruke "Months Backwards Test" for å screene for uoppmerksomhet, kan man utelukke delirium i løpet av 30 sekunder (Hasemann et al., 2018).

Hasemann et al. (2018) konkluderer med at scoringsverktøyet 4AT virker lovende, noe Melhus & Lærum-Onsager (2019) støtter opp. 4AT er et godt instrument å benytte hos pasienter med hypoaktive symptomer, og krever ingen fysisk respons for å score pasienten (Melhus & Lærum-Onsager, 2019). Melhus & Lærum-Onsager (2019) spesifiserer at demens og delirium har flere likhetstrekk som kan gjøre det vanskelig å skille diagnosene. De hevder at 4AT er et godt instrument å benytte hos pasienter med demenssykdom (Melhus & Lærum-Onsager, 2019). Melhus & Lærum-Onsager (2019) understreker også at mangelfull opplæring og manglende implementering av verktøyene i praksis gjør det vanskelig å bruke dem på en god måte for å identifisere delirium. Ved å sette fokuset på opplæring og undervisning i identifiseringen av delirium og øke kunnskapen rundt dette temaet, vil det hjelpe sykepleieren i å ha en mer systematisk tilnærming til identifiseringen, og det kan være med på å gjøre det enklere å identifisere blant annet hypoaktivt delirium (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s.20). Weldingh et al. (2022) implementerte 4AT-screening som en del av det demensvennlige sykehusprogrammet, og 4AT-screeningen forbedret seg betraktelig etter dette.

5.2 Ikke-farmakologiske tiltak

Multikomponerte ikke-farmakologiske tiltak

Yevchak et al. (2017) og Aveñdano-Céspedes et al. (2016) mener at multikomponerte ikke-farmakologiske tiltak for delirium ledet av sykepleiere, reduserer forekomsten og alvorlighetsgraden av delirium hos sykehusinnlagte eldre. Nåværende praksis er mer rettet mot symptomhåndtering ved bruk av antipsykotika eller benzodiazepiner (Kolanowski et al., 2016). Disse medikamentene bærer en økt risiko for uheldige utfall hos pasienter med demens, og kan faktisk forlenge varigheten av delirium (Kolanowski et al., 2016). Antipsykotika har vist seg å forverre kognitiv og fysisk funksjon hos pasienter med Alzheimer sykdom, som er den vanligste årsaken til demens (Eide et al., 2017). Weldingh et al. (2022) skriver at det er anbefalt å bruke ikke-farmakologiske tiltak. Evensen et al. (2019) belyser at nær halvparten av alle tilfeller av delirium kan forebygges med enkle tiltak med fokus på orientering, drikke og ernæring, aktivisering, mobilisering og god søvnhygiene. Slike tiltak har også dokumentert effekt ved allerede etablert delirium (Evensen et al., 2019). En innvending til påstanden er fra Katrin et al. (2022), som påstår at ikke-farmakologiske tiltak som å inkludere kalendere og klokker for orientering, styrke sansefunksjoner ved å bruke briller og høreapparat, sette kjente objekter inn i rommet til pasienten og realitetsorientering ikke forkorter varigheten på delirium. Det er uansett flere studier som støtter opp påstanden med at ikke-farmakologiske tiltak er gunstig for pasienter med delirium. Eide et al. (2017) hevder at flere av de ikke-farmakologiske

tiltakene har vist seg å være effektive ved delirium, og Katrin et al. (2022) mener uansett at kunstterapi som en del av multikomponerte ikke-farmakologiske tiltak kan hjelpe på å redusere lengden på deliriet hos sykehusinnlagte eldre.

Individualisert kognitiv stimulering kan forbedre den kognitive funksjonen hos pasienter med DSD (Kolanowski et al., 2016). Pasienter som daglig deltok i den aktuelle studien hadde mindre nedgang i global kognisjon og fysisk funksjon (Kolanowski et al., 2016). Kognitiv stimulering forbedret kognisjon og sykehusoppholdet, og hadde innvirkning på både livskvalitet og kostnader av helsehjelpen. Delirium kan kreve mer intense ikke-farmakologiske tiltak når pasienten har underliggende demenssykdom (Kolanowski et al., 2016).

Forskning viser at ved å sette i gang aktiviteter på bakgrunn av den enkelte pasients interesser, var pasienten mer sannsynlig å forbli engasjert og viste tegn til kognitiv forbedring (Yevchak et al., 2017). Yevchak et al. (2017) skriver videre at personsentrert omsorg bør være standarden av omsorgen til eldre mennesker med demens, fordi det forbedrer kvaliteten på omsorgen og livskvaliteten deres. Kvalitative analyser i studien til Yevchak et al. (2017) avslørte fem temaer som var relatert til personsentrert omsorg, deriblant individualisering av kognitiv stimulering. Kolanowski et al. (2016) konkluderte med at en daglig 30-minutters økt med individualiserte kognitivt stimulerende aktiviteter ikke hadde noen endring når det kom til varigheten eller alvorlighetsgraden av delirium. Yevchak et al. (2017) mener at ved å aktivt bruke personsentrert omsorg, og individualisert kognitiv stimulering sammen med multikomponerte ikke-farmakologiske tiltak, vil kunne minske risikoen for delirium og dens alvorlighetsgrad (Aveñdano-Céspedes et al., 2016). Kolanowski et al. (2016) mener uansett at selv om tiltakene ikke reduserte delirium, kan det ha en rolle i fremtidig delirium forebyggingsstudier, ved å styrke kognitive funksjoner.

Personsentrert omsorg

Sosialpsykologen Tom Kitwood belyser personsentrert omsorg som å ta utgangspunkt i personens livshistorie og behov, for å så møte disse, og at man må ha opplysninger om bakgrunnen til pasienten for å utøve personsentrert omsorg. Yevchak et al. (2017) støtter Kitwoods teori og mener evnen til å yte personsentrert omsorg i arbeid med eldre med demens regnes som standarden av omsorg (Yevchak et al., 2017). Det kan være krevende å fremme personsentrert omsorg i arbeid med pasienter rammet av DSD, da de ofte har vanskeligheter for å uttrykke sine behov, ønsker og viten om hva som gjør hverdagen vanskelig (Aldring og helse, u.å.). Studien til Yevchak et al. (2017) nevner også betydningen av å kjenne til pasientens utgangspunkt, interesser og verdier for å kunne yte personsentrert omsorg. Studien viser også til en suksessfull tilrettelegging av utbedringen av personsentrert omsorg (Yevchak et al., 2017). Ved å implementere personsentrert omsorg vil man som sykepleier kunne møte pasienten på en helt spesiell måte, man tar hensyn til pasientens situasjon og pasientens reaksjon av situasjonen. Sykepleier må opprettholde en empatisk tilnærming i møte med pasienten og ha evne til å bevare pasientens verdier og opplevelse av verdighet (Yevchak et al., 2017).

Funn i studiene til Yevchak et al. (2012) lister opp flere ikke-farmakologiske tiltak som også understøtter Kitwoods teori. Studien nevner blant annet god kommunikasjon, fastvakt, nøye

observasjon og andre ikke-farmakologiske tiltak som er med på å bevare personverdet og styrker identiteten til personen med delirium og demens.

Sykepleierne i studien til Yevchak et al. (2012) beskrev at et av tiltakene de innførte hos pasientene med delirium var å samle pasientene på samme rom. Derimot sier Eide et al. (2017) at pasienten bør få enerom, for å bidra til å øke tryggheten til pasienter med delirium. Ved å tilrettelegge miljøet rundt pasienten og ha rolige og oversiktlige omgivelser vil man kunne skape trygghet hos pasienten (Eide et al., 2017).

5.3 Kunnskap hos sykepleiere

Virginia Henderson sier at sykepleieren skal hjelpe pasienten med å ivareta grunnleggende behov dersom pasienten ikke lenger har vilje, styrke eller kunnskap til å ivareta disse selv (Mathisen, 2016, s.119-136). En tilstand som delirium vil kunne svekke pasientens evne til å ivareta egne behov og ha oversikt over egne handlinger, derfor vil sykepleiers rolle være helt essensiell (Mathisen, 2016, s. 126). Sykepleiere er ofte i tettere kontakt med pasientene enn annet helsepersonell, og ved sykepleie hos disse pasientene vil sykepleierrollen endres da det ofte byr på utfordringer (Eide et al., 2017). Eide et al. (2017) understreker at delirium ofte feilvurderes som å være demens eller psykiatrisk sykdom.

Yevchak et al. (2017) belyser at pasienten ikke alltid ble involvert i diskusjonen angående utøvelse av den personsentrerte omsorgen. Det kan tenkes at dette skyldes manglende kunnskap hos sykepleierne. Sykepleiere i studien til Yevchak et al. (2017) overså ofte pasientens muligheter og evner til å ta egne avgjørelser, og gikk derfor imot Beauchamp og Chilress' fire etiske prinsipper (Lillemoen, 2015, s. 305-306), og pasientens autonomi ble på grunn av dette svekket.

Studien til Yevchak et al. (2012) viser at sykepleiere enkelt klarer å beskrive pasienters symptomer ved hyperaktivt delirium, men ikke symptomer assosiert med blandet og hypoaktivt delirium. Den hyperaktive presentasjonen av delirium blir for sykepleiere en definisjon på delirium, og ekskluderer den like uønskede hypoaktive presentasjonen (Hasemann et al., 2018). Kjennskap til de ulike formene for delirium, kan bidra til å optimalisere pleien som utøves av sykepleiere (Eide et al., 2017). Weldingh et al. (2022) indikerer at et demensvennlig sykehusprogram øker sykepleieres bevissthet om kognitiv svikt som en risikofaktor for å utvikle delirium, og viktigheten av å skille delirium fra demens. Weldingh et al. (2022) igangsatte undervisningstiltak for å øke kunnskapen om kognitiv svikt og delirium. Weldingh et al. (2022) konkluderer med at å implementere et demensvennlig sykehusprogram ble pasientene med kognitiv svikt gitt mer delirium forebyggende tiltak, og det økte bruken av ikke-farmakologiske tiltak. Sykepleiere må bli gitt bevisbaserte og praktiske retningslinjer for å implementere ikke-farmakologiske strategier (Yevchak et al., 2012). Resultater fra studien til Weldingh et al. (2022) viser at undervisningsprogram kan forbedre håndteringen av pasienter med kognitiv svikt og delirium (Weldingh et al., 2022).

5.4 Diskusjon av eget arbeid

I bacheloroppgaven er det inkludert både kvantitative og kvalitative forskningsartikler. Det ble i utgangspunktet valgt å kun inkludere forskning nyere enn 10 år, men ut fra oppgavens problemstilling og manglende forskning på aktuelt tema ble det også benyttet to artikler eldre enn 10 år. Det kan settes spørsmål ved om de eldre artiklene kunne påvirket oppgaven negativt, men det må belyses at artiklene uansett ikke var eldre enn 12-13 år. Alle inkluderte artikler ble undersøkt om de var fagfellevurdert av en etisk komité.

PICO-skjema ble brukt for å finne relevante søkeord. Det må tas med i betraktning at dersom valget hadde falt på andre søkeord, kunne søket ha ført til andre resultater og drøftingen ha tatt en annen retning.

Inklusjons- og eksklusjonskriteriene kan ha ført til at relevante forskningsartikler har blitt ekskludert. Alle artiklene som er anvendt i oppgavebesvarelsen er skrevet på engelsk. Ord og uttrykk kan være forskjellig oversatt til norsk og ha flere betydninger, dette er en feilkilde som forfatterne av oppgaven er bevisst på. Det ble lest sammendrag på flere artikler, som ikke er nevnt i søkematriksen (Tabell 3). Flere av disse ble ekskludert da det ikke alltid var sykepleierfokus i artikkelen, og dersom det ikke fantes konkret faglig begrunnelse for at det kunne overføres til sykepleie.

Vi var i utgangspunktet bevisste på at det fantes noe begrenset forskning på området. Dette blir også påpekt i flere av de valgte artiklene, og det må derfor mer forskning til for å konkretisere og direkte anbefale videre tiltak.

Det ble erfart at det definitivt var enklere å finne artikler som fokuserte på demens, og artikler som fokuserte på delirium, enn tilstandene kombinert. Det oppleves at det er veldig lite forskning når det kommer til identifisering av delirium hos pasienter med underliggende demenssykdom, og skåringsverktøyene for delirium er de som blir nevnt i artiklene.

Kapittel 6 Konklusjon

Det kommer frem av litteraturstudien at det er behov for økt kunnskap hos sykepleiere når det gjelder pasienter med demens og delirium. Det er vanskelig for sykepleiere å identifisere delirium hos pasienter med demenssykdom grunnet manglende kunnskaper i å gjenkjenne de observerbare indikatorene av delirium. Implementering av rutiner og opplæring i bruk av scoringsverktøy er viktig for korrekt identifisering av tilstanden. 4AT er et scoringsverktøy som flere studier konkluderer med er et godt instrument å benytte hos disse pasientene. Scoringsverktøyet er enkelt å bruke, og fokuserer kun på de observerbare tegnene.

Sykepleieren er ofte den som har tette kontakt med pasientene, og som formidler de kliniske funnene til lege. Det er viktig at årsaken til deliriet blir behandlet og at sykepleier iverksetter relevante ikke-farmakologiske tiltak. Det er derfor viktig at sykepleieren har gode kunnskaper når det gjelder disse pasientene. Å utvide implementeringen av et demensvennlig sykehusprogram vil være med på å øke sykepleieres kunnskap og bevissthet hos disse pasientene. Iverksetting av et undervisningsprogram som fokuserer på aktuelle tema, vil kunne forbedre håndteringen av delirium hos pasienter med kognitiv svikt og demenssykdom. Det er viktig at sykepleieren kjenner til de ulike formene for delirium for å optimalisere pleien som utøves. Økt kunnskap fører også til økt bruk av ikke-farmakologiske

tiltak, som er noe det strebes etter. Farmakologisk behandling er ikke anbefalt, med mindre det er strengt nødvendig. Flere studier støtter opp iverksetting av multikomponerte ikke-farmakologiske tiltak for delirium, som miljøtiltak, orientering, aktivisering og god søvnhygiene. Individualisert kognitiv stimulering har sammenheng med personsentrert omsorg, og dette bør derfor inkluderes i tiltakene.

Litteraturliste

Aase, K. (2022). Hva er pasientsikkerhet? *Pasientsikkerhet*. (s.16) Universitetsforlaget.

Aldring og Helse. (u.å.). *Delirium – akutt forvirring*. Hentet 01.april 2023 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/medisinsk-og-helsefaglig-oppfolging-pa-sykehjem/delirium-akutt-forvirring/>

Aldring og Helse. (u.å.). *Personsentrert omsorg*. Hentet 27. April 2023 fra <https://www.aldringoghelse.no/demens/behandling-og-oppfolging/personsentrert-omsorg/>

Avendaño-Céspedes, A., García-Cantos, N., González-Teruel, M. et al. (2016). Pilot study of a preventive multicomponent nurse intervention to reduce the incidence and severity of delirium in hospitalized older adults: MID-Nurse-P. *Maturitas, Volume 86*, Pages 86-94, ISSN 0378-5122. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.002>

Berg, G. V., Watne, L. O. & Gjevjon, E. R. (2016). Ny screening gir sikrere diagnose. *Sykepleien forskning, 104(3)*, 52-53. DOI 10.4220/Sykepleiens.2016.56686

Eide, L. S. P., Instenes, I., Ranhoff, A. H., Amofah, H. A. & Norekvål, T. M. (2017). Kjenn tegnene på delirium hos eldre. *Sykepleien forskning, 105(7)*, 52-55. DOI 10.4220/Sykepleiens.2017.62845

Evans, D. (2003). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data synthesis of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing, 20(2)*, 22–26.

Evensen, S., Saltvedt, I., Ranhoff, A. H., Myrstad, M., Myrstad, C., Mellingsæter, M., Wang-Hansen, M. S., & Neerland, B. E. (2019). Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening, 139(6)*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0578>

Gonzalez, M. T. (2020). Psykiske lidelser hos eldre. Gonzalez, M. T. (Red.) *Psykiske lidelser – faglig forståelse og terapeutisk tilnærming*. (s.228) Gyldendal.

Hasemann, W., Tolson, D., Godwin, J., Spirig, R., Frei, I. A., & Kressig, R. W. (2018). Nurses' Recognition of Hospitalized Older Patients With Delirium and Cognitive Impairment

Using the Delirium Observation Screening Scale: A Prospective Comparison Study. *Journal of gerontological nursing*, 44(12), 35–43. <https://doi.org/10.3928/00989134-20181018-02>

Helsedirektoratet. (2022, 30.mai). 4.1 En aldrende befolkning. Hentet 01.april 2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/folkehelse-i-et-livsloppsperspektiv-helsedirektoratets-innspill-til-ny-folkehelsemelding/folkehelse-gjennom-livsloppet-eldre/en-aldrende-befolkning>

Katrin, S., Masuch, J., Lim, S., Habboub, B., & Gosch, M. (2022). PAINT I: the effect of art therapy in preventing and managing delirium among hospitalized older adults in the PAINT I study—a proof-of-concept trial. *European Geriatric Medicine*, 13(6), 1433–1440. <https://doi.org/10.1007/s41999-022-00695-5>

Kolanowski, A. (2018). Delirium in people living with dementia: a call for global solutions. *Aging & Mental Health*, 22(4), 444–446. <https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1244805>

Kolanowski, A., Fick, D., Litaker, M., Mulhall, P., Clare, L., Hill, N., Mogle, J., Boustani, M., Gill, D., & Yevchak-Sillner, A. (2016). Effect of Cognitively Stimulating Activities on Symptom Management of Delirium Superimposed on Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 64(12), 2424–2432. <https://doi.org/10.1111/jgs.14511>

Lillemoen, L. (2015). Etikk i sykepleien. Holter, I. M. (Red.) & Grov, E. K. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 297-335). Cappelen Damm AS

Mathisen, J. (2015). Hva er sykepleie?. Holter, I. M. (Red.) & Grov, E. K. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 119-141). Cappelen Damm AS

Melhus, G. K. & Lærum-Onsager, E. (2019). Sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus. *Geriatrisk sykepleie*. (2.utg., s. 15-21). Norsk Sykepleierforbund. Andvord Grafisk.

Moksnes, K. M. (2018). Livets siste faser. Skårderud, F., Haugsgjerd, S. & Stänicke, E. *Psykiatriboken* (2.utg., s. 495-534). Gyldendal Akademisk.

Molven, O. (2015). Pasienters og brukeres rettigheter og plikter. Holter, I. M. (Red.) & Grov, E. K. *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie 1*. (5. utg., s. 70-102). Cappelen Damm AS.

Morandi, A., Lucchi, E., Turco, R., Morghen, S., Guerini, F., Santi, R., Gentile, S., Meagher, D., Voyer, P., Fick, D., Schmitt, E. M., Inouye, S. K., Trabucchi, M., & Bellelli, G. (2015). Delirium superimposed on dementia: A quantitative and qualitative evaluation of patient experience. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(4), 281–287.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.010>

Norsk Sykepleierforbund. (u. å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 01.april 2023 fra <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999) *Lov om pasient- og brukerrettigheter*. (LOV-1999-07-02-63) Lovdata. https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63#KAPITTEL_1

Ranhoff, A. H. (2020). Delirium (akutt forvirring). Kirkevold, M. (Red.), Brodtkorb, K. (Red.), & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utgave, s. 458-470.). Gyldendal.

Rice, K. L., Bennett, M., Gomez, M., Theall, K. P., Knight, M. & Foreman, M. D. (2011). Nurses' Recognition of Delirium in the Hospitalized Older Adult. *Clinical Nurse Specialist*, 25 (6), 299-311. doi: 10.1097/NUR.0b013e318234897b.

Rummelhoff, G. R., Smebye, K. L. & Tombre, B. (2016). Gir individuell omsorg. *Sykepleien forskning*, 104(8), 48-51. DOI 10.4220/Sykepleiens.2016.58391

Skovdahl, K. (2020). Kognitiv svikt og demens. Kirkevold, M. (Red.), Brodtkorb, K. (Red.), & Ranhoff, A. H. (Red.), *Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten* (3. utgave, s. 416-439.). Gyldendal.

Stubberud, D.-G. (2020). Sykepleie ved delirium. Almås, H. (Red.), Stubberud, D.-G. & Grønseth, R. *Klinisk sykepleie 1*. (5.utg, s. 429-437). Gyldendal Akademisk.

Thidemann, I.-J. (2019). Litteraturstudie. *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. (2.utg., s. 81-100). Universitetsforlaget.

Thidemann, I.-J. (2019). Valg av metode. *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter*. (2.utg., s. 74-80). Universitetsforlaget.

Wei, L. A., Fearing, M. A., Sternberg, E. J., & Inouye, S. K. (2008). The Confusion Assessment Method: A Systematic Review of Current Usage. *Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)*, 56(5), 823–830. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2008.01674.x>

Weldingh, N., Mellingsæter, M., Hegna, B. *et al.* (2022) Impact of a dementia-friendly program on detection and management of patients with cognitive impairment and delirium in acute-care hospital units: a controlled clinical trial design. *BMC Geriatr* **22**, 266. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02949-0>

Yevchak, A., Fick, D. M., Kolanowski, A. M., McDowell, J., Monroe, T., LeViere, A., & Mion, L. (2017). Implementing Nurse-Facilitated Person-Centered Care Approaches for Patients With Delirium Superimposed on Dementia in the Acute Care Setting. *Journal of gerontological nursing*, 43(12), 21–28. <https://doi.org/10.3928/00989134-20170623-01>

Yevchak, A., Steis, M., Diehl, T., Hill, N., Kolanowski, A., & Fick, D. (2012). Managing delirium in the acute care setting: a pilot focus group study. *International Journal of Older People Nursing*, 7(2), 152–162. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2012.00324.x>



**Screening for delirium
og
kognitiv svikt**

Pasientens navn:

(etikett)

Fødselsdato:

Pasientnummer:

Dato:

Tidspunkt:

Testen er utført av:

[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvnløs ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skuldrene. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvnløs < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormal(t)	4

[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller flere/ikke testbar	2

[3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember"

Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgir 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, døsig, uoppmerksom)	2

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktusjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon,

annen mental funksjon

(F.eks. paranoide symptomer, hallusinasjoner) oppstått i løpet av de siste to uker og fremdeles tilstede de siste 24 timer

Nei	0
Ja	4

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt

1-3: mulig kognitiv svikt

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

4AT SKÅR

VEILEDNING

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

Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangs-vurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt for en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselsnedsettelse, dysfasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.

Årvåkenhet: Endret nivå av årvåkenhet er sannsynligvis delirium i en generell sykehus-setting. Hvis pasienten viser betydelig endret årvåkenhet ved undersøkelsen, sett skår 4 på dette punktet.

AMT4 (Forkortet mental vurdering - 4): Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett før 4AT. **Akutt endring eller fluktuerende tilstand:** Fluktuerende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuerende tilstand indikerer delirium. For å avdekke hallusinasjoner og/ eller paranoide tanker, spør pasienten spørsmål som: "Er du bekymret for hva som skjer her?"; "Er du redd for noe eller noen?"; "Har du sett eller hørt noe uvanlig?" 2011-2016 Mallatich, Ryan, Cash; 2015 Norsk versjon: Geir V. Bang (PN, MD), Øyvind R. (PH), Søren Rasmussen (PH, MD), Andrew A. Fabbri (MD), Catherine de Groot (Fysioterapeut, MD), og Sigurd Evensen (MD, PhD-kandidat). Søk på: Aar (PH) ansvarlig for utskrifts-oversettelsen.

Vedlegg 2

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

Faksimile av Confusion Assessment Method (CAM), algoritmeversjon. Hvis alle punktene i boks 1 og minst ett i boks 2 er avmerket, er diagnosen delirium sannsynlig. Gjengitt fra (7), med tillatelse. Norsk oversettelse ved Anette Hylen Ranhoff, Marianne Jensen Hjernstad og Jon Håvard Loge, 2004 (8)

Vedlegg 3

Delirium Observation Screening Scale (DOS)

Schuermans MJ, Shorridge-Baggett LM, Duursma SA. The Delirium Observation Screening Scale: a screening instrument for delirium. Res Theory Nurs Pract 2003;17(1):31-50.

Observations	never	sometimes	usually	always
Consciousness				
1. reacts normally to addressing	4	3	2	1
2. dozes during conversation or activities	1	2	3	4
3. stares into space	1	2	3	4
Attention/concentration				
4. is easily distracted by stimuli from the environment	1	2	3	4
5. maintains attention to conversation or action	4	3	2	1
6. does not finish question or answer	1	2	3	4
thinking				
7. gives answers that do not fit the question	1	2	3	4
8. talks slowly or answers slowly	1	2	3	4
9. reacts slowly to instructions	1	2	3	4
10. speaks incoherently	1	2	3	4
11. is suspicious	1	2	3	4
Memory/orientation				
12. thinks to be somewhere else	1	2	3	4
13. knows which part of the day it is	4	3	2	1
14. remember recent event	4	3	2	1
Psychomotor activity				
15. is picking, disorderly, restless	1	2	3	4
16. hardly moves	1	2	3	4
17. pulls IV tubes, feeding tubes, catheters, etc.	1	2	3	4
18. has unnatural position in bed	1	2	3	4
Sleep/wake cycle				
19. is sleep/drowsy during the day	1	2	3	4
20. (night shift) has vivid and frightening dreams during the night	1	2	3	4
21. (night shift) is awake/wakes up restlessly	1	2	3	4
Mood				
22. is easily or suddenly emotional (frightened, angry, irritated)	1	2	3	4
23. is apathetic/weary	1	2	3	4
Perception				
24. sees persons/things as somebody/something else	1	2	3	4
25. sees/hears things that are not there	1	2	3	4

Vedlegg 4

DELIRIUM RATING SCALE-R-98 (DRS-R-98)

This is a revision of the Delirium Rating Scale (Trzepacz et al. 1988). It is used for initial assessment and repeated measurements of delirium symptom severity. The sum of the 13 item scores provides a severity score. All available sources of information are used to rate the items (nurses, family, chart) in addition to examination of the patient. For serial repeated ratings of delirium severity, reasonable time frames should be chosen between ratings to document meaningful changes because delirium symptom severity can fluctuate without interventions.

DRS-R-98 SEVERITY SCALE

1. Sleep-wake cycle disturbance

Rate sleep-wake pattern using all sources of information, including from family, caregivers, nurses' reports, and patient. Try to distinguish sleep from resting with eyes closed.

0. Not present
1. Mild sleep continuity disturbance at night or occasional drowsiness during the day
2. Moderate disorganization of sleep-wake cycle (e.g., falling asleep during conversations, napping during the day or several brief awakenings during the night with confusion/behavioral changes or very little nighttime sleep)
3. Severe disruption of sleep-wake cycle (e.g., day-night reversal of sleep-wake cycle or severe circadian fragmentation with multiple periods of sleep and wakefulness or severe sleeplessness.)

2. Perceptual disturbances and hallucinations

Illusions and hallucinations can be of any sensory modality. Misperceptions are "simple" if they are uncomplicated, such as a sound, noise, color, spot, or flasher and "complex" if they are multidimensional, such as voices, music, people, animals, or scenes. Rate if reported by patient or caregiver, or inferred by observation.

0. Not present
1. Mild perceptual disturbances (e.g., feelings of derealization or depersonalization; or patient may not be able to discriminate dreams from reality)
2. Illusions present
3. Hallucinations present

3. Delusions

Delusions can be of any type, but are most often persecutory. Rate if reported by patient, family or caregiver. Rate as delusional if ideas are unlikely to be true yet are believed by the patient or caregiver who cannot be dissuaded by logic. Delusional ideas cannot be explained otherwise by the patient's usual cultural or religious background.

0. Not present
1. Mildly suspicious, hypervigilant, or preoccupied
2. Unusual or overvalued ideation that does not reach delusional proportions or could be plausible
3. Delusional

4. Lability of affect

Rate the patient's affect as the outward presentation of emotions and not as a description of what the patient feels.

0. Not present
1. Affect somewhat altered or incongruent to situation; changes over the course of hours; emotions are mostly under self-control
2. Affect is often inappropriate to the situation and intermittently changes over the course of minutes; emotions are not consistently under self-control, though they respond to redirection by others
3. Severe and consistent disinhibition of emotions; affect changes rapidly, is inappropriate to context, and does not respond to redirection by others

© Trzepacz 1998. Reproduced with permission.

Pauls T. Trzepacz, M.D., Dinesh Mittal, M.D., Rafael Torres, M.D., Kim Kanary, B.S., John Norton, M.D., Nina Jimerson, M.S.N. (2001). Validation of the Delirium Rating Scale-Revised-98: Comparison With the Delirium Rating Scale and the Cognitive Test for Delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 13:2

10. Attention

Patients with sensory deficits or who are intubated or whose hand movements are constrained should be tested using an alternate modality besides writing. Attention can be assessed during the interview (e.g., verbal perseverations, distractibility, and difficulty with set shifting) and/or through use of specific tests, e.g., digit span.

0. Alert and attentive
1. Mildly distractible or mild difficulty sustaining attention, but able to refocus with cueing. On formal testing makes only minor errors and is not significantly slow in responses
2. Moderate inattention with difficulty focusing and sustaining attention. On formal testing, makes numerous errors and either requires prodding to focus or finish the task
3. Severe difficulty focusing and/or sustaining attention, with many incorrect or incomplete responses or inability to follow instructions. Distractible by other noises or events in the environment

11. Short-term memory

Defined as recall of information (e.g., 3 items presented either verbally or visually) after a delay of about 2 to 3 minutes. When formally tested, information must be registered adequately before recall is tested. The number of trials to register as well as effect of cueing can be noted on scoresheet. Patient should not be allowed to rehearse during the delay period and should be distracted during that time. Patient may speak or nonverbally communicate to the examiner the identity of the correct items. Short-term deficits noticed during the course of the interview can be used also.

0. Short-term memory intact
1. Recalls 2/3 items; may be able to recall third item after category cueing
2. Recalls 1/3 items; may be able to recall other items after category cueing
3. Recalls 0/3 items

12. Long-term memory

Can be assessed formally or through interviewing for recall of past personal (e.g., past medical history or information or experiences that can be corroborated from another source) or general information that is culturally relevant. When formally tested, use a verbal and/or visual modality for 3 items that are adequately registered and recalled after at least 5 minutes. The patient should not be allowed to rehearse during the delay period during formal testing. Make allowances for patients with less than 8 years of education or who are mentally retarded regarding general information questions. Rating of the severity of deficits may involve a judgment about all the ways long-term memory is assessed, including recent and/or remote long-term memory ability informally tested during the interview as well as any formal testing of recent long-term memory using 3 items.

0. No significant long-term memory deficits
1. Recalls 2/3 items and/or has minor difficulty recalling details of other long-term information
2. Recalls 1/3 items and/or has moderate difficulty recalling other long-term information
3. Recalls 0/3 items and/or has severe difficulty recalling other long-term information

13. Visuospatial ability

Assess informally and formally. Consider patient's difficulty navigating one's way around living areas or environment (e.g., getting lost). Test formally by drawing or copying a design, by arranging puzzle pieces, or by drawing a map and identifying major cities, etc. Take into account any visual impairments that may affect performance.

0. No impairment
1. Mild impairment such that overall design and most details or pieces are correct; and/or little difficulty navigating in his/her surroundings
2. Moderate impairment with distorted appreciation of overall design and/or several errors of details or pieces; and/or needing repeated redirection to keep from getting lost in a newer environment despite, trouble locating familiar objects in immediate environment
3. Severe impairment on formal testing; and/or repeated wandering or getting lost in environment

© Trzepacz 1998. Reproduced with permission.

Pauls T. Trzepacz, M.D., Dinesh Mittal, M.D., Rafael Torres, M.D., Kim Kanary, B.S., John Norton, M.D., Nina Jimerson, M.S.N. (2001). Validation of the Delirium Rating Scale-Revised-98: Comparison With the Delirium Rating Scale and the Cognitive Test for Delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 13:2

5. Language

Rate abnormalities of spoken, written or sign language that cannot be otherwise attributed to dialect or stuttering. Assess fluency, grammar, comprehension, semantic content and naming. Test comprehension and naming nonverbally if necessary by having patient follow commands or point.

0. Normal language
1. Mild impairment including word-finding difficulty or problems with naming or fluency
2. Moderate impairment including comprehension difficulties or deficits in meaningful communication (semantic content)
3. Severe impairment including nonsensical semantic content, word salad, muteness, or severely reduced comprehension

6. Thought process abnormalities

Rate abnormalities of thinking processes based on verbal or written output. If a patient does not speak or write, do not rate this item.

0. Normal thought processes
1. Tangential or circumstantial
2. Associations loosely connected occasionally, but largely comprehensible
3. Associations loosely connected most of the time

7. Motor agitation

Rate by observation, including from other sources of observation such as by visitors, family and clinical staff. Do not include dyskinesia, tics, or chorea.

0. No restlessness or agitation
1. Mild restlessness of gross motor movements or mild fidgetiness
2. Moderate motor agitation including dramatic movements of the extremities, pacing, fidgeting, removing intravenous lines, etc.
3. Severe motor agitation, such as combativeness or a need for restraints or seclusion

8. Motor retardation

Rate movements by direct observation or from other sources of observation such as family, visitors, or clinical staff. Do not rate components of retardation that are caused by parkinsonian symptoms. Do not rate drowsiness or sleep.

0. No slowness of voluntary movements
1. Mildly reduced frequency, spontaneity or speed of motor movements, to the degree that may interfere somewhat with the assessment.
2. Moderately reduced frequency, spontaneity or speed of motor movements to the degree that it interferes with participation in activities or self-care
3. Severe motor retardation with few spontaneous movements.

9. Orientation

Patients who cannot speak can be given a visual or auditory presentation of multiple choice answers. Allow patient to be wrong by up to 7 days instead of 2 days for patients hospitalized more than 3 weeks. Disorientation to person means not recognizing familiar persons and may be intact even if the person has naming difficulty but recognizes the person. Disorientation to person is most severe when one doesn't know one's own identity and is rare. Disorientation to person usually occurs after disorientation to time and/or place.

0. Oriented to person, place and time
1. Disoriented to time (e.g., by more than 2 days or wrong month or wrong year) or to place (e.g., name of building, city, state), but not both
2. Disoriented to time and place
3. Disoriented to person

© Trzepacz 1998. Reproduced with permission.

Pauls T. Trzepacz, M.D., Dinesh Mittal, M.D., Rafael Torres, M.D., Kim Kanary, B.S., John Norton, M.D., Nina Jimerson, M.S.N. (2001). Validation of the Delirium Rating Scale-Revised-98: Comparison With the Delirium Rating Scale and the Cognitive Test for Delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 13:2

DRS-R-98 OPTIONAL DIAGNOSTIC ITEMS

These three items can be used to assist in the differentiation of delirium from other disorders for diagnostic and research purposes. They are added to the severity score for the total scale score, but are NOT included in the severity score.

14. Temporal onset of symptoms

Rate the acuteness of onset of the initial symptoms of the disorder or episode being currently assessed, not their total duration. Distinguish the onset of symptoms attributable to delirium when it occurs concurrently with a different preexisting psychiatric disorder. For example, if a patient with major depression is rated during a delirium episode due to an overdose, then rate the onset of the delirium symptoms.

0. No significant change from usual or longstanding baseline behavior
1. Gradual onset of symptoms, occurring over a period of several weeks to a month
2. Acute change in behavior or personality occurring over days to a week
3. Abrupt change in behavior occurring over a period of several hours to a day

15. Fluctuation of symptom severity

Rate the waxing and waning of an individual or cluster of symptom(s) over the time frame being rated. Usually applies to cognition, affect, intensity of hallucinations, thought disorder, language disturbance. Take into consideration that perceptual disturbances usually occur intermittently, but might cluster in period of greater intensity when other symptoms fluctuate in severity.

0. No symptom fluctuation
1. Symptom intensity fluctuates in severity over hours
2. Symptom intensity fluctuates in severity over minutes

16. Physical disorder

Rate the degree to which a physiological, medical or pharmacological problem can be specifically attributed to have caused the symptoms being assessed. Many patients have such problems but they may or may not have causal relationship to the symptoms being rated.

0. None present or active
1. Presence of any physical disorder that might affect mental state
2. Drug, infection, metabolic disorder, CNS lesion or other medical problem that specifically can be implicated in causing the altered behavior or mental state

© Trzepacz 1998. Reproduced with permission.

Pauls T. Trzepacz, M.D., Dinesh Mittal, M.D., Rafael Torres, M.D., Kim Kanary, B.S., John Norton, M.D., Nina Jimerson, M.S.N. (2001). Validation of the Delirium Rating Scale-Revised-98: Comparison With the Delirium Rating Scale and the Cognitive Test for Delirium. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 13:2

Forebygge og behandle – det går nesten ut på ett...

Forebygge delirium

Ved positiv screening iverksettes forebyggende tiltak mot delirium:

-  Orienter for person, tid, sted og din rolle. Påse at pasienten har hjelpemidler for syn og hørsel.
-  Observer ernæring og væskebalanse, korrigjer hypovolemi og elektrolyttforstyrrelser.
-  Forebygg eliminasjonsproblemer, observer med tanke på urinretensjon.
-  Tidlig mobilisering. Tilrettelegg for aktivitet ut fra tidligere funksjonsnivå.
-  Fremme søvn, unngå unødige prosedyrer på natt. Begrens soving på dagtid.
-  Vurder smerte og administrer smertestillende.
-  Legemiddelgjennomgang, spesielt rettet mot uheldig medisinerer for pasienter med risiko.

Behandle delirium

Mistanke om delirium skal behandles som delirium inntil dette er avkreftet:

-  Identifiser underliggende akutt årsak til delirium, som lavt blodtrykk, puls, hypoksi, lavt blodsukker, infeksjon eller polyfarmasi.
-  Reduser forhold som bidrar til å opprettholde delirium og optimaliser forhold som bidrar til reorientering. Tilstreb enerom og primærsykepleie. Fastvakt skal på dagtid interagere aktivt med pasienten og forsøke å etablere mest mulig adekvat kontakt.
-  Kommuniser og informer pasient og pårørende. Opprett samarbeid med pårørende for å fremme tilstedeværelse og involvering.
-  Ivareta pasientsikkerheten og forebygg komplikasjoner av delirium som fall, underernæring, dehydrering, aspirasjonspneumoni og dyp venetrombose.
-  Kontakt geriater ved vedvarende delirium.

