



Helhetlig omsorg til pasienter i delirium

Hva er sykepleiers rolle i å identifisere og behandle delirium hos pasienter på sykehus?

Kandidatnummer: 257

VID vitenskapelige høyskole

Campus Oslo

Bacheloroppgave

Bachelor i sykepleie

Kull: BIS2018

Antall ord: 10 154

Dato: 28.05.2021

«Får jeg holde deg i hånden,
holde fast en liten stund.
Slippe taket i alt annet
og bare holde uten grunn.»
- Kjerstin Aune, 2012

Sammendrag

Problemstilling: «Hva er sykepleiers rolle i å identifisere og behandle delirium hos pasienter på sykehus?»

Metode: Dette er en litterær oppgave der kildematerialet er eksisterende fag- og forskningslitteratur, supplert med personlige kliniske erfaringer.

Funn: Fag- og forskningslitteratur indikerer at systematiske kartleggingsverktøy er hensiktsmessig for å identifisere tilstanden. Behandlingen retter seg mot utløsende årsak, fulgt av ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak. Sistnevnte er omdiskutert, da det kan ha uheldige bieffekter for individet.

Diskusjon: Diskusjonen baseres på funn og teori presentert i oppgaven. Temaer som diskuteres er blant annet kunnskap blant sykepleiere, bruk av kartleggingsverktøy, samt sykepleiers rolle i behandlingen.

Konklusjon: Sykepleier spiller en sentral rolle i identifisering og behandling av delirium, grunnet døgnkontinuerlige vakter på sykehuset, tett observasjon av pasienter og en utøvende funksjon i implementering av deliriumrettede tiltak. Gjennomgått litteratur indikerer at tidspress og mangelfull kompetanse blant sykepleiere, kan forsinke eller utfordre sykepleiers rolle i identifisering og behandling av delirium.

Abstract

Topic question: “What is the nurses’ role in identifying and treating delirium among inpatients?”

Method: This is a literature study based on existent scientific and research literature, combined with personal experience.

Findings: Literature indicates that screening tools is advantageous in identifying delirium. Treatment aims toward the main cause for the patient’s delirium, followed by non-pharmacological and pharmacological approaches. The latter is disputed considering drug use may worsen the course of delirium.

Discussion: The discussion is based on research findings and theoretical aspects. Key subjects are lack of knowledge among nurses, screening tools and different aspects considering treatment.

Conclusion: Nurses have an important role concerning identification along with treatment, due to presence at the unit all hours of the day, which enables close observation of the patient. Nurses have an executive function according to treatment. Findings indicate that lack of knowledge and time pressure potentially can threaten the nurses key role.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans	1
1.2	Problemstilling	2
1.3	Avgrensning av problemstilling og oppgave	3
1.4	Begrepsavklaring.....	3
2	Metode.....	4
2.1	Litteratursøk som metode	4
2.2	Søkestrategi	5
2.2.1	Inklusjons- og eksklusjonskriterier	5
2.2.2	Fremgangsmåte	5
2.3	Introduksjon til forskningsartikler og relevans	9
2.4	Kildekritikk	11
2.5	Etiske overveielser	13
3	Teori og resultat	14
3.1	Hva er delirium?.....	14
3.2	Identifisering av delirium	15
3.2.1	Delirium, demens, depresjon eller akutt psykose?.....	15
3.2.2	Symptomer	16
3.2.3	Komparentopplysninger og kartleggingsverktøy	17
3.3	Optimal sykepleie til delirumpasienten.....	18
3.3.1	Medikamentelle tiltak.....	19
3.3.2	Menneske-til-menneske: En teoretisk tilnærming av Joyce Travelbee.....	20
3.4	Etisk og juridisk perspektiv	20
3.5	Resultater.....	21
4	Diskusjon.....	25
4.1	Sykepleier som sentral aktør	25
4.2	Skjønnsmessig vurdering i valg av behandling	28
4.2.1	Sykepleiers funksjon	33
5	Konklusjon	35
	Litteraturliste	36
	Vedlegg	40

1 Innledning

Delirium, også kalt akutt forvirring, er en underdiagnostisert tilstand som rammer omtrent 1 av 3 eldre pasienter over 65 år innlagt på medisinske sengeposter (Marcantonio, 2017, s. 1456). Tilstanden har alvorlige konsekvenser for den rammede og samfunnet for øvrig. Med delirium følger forlengede sykehusopphold, reinnleggelser, kognitiv svekkelse og økt mortalitet. Omtrent ¼ av pasienter som utvikler delirium dør innen det første året etter utskrivelse (Witlox et al., 2010, sitert i Egberts et al., 2020). Delirium har vesentlige samfunnsmessige og økonomiske konsekvenser, i form av flere liggedøgn på sykehus og økt prevalens av institusjonalisering etter utskrivelse (Melhus & Lærum-Onsager, 2019, s. 15). Disse konsekvensene underbygger viktigheten av å øke fokus på tilstanden. Sykepleiere er blant de som ser pasienten mest i løpet av døgnet, og vil derfor være en sentral aktør i indentifisering og behandling av tilstanden.

I kapittel 1 presenteres bakgrunn for valg av tema og oppgavens sykepleiefaglige relevans. Oppgavens problemstilling, avgrensninger og begrepsavklaringer vil også bli belyst i dette kapitlet.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og sykepleiefaglig relevans

Underveis i sykepleierstudiet har jeg hatt mange sterke møter med pasienter som er i delirium, og inntrykket er en pasientgruppe som er sårbare, utrygge og i fare for kompliserte behandlingsforløp med negative senvirkninger (Inouye et al., 2014). Gjennom arbeid har jeg erfart at kunnskapen om delirium blant sykepleiere er varierende og avhenger av arbeidssted, erfaring og interesse. Bakgrunn for valg av tema er et ønske om å møte disse pasientene på en god og kunnskapsbasert måte.

En hendelse jeg synes belyser dette godt er da jeg som uerfaren sykepleierstudent satt fastvakt for en urolig, eldre pasient med delirium. Vedkommende måtte ha kontinuerlig tilsyn for at han ikke skulle dra ut sitt sentrale venekateter eller skade seg ved å klatre ut av sengen. Uerfaren som jeg var, trodde jeg at min jobb ene og alene var å passe på at det medisinske utstyret forble urørt, og at han ikke skadet seg selv i form av å falle. Lite visste jeg at sykepleier er den som har mulighet til å virkelig hjelpe pasienter med delirium til å håndtere sin skremmende sinnstilstand. I forkant av vekten fikk jeg ingen konkrete råd om håndtering av delirium, annet enn at jeg skulle passe på at han ikke skadet seg. Denne vekten tror jeg representerer noe som daglig skjer på norske sykehus; at en pleier uten inngående kunnskap skal passe på en pasient med delirium.

Hensikten med min bacheloroppgave er at jeg selv ønsker å lære mer om delirium, og jeg ønsker å være i stand til å bruke min rolle som kommende sykepleier til å veilede kollegaer og studenter om hvordan best ivareta denne pasientgruppen. Hvordan kan sykepleier utøve god og helhetlig sykepleie, overfor en pasient som er helt overbevist om at du er der for å drepe? Hvordan kan vi som sykepleiere få pasienten til å føle trygghet og ro, når vedkomne holder deg fast fordi han/hun tror du skal skade? Dette er ulike spørsmål jeg selv har stilt meg i min kliniske hverdag, og jeg synes hendelsene er representative for en arbeidsdag med pasienter i delirium. Temaet er aktuelt fordi levealderen er stigende både nasjonalt og globalt, og siden alder er en viktig risikofaktor for utvikling av delirium, vil fremtidens sykepleiere møte flere og flere pasienter med tilstanden (Stubberud, 2017, s. 430). Gjennom oppgaven ønsker jeg å belyse hvordan sykepleiere kan bidra til å identifisere og behandle delirium hos eldre pasienter på sykehus.

1.2 Problemstilling

Sett i lys av overnevnte, blir oppgavens problemstilling som følger:

«Hva er sykepleiers rolle i å identifisere og behandle delirium hos pasienter på sykehus?»

1.3 Avgrensning av problemstilling og oppgave

Pasientgruppen er begrenset til de over 65 år fordi det er denne aldersgruppen som hyppigst utvikler delirium (Marcantonio, 2017, s. 1456). Selv om alder avgrenser problemstillingen, vil det ikke presenteres litteratur som konkret går inn på alderdom, da fokuset i oppgaven ligger på sykepleiers rolle i identifisering og behandling av delirium. Når det gjelder behandling av utløsende årsak til delirium og sykepleiers rolle vedrørende dette, vil det bli kort beskrevet, men ikke redegjort for ytterligere. Jeg har valgt å avgrense oppgaven på den måten fordi jeg synes det er mer hensiktsmessig for sykepleier å vite om generelle ikke-medikamentelle og medikamentelle behandlingsmetoder i møte med pasienten i delirium. Behandling for utløsende årsak vil alltid være individuelt tilpasset den enkelte pasient, og sykepleier må administrere behandlingen legen foreskriver.

Delirium tremens, også kalt alkoholdelir, vil ikke bli omtalt i oppgaven. Dette er en egen form for delirium som er alkoholutløst, og vil ikke være dominerende hos pasientgruppen jeg har valgt å konsentrere meg om i denne bacheloroppgaven (Oslo universitetssykehus, 2017).

1.4 Begrepsavklaring

Definisjon av delirium: «*Akutt, mental forstyrrelse karakterisert av forstyrrelse i bevissthet, orientering, hukommelse, tanker, evne til oppfatning og atferd*» (Ranhoff, 2018, s. 452).

2 Metode

I kapittel 2 defineres metode som begrep og hva som er den metodiske tilnærmingen for denne oppgaven. Videre skal søkestrategien beskrives, før en kort presentasjon av utvalgte forskningsartikler vil bli presentert. Helt til slutt vil kildekritikk og etiske overveielser bli beskrevet.

2.1 Litteratursøk som metode

For å belyse oppgavens problemstilling på en strukturert og systematisk måte, brukes metode. Sosiologen Vilhelm Aubert definerte i 1985 metode som: «[...] en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder» (sitert i Dalland, 2014, s. 111). Det er to metodiske retninger som begge bidrar til økt samfunnsforståelse blant mennesker, henholdsvis kvantitativ og kvalitativ metode. Den kvantitative metoden gir data i form av enheter som kan måles, mens kvalitativ metode fanger opp datamateriale som ikke lar seg måle, slik som meninger og opplevelser (Dalland, 2014, s. 112).

Denne oppgaven er en litteraturgjennomgang, også kalt litteraturstudie. Datamaterialet baseres hovedsakelig på eksisterende skriftlige kilder, primært forskningsstudier og faglitteratur, som omhandler oppgavens tema. I dette tilfellet litteratur som vurderes som relevant for å belyse problemstillingen omhandlende sykepleiers rolle i møte med delirium hos pasienter på sykehus. Selv om en litteraturgjennomgang primært baseres på skriftlige kilder, beskriver Dalland i sin bok «Metode og oppgaveskriving» at personlige erfaringer fra praksis i mange tilfeller er en relevant kilde for en litterær oppgave (2014, s. 228). I oppgavens diskusjonskapittel vil det derfor drøftes eksisterende forskning- og faglitteratur, samt knytte relevante kliniske erfaringer opp mot den anerkjente litteraturen.

2.2 Søkestrategi

I dette delkapittelet presenteres søkestrategien som er anvendt for å innhente forskningsstudier som skal bidra til å belyse oppgavens problemstilling. Oppgavens problemstilling er som følger: «Hva er sykepleiers rolle i å identifisere og behandle delirium hos pasienter på sykehus?»

2.2.1 Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Publikasjonsdato fra år 2011 til 2021	Publikasjonsdato eldre enn 10 år
Artikler omhandlende identifisering og behandling av delirium hos pasienter ≥ 65 år	Artikler omhandlende kun pasienter fra intensivavdelinger
Fra fagfelleverdert tidsskrift *	Fagartikler
Engelsk eller skandinavisk språk	

*Fagfelleverdert tidsskrift: Studiene har blitt gjennomgått og godkjent av eksperter på området (Dalland, 2014, s. 78).

2.2.2 Fremgangsmåte

Forskningsstudiene har blitt funnet ved hjelp av litteratursøk med kombinasjoner av relevante søkeord fra problemstillingen og synonymord. Søkene har blitt gjennomført i databasene CINAHL og PubMed, og dokumenter i fulltekst ble hentet fra Oria, VID Vitenskapelige høyskoles bibliotek. Siden problemstillingen er todelt og tar for seg både identifisering og behandling av delirium, valgte jeg å gjennomføre to separate søk for å øke sjansen for flere relevante treff. Alle søkene ble avgrenset ved følgende spesifikasjoner i søkemotoren: publikasjonsdato 2011-2021, engelsk og skandinavisk språk, fagfelleverdert, omhandlende pasienter på sykehus (inpatient) og ≥ 65 år.

For en oversiktlig fremstilling av søkestrategien og inkluderte studier, har jeg valgt å presentere søket i sin helhet i tabell 2 på s. 7. I de følgende avsnittene henviser parentesene til søkene presentert i tabell 2. Tre litteratursøk har blitt gjort i CINAHL, og to litteratursøk i PubMed. Det første søket i CINAHL (1) var et utforskende søk der ordene «delirium» og «treatment» ble kombinert med «AND». Søket resulterte i 145 treff. Alle overskrifter ble lest, og totalt 48 var relevante i henhold til problemstillingen, og jeg leste derfor abstraktet. Videre leste jeg metode- og resultatkapittel på 15 av artiklene som jeg vurderte som ytterligere relevante opp mot problemstillingen. Totalt 1 forskningsartikkel kunne bidra i å besvare problemstillingen, og studien ble derfor tatt med for bruk i oppgaven.

Det andre søket i CINAHL (2) var en kombinasjon der nøkkelordene «nursing», «hospital», «treatment» og «delirium», samt synonymord til disse, ble brukt. Søket resulterte i 42 treff, og alle overskrifter ble lest. Jeg selekterte ut 15 som var relevant for oppgaven min, og leste abstraktet på dem. 7 av de artiklene syntes å kunne bidra med relevant informasjon om problemstillingen, og jeg leste så metode- og resultatkapittelet. 1 forskningsartikkel ble inkludert for videre bruk i oppgaven grunnet relevans angående sykepleiers rolle i behandling av delirium. Jeg gjorde så det samme søket i PubMed (4), noe som resulterte i 355 treff, og alle overskrifter ble lest. Jeg leste 40 abstrakter på studier som var mulig relevante opp mot problemstillingen, og 23 av dem indikerte interessante resultater, og jeg leste derfor metode- og resultatkapittel. Ingen av studiene ble inkludert for videre bruk i oppgaven, da de ikke møtte inklusjonskriteriene.

Det tredje søket i CINAHL (3) var basert på nøkkelordene «nursing», «hospital», «identification» og «delirium», samt synonymord. Søket resulterte i 53 treff, og alle overskrifter ble lest. Jeg leste abstraktet på 10 studier som kunne bidra til å besvare problemstillingen, og 5 av disse viste interessante resultater, så metode- og resultatkapittel ble lest. 2 forskningsartikler ble inkludert fordi resultatene kunne bidra i å belyse sykepleiers rolle vedrørende identifisering av delirium. Jeg gjorde så det samme søket i PubMed (5), og det resulterte i 150 treff. Alle overskrifter ble lest, før jeg selekterte ut 50 som jeg leste abstrakt på grunnet faglig relevans.

Jeg valgte så å lese metode- og resultatkapittel på 10 studier som kunne ha mulig relevans for å diskutere problemstillingen. Ingen av studiene ble inkludert for videre bruk i oppgaven fordi de ikke møtte inklusjonskriteriene.

I tillegg til søkene nevnt ovenfor og presentert i tabell 2, har en forskningsartikkel blitt inkludert gjennom et utforskende søk i litteraturlisten til fagartikkelen «Kjenn tegnene på delirium hos eldre» (Eide et al., 2017). Tittelen på den inkluderte forskningsartikkelen er «Delirium in elderly people» (Inouye et al., 2014), og ble selektert ut fordi resultatene kunne bidra i å belyse både sykepleiers rolle i identifisering og behandling. Fulltekstversjonen ble hentet fra bibliotekets database Oria. Forskningsartikkelen presenteres som nummer 5 i delkapittel 2.3.

Tabell 2: Oversikt over søkestrategi og inkluderte studier

Database	Søkeord og kombinasjoner	Antall treff	Antall overskrifter lest	Antall abstrakt lest	Antall metode- og resultatkapittel lest	Inkludert studie*
CINAHL (1)	Delirium AND treatment	145	145	48	15	1.
CINAHL (2)	Nurse OR nurses OR nursing OR nursing staff AND interventions OR strategies OR treatment OR management AND hospital OR inpatient OR ward AND delirium management OR delirium	42	42	15	7	2.
CINAHL (3)	<i>Nursing OR nursing care OR nurses AND identify OR identification AND hospital OR acute setting OR inpatient OR ward AND delirium</i>	53	53	10	5	3., 4.
PUBMED (4)	<i>nurse OR nurses OR nursing OR nursing staff AND interventions OR strategies OR treatment OR management AND hospital OR inpatient OR ward AND delirium management OR delirium</i>	355	355	40	23	Ingen studier
PUBMED (5)	<i>Nursing OR nursing care OR nurses AND identify OR identification AND hospital OR acute setting OR inpatient OR ward AND delirium</i>	150	150	50	10	Ingen studier

*Tallene i kolonnen "inkludert studie" referer til studiene presentert i delkapittel 2.3.

2.3 Introduksjon til forskningsartikler og relevans

I de følgende avsnittene gis en kort introduksjon av de fem inkluderte forskningsartiklene, samt hvilken relevans de har for å belyse oppgavens problemstilling. Det velges å redegjøre kort for metoden brukt i noen av forskningsartiklene, der det vurderes som en nødvendighet for å forstå hensikten ved studien. Mer inngående om resultater vil bli redegjort for under delkapittel 3.5.

1. *“Antipsychotics and Lorazepam During Delirium: Are We Harming Older Patients? A Real-Life Data Study” (Egberts et al., 2020)*

Dette er en kvantitativ retrospektiv studie. Hensikten ved studien var å undersøke hvorvidt bruk av antipsykotiske medikamenter og Lorazepam (et benzodiazepin) hos eldre pasienter med delirium, ga flere liggedøgn på sykehus, hyppigere utskrivelse til institusjon eller økt dødelighet. Denne forskningsstudien er relevant for min problemstilling, siden sykepleier administrerer medikamenter og derfor burde inneha kunnskap om medikamenters effekter og bieffekter for å utøve forsvarlig behandling overfor pasienter med delirium (Egberts et al., 2020).

2. *«A before and after study of a nurse led comprehensive delirium management programme (DemDel) for older acute care inpatients with cognitive impairment” (Hasemann et al., 2016)*

Studien har et pre/postintervensjons design. Utvalget i studien var to forskjellige grupper med omtrent like mange pasienter i hver, henholdsvis en pre-intervensjonsgruppe og en intervensjonsgruppe. Hensikten til forskerne var å undersøke effekten av DemDel, som er en intervensjon for å forebygge og behandle delirium hos de med eksisterende kognitiv svikt. Hovedtrekkene ved DemDel er at sykepleierne fikk et kurs om forebygging, kartlegging og behandling av delirium. Eksempel på ikke-medikamentelle tiltak inkludert i DemDel er reorientering i form av informasjon om dato og klokkeslett, stressreduksjon, korreksjon av sansesvikt og mobilisering. Ved mistanke om delirium hos pasienten foreskrev legen behovsmedisin som sykepleierne kunne administrere. Denne studien er interessant for å belyse oppgavens problemstilling da funnene kan bidra til å belyse hvilken rolle sykepleier

har når det gjelder ikke-medikamentell behandling av delirium, samt hvilken effekt ikke-medikamentelle tiltak faktisk har på populasjonen (Hasemann et al., 2016).

3. «Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients» (De & Wand, 2015)

Studien er en systematisk oversikt der hensikten var å evaluere valideringsstudier gjort på vurderingsverktøy for delirium for pasienter innlagt på sengeposter. 32 studier omhandlende eldre pasienter ble inkludert i studien. Problemstillingen i min bacheloroppgave omfavner hva sykepleiers rolle er når det gjelder identifisering av delirium, og siden vurderingsverktøy er et hjelpemiddel sykepleier har til å vurdere hvorvidt det er delirium eller ikke, er denne systematiske litteraturgjennomgangen relevant for å belyse oppgavens problemstilling (De & Wand, 2015).

4. «Nurses' experience of Caring for Patients with Delirium: Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis» (Thomas et al., 2021)

Dette er en systematisk oversiktsstudie som inkluderte 10 kvalitative studier om sykepleieres erfaringer med delirium. Hensikten ved studien var å undersøke faktorer som påvirker hvordan sykepleie utøves til pasienter i delirium, samt identifisere hvordan sykepleiere best kan møte pasientgruppen for å fremme god klinisk praksis. Problemstillingen i min bacheloroppgave dreier seg om delirium hos pasienter på sykehus over 65 år, og siden miljøet på sengepost ofte er svært travelt, syns jeg det er nyttig å inkludere en studie som omfavner kvalitativ forskning der sykepleiere er informantene i studiene. Dette tror jeg vil bidra ytterligere til å belyse problemstillingen fra et sykepleiefaglig perspektiv (Thomas et al., 2021).

5. «Delirium in elderly people» (Inouye et al., 2014)

Dette er en state-of-the-art-oversiktsartikkel av Inouye og kollegaer fra 2014. Oversiktsartikkelen sammenfatter resultater omhandlende forskning på delirium fra 2004 til 2012 for å oppdatere en systematisk oversiktsartikkel de samme forskerne publiserte i 2004, og det er nettopp denne sammenfatningen av oppdatert kunnskap som er hensikten ved studien. Temaer forfatterne har sammenfattet forskning på er blant annet identifisering og

behandling av delirium. Den systematiske oversiktsartikkelen fra 2004 er svært anerkjent forskning da den refereres til i nesten all litteratur jeg har lest om teamet. Denne oppdaterte oversiktsartikkelen vurderes derfor som relevant for min oppgave da den kommer med oppdatert kunnskap, basert på forskningsresultater, omhandlende identifisering og behandling av delirium (Inouye et al., 2014).

2.4 Kildekritikk

En definisjon av kildekritikk er: «*De metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann.*» (Dalland, 2014, s. 67). I dette kapitlet skal jeg forholde meg kritisk til gjennomførelse av litteratursøk og anvendte kilder, samt presentere kildekritikk på de inkluderte studiene presentert i delkapittel 2.3.

Søkestrategien brukt i litteratursøket besto av multiple søkestrenger på kun to databaser, som igjen resulterte i flere hundre resultater. Av alle resultatene har kun fire forskningsartikler blitt inkludert for å belyse oppgavens problemstilling, samt en fra et utforskende søk. Dette vil bidra til en skjev fremstilling av forskningslitteraturen omhandlende temaet og jeg har mest sannsynlig utelatt mye relevant litteratur. Alle studiene som er inkludert for å belyse problemstillingen har derimot blitt kvalitetsjekknet og vurdert ved hjelp av Helsebibliotekets sjekklister for de ulike studiedesignene (Helsebiblioteket, 2016). To av studiene er kvantitative enkeltstudier som kun er gjort på en begrenset populasjon, som videre kan gi redusert overførbarhet til den øvrige pasientgruppen. Tre av studiene er oversiktsartikler, og en potensiell feilkilde ved oversiktsartikler er at noen andre har sammenfattet resultatene, og jeg har derfor ingen 100 % garanti for at resultatene er gjengitt korrekt fra primærstudiene. Vedrørende språk og misforståelser, er alle forskningsartiklene inkludert for bruk i denne oppgaven, på engelsk. Det kan være en mulig faktor for at jeg har misforstått ord, uttrykk, setninger og øvrige sammenhenger, i oversettelsen til norsk. Alle forskningsartiklene baseres på forskning utført i andre land enn Norge, noe som kan true overføringsverdien siden helsevesenet, pasientgrupper og generell populasjon for øvrig, er forskjellig på tvers av landegrensene.

- Studien gjennomført av Egberts og kollegaer (2020) omhandler blant annet bruk av medikamentet Lorazepam, som er et beroligende medikament, nærmere bestemt et benzodiazepin.

Lorazepam markedsføres ikke for bruk i Norge, kun på godkjeningsfritak (Helsedirektoratet, 2016). Det er derfor usikkert i hvilken grad funnene som indikerer at Lorazepam gir dårligere prognose for pasienter i delirium, kan overføres, og om benzodiazepiner som brukes i Norge, eksempelvis Sobril, vil kunne gi de samme utfallene. Det hadde derfor vært interessant å se på resultater fra slike studier ved en senere anledning.

- Hasemann og kollegaer (2016) forsket på delirium hos eldre med eksisterende kognitiv svikt. Siden ikke alle pasienter med delirium har kognitiv svikt, kan dette true overføringsverdien til denne oppgavens problemstilling.
- De to systematiske oversiktsstudiene av De og Wand (2015) og Thomas og kollegaer (2021) har begge kun inkludert engelske studier, noe som kan gjøre at forfatterne har gått glipp av andre relevante studier på andre språk, og at funnene kanskje ikke kan overføres globalt. Thomas og kollegaer (2021) inkluderte kun kvalitative studier fra engelskspråklige vestlige land, noe som ikke gir full innsikt i sykepleieres erfaringer med deliriske pasienter på tvers av landegrensler. Når det gjelder De og Wands oversiktsstudie omhandlende vurderingsverktøy for delirium har de ikke identifisert alle validerte vurderingsverktøy som finnes blant litteraturen (2015).
- Oversiktsstudien av Inouye og kollegaer (2014) baseres jo på en tidligere utgitt systematisk oversiktsartikkel fra 2004. Siden jeg ikke har lest den kan jeg ha gått glipp av mye relevant kunnskap. Redegjørelse for søkestrategi og seleksjonskriterier i state-of-the-art-oversikten til Inouye og kollegaer inneholder begrenset informasjon.

2.5 Etiske overveielser

I denne litteraturstudien overholdes etiske hensyn ved å gi innsyn i søkestrategi og korrekt kildeføring i henhold til APA 7th refereringsstil, både i tekst og litteraturliste, for å vise anerkjennelse til forfatterne av litteraturen denne oppgaven baseres på.

3 Teori og resultat

For at delirium skal kunne identifiseres og behandles er det essensielt at helsepersonell har kunnskap om tilstanden, og sykepleiere vil være blant de som har størst forutsetninger for å identifisere delir siden vi er nær pasienten hele døgnet (Ranhoff, 2018, s. 453). Ved å øke kompetansen om delirium, risikofaktorer, kartleggingsverktøy, identifisering og behandling, viser forskning at prognosen for disse pasientene kan bedres (Inouye, 2006; Rigney, 2006; Neerland et al., 2013, sitert i Ranhoff, 2018, s. 453). I kapittel 3 vil delirium som tilstand bli belyst, samt hva sykepleier burde inneha av kunnskap for å tidlig identifisere og bidra i behandling av tilstanden. Videre vil sentral sykepleieteori, samt etiske og juridiske aspekter bli beskrevet, før resultatene fra de inkluderte forskningsartiklene blir presentert.

3.1 Hva er delirium?

Ved akutt sykdom eller skade kan mennesker, især sårbare eldre, utvikle tilstanden delirium. Dette er en alvorlig mental forstyrrelse kjennetegnet av symptomer som endring i bevissthet, orienterings- og oppfattelsesevne, persepsjon og hukommelse (Ranhoff, 2018, s. 452). Prevalensen av delirium på sykehus er opp mot 42% av innlagte over 65 år, og somatiske sykehusavdelinger med mange eldre pasienter er de med høyest prevalens (Inouye, 2006; Neerland et al., 2013, sitert i Ranhoff, 2018, s. 457). Tilstanden kan utvikles raskt, gjerne i løpet av timer til få dager, og kan i mange tilfeller overses og forbli ubehandlet. Vanligvis er tilstanden reversibel, men kan medføre varige konsekvenser for individet, som traumer, økt morbiditet eller institusjonalisering (Ranhoff, 2018, s. 462).

Selve patofysiologien til delirium er enda ukjent, og en spesifikk årsak er ikke stadfestet. Delirium omtales som akutt hjernesvikt, og en hypotese er at multiple biologiske faktorer, eksempelvis metabolske forstyrrelser, hypoksi og inflammasjon, kan forstyrre større nevronnettverk i en sårbar hjerne, som igjen leder til kognitiv dysfunksjon hos pasienten (Watt et al., 2013, sitert i Inouye et al., 2014, s. 913). Oppsummert kan delirium omtales som resultatet av et komplekst samspill mellom predisponerende og utløsende faktorer hos individet.

Grunnet oppgavens problemstilling og begrensede omfang velges det å ikke redegjøre ytterligere for patofysiologi ved delirium.

Predisponerende faktorer er komponenter hos pasienten som var til stede før sykehusinnleggelsen som vil gjøre de mer sårbar for å utvikle delir. Eksempelvis høy alder, demens eller kognitiv svikt, sansesvikt, underernæring, mannlig kjønn og kroniske sykdommer. Demens er den fremste predisponerende faktoren for delirium (Stubberud, 2017, s. 430). Utløsende faktorer er aspekter ved miljøet, psykologiske og fysiologiske faktorer, eller behandlingsforløp. Kirurgiske inngrep, især hoftekirurgi, og infeksjoner, hjerneslag og hjertesykdom er de vanligste årsakene til delir hos eldre mennesker på sykehus (Rahkonen et al., 2000, sitert i Ranhoff, 2018, s. 457). Forstyrrelser i søvnsyklus kan enten forårsake eller forverre eksisterende delirium (Francis, 2019).

3.2 Identifisering av delirium

Sykepleier har en betydningsfull funksjon når det gjelder identifisering av delirium for å så kommunisere det videre til behandlende lege (Ranhoff, 2018, s. 460). Sykepleiers rolle er å være observant på tegn og symptomer som kan indikere delir hos de mest utsatte pasientene, slik at tilstanden ikke forveksles med differensialdiagnoser. Den viktigste grunnen til at riktig tilstand må identifiseres er at behandlingen er forskjellig, og siden delirium er tegn på alvorlig sykdom hos pasienten er det viktig at korrekt behandling raskt iverksettes (Ranhoff, 2018, s. 460). Videre i delkapittel 3.2. presenteres litteratur omhandlende differensialdiagnoser, symptombylde og diagnostikk samt hvilke kartleggingsverktøy sykepleier kan anvende i møte med disse pasientene.

3.2.1 Delirium, demens, depresjon eller akutt psykose?

Demens er et progredierende syndrom der pasientens symptomer melder seg over en lengre periode, og pasientens kognitive funksjoner svekkes over tid. Pasientens symptomer må ha vært til stede i over 6 måneder (Skovdahl & Berentsen, 2018, s. 411). For å skille delirium fra akutt psykose må pasientens sykehistorie undersøkes, da en akutt psykose vil være et ledd i en forhistorie med psykisk sykdom, eller som et resultat av kraftig psykisk stimuli (Ranhoff,

2018, s. 455). Depresjon kan kjennetegnes av et lengre sykdomsforløp, samtidig som pasienten ikke viser tegn til akutt fysisk sykdom eller skade, slik som ofte ses ved delirium. Ranhoff presiserer imidlertid at i noen tilfeller vil akutt psykose og delirium være nærmest umulig å skille (2018, s. 455).

3.2.2 Symptomer

For å skille delirium fra differensialdiagnoser må sykepleier inneha kunnskap om symptomer, og diagnosekriterier kan være fordelaktig å vite om. Diagnosekriteriene til delirium er definert i diagnosemanualen DSM-5, og kriteriene presenteres i tabell 3 for en skjematisk fremstilling (American Psychiatric Association (APA), 2013).

Tabell 3: Diagnosekriterier for delirium

Diagnosekriterier for delirium	
1	Forstyrret bevissthet med redusert evne til å fokusere, opprettholde og endre oppmerksomhet
2	Forstyrret kognisjon eller persepsjonsforstyrrelser
3	Akutt debut og fluktuerende forløp
4	Identifiserbare etiologiske faktorer

(APA, 2013)

Mistolkning av sanseinntrykk, hallusinasjoner og paranoide vrangforestillinger ses relativt hyppig ved delirium, noe som igjen kan føre til utagerende atferd hos pasienten.

Søvnvansker er hyppig utbredt blant pasientgruppen, og delvis eller total mangel på søvn kan forekomme (Stubberud, 2017, s. 433). Symptombildet til delir er både komplekst og varierende, og tilstanden deles gjerne inn i subtypene hypoaktivt-, hyperaktivt- eller kombinert delir. Ved hypoaktivt delir fremstår pasienten apatisk, gjør lite ut av seg og er derfor ikke noe uromoment i avdelingen (Ranhoff, 2018, s. 453). På sykehus utgjør sistnevnte gruppe mellom 26-44%, i motsetning til hyperaktivt delir som utgjør 1,6%-22% (Ranhoff, 2018, s. 453). Hyperaktivt delir karakteriseres av en psykomotorisk urolig pasient som plukker på medisinsk-teknisk utstyr (kanyler, blærekateter, infusjonsslanger, etc.), vandrer og står i fare for å skade seg selv. Kombinert delir er når pasienten fluktuerer

mellom hypoaktiv og hyperaktiv tilstand gjennom døgnet eller en avgrenset periode (Stubberud, 2017, s. 433).

3.2.3 Komparentopplysninger og kartleggingsverktøy

Pasienter i delirium vil være i en bevissthetstilstand som ikke muliggjør beskrivelse av egen sykehistorie, slik at komporentopplysninger fra pårørende eller annet helsepersonell fra f.eks. sykehjem, må hentes inn. Hvis pasienten vanligvis bor i en kommunal omsorgsinstitusjon kan sykepleier innhente opplysninger via pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-melding), og fra pårørende enten over telefon eller om de besøker pasienten. Nyttige opplysninger som burde kartlegges er symptomdebut, tidsrom og hvordan pasientens normative tilstand er (Ranhoff, 2018, s. 455).

Videre er bruk av kartleggingsverktøy nyttig for å vurdere om pasienten er i delir. Som nevnt har delirium et fluktuerende forløp og observasjoner av pasienten gjennom døgnet er derfor viktig (Ranhoff, 2018, s. 456). Det anbefalte kartleggingsverktøyet for sykepleiere er Confusion Assessment Method (CAM). Vurderingsverktøyet er utviklet av Inouye og kollegaer i 1990, og er et velutviklet og validert kartleggingsverktøy for bruk hos pasienter med delirium over 65 år på medisinske avdelinger (Ranhoff, 2018, s. 456). Vedlegg 1 på s. 39 presenterer kortversjonen av CAM i sin helhet (Legeforeningen, u. å).

Tilstrekkelig opplæring i bruk av CAM er en forutsetning for at sykepleier skal anvende det for å identifisere delirium (Kirkevold, 2018, s. 128). Et supplerende verktøy som ikke krever opplæring, er 4AT. Testen, som består av fire enkle spørsmål, kan raskt implementeres i en ellers travel sykehushverdag, og er oversatt til norsk (Evensen et al., 2016). 4AT er designet for å identifisere både hyperaktivt- og hypoaktivt delirium. Scorer pasienten over fire poeng indikerer det sterk mistanke for delirium, mens en score mellom ett til tre poeng antyder enten delirium, kognitiv svikt eller begge deler (Evensen et al., 2016). Vedlegg 2 på s. 40 viser 4AT i sin helhet (Legeforeningen, u. å).

3.3 Optimal sykepleie til deliriumpasienten

Etter at delirium er kartlagt og identifisert hos pasienten er det viktig at korrekt behandling iverksettes. Hjørnesteinen i behandlingen er å behandle utløsende årsak for delirium. Eksempelvis kan dette være antibiotika mot en bakteriell infeksjon eller gjenopprettelse av væskebalanse ved dehydrering. Det velges å ikke gå ytterligere inn på sykepleiers rolle i den spesifikke behandlingen av utløsende årsak, da det er store variasjoner innad i pasientgruppen, og sykepleier må utøve den behandlingen behandlende lege foreskriver til hver enkelt pasient. Videre i delkapittel 3.3 vil den mer generelle ikke-medikamentelle og medikamentelle behandlingen presenteres, da et mer overordnet bilde av behandlingstiltak er fordelaktig for sykepleier å kjenne til i møte med pasientgruppen. Joyce Travelbees sykepleieteori omfavner interaksjonen mellom sykepleier og den syke, noe som vurderes som en relevant teoretisk tilnærming i sykepleiers rolle i behandling av pasienter med delirium (Travelbee, 2017). Teorien vil bli presentert under delkapittel 3.3.2.

Tiltak sykepleier selv kan iverksette i møte med delirium hos eldre pasienter er å gi god omsorg, pleie og trygghet, og dette er tiltak som allerede er godt implementerte arbeidsoppgaver i sykepleiers hverdag på sykehusavdelingen (Ranhoff, 2018, s. 460). Ikke-medikamentelle behandlingstiltak mot delirium er å normalisere funksjon og døgnrytme, korrigere sansesvikt, redusere stress og ivareta behovet for god kommunikasjon og trygghet (Agar et al., 2011; Schofield, et al., 2012, sitert i Thomas et al., 2021). For å fremme søvn hos pasienten kan en trekomponent tilnærming bli brukt, som består av varm drikke, beroligende musikk og fysisk berøring. Denne tilnærmingen kan redusere bruk av sovemedisin fra 54% til 31% på sykehus (Fong, 2009). Perseptuelle forstyrrelser kan øke hvis pasienten ikke får korrigert sin sansesvikt, og derfor må briller eller høreapparater bli tatt i bruk hver dag hos pasienter som bruker dette (Stubberud, 2017, s. 436). Sykepleier burde hjelpe pasienten godt opp i sengen eller i en stol slik at vedkommende kommer seg opp i sittende stilling. Dette kan bidra til reorientering av pasientens omgivelser, og kombinert med kjente ansikt, kan pasienten etter hvert begynne å få tilbake en følelse av kontroll (Stubberud, 2017, s. 436).

Når det gjelder å tilrettelegge for et trygt og terapeutisk miljø rundt pasienten kommer viktigheten av få antall pleiere og bruk av pårørende inn (Francis, 2019). Hvis det er mulig burde enerom tilstrebes, og det samme gjør tilstedeværelse av fast personale. Hvis pårørende ønsker å komme på besøk kan dette være gunstig for pasienten. Sykepleier kan med fordel bruke sin organisatoriske funksjon til å identifisere behovet for fastvakt for pasienter i hyperaktivt delir (Francis, 2019). Med dette menes at sykepleier burde tilkalle et pleiepersonale (en sykepleier, helsefagarbeider eller pleieassistent) som kan være hos pasienten for kontinuerlig tilsyn. Relevante tiltak som mobilisering og stimuli gjør at pasienten aktiviseres på dagtid, og er noe fastvakten burde få informasjon om å utøve gjennom vekten.

Ved å bruke fastvakt kan behovet for tvangshandlinger også reduseres (Stubberud, 2017, s. 436). Med tvangshandlinger menes tiltak som pasienten kan oppleve som utrygt, som bruk av sengehest eller fastholding av pasientens hender eller ben. Dette kan medføre økt agitasjon og mobilitetsutfordringer hos pasienten, og tredoble sjansen for at pasienten får forlenget sitt forløp med delirium (Francis, 2019). Bruk av sengehester burde unngås hvis mulig, og dersom pasienten har fastvakt kan avledningsmanøvrer brukes for å forhindre pasienten fra å klatre ut av sengen. Men, hvis pasienten er i stand til å sitte i en stol burde dette tilstrebes. En kan fjerne rot og utstyr rundt pasienten som eventuelt kan føre til skade, og heller la vedkommende få fritt spillerom til å styre for seg selv, innen gitte rammer (Stubberud, 2017, s. 436).

3.3.1 Medikamentelle tiltak

Ved hyperaktivt delirium kan medikamentelle tiltak iverksettes hvis pasienten responderer inadekvat på ikke-medikamentelle tiltak. Relevante indikasjoner er aggresjon, søvnmangel, hallusinasjoner, vrangforestillinger eller når pasienten skaper uro i avdelingen (Helsebiblioteket, u. å; Ranhoff, 2018, s. 460). Dersom forordnet av lege, kan sykepleier administrere relevante medikamenter som eksempelvis innsovningsmidler eller beroligende ved søvnmangel, eller antipsykotikumet haloperidol ved uro, aggresjon og psykotiske symptomer (Ranhoff, 2018, s. 462).

Den medikamentelle behandlingen tar sikte på å roe ned pasienten slik at nødvendig medisinsk behandling kan bli iverksatt og optimalisert. Det å iverksette korrekt medisinsk behandling, inkludert korrekt bruk av medikamenter, er behandlende leges ansvar. Sykepleier har en utøvende funksjon når det gjelder denne behandlingen, og har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse. Mer om sykepleiers ansvarsområde vil bli belyst i delkapittel 3.4.

3.3.2 Menneske-til-menneske: En teoretisk tilnærming av Joyce Travelbee

Pasienter i delirium står overfor et sykdomsforløp preget av redsel og manglende følelse av kontroll. Som sykepleier i møte med disse pasientene må en evne å se mennesket bak lidelsen, og hjelpe de å gjenvinne følelsen av trygghet og omsorg. Joyce Travelbees sykepleierteori omhandler sykepleiers oppgave i å forme et menneske-til-menneske-forhold. Kort fortalt innebærer dette et samspill mellom sykepleier og den syke preget av en gjensidig forståelse av at begge er egne individer, heller enn definerte roller som sykepleier og pasient (2017, s. 171). Dette utgangspunktet kan gi en mer betingelsesløs relasjon, hvor sykepleier heller ser individet som lider av delirium, fremfor å se vedkommende som en stereotypisk pasient. Møtet er menneske til menneske, ikke sykepleier til pasient, og interaksjonen finner sted når sykepleier kommuniserer, utfører sykepleierprosedyrer og administrerer forordnet behandling. Samhandling mellom den syke og sykepleier skjer ved at sykepleier viser fysisk omsorg, bruker sin undervisende rolle eller fremmer hensiktsmessig aktivitet for den syke (Travelbee, 2017, s. 173).

3.4 Etisk og juridisk perspektiv

Sykepleiere har et profesjonsansvar når det gjelder å følge etiske prinsipper og lovverk. Relevant litteratur omhandlende overnevnte, som vurderes som relevant i henhold til problemstillingen, presenteres videre i delkapittel 3.4.

Sykepleiers fundamentale plikter er blant annet å fremme helse og lindre lidelse, og de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, et sett med grunnprinsipper sykepleiere plikter å følge, er basert på overnevnte (Norsk sykepleierforbund (NSF), 2019). Punkt 1 og 2 i de

yrkesetiske retningslinjene inkluderes for bruk i min oppgave da de er sentrale opp mot oppgavens problemstilling. Punkt 1 regulerer profesjonsansvaret til sykepleiere og lyder som følger: «Sykepleiere har et faglig, etisk og personlig ansvar for egne handlinger og vurderinger i utøvelsen av sykepleie, og setter seg inn i det lovverk som regulerer tjenesten» (NSF, 2019). Punkt 2 omfatter hvordan sykepleier skal ivareta pasientens verdighet, rett til omsorgsfull hjelp og forsvarlig behandling, samt hvordan utøvelsen av sykepleie alltid må fremme helse og forebygge sykdom (NSF, 2019). De yrkesetiske retningslinjene samstemmer i stor grad med lovverket sykepleiere er underlagt å forholde seg til (Sneltvedt, 2021, s. 100). Lov om helsepersonell §4 omfatter forsvarlighetskravet helsepersonell er underlagt å rette seg etter (Helsepersonelloven, 1999). I sin sykepleiepraksis burde sykepleier også ha kjennskap til Lov om pasient- og brukerrettigheter, især §2-1 b, som regulerer retten til nødvendig helsehjelp (1999).

Andre plikter sykepleier må ivareta i sin sykepleiepraksis er det å være velgjørende, ikke skade, fremme autonomi og utøve rettferdighet. Disse fire pliktene kalles de fire prinsippers etikk, og er et sett med prinsipper som er likeverdige og ikke står i hierarki i forhold til hverandre. Prinsippene må vurderes ut ifra hvilken situasjon sykepleier befinner seg i (Brinchmann, 2021a, s. 85). En annen rolle sykepleier har i møte med pasienter, er å lindre deres plager på en måte som gjør at de kan føle på trygghet, omsorg og ivaretagelse. Nærhetsetikk er en tilnærming som setter sykepleier-pasient-relasjonen i fokus, der begge blir betraktet som likeverdige parter i relasjonen (Vetlesen, 1996, sitert i Brinchmann, 2021b, s. 115).

3.5 Resultater

Videre i dette delkapittelet skal de viktigste funnene fra fem inkluderte forskningsartikler presenteres.

1. «Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients» (De & Wand, 2015)

En systematisk oversiktsartikkel har sammenfattet resultater fra 31 forskningsstudier omhandlende kartleggingsverktøy for delirium. 13 av 31 studier omhandlet CAM, og etter

forfatterne hadde sammenfattet resultatene fant de en sensitivitet på mellom 46-100% og en spesifikk indikator for delirium i 63-100% av tilfellene hos pasienter på medisinsk sengepost. Prosenten for sensitivitet og spesifikk indikator var avhengig av erfaringen og kjennskap til verktøyet til den personen som utførte vurderingen, og CAM har begrensninger når det kommer til kartlegging av døsig pasienter. Testen tar omtrent 5-7 minutter (De & Wand, 2015).

Kun 1 av 31 studier inkluderte 4AT, og viser til en sensitivitet på 89,7% og en spesifikk indikator for delirium på 84,1%. Resultatene fra studien indiserte at testen kan utføres av alle, tar 2-3 minutter å utføre og kan brukes på døsig pasienter samt de med demens og delirium. Sensitiviteten og spesifikk indikator var særlig god for eldre pasienter. Delirium Rating Scale Revised 98 (DRS-R-98), et kartleggingsverktøy som kan måle alvorlighetsgrad av delirium, samt skille delirium fra demens, depresjon og psykoselidelser, var inkludert i 6 av 31 studier. DRS-R-98 var sensitiv for delirium i 91-100% av tilfellene og hadde en spesifikk indikator for delirium på 84-92%. Testen må utføres av helsepersonell med psykiatrisk vurderingsevne og kompetanse, og tar om lag 20-30 minutter å utføre (De & Wand, 2015).

2. «A before and after study of a nurse led comprehensive delirium management programme (DemDel) for olde acute care inpatients with cognitive impairment.» (Hasemann et al., 2016)

Pre/posttest studien viser til resultater som indikerer at siden sykepleier er rundt pasienten store deler av døgnet, vil denne gruppen helsepersonell være sentral i identifisering og behandling av delirium. Videre fant forskerne ut at pasientene i intervensjonsgruppen hadde mindre alvorlig forløp med delirium, målt ved hjelp av det systematiske kartleggingsverktøyet DRS-R-98, og sykepleierne administrerte signifikant mindre benzodiazepiner til pasientene i intervensjonsgruppen, sammenlignet med pre-intervensjonsgruppen. Quetiapine ble oftere administrert enn haloperidol i intervensjonsgruppen. Et tredje resultat forskerne legger vekt på er at det faktisk var overkommelig å implementere slike tiltak som DemDel innebefatter, på fire travle sykehusavdelinger.

3. “Nurses’ Experience of Caring for Patients with Delirium: Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis” (Thomas et al., 2021)

Studien er en systematisk oversiktsartikkel basert på kvalitative studier omhandlende sykepleiers erfaringer med delirium. Resultatene blir her presentert ut fra tre bolker. Første punkt omhandler sykepleiers kunnskap og ressurser for å utøve sykepleie til pasienter med delirium. Sykepleierne rapporterte at de manglet kunnskap om delirium, noe som resulterte i vanskeligheter i å forstå pasientene og deres virkelighet i delirisk tilstand. Mangel på kunnskap og opplæring ble pekt ut som den fremste faktoren for sykepleiers manglende evne til å gi helhetlig omsorg til pasientene (Thomas et al., 2021).

Andre punkt indikerer økt arbeidsbelastning og tidsmangel i arbeid med pasientgruppen. Alle studiene som ble inkludert i oversiktsartikkelen understrekte at sykepleiere fikk økt arbeidsbelastning og redusert evne til å fullføre øvrige oppgaver som krevdes av dem, i møte med pasienter i delir. Mangelfull bemanning og økt arbeidsbelastning resulterte i økt stress og engstelse hos sykepleierne. Tredje punkt omhandler sykepleie til pasienter i delirium. Sykepleierne rapporterte at bruk av begrensninger, fysiske og kjemiske, for pasienten (eks. Sengehester og beroligende medikamenter som haloperidol) ofte ble brukt da de følte dette førte til økt begrensning av pasienten. Kontinuerlig overvåkning ble også hyppig rapportert som et virkningsfullt tiltak, og bruk av pårørende kunne også hjelpe (Thomas et al., 2021).

4. “Antipsychotics and Lorazepam During Delirium: Are We Harming Older Patients? A Real-Life Data Study.” (Egberts et al., 2020)

Denne retrospektive studien omhandler bruk av antipsykotiske legemidler og lorazepam hos 212 eldre pasienter over 65 år med delirium (Egberts et al., 2020). 40 pasienter fikk ingen antipsykotikum, 123 pasienter fikk antipsykotikum og 49 pasienter fikk både antipsykotikum og lorazepam. Det mest brukte antipsykotikumet var haloperidol. I gruppen som fikk både antipsykotikum og lorazepam fikk pasientene oftere forskrevet to antipsykotikum, i tillegg til at de oftere fikk forskrevet antipsykotiske legemidler på generell basis. Denne gruppen ble også behandlet lengre enn gruppen som ikke mottok lorazepam. Pasienter som fikk både antipsykotikum og lorazepam hadde flere liggedøgn enn pasientgruppen som kun fikk antipsykotikum, og enn gruppen som verken fikk antipsykotikum eller lorazepam.

Prevalensen av behovet for opphold på institusjon etter sykehusinnleggelse var økt i gruppen som fikk både antipsykotikum og lorazepam (82%), enn gruppen som kun fikk antipsykotikum (59%) eller ingen medikament (45%) (Egberts et al., 2020).

5. «Delirium in elderly people» (Inouye et al., 2014)

Resultatene presentert i oversiktsartikkelen indikerer at CAM er det mest brukte kartleggingsverktøyet, og har blitt validert i høykvalitetsstudier gjort på over 1000 pasienter med en sensitivitet på 94% og reliabilitet på 89%. Kartleggingsverktøy burde suppleres av karakteristiske trekk ved tilstanden, og økt kunnskap blant helsepersonell er avgjørende for identifisering av delirium (Inouye et al., 2014).

Vedrørende behandling av delirium presenterer forfatterne følgende resultater:

Ikke-medikamentelle tiltak pekes ut som førstevalg i behandlingen, og består av tiltak som bidrar til reorientering, er døgnrytmestabiliserende, samt det å skape et rolig miljø rundt pasienten, og er foretrukket overfor psykoaktive medikamenter. Videre effektfulle tiltak er involvering av kjente personer, samt ikke-farmakologiske tilnærminger som kan fremme søvn. Resultatene peker på en trekomponent strategi for søvn, som består av varm drikke, avslappende musikk og fysisk berøring. Sengehester burde unngås. Medikamenter er indisert når ikke-medikamentelle tiltak har inadekvat effekt, og pasienten har uttalt aggressiv atferd, hallusinasjoner og vrangforestillinger. Haloperidol er det foretrukne medikamentet. Resultatene fra oversiktsstudier viser til at antipsykotikum og beroligende medikamenter kan øke sjansen for et mer komplisert og forlenget forløp med delirium. Forfatterne konkluderte etter en gjennomgang av 16 studier at medikamentell behandling for delirium ikke er anbefalt (Inouye et al., 2014).

4 Diskusjon

Forskningsresultater og faglitteratur presentert i oppgaven indikerer at delirium er en alvorlig lidelse, som til tross for høy prevalens, i mange tilfeller er underdiagnostisert (Ranhoff, 2018, s. 452, 457). Sykepleiere er rundt pasientene store deler av døgnet, og vil derfor være en sentral aktør når det gjelder identifisering og behandling av delirium (Hasemann et al., 2016). Ved økt fokus på sykepleiers rolle i håndtering av tilstanden, kan flere tilfeller oppdages, som igjen kan gi fordelaktige resultater fra både et pasient- og samfunnsmessig perspektiv (Inouye, 2006; Rigney, 2006; Neerland et al., 2013, sitert i Ranhoff, 2018, s. 453). Med bakgrunn i fag- og forskningslitteratur, etiske og juridiske aspekter, samt personlige erfaringer, skal jeg i diskusjonskapittelet drøfte ulike sider ved sykepleiers rolle i identifisering og behandling av delirium hos pasienter på sykehus.

4.1 Sykepleier som sentral aktør

Resultatene fra Thomas et al. (2021) indikerer at sykepleiere mangler kunnskap om delirium, noe som ble pekt ut som en sentral årsak til manglende anerkjennelse og forståelse av pasientens tilstand. Dette kan føre til at delirium ikke blir oppdaget, som igjen kan ha negative følger for pasienten, da vedkomne befinner seg i en alvorlig sinnstilstand (Thomas et al., 2021). I tillegg kan manglende kunnskap være en faktor som bidrar til feilbehandling, som i ytterste konsekvens kan være fatalt for pasienten, sett i lys av at omtrent en av fire pasienter med delirium dør innen det første året etter utskrivelse (Witlox et al., 2010, sitert i Egberts et al., 2020). En grunn til at manglende kunnskap kan bidra til feilbehandling er at differensialdiagnosene demens og akutt psykose har tidvis likt symptombilde som delirium. Tatt i betraktning at disse lidelsene har helt forskjellig behandlingsmetode, er det vesentlig at riktig tilstand blir identifisert (Ranhoff, 2018, s. 457). For å unngå feildiagnostikk og derav feilbehandling, spiller sykepleier en sentral rolle når det gjelder innhenting av komparaentopplysninger. For å bruke CAM (se vedlegg 1, punkt 1.a) må sykepleier vite om det er akutte endringer i pasientens mentale tilstand, og her blir pårørende eller helsepersonell fra institusjon, betydningsfulle aktører.

Ved å innhente slike opplysninger kan det tenkes at sykepleier bidrar i korrekt diagnostisering av pasienten, slik at adekvat behandling raskere blir iverksatt. Som et resultat av rask identifisering og målrettet behandling, er det rimelig å hevde at pasienten prognose, bedres (Inouye, 2006; Rigney, 2006; Neerland et al., 2013, sitert i Ranhoff, 2018, s. 453).

Til tross for at sykepleier ikke har et definert diagnostisk ansvar når det gjelder kliniske diagnoser, presiserer imidlertid de yrkesetiske retningslinjene at sykepleiers fundamentale plikter er å fremme helse og lindre lidelse (NSF, 2019). Sykepleier blir et sentralt bindeledd mellom pasient og behandlende lege siden sykepleier kontinuerlig er til stede på sykehusavdelingen, og dermed har mulighet til å observere pasienten gjennom døgnet. Et kjernesymptom ved delirium er fluktuasjon i forløpet, og kontinuerlig observasjon av pasienten gjennom døgnet, blir essensielt (APA, 2013). Hvis sykepleier ikke videreformidler relevante observasjoner som indikerer delirium til behandlende lege, kan et resultat være manglende identifisering av tilstanden, noe som videre kan resultere i at pasienten ikke får helsehjelpen vedkommende har krav på, på grunn av faren for feildiagnostikk og feilbehandling. Pasient- og brukerrettighetsloven §2-1 b, 2.ledd (1999) fastslår pasientens lovbestemte rett til nødvendig helsehjelp. Travelbees teoretiske tilnærming retter fokus på at sykepleier må hjelpe den syke å gjenvinne en følelse av trygghet og omsorg, noe som igjen underbygger viktigheten av at delirium identifiseres slik at den syke kan få hjelp til å lindre sine plager (2017, s. 171).

I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere presiseres det at profesjonsansvaret til sykepleiere er ansvar over egne handlinger og vurderinger i sykepleieutøvelsen (NSF, 2019). Dette bygger opp under at sykepleiere har et profesjonsansvar i å inneha kunnskap som muliggjør en selvstendig kartlegging og vurdering av pasienter i delirium. Inouye og kollegaer (2014) hevder på sin side at identifisering av delirium gjøres ut ifra kliniske observasjoner supplert av karakteristiske trekk som søvnforstyrrelser, perseptuelle forstyrrelser og psykomotorisk endring (hyperaktiv eller hypoaktiv) (Inouye et al., 2014). Ved manglende kunnskap om predisponerende- og utløsende faktorer, samt symptomer, blant sykepleiere, kan sjansen for at tilstanden forblir udiagnostisert og oversett, vedvare. Noe som kan

utjevne potensiell kunnskapsmangel er bruk av standardiserte kartleggingsverktøy (De & Wand, 2015; Inouye et al., 2014).

To av de inkluderte studiene belyser kartleggingsverktøy sykepleier kan bruke i møte med pasientgruppen (De & Wand, 2015; Inouye et al., 2014). Kartlegging av delirium med standardiserte verktøy er hensiktsmessig fordi de omfavner hele spekteret ved delirium, og kan kompensere for noe av den manglende kunnskapen sykepleiere måtte ha på området (De & Wand, 2015; Thomas et al., 2021). Forskning viser at CAM er det mest brukte kartleggingsverktøyet, og har i tillegg en sensitivitet og spesifikk indikator for delirium på opp mot 100% (De & Wand, 2015; Inouye et al., 2014). Systematisk bruk av CAM på sengeposter vil gjøre at sykepleier kan identifisere delirium hos den eldre pasienten, som igjen kan føre til at korrekt medisinsk behandling raskt blir iverksatt. På den andre siden arbeider sykepleiere på sykehus under tidspress, noe som potensielt kan true identifiseringen av delirium. Men, CAM på sin side tar omtrent 5-7 minutter å gjennomføre, og det er rimelig å hevde at verktøyet kan brukes på enhver sengepost, uavhengig av en hektisk sykehushverdag (De & Wand, 2015). Til tross for at CAM er et veletablert og sensibelt kartleggingsverktøy må derimot den som anvender det, ha fått tilstrekkelig opplæring. Funnene gjort av De og Wand (2015) antyder at i de tilfellene personalet som utførte CAM hadde lite erfaring og kjennskap til verktøyet, var sensitiviteten og spesifikk indikator lavere enn hvis noen med lang erfaring brukte det (De & Wand, 2015). Dette underbygger igjen viktigheten av en økning i generell kunnskap om delirium blant sykepleiere, samt at avdelinger som har høy prevalens av eldre pasienter, burde rette fokus mot opplæring blant personalgruppen. Dette støttes videre av Inouye og kollegaer (2014) som hevder at økt kunnskap blant helsepersonell er avgjørende for å identifisere delirium.

4AT er på sin side et mer kortfattet og enklere kartleggingsverktøy som ikke krever opplæring (Evensen et al., 2016; De & Wand, 2015). Dette kan fungere som et supplerende verktøy for sykepleiere med mindre erfaring, og i motsetning til CAM, kan 4AT fange opp både hypoaktiv og hyperaktiv form av delirium. En svakhet som kan føre til potensiell forvirring om diagnose er at en score mellom 1-3 poeng kan antyde delirium, kognitiv svikt eller begge deler (Evensen et al., 2016).

Hvis denne forvirringen om diagnose oppstår kan sykepleier først anvende 4AT i møte med pasienten, og så anvende CAM for å bekrefte deliriumdiagnosen ytterligere. Inouye og kollegaer (2014) presiserer imidlertid at forstyrrelser i søvnmønster, persepsjon og endring i psykomotorisk atferd (hyperaktiv eller hypoaktiv) er karakteristiske symptomer ved delirium, og tilstedeværelse av slike symptomer kan støtte opp under mistanken om delirium. Med disse resultatene tatt i betraktning, kan det tenkes at hvis sykepleiers generelle kunnskap om delirium styrkes, kan tilstanden oppdages tidligere. For pasienten betyr dette at korrekt medisinsk behandling raskere blir iverksatt, og prognosen kan bedres (Inouye, 2006; Rigney, 2006; Neerland et al., 2013, sitert i Ranhoff, 2018, s. 453).

Ranhoff presiserer, på sin side, at i enkelte tilfeller kan delirium og akutt psykose være umulig å skille (2018, s. 455). En mulig sentral rolle sykepleier da har er å ha kjennskap til kartleggingsverktøy som kan bidra til å skille nettopp disse differensialdiagnosene. DRS-R-98 er et kartleggingsverktøy som kan bidra til å identifisere delirium fremfor depresjon eller psykoselidelse (De & Wand, 2015). En konsekvens av manglende kjennskap til ulike kartleggingsverktøy kan være at pasientens delirium blir forvekslet med en differensialdiagnose. Forveksling kan true pasientsikkerheten fordi korrekt medisinsk behandling ikke blir iverksatt, og pasienten står i fare for feilbehandling (Ranhoff, 2018, s. 455). DRS-R-98 tar imidlertid opptil 30 minutter å utføre, og må gjøres av helsepersonell med psykiatrisk kompetanse (De & Wand, 2015). Tatt i betraktning at sykepleiere har en veldig travle hverdag, er det å skulle sette av 30 minutter for å bruke kartleggingsverktøy, mindre sannsynlig. Det er altså usikkert hvorvidt dette lar seg gjennomføre på en sykehusavdeling, men likevel: ved å inneha kunnskap om at en slik type test finnes, kan sykepleier bruke sin organisatoriske funksjon til å tilkalle noen som kan gjennomføre testen.

4.2 Skjønnsmessig vurdering i valg av behandling

Hjørnesteinen i behandlingen av delirium er å behandle utløsende årsak, og øvrige tiltak består gjerne av en individrettet kombinasjon av ikke-medikamentelle og medikamentelle tiltak. Fra personlig klinisk erfaring vet jeg at en pasient i hyperaktivt delirium kan være et ressurskrevende element i den ellers travle sykehusavdelingen, og pasientene er i behov for

behandling som kan hjelpe dem å håndtere sine plager. Sykepleierne i studiene gjennomgått av Thomas og kollegaer (2021) underbygger denne opplevelsen, og beskrev på sin side at en hverdag med delirumpasienter er både ressurs- og tidskrevende når det gjelder ivaretagelse av pasientsikkerhet for pasienten med delirium og øvrige pasienter på avdelingen (Thomas et al., 2021). For pasienten kan utagerende symptomer ved hyperaktivt delirium bety forsinket behandling av utløsende årsak, rett og slett fordi pasienten ikke har en kognitiv status som tillater veiledning eller adekvate behandlingsmessige tiltak.

Som sykepleiere jobber vi etter de fire prinsippers etikk, som blant annet innebærer prinsippet om å ikke-skade (Brinchmann, 2021a, s. 85). Det er derfor et tankekors at medikamentell behandling kan være assosiert med dårligere kliniske utfall, og dette er noe jeg kommer tilbake til senere i diskusjonskapittelet (Egberts et al., 2020; Inouye et al., 2014). Forskningsresultater presentert i oppgaven underbygger det faktum at ikke-medikamentelle tiltak reduserer bruk av antipsykotikum og sedativer, i tillegg til å gjøre forløpet med delirium, mindre alvorlig for pasienten. Alvorlighetsgrad av forløpet ble målt ved hjelp av pasientens skår på DRS-R-98 (Hasemann et al., 2016).

Ikke-medikamentelle behandlingstiltak er eksempelvis korreksjon av perseptuelle forstyrrelser, reorientering av pasientens omgivelser gjennom posisjonering i rommet, bruk av dagslys og fortløpende informasjon om hvorfor pasienten er på sykehus, dato og klokkeslett. Slike tiltak er i mindre grad assosiert med bivirkninger og er utpekt som førstevalg i behandlingen av delirium (Hasemann et al., 2016; Inouye et al., 2014). Hvis en sårbar pasient ligger en hel dag i sykehussengen, og ser opp på taket, med ventilasjonsanlegg, taklamper og rør, kan dette gi grobunn for persepsjonsforstyrrelser og vrangforestillinger hos en pasient med allerede livlig fantasi, noe som er lite hensiktsmessig. Kombinasjonen av posisjonering i rommet og oppfordring til bruk av briller og høreapparat kan optimalisere forutsetningene for å nyttiggjøre seg av slike tiltak. Inouye og kollegaer (2014) presenterer resultater som peker på at ikke-medikamentelle tiltak er effektive i behandling av delirium, blant annet gjennom reetablering av døgnrytme, som er gunstig, fordi søvnmangel kan være en driver for delirium. Forstyrrelser i søvnsyklus kan enten være en utløsende faktor, eller forverre eksisterende delirium hos pasienten (Francis, 2019). En

personlig erfaring fra klinisk arbeid som underbygger dette, er da jeg selv opplevde at en pasient på sengepost ble delirisk etter en natt med søvnmangel.

Forskningsresultater indikerer at en trekomponents tilnærming for søvnfremming hos pasienten, bestående av varm drikke, beroligende musikk og fysisk berøring, kan redusere bruk av sovemedisin med over 20 prosent (Inouye et al., 2014; Fong et al., 2009). Noe som potensielt kan true gjennomførelsen av søvnfremmende tiltak er den velkjente tidsklemma. Som sykepleier skal man ivareta mange arbeidsoppgaver i løpet av en vakt, og tiltak som krever at sykepleier setter seg ned hos pasienten over lengre tid, blir ikke nødvendigvis alltid prioritert. Jeg har selv erfart fra min kliniske praksis at slike tiltak bortprioriteres, og at mange tyr til kjappe, kjemiske løsninger. Dette underbygges videre av Thomas og kollegaer, der sykepleierne rapporterte at økt tidspress var et faktum, og at medikamentell begrensning av pasienten, ofte ble brukt (Thomas et al., 2021). Men, tatt i betraktning at søvnfremmende tiltak vil redusere pasientens delirium, vil implementering av slike tiltak være en investering for sykepleierne også, siden pasienten blir roligere, og dermed ikke krever like mye ressurser i avdelingen (Francis, 2019).

Hvis sykepleiere tilstreber å avsette disse 20 minuttene det kanskje tar å gjennomføre denne trekomponents tilnærmingen på kveldstid, kan en positiv konsekvens være at pasienten slipper å få psykoaktive medikamenter, noe som har vist seg å korrelere med negative utfall for pasienten (Egberts et al., 2020; Inouye et al., 2014). Videre vil pasienten forhåpentligvis føle på trygghet, omsorg og ivaretagelse. Nærhetsetikk er her en sentral retning, da sykepleier handler ut ifra en medmenneskelig tilnærming, siden hun eller han faktisk bruker seg selv i relasjonen til pasienten i form av å gi fysisk omsorg (Vetlesen, 1996, sitert i Brinchmann, 2021b, s. 115). Dette vil også bidra til å styrke relasjonen mellom sykepleier og den syke, noe som er en sentral tanke i Travelbees teoretiske tilnærming (Travelbee, 2017). Travelbee presiserer at sykepleier må evne å se mennesket bak lidelsen, og hjelpe den syke å gjenvinne følelsen av trygghet og omsorg, og dermed forme et menneske-til-menneske-forhold. Samhandlingen skjer når sykepleier blant annet viser fysisk omsorg, noe sykepleier gjør i den trekomponents tilnærmingen for søvnfremming hos pasienten (Travelbee, 2017, s. 173). Til tross for at implementering av søvnfremmende tiltak kan synes å være

overkommelig, er prevalensen av delirium høy på sengeposter, og i mange tilfeller kan det være flere pasienter med delirium innlagt på samme sengepost (Inouye, 2006; Neerland et al., 2013, sitert i Ranhoff, 2018, s. 457). Arbeidsbelastningen blir da betraktelig økt, og jeg har selv erfart at en arbeidshverdag, både med og uten deliriumpasienter, kan være så hektisk at selv det å avsette 20 minutter, kan være tilnærmet umulig. Implementering av disse søvnfremmende tiltakene kan i slike situasjoner være utfordrende.

Vedrørende opprettholdelse av ikke-medikamentelle tiltak og ivaretagelse av pasientsikkerhet, er en utfordring at man ofte trenger fastvakt (Francis, 2019). Dette kan være en ressursmessig utfordring for avdelingen, som må sette av eget personell. Følgelig kan det i noen tilfeller være utfordrende for pasienten, som må forholde seg til tilstedeværelsen av mennesker på rommet til enhver tid. Til tross for avdelingens økonomiske byrde, kan fastvakt i mange tilfeller være en fordelaktig komponent i behandling av delirium, og sykepleier spiller en viktig rolle når det gjelder identifisering av behovet. Fastvakten trenger ikke nødvendigvis å være en sykepleier, men kan fortrinnsvis være et familiemedlem av pasienten (Francis, 2019). For pasienten kan dette være en bidragsytende faktor på veien mot reorientering, noe som også kan bidra til å redusere uheldige symptomer som til slutt kan bli medikamentkrevende (Inouye et al., 2014).

Tidvis må sykepleier ty til tvangshandlinger, som bruk av sengehest, for å begrense pasientens bevegelsesfrihet, noe sykepleierne i oversiktsstudien gjort av Thomas og kollegaer (2021) også rapporterte, at fysisk begrensning av pasienten ofte ble brukt. Indikasjon kan være hvis pasienten står i fare for å skade seg selv eller omgivelsene rundt. I de anledningene slike tvangstiltak vurderes som en nødvendighet, vil prinsippet om å ikke-skade tilsynelatende trumfe autonomiprinsippet, tatt i betraktning at prinsippene innad i de fire prinsippers etikk er likeverdige, og ikke står i hierarki i forhold til hverandre (Brinchmann, 2021a, s. 85). Litteratur presentert i oppgaven viser derimot at tvangshandlinger kan gjøre at pasienten føler seg mer utrygg, som igjen kan forsterke eventuell agitasjon (Stubberud, 2017, s. 436; Inouye et al., 2014). Andre konsekvenser som vil forhindre adekvat behandling, er at pasienten får mobilitetsutfordringer, står i ytterligere fare for å skade seg selv, eksempelvis ved å gjøre forsøk på å klatre over sengehesten, i

tillegg til at bruk av sengehester tredobler sjansen for forlenget forløp med delirium (Francis, 2019). Vi ser her en diskrepans mellom hva som faktisk gjøres rundt om på sykehusavdelinger, og hva som er evidensbaserte tiltak i behandlingen mot delirium. Bruk av tvangshandlinger burde derfor unngås så langt det lar seg gjøre, og sykepleier spiller en sentral rolle når det kommer til iverksettelse av alternative løsninger som ikke vil skape ytterligere negative konsekvenser for pasienten.

Hvis sykepleier innehar kunnskap om deliriumtiltak kan han eller hun iverksette tiltak som vil virke behandlende overfor pasientens delirium. Et eksempel er, igjen, bruk av fastvakt, som kan redusere bruken av sengehester. Det kan tenkes at dette vil være positivt for pasienten og sykepleiernes generelle arbeidsbelastning for øvrig. Ved kontinuerlig tilsyn skapes et miljø med rom for pasienten til å praktisere mer autonome handlinger, og sykepleier vil derfor bidra til å ivareta autonomiprinsippet, i tillegg til prinsippet om å ikke-skade (Brinchmann, 2021a, s. 85). Ved ivaretagelse av ikke-skade-prinsippet menes det at fastvakten kan holde øye med pasienten på avstand, og dermed kan han eller hun gripe inn hvis pasienten er i ferd med å skade seg selv, noe som bidrar ytterligere til at pasienten får opprettholdt sin autonomi.

Tatt i betraktning de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere punkt 2 og helsepersonelloven §4, så har sykepleier et ansvar i å praktisere sykepleie på en måte som ivaretar pasientens verdighet, rett til omsorgsfull hjelp og forsvarlig behandling (Helsepersonelloven, 1999; NSF, 2019). Hvis pasientens hallusinasjoner, vrangforestillinger eller agitasjon er så uttalt at pasienten skjemmer seg ut eller motsetter seg behandling, og ikke-medikamentelle tiltak er utprøvd uten effekt, vil det være etisk, faglig og juridisk uforsvarlig å ikke prøve ut medikamenter for å hjelpe den syke.

Resultater indikerer at medikamentell behandling kan være indisert hos pasienter med uttalt økt psykomotorisk tempo, aggressiv atferd, hallusinasjoner og/eller vrangforestillinger (Inouye et al., 2014; Ranhoff, 2018, s 460). Funn presentert i oversiktsstudien til Thomas og kollegaer indikerer at sykepleierne synes det var effektivt å bruke medisiner, som antipsykotikumet haloperidol, hos eldre pasienter med delirium (Thomas et al., 2021).

Personlige erfaringer fra klinisk praksis underbygger dette, da jeg har observert at pasienter med delirium ble roligere etter administrasjon av haloperidol. Flere av studiene Inouye og kollegaer (2014) har gjennomgått, viser til resultater som peker mot at antipsykotikum og beroligende medikamenter kan redusere plagsomme symptomer (Inouye et al., 2014). For pasienten betyr jo dette i beste fall en «pause» fra sin tilstand av alvorlig delirium, og for sykepleier og avdeling ellers betyr det en roligere pasient som ikke krever like mye ressurser.

Til tross for at bruk av antipsykotikum og sedative medisiner kan gjøre pasienten mindre aggressiv, redusere persepsjonsforstyrrelser og psykomotorisk uro, viser forskning at bruk av denne typen medikamenter ikke bedrer prognosen for pasienten, heller tvert imot (Inouye et al., 2014). Egberts et al. (2020) poengterer at pasientgruppen med delirium som fikk både antipsykotikum og lorazepam, hadde lengre behandlingsforløp og økt andel pasienter ble utskrevet til institusjon etter innleggelse på sykehus. 45 % av pasientene som ikke fikk medikamenter, ble utskrevet til institusjon, mot hele 59 % i gruppen behandlet med antipsykotikum alene, og 82 % i gruppen behandlet med beroligende og antipsykotikum (Egberts et al., 2020). Resultatene setter altså spørsmål ved hvorvidt bruk av denne typen legemidler i behandling av delirium er hensiktsmessig, eller om det skaper en forverring av tilstanden. En konsekvens av medikamentelle tiltak kan være forlenget varighet av delirium og andre negative kliniske utfall, som forverring av kognitiv svikt (Inouye et al., 2014). En mulig mekanisme kan være at medikamentell behandling medfører et skifte fra hyperaktiv-til hypoaktiv delirium, som kan gi inntrykk av bedre symptomkontroll, men kan likevel være assosiert med dårligere kliniske utfall (Inouye et al., 2014). At pasienten er mer dempet kan gjøre at behovet for ikke-medikamentelle tiltak synes å opphøre, selv om behovet for ikke-medikamentelle tiltak fortsatt er der. Inouye og kollegaer (2014) konkluderer i sin litteraturgjennomgang at medikamentell behandling mot delirium ikke er anbefalt (Inouye et al., 2014).

4.2.1 Sykepleiers funksjon

Det kan synes som at forskningen på feltet er tvetydig, da bruk av antipsykotikum og beroligende medikamenter gir symptomlindring, men samtidig korrelerer med dårlige utfall for pasienten (Egberts et al., 2020; Inouye et al., 2014). Jeg tror det må gjøres en avveining i

om medikamentell behandling tidvis virker mot sin hensikt, og sykepleiers rolle kanskje blir å være litt mer restriktiv i administrering av behovsmedisiner. Etter å ha jobbet på travle avdelinger skjønner jeg at mange tyr til medikamenter for å roe ned pasienten da de krever veldig mye tid og ressurser, noe som igjen underbygges av hva sykepleierne selv rapporterer i studien gjennomført av Thomas et al. (2021). Men, på den andre siden, kan dette medføre så alvorlige konsekvenser for pasienten, både i form av forverret forløp og et skifte fra hyperaktivt til hypoaktivt delir, at jeg ikke klarer å rettferdiggjøre den tanken. En konsekvens av at pasienter skifter fra hyperaktiv til hypoaktiv type er at effektfulle ikke-medikamentelle behandlingstiltak som mobilisering og aktivisering av pasientens egne ressurser, blir nærmest umulig da pasienten er i en komatøslignende tilstand, og ikke selv kan medvirke.

Mye av den ikke-medikamentelle behandlingen tar sikte på at pasienten skal føle på trygghet og kontroll, og hvis pasienten er i hypoaktivt delir, lar ikke dette seg gjennomføre.

Konklusjonen til Inouye og kollegaer (2014) om at etter en gjennomgang av 16 studier, anbefales det ikke medikamentell behandling for delirium, underbygger igjen viktigheten av økt kunnskap blant sykepleierne om delirium og behandling. Ved styrket kunnskapsgrunnlag kan sykepleierne kan sitte på kunnskap som gjør at de heller vil prøve miljøtiltak fremfor kjappe kjemiske løsninger, noe jeg tror vil gagne majoriteten av pasientene på sikt, samt sengeposten der pasienten er innlagt.

5 Konklusjon

Opgavens teori- og resultatdel presenterer litteratur som indikerer at delirium er en alvorlig tilstand, der individet står i fare for traumer, institusjonalisering og i verste fall, død. Basert på diskusjon rundt faglige og personlige synspunkter, er det rimelig å hevde at sykepleiere har en sentral rolle i identifisering og behandling av delirium. Sykepleier er den gruppen av helsepersonell som ser pasienten mest i løpet av døgnet, og er derfor i en unik posisjon til fange opp deliriske endringer i pasientens tilstand. Stryket kunnskap om symptombilde og kartleggingsverktøy blant sykepleiere, kan bedre prognosen for pasienter med delirium, siden korrekt behandling raskere blir iverksatt. Når det gjelder behandling av tilstanden, indikerer forskningsresultater at ikke-medikamentelle tiltak er førstevalg i behandlingen. Anbefalte tiltak som å tilrettelegge for et trygt miljø, gi god pleie og omsorg, er oppgaver som allerede er veletablert i sykepleiers arbeidshverdag. Med dette tatt i betraktning, taler det nesten for seg selv at sykepleier er å definere som en sentral aktør i behandling av delirium. Forskningsresultater viser at medikamenter i beste fall har moderat effekt, og i verste fall forverrer pasientens forløp. I noen tilfeller vil det å administrere medikamenter forringe helse og fremme lidelse, i stede for å fremme helse og lindre lidelse, som faktisk er sykepleiers fundamentale plikter. Basert på presentert litteratur tror jeg en av mange roller sykepleier har i behandling av delirium, er å gjøre en skjønnsmessig og individualisert tilnærming til behandling hos den enkelte pasient. Dette med særlig fokus på ikke-medikamentelle tiltak.

For meg har det vært en lang, utfordrende og lærerik prosess å utforme denne litteraturstudien, og jeg har blitt overrasket over hvor sentral sykepleiers rolle faktisk er i møte med denne sårbare pasientgruppen. Jeg håper oppgaven kan inspirere sykepleierstudenter og sykepleiere til å møte den eldre, sårbare deliriumspasienten på en måte som tilrettelegger og skaper rom for trygghet og omsorg, siden pasientene er i en svært krevende og skremmende situasjon. Personlig vil jeg ta med meg kunnskapen jeg har tilegnet meg gjennom dette arbeidet inn i sykehushverdagen jeg nå skal inn i, og tilstrebe å møte denne pasientgruppen på en kunnskapsbasert, trygg og omsorgsfull måte.

Litteraturliste

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. (5.utg.). American Psychiatric Association.
- Brinchmann, B. S. (2021a). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5.utg., s. 81-96). Gyldendal Akademisk.
- Brinchmann, B. S. (2021b). Nærhetsetikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5.utg., s. 114-130). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving* (5.utg.). Gyldendal Akademisk.
- De, J. & Wand, A. P. F. (2015). Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *Gerontologist*, 55(6), 1079-1099.
DOI: 10.1093/geront/gnv100
- Egberts, A., Alan, H., Ziere, G. & Mattace-Raso, F. U. S. (2020). Antipsychotics and Lorazepam During Delirium: Are We Harming Older Patients? A Real-Life Data Study. *Drugs & Aging*, (38), 53-62. <https://doi.org/10.1007/s40266-020-00813-7>
- Eide, L. S. P, Instenes, I. & Ranhoff, A. H. (2017). Kjenn tegnene på delirium hos eldre. *Sykepleien*, 105(7), 52-55. 10.4220/Sykepleiens.2017.62845
- Evensen, S., Forr, T., Al-Fattal, A., Groot, C., Lønne, G., Gjevjon, E. R., Berg, G. V. & Bergh, S. (2016). Nytt verktøy for å oppdage delirium og kognitiv svikt. *Tidsskriftet*. 136(4), 299-300. DOI: 10.4045/tidsskr.15.1334

Fong, T. G., Tulebaev, S. R. & Inouye, S. K. (2009). Delirium in elderly adults: diagnosis, prevention and treatment. *Nature Reviews Neurology*, 5(4), 210-220.
DOI: 10.1038/nrneurol.2009.24

Francis, J. (2019, 22.mai). *Delirium and acute confusional states: Prevention, treatment, and prognosis*. UpToDate. https://www.uptodate.com/contents/delirium-and-acute-confusional-states-prevention-treatment-and-prognosis?search=Delirium%20and%20acute%20confusional%20states:%20Prevention,%20treatment,%20and%20prognosis.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H12

Helsebiblioteket. (u.å.). *Delirium: Forebygging, diagnostikk og behandling*. Hentet 20.april 2021 fra <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/delirium-diagnostikk-og-behandling#references>

Helsebiblioteket. (2016). *Sjekklistor*.
https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor?fbclid=IwAR1LUaplK4ZcDryaLAM__p9zUqfb2iZo7cVTBHgH5n81CevcyjByeWjACs

Hasemann, W., Tolson, D., Godwin, J., Spirig, R., Frei, I.A. & Kressig, R.W. (2016). A before and after study of a nurse led comprehensive delirium management programme (DemDel) for older acute care inpatients with cognitive impairment. *International Journal of Nursing Studies*, (53), 27-38.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.08.003>

Helsedirektoratet. (2016, 19.september). *1.1. Oversikt og ekvipotens for benzodiazepiner og z-hypnotika*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/vanedannende-legemidler/grunnleggende-om-vanedannende-legemidler/oversikt-og-ekvipotens-for-benzodiazepiner-og-z-hypnotika>

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J. & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *Lancet*, (383), 911-922. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)

Kirkevold, M. (2018). Kartlegging. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 122-143). Gyldendal Akademisk.

Legeforeningen. (u.å.). *4AT*. Hentet 02.mai 2021 fra
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/bcf2ee0183d54c17b7005b963818c0ab/4at-norsk-versjon-2015.pdf>

Legeforeningen. (u.å.). *Confussion Assessment Method*. Hentet 02.mai 2021 fra
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/21ef25cf569d44749573de21a8d6b043/confusion-assessment-method-cam-kortversjonen.pdf>

Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in Hospitalized Older Adults. *The New England of Medicine*, (377), 1456-66. DOI: 10.1056/NEJMcp1605501

Melhus, G. K. & Lærum-Onsager, E. (2019). Sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus. *Geriatrisk sykepleie* (2), 15-21.
https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2020-09/gs-2-2019.pdf

Norsk sykepleierforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*.
<https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Oslo universitetssykehus. (2017). *Delirium tremens (alkoholdelir)- forebygging og behandling*. E-håndboken. <https://ehandboken.ous-hf.no/document/101625#23>

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

Ranhoff, A. H. (2018). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 452-462). Gyldendal Akademisk.

Skovdahl, K. & Berentsen, V. D. (2018). Kognitiv svikt og demens. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (2.utg., s. 408-437). Gyldendal Akademisk.

Sneltvedt, T. (2021). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (5.utg., s. 97-113). Gyldendal Akademisk.

Stubberud, D.-G. (2017). Sykepleie ved delirium. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie* (5.utg., 2.bind, s. 429-437). Gyldendal Akademisk.

Thomas, N., Coleman, M. & Terry, D. (2021). Nurses' Experience of Caring for Patients with Delirium: Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis. *Nursing reports*, (11), 164-174. <http://doi.org/10.3390/nursrep11010016>

Travelbee, J. (2017). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (K. M. Thorbjørnsen, Overs.). Gyldendal Akademisk. (Opprinnelig utgitt 1966).

Vedlegg

Vedlegg 1: Confussion Assessment Method (CAM)- kortversjon (Legeforeningen, u.å)

CONFUSION ASSESSMENT METHOD (CAM) KORTVERSJON

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

INTERVJUER:

DATO:

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

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

Vedlegg 2: 4AT (Legeforeningen, u. å)



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 søvning ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvning < 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, uoppmærksom)	2

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Holdepunkter for betydelige endringer eller fluktuasjoner knyttet til: årvåkenhet, kognisjon, annen mental funksjon

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

Nei	0
Ja	4

≥4: mulig delirium og eller kognitiv svikt

1-3: mulig kognitiv svikt

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

4AT SKÅR

VEILEDNING

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

Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangs-vurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt før en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert 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?". 2011-2014 MacLellan, Ryan, Cash; 2015 norsk versjon: Gier V. Berg (RN, MCA, Dr.PH), Edith Ruth Gjovik (RN, MCA, PhD), Ahmed Al-Falali (MD), Cathrine de Groot (fysioterapeut, MSc) og Sigurd Evensen (MD, PhD-student). Susan Juel (RN) ansvarlig for tilbakemeldinger.