



Forebygge delirium hos pasienter med kreft

Kreftsykepleiers bidrag

Preventing delirium in patients with cancer

The oncology nurse's contribution

Kandidatnummer: 48

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Fordypningsoppgave

Videreutdanning i kreftsykepleie

Kull: Heltid 2021

Antall ord: 4386

Dato 20.05.22

Sammendrag

Innledning: Delirium er en uheldig tilstand som forekommer i varierende grad, spesielt hos eldre pasienter som er innlagt på sykehus. Delirium er den nest hyppigste psykiatriske diagnosen blant kreftpasienter. Delirium er en stor påkjennelse for pasienten, og er forbundet med økt sykkelighet og økte dødelighet. Det viktigste knyttet til delirium er å forebygge utvikling av delirium, da det fortsatt er lite evidens for dagens behandling. Hensikten med dette litteraturstudiet var å samle kunnskap om hvordan kreftsykepleier kan bidra til forebygging av delirium med ikke-medikamentelle tiltak.

Problemstilling: Hvordan kan kreftsykepleier bidra til forebygging av delirium hos pasienter med kreft som er innlagt på sykehus?

Metode: Relevante forskningsartikler knyttet til min problemstilling er samlet i denne fordypningsoppgaven via metoden litteraturstudie. Det er søkt etter relevant forskning i PubMed, Cinahl og Medline.

Resultat: Resultatene knyttet seg mot identifisering av predisponerende og utløsende årsaker til delirium, hvilke ikke-medikamentelle tiltak en kunne knytte til gitte risikofaktorer. Videre viste resultatene at screeningsprogrammer ble sett på som en forebyggende funksjon og til slutt at sykepleiere ønsket mer kunnskap om delirium, for å kunne forstå mer av den forebyggende funksjonen.

Konklusjon: Ved at kreftsykepleier øker sin kunnskap om delirium, om predisponerende og utløsende årsaker og retter tiltak mot dette i en tidlig fase av sykehusinnleggelsen, vil kreftsykepleier kunne bidra med å forebygge utvikling av delirium.

Nøkkelord: Delirium, Kreft, Kreftsykepleie, Forebygge, Ikke-medikamentelle tiltak

Abstract

Introduction: Delirium is an unfortunate condition that occurs in varying degrees especially with elderly inpatients. Delirium is the next common psychiatric diagnosis among cancer patients. Delirium is a major strain on the patient and is associated with increased morbidity and mortality. There is little evidence for current treatment of delirium, thus the main focus is to prevent the state itself. Therefore, the purpose of this study was to gather knowledge about how oncology nurses can contribute to prevent delirium with non-pharmacological measures.

Research question: How an oncology nurse can contribute to prevention delirium in inpatient with cancer?

Method: Relevant research articles related to my problem are collected in this assignment via the literature study method. Relevant research has been sought in PubMed, Cinahl and Medline.

Results: The results were related to the identification of predisposing and precipitating causes of delirium, which non-drug measures could be linked to given risk factors. Furthermore, the results showed that screening programs were seen as a preventive function and finally that nurses wanted more knowledge about delirium, in order to understand more of the preventive function

Conclusion: By the oncology nurse increasing her knowledge about delirium, about predisposing and precipitating causes and directing measures against this in an early phase of hospitalization, the cancer nurse will be able to help prevent the development of delirium.

Key words: Delirium, Neoplasms, Oncology nurse, Prevention, Non-pharmacological interventions

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
1.1 Problemstilling	6
2. Materiale og Metode	7
2.1 Litteratursøk.....	7
2.2 Utvelgelse av artikler	8
2.3 Analyse.....	10
3. Resultat	11
3.1 Risikofaktorer: predisponere og utløsende faktorer.....	11
3.2 Intervensjoner eller tiltak, ikke-medikamentelle	11
3.3 Screeningsverktøy for tidlig identifisering	12
3.4 Økt kunnskap til helsepersonell	13
4. Diskusjon	14
5. Konklusjon	18
Litteraturliste	19
Vedlegg 1: Pico skjema	21
Vedlegg 2: Litteraturmatrise	22

1. Innledning

Delirium er en akutt endring eller forstyrrelse av bevissthetsnivået som påvirker oppmerksomheten ved at en får redusert evne til å fokusere og fastholde oppmerksomheten. Samtidig ses det endret kognitiv funksjon med nedsatt hukommelse, desorientering og persepsjonsforstyrrelser som hallusinasjoner og vrangforestillinger. Diagnosekravet for delirium er at det skal være fysiologiske konsekvenser som skyldes en medisinsk tilstand. Videre skiller man mellom hyperaktivt delirium, hypoaktivt delirium og blandet type, og det er blandet type en ser mest av (Helsedirektoratet, 2019, s. 110; Loge et al., 2016, s. 502). Delirium ses oftest hos eldre pasienter, pasienter med alvorlig sykdom og pasienter som har redusert allmentilstand (Loge et al., 2016, s. 501).

I helsedirektoratets nasjonale handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen blir delirium omtalt som den nest hyppigste psykiatriske diagnosen blant kreftpasienter, selv om rapportering av forekomsten varierer betydelig. I litteraturen skiller det mellom disponerende og predisponerende årsaker knyttet til delirium (Helsedirektoratet, 2019, s. 110).

Delirium er en stor påkjennelse for pasienten og pårørende, og kan føles både skremmende og uverdigg (Cohen et al., 2009, s. 170; Loge et al., 2016, s. 510). Delirium er også en komplikasjon som er forbundet med økt sykkelighet og dødelighet (Seiler et al., 2021, s. 302). Det er lite dokumentert effekt på selve behandlingen av et etablert delirium (Loge et al., 2016, s. 507). Når en skal behandle et etablert delirium, må en behandle de utløsende årsakene. Derfor må de utløsende årsakene faktisk identifiseres, jo før disse identifiseres desto før kommer en i gang med rett behandling (Norsk legemiddelhåndbok, 2020).

Ved at vi som helsepersonell kjenner til både disponerende og utløsende årsaker, vil vi kunne iverksette forebyggende, evidensbaserte tiltak rettet mot utvikling av delirium, og vil kunne forhindre delirium hos pasientene. Basert på dette er hensikten med oppgaven å samle forskning som er gjort på området, for å bygge opp kunnskapsgrunnlaget til kreftsykepleier i det daglige arbeidet med kreftpasienten, og kunne bidra til forebygging av

delirium, som er en del av læringsutbytte en kreftsykepleier skal gjennom på videreutdanning (VID vitenskapelige høyskole, 2021, s.4).

1.1 Problemstilling

«Hvordan kan kreftsykepleier bidra til forebygging av delirium hos pasienter med kreft som er innlagt på sykehus?»

Jeg ønsket å finne forskningsartikler om forebyggende ikke-medikamentelle tiltak mot delirium hos pasienter med kreft som var innlagt på sykehus. Pasienten kunne være i en kurativ eller palliativ fase, men jeg har ekskludert pasienter med terminalt delirium. Jeg har ikke inkludert barn med kreft i oppgaven.

2. Metode

I denne fordypningsoppgaven er litteraturstudie benyttet som metode. I en litteraturstudie skal en forsøke å finne svar på et gitt forskningsspørsmål, altså svar på problemstillingen, ved å systematisk søke, vurdere og analysere litteratur som kan være relevant, og som er funnet via litteratursøk (Aveyard, 2019, s. 2). Hensikten med litteraturstudie er ikke å finne ny kunnskap, men å finne den allerede eksisterende kunnskapen om tema som skal være presentert i forskningsartikler (Støren, 2013, s. 17). Litteraturstudier er viktig fordi ved å samle tilgjengelig litteratur på et bestemt tema er det lettere for helsepersonell å holde seg oppdater på utvikling og ny forskning på området enn å måtte gå gjennom hver enkelt forskningsartikkel (Aveyard, 2019, s. 4).

2.1 Litteratursøk

Litteratursøket er gjort i databasene Cinahl, PubMed og Medline. Ut ifra min problemstilling lagde jeg et PICO-skjema som bidrar til å klargjøre spørsmålet for selve litteratursøket og gjør selve spørsmålet presist. PICO egner seg til å finne svar på kvantitative problemstilling (Helsebiblioteket, 2016). Se vedlegg 1.

Jeg har brukt søkeordene «cancer», «neoplasms», «advanced cancer», «delirium», «prevention», «experiences», nursing og «non-pharmacological». Søkeordene er brukt i ulike søk, i ulike kombinasjoner. Jeg har også fjernet «nursing» i noen søk i forsøk på å finne flere forskningsartikler. I de fleste søkene har jeg alltid inkludert «neoplasms» or «cancer» or «advanced cancer» and «delirium». Deretter har jeg bygd på med «prevention» or «experiences» or «non-pharmacological» i jakten på forskningsartikler som svarte på min problemstilling. Jeg gjorde et kvalitetssøk med hjelp fra bibliotekar for å påse at jeg ikke har oversett noe. Fikk tips om å fjerne småord som «prevention» og «non-pharmacological» for å få flere treff. Til tross for flere treff, ble det ikke inkludert noen flere artikler etter dette kvalitetssøket med biblioteket fordi artiklene ikke svarer på min problemstilling.

I søkene har jeg begrenset fra 2010 til dags dato og at alle skal være fagfellevurdert. Av funn var det flere oversiktsartikler, flere om medikamentell behandling og flere om terminalt delirium, dette ble ekskludert. Til tross for grundig veiledning fra veileder og bibliotekarer på skolen angående søkeprosessen sleit jeg med å finne nok forskningsartikler som faktisk svarer på min problemstilling. Dermed tok jeg kontakt med forskeren Leiv Otto Watne tilhørende OUS, som jeg fikk kjennskap til via fagsykepleier på min arbeidsplass. Jeg har hatt kort mailkontakt med Watne angående forskning på delirium. Videre har jeg sett et foredrag fra Watne på Youtube. I dette foredraget henviser Watne til en studie gjort av Inouye et al. (1999). Studien har jeg derfor valgt å inkludere i oppgaven med bakgrunn av at Watne anser fortsatt denne forskningsartikkelen som svært relevant og viktig i arbeidet for å forebygge delirium (Nasjonal Kompetansetjeneste ROP, 2017, 27:05).

På bakgrunn av dette gjorde jeg også et søk ved å ekskludere ordene «cancer», «neoplasm» OR «advanced cancer» for å se hva jeg eventuell kunne finne og vurdere overføringsverdien av disse til min oppgave. Her ble det valgt to forskningsartikler som svarte på min problemstilling. Begrunnelse for dette står i kapittel 2.2.

2.2 Utvelgelse av artikler

Samtlige inkluderte forskningsartikler er samlet i litteraturmatrisen som er vedlagt oppgaven, se vedlegg 2.

I søkeprosessen leste jeg sammendraget på artiklene som ut ifra overskriften så relevant ut. Ut ifra dette fikk jeg en anelse om artikkelen kunne svare min problemstilling, og jeg fikk eliminert oversiktsartikler. Deretter sjekket jeg at artiklene var bygd opp med IMRAD-struktur og sjekket at alle artiklene var publisert i fagfellevurderte tidsskrifter. Videre benyttet jeg meg av komponenter fra relevant sjekklister for den aktuelle artikkelen som en del av den kritiske vurdering av artikkelen. Dette gjøres i litteraturstudie for å vurdere blant annet artikkelens gyldighet, kvalitet og overførbarhet (Helsebiblioteket, 2016).

Tre av de åtte forskningsartiklene omhandler ikke direkte kreft, men er knyttet til forebygging av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus med ulike medisinske

tilstander (Avendaño-Céspedes et al., 2016; Inouye et al., 1999; Martinez et al., 2012). Disse velger jeg å inkludere og begrunnes med at det er blitt påpekt at det mangler en del evidensbaserte tiltak på delirium hos kreftpasienter (Helsedirektoratet, 2019, s. 112-113; Loge et al., 2016, s. 509). Videre påpeker Loge et al. (2016, s. 509) at mye av forskningen som er gjort på delirium, ikke er gjort direkte på pasienter med kreft, men generelt på eldre og skrøpelige pasienter. Likevel kan man dra paralleller mellom dokumenterte intervensjoner i forebygging av delirium hos eldre og skrøpelige og til spesielt palliative pasienter, da de har klare likehetstrekk. Ordrett står det: «Å intervenere på kjente risikofaktorer hos eldre og skrøpelige sykehuspasienter er relevant i palliasjon fordi palliative pasienter har klare likhetstrekk med de eldre og skrøpelige» (Loge et al., 2016, s. 509).

Forskningsartikkelen til Inouye et al. (1999) er mye eldre enn det jeg i utgangspunktet ønsket å inkludere i oppgaven min, noe som kan anses som en svakhet. Inkludering er delvis begrunnet over, men den er henvist til i Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen under kapittelet om Delirium (Helsedirektoratet, 2019, s. 114). Ved at den fortsatt aktivt brukes som en henvisningskilde til retningslinjer fra helsedirektoratet styrker dette begrunnelsen for at jeg inkluderer.

Forskningsartikkelen til Sinchak & DeGuzman (2021) er et kvalitetsforbedringsprosjekt. Det er uklart hvilken sjekklister som skal brukes, det er derfor brukt skjønn. Dette kan gjøre at vurderingen av forskningsartikkelen er noe svak. Likevel er den inkludert da den retter seg godt mot min problemstilling. Alle 8 artikler tatt for seg etiske betraktninger, som er tatt hensyn til. De er godkjent via etiske råd på sykehuset der studiene er utført, og flere nevner Helsinkideklarasjonen.

En siste svakhet er at alle forskningsartiklene er skrevet på engelsk, og personlig kan det være vanskelig å plukke opp essensen i teksten, og muligheten for å overse viktige aspekter ved analyse kan være til stede grunnet svake kunnskaper i engelsk.

2.3 Analyse

I analysedelen av arbeidet leste jeg nøye gjennom hver artikkel, og hadde spesielt fokus på resultatene. Jeg førte resultatene inn et eget dokument, en utvidet versjon av litteratormatrisen, slik at det var lettere å systematisere resultatene og de enkelte forskningsartiklene opp mot hverandre. Ved å gjøre dette fikk jeg god oversikt over resultatene på en systematisk og skjematisk måte, noe som lettet arbeidet resultatdelen av oppgaven. Ved å ha resultatene i skjema var det lettere å få oversikt over alle samtidig, og dermed tematisere nøkkelfunn som ble gjort.

Videre har jeg identifisert likheter og ulikheter i korte trekk. På grunn av oppgavens omfang presenteres kun hovedtrekkene under:

Studiene til Neefjes et al. (2017) og Seiler et al. (2021) har sett på predisponerende og utløsende årsaker til delirium hos pasienter med kreft. Avendano-Céspedes et al. (2016) og Inouye et al. (1999) nevner ikke-medikamentelle intervensjoner knyttet til risikofaktorer, men bruker ikke ordene predisponerende eller utløsende årsaker, kun risikofaktorer. De to sistnevnte omhandler ikke bare pasienter med kreft, men eldre pasienter innlagt på sykehus. Ogawa et al. (2019) lister også opp konkrete ikke-medikamentelle tiltak knyttet til forebygging av delirium, men hos pasienter med kreft. Det samme gjør Martinez et al. (2012), men studien handler ikke konkret om pasienter med kreft. Studiene til Hosie et al. (2015) og Sinchak & DeGuzman (2021) omhandler screeningverktøyet Nursing Delirium Screening Scale (Nu-DESC), men har ulike innfallsvinkler. Samtidig sier forskningsartiklene noe om ønsket om økt kunnskap knyttet til delirium fra sykepleieperspektivet. Ogawa et al. (2019) tar også for seg et screeningsprogram: Delirium Team Approach (DELTA), men denne har flere komponenter enn bare screening, som også inkluderer utdanning til sykepleiere.

På bakgrunn av analysen har jeg kommet frem til følgende tema:

- Risikofaktorer: predisponerende og utløsende faktorer
- Intervensjoner eller tiltak, ikke-medikamentelle
- Screeningsverktøy for tidlig identifisering
- Økt kunnskap til helsepersonell

3. Resultat

I kapittel 2.4 viser jeg hvordan jeg har tematisert resultatene i de 8 forskningsartiklene jeg har inkludert i litteraturstudiet. Artiklene presenteres her i kapittel 3 etter tematisering.

3.1 Risikofaktorer: predisponere og utløsende faktorer

I studien til Seiler et al. (2021, s. 299) identifiseres predisponerende og utløsende faktorer for utvikling av delirium hos pasienter med kreft. Ved å analysere forholdet mellom predisponerende og utløsende faktorer hos onkologiske pasienter kom de frem til at de meste relevante predisponerende faktoren var nedsatt aktivitet, skrøpelighet og nedsatt hørsel og syn. Når de analyserte utløsende faktorer så de at akutt nyresvikt sto øverst på listen, deretter kom trykksår, smerte og urinveisinfeksjon. I studien til Neefjes et al. (2017, s. 1863-1864) så de at kreftpasientene som utviklet delirium hadde høyere gjennomsnittsalder enn de som ikke utviklet delirium. De hadde høyere ECOG status (= Standardisert klassifikasjonssystem knyttet til funksjonsnivå) ved innleggelse og de fleste var innlagt for palliativ behandling, ikke kurativ. De så også at av de som utviklet delirium var de som var akutt innlagt, altså ikke elektive pasienter samt at rusmisbruk inkl. alkoholoverforbruk var predisponerende faktorer. De største utløsende faktorene i denne studien var høye doser psykotrope medikamenter, infeksjon, obstipasjon og metabolsk ubalanse.

3.2 Intervensjoner eller tiltak, ikke-medikamentelle

Ogawa et al. (2019, s. 559-569) nevner helt konkrete ikke-medikamentelle intervensjoner for å forebygge delirium hos pasienter med kreft - som en del av DELTA programmet - og setter god smertelindring, normal ernærings- og væskebalanse, tidlig mobilisering og unngåelse av obstipasjon og infeksjon som viktige tiltak for å forebygge delirium, og som faktisk vist seg å ha effekt. Disse tiltakene ble gjort hos pasienter som faktisk ble screenet til å ha høyere risiko for delirium som en komponent av studien.

I studien til Martinez et al. (2012, s. 630-631) ble det presentert en ikke-medikamentell intervensjon i forsøk på å forebygge delirium hos pasienter innlagt på en generell medisinsk

avdeling. Klokke og kalender skulle være tilgjengelig på rommet. Det skulle sørges for at høreapparat, briller og proteser skulle være tilgjengelig. Det skulle være tilstedeværelse av kjente gjenstander i rommet som for eksempel bilder. Pasienten skulle orienteres om tid, sted og situasjon samt at det ble innført utvidet besøkstid for pårørende slik at de kunne være på besøk lenger. Disse tiltakene viste seg å ha effekt for å forebygge utvikling av delirium da det var færre tilfeller av delirium i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen.

Inouye et al. (1999, s. 671 – 673) brukte intervensjonene som besto av å holde pasienten orientert for tid og dato. De etterstrebet god søvn for pasienten ved å redusere støy og bruke avslappende musikk. De mobiliserte pasienten ut av sengen tre ganger ila dagen. De sørget for at pasientene hadde sine briller og høreapparat i bruk og de forsøke å unngå dehydrering hos pasienten. Intervensjonene var baser på risikofaktorer for utvikling av delirium. Forskningen resulterte i at disse pasientene som fikk denne intervensjonen utviklet delirium i mindre grad enn de i kontrollgruppen.

Avendaño-Céspedes et al. (2016, s. 89-90) brukte en intervensjon som innbar å vurdere risikofaktorer og knytte intervensjoner mot disse. De orienterte pasienten daglig med dagens dato, sted og hvorfor de er innlagt. De minnet pasientene på å bruke briller og høreapparat hvis de hadde dette, de reduserte støy. De sørget for at pasienten fikk tilstrekkelig med søvn. De mobiliserte pasienten ut av sengen daglig, fjernet urinkateter om mulig. De sørget for at de holdt seg hydrert og fikk i seg beregnet kaloribehov. De sørget for tilfredsstillende oksygenmetning, at pasienten hverken hadde diare eller forstoppelse og at smerter var under kontroll. Resultatet viste at forekomsten av delirium var lavere i intervensjonsgruppen.

3.3 Screeningsverktøy for tidlig identifisering

I studien til Ogawa et al. (2019, s. 558-562) ble det innført et styringsprogram som var rettet mot screening av høyrisikogruppe for delirium og forebygging av delirium for å undersøke om dette programmet ville forbedre kvaliteten på pasienter med kreft som var innlagt på sykehus. Programmet ble kalt DELTA. Selve programmet var delt i hele seks komponenter hvor det blant annet ble vektlagt utdanning for sykepleierne om forebygging og screening,

og rutine screening av pasienter med høy risiko for å utvikle delirium. Det ble også gjort gitte intervensjoner knyttet til disse pasientene med forhøyet risiko for å utvikle delirium. Etter innføringen av DELTA programmet gikk insidensen av delirium ned.

Nu-DESC er et screeningverktøy som har blitt anvendt i to av de inkluderte forskningsartiklene hvor Hosie et al. (2015, s.3279-3283) har sett på sykepleiers oppfatning og gjennomførbarheten til å innføre Nu-DESC ved en palliativ enhet. Det som kom frem var at Nu-DESC var gjennomførbart, men at den likevel førte meg seg noe praktiske utfordringer.

I kvalitetsforbedringsprosjektet til Sinchak & DeGuzman (2021, s. 207-212) ble Nu-DESC programmet innført for å øke kunnskapen og med fokus på forebygging av delirium. Kvalitetsforbedringsprosjektet så på selve opplæringen i bruken av screeningsverktøyet og konkluderte med at opplæringsprogrammet som besto av to deler; en undervisende del, og del hvor Nu-DESC ble innført over en 5-ukersperiode gjorde at kunnskapen om forebygging og screening av delirium økte, og at sykepleierne syntes screeningsverktøyet var anvendelig og forståelig.

3.4 Økt kunnskap til helsepersonell

Opplæring og undervisning av helsepersonell om delirium går igjen i studiene knyttet til screeningsverktøy. Likevel har jeg valgt ha det som et fjerde tema. I studien til Ogawa et al. (2019, s. 558) - hvor DELTA programmet ble innført på et spesialsykehus for kreftpasienter - var undervisning om forebygging, screening og behandling den første komponenten av programmet. Ønsket om mer kunnskap om delirium og økt kunnskap om hvorfor det er viktig å screene pasientene var også et funn i resultatet til Hosie et al. (2015, s. 3281). I kvalitetsforbedringsprosjektet til Sinchak og DeGuzman (2021, s. 212) ble det gjort en 2-delt intervensjon som skulle øke kompetansen til sykepleierne. Her var altså undervisning første del og deretter ble Nu-DESC iverksatt i en 5 ukers periode. Studien viste at etter undervisningen fikk sykepleierne en bedre forståelse for delirium samt en bedre forståelse for hvordan de kunne forebygge delirium. Derfor så en at dette kvalitetsforbedringsprosjektet viser en vellykket metode for å kunne øke kunnskapen om delirium.

4. Diskusjon

Å vite noe om risikofaktorer eller predisponerende og utløsende årsaker for utvikling av delirium er en viktig del av det å forebygge. Noen bruker ordet risikofaktorer andre bruker predisponerende og utløsende årsaker. Studien til Seiler et al (2021, s. 299) listet opp nedsatt aktivitet, skrøpeligheit og nedsatt syn og hørsel som de tre mest predisponerende faktorene knyttet til delirium hos kreftpasienter. Neefjes et al. (2017, s. 1863) pekte på at jo eldre en var, og jo høyere ECOG status pasienten hadde, predisponerte dette for utvikling av delirium i større grad. Studiene konkluderer med noe ulike predisponerende årsaker. Det kan sikkert være flere årsaker til som må tas i betraktning, og er muligens knyttet til omstendighetene rundt studiene. Samtidig kan det trekkes paralleller. Skrøpeligheit brukes jo for å beskrive eldre sårbare pasienter (Ranhoff, 2020, s. 54). Når en pasient er eldre, og i tillegg har høy ECOG status, vil den jo i prinsippet betegnes som skrøpelig.

Av utløsende faktorer var nyresvikt, trykksår, smerter og urinveisinfeksjon listet øverst (Seiler et al., 2021, s. 299). Infeksjon, obstipasjon og metabolsk ubalanse var noen av de fremste utløsende faktorene i Neefjes et al. (2017, s.1863-1864) sin studie. I litteraturen står det at opioider er det hyppigste utløsende faktoren til delirium hos kreftpasienter (Loge et al., 2016 s. 503; Helsedirektoratet, 2019, s. 110). I denne oppgaven har jeg ekskludert medikamentelle tiltak, men vil uansett påpeke fakta fra litteraturen om at opioider er listet som en utløsende årsak. Seiler et al (2021, s. 299) sier jo at smerte er en utløsende årsak, så om det da er snakk om smertene i seg selv, eller om det er måten en behandler smertene på, er uvisst. Selv om jeg er diskuterer ikke-medikamentelle forebyggede tiltak, er det viktig for kreftsykepleier å vite om dette med opioider i forbindelse med pasientens smerter, uten at jeg skal gå videre inne på medikamentelle aspekter grunnet oppgavens omfang.

Det at studiene viser ulike resultater og at litteraturen på sin side sier noe litt annet igjen, gjør det jo gjerne litt forvirrende, og samtidig settes det jo spørsmålstegn ved resultatet og gjennomføring av studiene. Samtidig kan det jo tenkes at dette kan ha noe med at eldre pasienter med kreft er komplekse pasienter, og det er derfor studiene og litteraturen viser ulikheter. Jeg tenker at jo tidligere kreftsykepleier er ute med å identifisere om pasienten

disponerer for noe av disse risikofaktorene for å utvikle delirium, jo forttere kan en iverksette anbefalte intervensjoner for å forebygge. Det er også mest hensiktsmessig å knytte tiltak mot utløsende årsaker (Loge et al., 2016, s. 503). I oppgaven brukes også intervensjoner og tiltak noe om hverandre.

God smertelindring, normal ernærings- og væskebalanse, tidlig mobilisering og unngåelse av obstipasjon og infeksjoner lister Ogawa et al. (2019, s. 559) opp som ikke-medikamentelle tiltak knytte til forebygging av delirium. Flere av disse tiltakene kan settes opp mot utløsende faktorer, der smerter, nedsatt aktivitet og infeksjoner var nevnt (Neefjes et al., 2017, s. 1863-1864; Seiler et al., 2021, s. 299). Her er det en sammenheng mellom utløsende faktorer og tiltak kreftsykepleier kan bidra med i sitt daglige arbeid. De ikke-medikamentelle tiltakene som gjentok seg var å holde pasienten orientert for tid, sted og situasjon, tilstrebe at nødvendig syn- og hørsels hjelpemiddel var i bruk, sørge for minimalt med støy, og etterstrebet god søvn for pasienten. Mobilisere pasienten ut av sengene daglig og gjerne flere ganger om dagen og tilstrebe at pasienten ikke ble dehydrert eller underernært (Avendaño-Céspedes et al., 2016, s. 90; Inouye et al., 1999, s. 671 – 673). Nå skal det tas med i betraktningen at disse to studiene er ikke knyttet direkte mot kreftpasienter, men mot eldre innlagt pasienter. Det er likevel overførbart til pasienter med kreft, spesielt med tanke på at disse tiltakene også brukes i studien til Ogawa et al. (2019, s. 559) som er knyttet til pasienter med kreft. Samt overføringsverdien nevnt av Loget et al. (2016, s. 509) som er beskrevet i kapittel 2.2

Når en ser på hvordan disse tiltakene kan settes ut i praksis, ser det ved første øyekast overkommelig ut. Det likevel flere utfordringer knyttet til gjennomførbarheten av disse tiltakene. Å tilstrebe ro og god søvn er utfordrende på flere måter. Det er få enerom på sykehusene, sannsynligheten for å havne flermannsrom er stor. Her kan det ligge pasienter som snorker, er urolig, eller at pasienten ligger på en overvåkingsstue hvor det er mye støy. Kanskje pasientene må vekkes i løpet av natten? Videre kan det være utfordrende å få i pasienten nok mat og drikke med tanke på for eksempel kvalme knyttet til kreftbehandling, smerter eller bare generell sykehusinnleggelse. Det er heller ikke alle som får med seg briller og høreapparat når de blir lagt inn på sykehus. Til tross for flere utfordringer knyttet til tiltakene, er det som kreftsykepleier viktig å etterstrebe dette i så stor grad som mulig, og

igjen, ved å ha kjennskap til hva som faktisk er viktige tiltak knyttet til forebygging, vil kreftsykepleier kunne bidra til å forebygge delirium.

Tiltakene Martinez et al. (2012, s. 630) presenterer flere likheter ved de andre studiene (Avendaño-Céspedes et al., 2016; Inouye et al., 1999). Det at pasienten skulle ha klokke og kalender på rommet, er en måte å holde pasienten orientert på. Tilgjengelig høreapparat og briller blir nevnt. Det å ha kjente gjenstander og bilder var også listet som tiltak, noe som igjen går på orienteringsevne til pasienten. Det som skiller seg ut fra de andre studiene er pårørendeinvolvering. Et av tiltakene som nevnes her er utvidet besøkstid for pårørende, slik at de kunne være mer til stede. Resultatene viser til at tiltakene har bidratt til å redusere forekomsten av delirium. Samtidig står det ikke noe om hvilke av tiltakene som sannsynlig har størst effekt på resultatet. Her settes det noen krav til pårørende som vi som kreftsykepleiere må tenke på. Det kan være tøft å se sine nære i en delirisk tilstand, pårørende kan stresse og forsøkte å dempe deliriet, noe som muligens kan stresse pasienten mer. Dette må være en vurdering hver enkelt kreftsykepleier må ta. Utvidet besøkstid er heller alltid like gjennomførbart med hensyn til andre pasienter på rommet, undersøkelser og legevisitter.

Videre er screeningverktøy tematisert som funn i studiene, som en del av sykepleiers jobb mot forebygging. Det som skiller Ogawa et al. (2019, s. 558-562) fra de andre studiene hvor en så på forebyggende tiltak knyttet til risikoområder er at screening er en del av programmet. De andre studiene viser til gitte risikofaktorer, men har ikke et eget screeningsprogram (Avendaño-Céspedes et al., 2016; Inouye et al., 1999). På den måten er DELTA programmet et noe mer konkret verktøy, og inneholder flere ledd i forebygging av delirium. Dette kan både være til god nytte for kreftsykepleier, men samtidig kan det tenkes at med så mange komponenter, kan det også bli for omfattende. Et screeningsverktøy bør være enkelt for en kreftsykepleier å forholde seg til, og som er lett anvendelig i hverdagen. Samtidig er DELTA programmet tiltenkt som et samarbeid mellom sykepleier og lege, noe som kan utjevne arbeidsmengden knyttet til programmet (Ogawa et al., 2019, s. 558). Når Hosie et al. (2015, s. 3280) gjennomførte sin studie knyttet til hvor gjennomførbart Nu-DESC screeningverktøy var i en sykepleiers hverdag, var det noen interessante funn. Til tross for at sykepleierne synes at screeningsverktøyet var enkelt å bruke var det usikkert om resultatene

fra screeningene faktisk hadde noe å si for behandlingen av pasienten fra legens side. Dette viser til ulempen med at det bare er sykepleierne som står ansvarlig for screeningene uten å vite hvordan dette påvirker behandling.

Sinchak & DeGuzman (2021, s. 210) innførte ikke bare NU-DECS men de hadde også en undervisende del først, som økte grunnkunnskapen til sykepleierne om delirium og forebygging av delirium, før innføring av verktøyet. Nettopp denne undervisende komponenten ble etterspurt i studien til Hosie et al. (2015, s. 3281). Undervisning er også første del av DELTA programmet, hvor det ble undervist om forebygging, screenings og behandling av delirium (Ogawa et al., 2019, s. 558). Det er tydelig at kunnskap om delirium er en viktig komponent i forebygging av delirium. Som kreftsykepleier vil man å forstå vite hvorfor man gjør som man gjør, altså forstå viktigheten av for eksempel et screeningsprogram. Delirium er en tilstand som er underdiagnostisert (Loge et al., 2016, s. 501). Med bakgrunn i dette kan det tenkes at mer bevisstgjøring rundt delirium og ved å øke kunnskapen rundt dette, vil det bidra til at tilstanden blir mindre oversett. Videre står det i studien til Hosie et al. (2015, s. 3281) at enkelte sykepleiere mente at et slikt verktøy var best for ferske sykepleiere, at erfarne sykepleiere hadde kunnskap og erfaring nok til screening for delirium at de ikke helt så nødvendigheten med Nu-DESC. Dette er jo et interessant utsagn av sykepleiere, og hvorfor er da tilstanden ofte oversett? Dette tyder på manglende kunnskap, og da ikke bare fra ferske sykepleiere, men også erfarne sykepleiere. I og med at kreftpasienten kan være så kompleks, vil jeg påstå at kunnskap om delirium, sårbarhetsfaktorer, kunnskap om forebyggende tiltak og hvordan en skal fange opp disse pasientene er viktige, erfarne eller ikke, spesialsykepleier eller ikke.

5. Konklusjon

Kreftsykepleiers rolle i det forebyggende arbeidet mot delirium hos pasienter med kreft kommer frem systematisk i dette litteraturstudiet. Først er det relevant for kreftsykepleier å vite hva som er predisponerende og utløsende årsaker. Dersom kreftsykepleier er vitende om de predisponerende faktorene som er: eldre, skrøpelige pasienter med nedsatt aktivitet, nedsatt syn og hørsel og høyere ECOG status og vet at sånn som trykksår, smerter og infeksjoner står øverst over utløsende faktorer kan kreftsykepleier iverksette forebyggende tiltak tidlig. Det å orientere pasienten jevnlig, sørge for at pasienter bruker høreapparat eller briller som normalt og mobiliserer pasienten opp av sengen jevnlig, vil dette bidra til forebygging av delirium. Dette er å anse som tiltak en kreftsykepleier i de aller fleste tilfeller har tid og ressurser til gjennom en vakt. Dette handler rett og slett om god, grunnleggende sykepleie. Videre har en sett at det å øke kunnskapsgrunnet til kreftsykepleier bidrar positivt mot forebyggingen av delirium. Da er kreftsykepleier mer klar over viktigheten av forebygging, hvorfor delirium er en komplikasjon en helst vill unngå og hvorfor implementering av screeningsverktøy for å fange opp pasienter i «faresonen» er en del av forebyggingen.

Litteraturliste

- Avendaño-Céspedes, A., García-Cantos, N., González-Teruel, M. Del M., Martínez-García, M., Villarreal-Bocanegra, E., Oliver-Carbonell, J. L. & Abizanda, P. (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* 86, 86-94.
<https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2016.02.002>
- Aveyar, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: A Practical Guide* (4. utg.). Open University Press/ McGraw- Hill Education
- Cohen, M. Z., Pace, E. A., Kaur, G. & Bruera, E. (2009). Delirium in advanced cancer leading to distress in patients and family caregivers. *Journal of Palliative Care*, 25(3), 164–171.
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). PICO. <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico>
- Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). Sjekklister.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen* (IS-2800). <https://www.helsedirektoratet.no/>
- Hosie, A., Lobb, E., Agar, M., Davidson, P. M., Chye, R. & Phillips, J. (2015). Nurse perceptions of the Nursing Delirium Screening Scale in two palliative care inpatient units: a focus group study. *Journal of Clinical Nursing, (John Wiley & Sons, Inc.)* 24(21-22), 3276-3285. <https://doi.org/10.1111/jocn.12925>
- Inouye, S. K., Bogardus, S. T. Jr., Charpentier P. A., Leo-Summers, L., Acampora D., Holdford, T. & Cooney L. M. (1999) A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients. *The New England Journal of Medicine* 340(9), 669-676.
<https://doi.org/10.1056/NEJM199903043400901>
- Loge, J. H., Hjermsstad Jensen, M. & Løhre E. T. (2016) Delirium. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon: Nordisk Lærebok* (3. utg., s. 501-510). Gyldendal Akademisk
- Martinez, F. T., Tobar, C., Beddings, C. I., Vallejo, G. & Fuentes, P. (2012). Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention. *Age and Ageing*, 41(5), 629-634. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs060>

- Nasjonal kompetansetjeneste ROP. (2017, 26. April). *Leiv Otto Watne: Delirium: Vanlig og alvorlig, men ofte oversett* [Video]. Youtube.
<https://www.youtube.com/watch?v=fJcChwraK8k>
- Neefjes, E. C. W., van der Vorst, M. J. D. L., Verdegaal, B. A. T. T., Beekman, A. T. F., Berkhof, J. & Verheul, H. M. W. (2017) Identification of patients with cancer with a high risk to develop delirium. *Cancer medicine*, 6(8) 1861-1870.
<https://doi.org/10.1002/cam4.1106>
- Norsk legemiddelhåndbok. (2020, 20. august) *Delirium: Behandling*.
<https://www.legemiddelhandboka.no/T5.8/Delirium>
- Ogawa, A., Okumura, Y., Fujisawa, D., Takei, H., Sasaki, C., Hirai, K., Kanno, Y., Higa, K., Ichida, Y., Sekimoto, A. & Asanuma, C. (2019). Quality of care in hospitalized cancer patients before and after implementation of a systematic prevention program for delirium: the DELTA exploratory trial. *Supportive Care in Cancer* 27(2) 557-565.
<https://doi.org/10.1007/s00520-018-4341-8>
- Ranhoff, A. H., Den gamle pasienten. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 53-67). Gyldendal akademisk
- Seiler, A., Blum, D., Deuel, J. W., Hertler, C., Schettle, M., Zipser, C. M., Ernst, J., Schubert, M., von Känel, R. & Boettger, S. (2021). Delirium is associated with an increased morbidity and in-hospital mortality in cancer patients: Results from a prospective cohort study. *Palliative and Supportive Care* 19(3), 294-303.
<https://doi.org/10.1017/S147895152000139X>
- Sinchak, C. & DeGuzman, P. B. (2021). Delirium Education in Hospice Care: A Quality Improvement Project. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 23(3), 207-213.
<https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000743>
- Støren, I. (2013) *Bare søk! Praktisk veiledning i å skrive litteraturstudier* (2. utg.). Cappelen Damm Akademisk
- VID vitenskapelige høyskole (2019) Studieplan for videreutdanning i kreftsykepleie (Oppdatert 2021). <https://www.vid.no/planer/fagplan-kreftsykepleie/>

Vedlegg 1: Pico skjema

Pasient/Problem	Intervention	Comparison	Outcome
Pasienter med kreft innlagt på sykehus	Forebyggende tiltak mot utvikling av delirium		Forebygge delirium
Neoplasms	Delirium		
Palliative cancer	Prevention		
Cancer	Non-pharmacological Nursing		

Vedlegg 2: Litteratormatrise

Referanse	Hensikt med studien	Populasjon/kontekst for studien	Metode og utvalg	Resultater og diskusjon	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave.
<p>Martinez, F. T., Tobar, C., Beddings, C. I., Vallejo, G. & Fuentes, P.</p> <p>2012</p> <p>Preventing delirium in an acute hospital using a non-pharmacological intervention.</p> <p>Age and ageing</p>	<p>Hensikten var å avgjøre om en multikomponent ikke-medikamentell intervensjon kunne redusere forekomsten av delirium hos pasienter som er innlagt på sykehus, i motsetning til standardbehandling som ble brukt i forebygging av delirium.</p>	<p>Utvalgte pasienter innlagt på sykehus i Chile i perioden september 2009 og juni 2010.</p> <p>Pasienten var innlagt for en generell medisinsk grunn.</p>	<p>Enkeltblindet randomisert kontrollert klinisk studie. = RCT.</p> <p>Det var til slutt 287 pasienter som gjennomgikk randomiseringsprosessen, hvor 144 ble registrert i behandlingsgruppen og 143 i kontrollgruppen, hvor totalt 13 av disse gikk bort før oppfølging.</p>	<p>Det viste seg at det var 8 stk som utviklet delirium i gruppen som var tildelt denne ikke-medikamentelle intervensjonen, mot 19 personer som utviklet delirium i kontrollgruppen. Det ble derfor konkludert med at denne ikke-medikamentelle intervensjons -som er spesifisert under resultater i oppgaven. reduserte risiko for utvikling av delirium hos pasienter innlagt på en indremedisinsk avdeling.</p>	<p>Til tross for at studien ikke dekker konkret pasienter med kreft, men pasienter som er innlagt på en generell medisinsk avdeling, var 17% av pasienten som var inkludert pasienter med kreft.</p> <p>Studien svarer på konkrete ikke-medikamentelle tiltak som brukes i forebygging mot delirium, og som har vist seg å ha effekt.</p>

<p>Seiler, A., Blum, D., Deuel, J. W., Hertler, C., Schettle, M., Zipser, C. M., Ernst, J., Schubert, M., von Känel, R. & Boettger, S.</p> <p>2021</p> <p>Delirium is associated with an increased morbidity and in-hospital mortality in cancer patients: Results from a prospective cohort study.</p> <p>Palliativ and Supportive Care</p>	<p>Studiens hensikt var delt i fire kategorier: 1. Undersøkt forekomsten av delirium hos pasienter med kreft. 2. Å utforske predisponerende og utløsende faktorer for delirium ved å sammenlikne deliriske og ikke-deliriske pasienter. 3. Å identifisere den predisponerende og utløsende faktoren med størst innvirkning og 4. Å sammenlikne overlevelse hos deliriske og ikke-deliriske pasienter med kreft.</p>	<p>Studien var en del av et større observasjonsprosjekt kaldt Delir-path som hadde som mål å forbedre forebygging og tidligere identifisere og behandle sykehuservervet delirium hos kirurgiske- og intensivpasienter. Dette ble gjort på universitetssykehuset i Zürich.</p>	<p>Prospektive observasjons cohort studie.</p> <p>Kvantitativ.</p> <p>Siden denne studien var en del av en større studie, var rekruttert pasienter på tvers av 43 avdelinger på sykehuset. Totalt 29 278 kvalifiserte pasienter. Videre ble 1350 av disse pasientene behandlet ved onkologiske eller hematologiske avdelinger. Andre hematologiske sykdommer som ikke omhandler malignitet var ikke inkludert, dermed har de kunne brukte begrepet «kreftpasienter» for utvalget. Av disse 1350 pasienten innlagt med kreft, var det 463 pasienter med delirium og 887</p>	<p>I studien kom det frem av prevalensens av delirium var på 34,3 %. De mest relevante disponerende faktorene for delirium hos onkologiske pasienter var nedsatt ADL, skrøpelig, nedsatt hørsel og syn. Videre ble kronisk pneumonitt, nyresvikt og hypertensjon nevnt. De mest vanlige utløsende faktorene for utvikling av delirium var akutt nyresvikt, trykksår, smerte og urinveisinfeksjon.</p> <p>Studien konkluderer videre med at ved å flere noen av disse predisponerende og utløsende årsakene må identifiseres tidlig og modifiseres for å redusere symptombyrden for pasienten og gi bedre</p>	<p>Artikkelen har relevant knyttet til min oppgave da den konkluderes med viktigheten av å kunne forebygge delirium. Og ved å tidlig identifisere om pasienten har en av disse mange risikofaktorene, vil en kunne bidra til å forebygge delirium. Det handler om hva er viktig å ha med seg som sykepleier når en møter pasienter i sykehus med tanke på forebygging.</p>
--	---	---	--	--	--

			pasienter ute delirium.	kliniske resultater for pasienten.	
<p>Hosie, A., Lobb, E., Agar, M., Davidson, P. M., Chye, R. & Phillips, J.</p> <p>2015</p> <p>Nurse perceptions of the Nursing Delirium Screening Scale in two palliative care inpatient units: a focus group study.</p> <p><i>Journal of Clinical Nursing</i></p>	<p>Hensikten var å undersøke sykepleiers oppfatninger på implementering og gjennomførbarhet av Nu-DESC i praksis på en palliativ enhet.</p>	<p>Undersøkelsen fant sted ved to palliative enheter ved sykehus i Sydney i Australia. Alle sykepleiere som deltok i studien jobbet ved en av disse to avdelingene.</p>	<p>Kvalitativ studie med bruk av fokusgruppe. Det ble brukt en semi-strukturert intervjuguide. Det ble gjort i fire fokusgrupper, og det var totalt 21 sykepleiere som deltok.</p>	<p>Resultatene ble delt i tre tema:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Programmet Nu-Desc er: Ja, gjennomførbart, men hva skjer så? 2. Nyanser, tvetydelighet og klinisk kompleksitet ved bruk av NU-DESC i palliative behandling. 3. Implementering av strukturerte prosesser krever stødigere grunnlag. <p>·</p> <p>Det ble konkludert med at disse sykepleieren som gjennomførte undersøkelsen syns verktøyet var et lett og kort delirium screening verktøy som bidro til å øke bevisstheten og som de ønsket å implementere i praksis.</p>	<p>For at jeg skal kunne svare å min problemstilling knyttet til forebygging av delirium, vil identifisering av risikofaktorer være til nytte og screenings programmer vil være et tiltak knyttet til dette.</p>

<p>Neefjes, E. C. W., van der Vorst, M. J. D. L., Verdegaal, B. A. T. T., Beekman, A. T. F., Berkhof, J. & Verheul, H. M. W.</p> <p>2017</p> <p>Identification of patients with cancer with a high risk to develop delirium.</p> <p>Cancer Medicine</p>	<p>Hensikten med studien var å evaluere forekomsten av delirium og dets risikofaktorer hos pasienter med kreft innlagt på sykehus for behandling eller palliativ pleie for å kunne utvikle en prediksjonsmodell for å kunne indentifisere pasienter med høy risiko for delirium.</p>	<p>Studien foregikk på en medisinsk onkologisk avdeling ved VUmc Cancer Center Amsterdam.</p>	<p>Dette er et retrospektiv studie. Kvantitativ studie. Studien ble gjennomført på pasienter med maligne svulster som var innlagt mellom 1. januar 2011 og 30. juni 2012. Det ble samlet inn data fra pasientene om «baseline characteristic», tilstedeværelse delirium og risikofaktorer gjennom hele oppholdet. Det var totalt 574 pasienter som var innlagt, totalt 1733 innleggelser. Altså flere innleggelser per pasienten. 1003 av innleggelserne var planlagte.</p>	<p>De så at av pasientene som utviklet delirium hadde en høyere gjennomsnittsalder de hadde høyere ECOG status ved innleggelse og de fikk oftere behandling med palliativ intensjon eller bare palliativ pleie. 94% av pasienten som utviklet delirium hadde en ikke-planlagt innleggelse. De mest utbredt predisponerende faktorene var alder >70 år og alkohol/narkotikamisbruk. De mest utbredte utløsende faktorene var høye doser psykotrope medikamenter, infeksjon, obstipasjon og metabolsk ubalanse. Man så at i gruppen ved pasienter som ble akutt innlagt (som allerede hadde større</p>	<p>Nok en artikkel som sier noe om risikofaktorer for utvikling av delirium som er viktig informasjon i jobben mot å forebygge delirium.</p>
---	--	---	---	---	--

				<p>risiko for utvikling av delirium), at ved metabolske ubalanse var det større risiko for delirium.</p> <p>Konklusjon: Det ble identifisert at spesielt pasienter som ble innlagt uplanlagt/akutt med en metabolsk ubalanse har høyere risiko for å utvikle delirium.</p>	
<p>Ogawa, A., Okumura, Y., Fujisawa, D., Takei, H., Sasaki, C., Hirai, K., Kanno, Y., Higa, K., Ichida, Y., Sekimoto, A. & Asanuma, C.</p> <p>2019</p> <p>Quality of care in hospitalized</p>	<p>Hensikten med studien var å evaluere om «Delirium Team Approach (DELTA) programmet ville forbedre kvaliteten på omsorgen til pasienter som er innlagt på sykehus med kreft. DELTA = et styringsprogram rettet mot screening av høyrisikogruppe og forbygging av av delirium.</p>	<p>Pasientene som var innlagt på National Cancer Center hospital Øst (Japan) – spesialsykehus for kreftbehandling - var kvalifisert til å bli inkludert i studien dersom de oppfylgte visse inklusjonskriterier. Det var totalt 4180 pasienter i før-intervensjonsgruppe n og 3797 pasienter i</p>	<p>Det ble gjort en retrospektiv kohortstudie med en før- etter- tilnærming for å evaluere effektiviteten til DELTA programmet. Det var to studiefaser, 6 mnd. før implementeringen av DELTA programmet og 6 mnd. etter DELTA programmet.</p>	<p>Etter innføringen av DELTA programmet, insidensen av delirium gikk fra 7.1 % til 4.3 %. Det ble blant annet vist en bedring av uavhengighet i ADL økte ved utskriving. Fall og selvestuberings hendelser ble redusert</p> <p>Konklusjon: Systematisk intervensjon for forebygging av delirium reduserte forekomsten</p>	<p>Denne studien viser til et DELTA program som trolig kan gjennomføres i praksis og vil være relevant i oppgaven min knyttet til forebyggende tiltak knyttet til delirium.</p>

<p>cancer patients before and after implementation of a systematic prevention program for delirium: the DELTA exploratory trial.</p> <p>Supportive Care lin Cancer</p>		<p>intervensjonsgruppen.</p>		<p>og forbedret det kliniske utfallet. Forskningen tyder på at DELTA programmet er gjennomførbart og implementert som en del av arbeidet i avdelinger. Videre står det at en randomisert kontrollert studie er nødvendig for å trekke en mer definitiv konklusjon.</p>	
<p>Inouye, S. K., Bogardus, S. T. Jr., Charpentier P. A., Leo-Summers, L., Acampora D., Holdford, T. & Cooney L. M.</p> <p>1999</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke effektiviteten av en flerkomponentstrategi for forebygging av delirium hos eldre pasienter som er innlagt på sykehus.</p> <p>Intervensjonsstrategien brukte seks risikofaktorer for delirium som mål for</p>	<p>Studien ble gjort på pasienter som var innlagt på generelle medisinske avdelinger på New Haven Hospital i Yale.</p>	<p>Kontrollert klinisk studie. Det ble inkludert 852 pasienter, de ble delt i en intervensjonsgruppe og en «vanlig omsorgsgruppe». Dette var en kontrollert klinisk studie som brukte prospektiv, individuell matching for å</p>	<p>Det viste seg at totalt antall episoder med delirium var lavere i intervensjonsgruppa, og når det først ble utviklet delirium, hadde deliriet kortere varighet. Det viste seg også at når en pasient først hadde havnet i delirium, hadde ikke lenger intervensjonen noe effekt på</p>	<p>Denne studien er relevant, fordi den svarer på problemstillingen til en viss grad. Den omhandler ikke bare pasienter med kreft, men den eldre pasienten. Studien er relevant, til tross for sin alder, da den fortsatt brukes av fagfolk og faglige</p>

<p>A Multicomponent Intervention to Prevent Delirium in Hospitalized Older Patients.</p> <p>The New England Journal of Medicine</p>	<p>intervensjonen. Kognitiv svikt, søvnmangel, immobilitet, synshemming, hørselshemming og dehydrering.</p>		<p>sammenligne pasienter innlagt på en intervensjon og to vanlige (kontroll) enheter ved sykehuset.</p>	<p>alvorlighetsgraden av deliriet eller sannsynligheten for tilbakefall. Derfor viser denne forskningen at primær forebygging sannsynlig er den mest effektive strategien.</p>	<p>retninglinjer om emnet delirium.</p>
<p>Avendaño-Céspedes, A., García-Cantos, N., González-Teruel, M. Del M., Martínez-García, M., Villarreal-Bocanegra, E., Oliver-Carbonell, J. L. & Abizanda, P.</p> <p>2016</p>	<p>Hensikten med studien av å analysere om en forebyggende multikomponent ikke-medisinsk intervensjon reduserte forekomsten, varighet og alvorlighetsgraden på delirium hos eldre pasienter innlagt på en akutt geriatrisk avdeling.</p> <p>Intervensjonen besto av en del som innbar en risikoanalyse og den</p>	<p>Studien foregikk akutt medisinsk geriatrisk avdeling ved Complejo Hospitalario Universitario i Albacete , Albacete, Spania, et tertiært universitetssykehus.</p> <p>Dette var pasienter innlagt som var 65 år eller eldre og var innlagt i perioden mellom oktober</p>	<p>Enkelt-blindet randomisert klinisk studie(Pilot studie).</p> <p>Kvantitativ studie, RCT.</p> <p>50 pasienter ble randomisert. 21 havnet i intervensjonsgruppen og 29 havnet i kontrollgruppen.</p>	<p>Deliriumsforekomsten var lavere i intervensjonsgruppen, prevalensen var lavere i intervensjonsgruppen, deliriets alvorlighetsgrad var lavere i intervensjonsgruppen.</p> <p>Konklusjon: Viser foreløpig at intervensjonene som ble gjort kunne føre til lavere forekomst av</p>	<p>En artikkel som viser til spesifikke intervensjoner mot spesifikke risikofaktorer som sykepleier kan implementeres i pleien til pasienten.</p>

<p>Pilot study of a preventive multicomponent nurse intervention to reduce the incidence and severity of delirium in hospitalized older adults: MID-Nurse-P</p> <p>Maturitas</p>	<p>andre delen handlet om spesifikke intervensjoner ut ifra risikofaktorene. Denne er spesifisert i tabell 1 i studien.</p>	<p>2013 og februar 2014.</p>		<p>delirium, lavere prevalens av delirium og lavere alvorlighetsgrad, selv om dette viser positive resultater vil de ha bekreftelse fra en komplett studie.</p>	
<p>Sinchak, C. & DeGuzman, P. B.</p> <p>2021</p> <p>Delirium Education in Hospice care - a quality improvement project</p>	<p>Hensikten med dette evidensbaserte kvalitetsforbedringsprosjektet var å evaluere virkningen av intervensjonen (som var å på pleiepersonellens evne til å forbedre kunnskapen om delirium, men fokus på å kunne forebygge tilfellene.</p>	<p>Det var helsepersonell som jobbet på Hospice of the Piedmont, i Virginia USA som skulle gjennomføre intervensjonen.</p>	<p>Kvalitets forbedrings prosjekt. IMRAD struktur.</p> <p>Det ble gjort en 2-delt intervensjon, undervisning etterfulgt av implementering av Nu-DESC verktøyet i en 5 ukers periode. Det ble også utført en «test» av sykepleieren for å sikre seg at</p>	<p>Alle sykepleierne forsto Nu-DESC verktøyet, de synes det var enkelt å bruke og de følte de fikk tilstrekkelig opplæring til å kunne bruke dette. Sykepleierne meldt også fra om at de hadde en bedre forståelse for delirium, og en bedre forståelse for hvordan man kan forebygge delirium.</p>	<p>Artikkelen har en litt annen vinkling enn de andre artiklene, samt at det er et kvalitetsforbedringsprosjekt. Likevel viser den hvordan sykepleier kan læres bedre opp knyttet til delirium, ved hjelp Nu-DESC verktøyet som vil kunne bidra til tidlig identifisering av delirium som</p>

Journal of Hospice & Palliative Nursing			undervisningen faktisk ga økt kunnskap. Totalt 10 sykepleiere gjennomført intervensjonene.	Konklusjon: Dette kvalitetsforbedringsprosjektet fremhever en vellykket metode for å utdanne og forbedre inneliggende hospice sykepleieres kunnskap om delirium og implementering av Nu-DESC-verktøyet.	sannsynlig vil gi gjøre det mer mulig å reverese det tidlig nok.
--	--	--	--	---	--