



Oppdage og gjenkjenne delirium
Diagnostisering av palliative kreftpasienter
Discovering and recognising delirium
Diagnosis of patients of cancer

Kandidatnummer: 51

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Fordypningsoppgave
Videreutdanning i kreftsykepleie

Kull: Heltid 2022/2023

Antall ord: 4360

Abstrakt

Innledning: Studier viser at delirium hos palliative kreftpasienter er underdiagnostisert.

Problemstilling: Hvordan kan kreftsykepleier bidra til diagnostisering av delirium hos kreftpasienter i palliativ fase?

Metode: En litteraturstudie

Resultat: Det er flere predisponerende og utløsende risikofaktorer som kan forutse om en pasient utvikler delirium. Kartlegging ved innleggelse kan være viktig for å være mer observant på pasienter i risikozonen. Screeningverktøy kan for den nye og uerfarne sykepleieren være et hjelpemiddel ved mistanke om delirium. Diagnosen er vanskelig å fange opp fordi symptomene og tegnene kan være vage og varierende. Sykepleieren rapporterer å ha hull i kunnskapen når det gjelder symptomer og tegn på delirium og det kreves mer kunnskap, erfaring og opplæring i klinikken.

Konklusjon: Kartlegging av predisponerende og utløsende faktorer, bruk av screening ved mistanke om delirium og øke sykepleieres kunnskap er faktorer som kan bidra til diagnostisering av delirium hos kreftpasienter i palliativ fase.

Nøkkelord: Kreftpasienter, delirium, palliasjon, Risikofaktorer, screeningverktøy

Abstract

Introduction: Studies show that delirium among palliative patients with cancer is underdiagnosed.

Research question: How can oncology nurses contribute to the diagnosis of delirium among palliative patients of cancer?

Method: Literature study

Results: There are several predisposing and triggering risk factors that can predict whether a patient develops delirium. Charting upon admittance could prove important for the observation of patients who are in risk of developing delirium. Screening tools could be a useful device for the new and inexperienced nurse if delirium is suspected. The diagnosis is difficult to detect because the symptoms and signs may be indistinct and diverse. Nurses often report lack of knowledge regarding recognizing symptoms and indications of delirium. More and better knowledge, experience and training is required.

Conclusion: The charting of predisposing and precipitating factors, the use of screening assessments, and to increase the knowledge of nurses, are all factors that can contribute to the diagnosis of delirium among palliative patients of cancer.

Key words: Cancer patients, delirium, palliative care, risk factors, screening assessments

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	5
1.1 PROBLEMSTILLING	6
1.2 HENSIKT	6
2.0 METODE	7
2.1 LITTERATURSØK	7
2.2 UTVELGELSE AV ARTIKLER	8
2.3 ANALYSE	9
3.0 RESULTAT	11
3.1 KARTLEGGING AV PREDISPONERENDE OG UTLØSENDE RISIKOFAKTORER	11
3.2 ØKE SYKEPLEIERS KUNNSKAP OM DELIRIUM	12
3.3 BRUK AV SCREENINGVERKTØY	13
3.3.1 Forkortelser for screeningverktøyene som ble brukt i studiene	13
4.0 DISKUSJON	15
4.1 KARTLEGGING AV PREDISPONERENDE OG UTLØSENDE RISIKOFAKTORER	15
4.2 ØKE SYKEPLEIERS KUNNSKAP	16
4.3 BRUK AV SCREENINGVERKTØY	17
5.0 KONKLUSJON	19
REFERANSELISTE	20

Vedlegg 1: Litteraturmatrise

Vedlegg 2: PICO og søkeskjema

1.0 Innledning

Delirium beskrives som den psykiatriske tilstanden som forekommer hyppigst blant kreftpasienter i palliativ fase. Studier viser en forekomst fra 13-85% innlagt på institusjon, og kan forekomme blant alle grupper med alvorlig syke pasienter, da spesielt i den høyeste aldersgruppen (Loge, Hjermstad & Løhre, 2018, s. 503). Delirium er et tegn på en overbelastning av hjernen og er definert som en akutt forstyrrelse av bevissthetsnivå som skjer i løpet av timer eller dager, med redusert evne til å fastholde, fokusere eller skifte oppmerksomhet (Helsedirektoratet, 2019). Karakteristiske trekk er redusert evne til orientering og dårlig hukommelse og det er forbundet med funksjonssvikt, forlenget liggetid på sykehus, og økte kostnader (Ranhoff, 2020, s. 458). Loge et al. (2018 s. 501-502) angir språkforståelse, vrangforestillinger og/eller hallusinasjoner. Vi vet at forekomsten av delirium øker fra innleggelse på sykehus og jo lenger innleggelsen varer. Det er høyest forekomst de siste ukene, dagene og timene før døden inntreffer (Loge et al., 2018, s. 503).

Det er flere årsaker til delirium, og årsakene er ofte sammensatt av flere komponenter. Loge et al. (2018, s. 503) skiller mellom predisponerende, - og utløsende årsaker, hvor de utløsende er tilgjengelig for intervensjoner. Tilstanden deles inn i tre typer: hypoaktiv, hyperaktiv og blandet type som har karakteristikk ut ifra hvordan den opptrer. Den siste er den vanligste (Egilsdottir et al., 2021 s. 195). Delirium bør identifiseres og aktuell behandling iverksettes for å unngå belastningen på pasient og pårørende (Loge et al., 2018, s. 510) og den kan i mange tilfeller reverseres (Ranhoff, 2020, s.458). Loge et al. (2018. s. 504) sier videre at det er lett å overse delirium hvis pasienten ikke viser påfallende endret adferd, og at tilstanden derfor er underdiagnostisert. For å fange opp endringer som kognitiv svikt bør kognitiv funksjon systematisk kartlegges ved innleggelse, da dette ofte ikke blir fanget opp av lege og sykepleier (Kaasa & Loge, 2018, s. 197). Det er ikke mulig å diagnostisere eller fange opp gjennom biomarkører eller laboratorietester, men sammen med klinisk vurdering kan legen stille diagnosen (Loge et al., 2018, s. 504-505).

1.1 Problemstilling

Hvordan kan kreftsykepleier bidra til diagnostisering av delirium hos kreftpasienter i palliativ fase?

1.2 Hensikt

Studien har til hensikt å undersøke hvilke faktorer som kan bidra til å oppdage og diagnostisere delirium hos kreftpasienter i palliativ fase. Oppgaven er avgrenset til pasienter som har kreft i palliativ fase, hvor systemisk kreftbehandling er avsluttet. I denne oppgaven brukes begrepene «delirium» og «delir» om hverandre fordi ordet «delir» brukes muntlig i klinisk arbeid.

2.0 Metode

Metode er en fremgangsmåte og et redskap når det er noe vi ønsker å undersøke. Det kalles redskap fordi det hjelper oss å samle inn informasjon til undersøkelsen som skal gjøres (Dalland, 2017, s. 52). Denne oppgaven er en litteraturstudie hvor hensikten er at man søker etter data som er samlet inn av andre, altså sekundærdata (Thidemann, 2015, s. 77). En slik måte å jobbe på innebærer å samle inn litteratur, kritisk vurdere og til slutt sammenfatte den. For at dette skal bli mest mulig oversiktlig, er det vesentlig med en presis og avgrenset problemstilling (Thidemann, 2019, s. 79-80). Målet er å kunne gi leseren oppdatert kunnskap og forståelse innenfor det området som problemstillingen etterspør, samt beskrive hvordan en kom frem til resultatene (Thidemann, 2015, s. 80).

2.1 Litteratursøk

I denne litteraturstudien har jeg søkt etter artikler i databasene Cinahl, Pubmed og Sykepleien forskning. Søket ble avgrenset ved å inkludere alle fagfellevurderte, - og engelskspråklige artikler, 10 år tilbake i tid. Det ble brukt boolske operatører som AND og OR i alle søk for å finne de mest relevante artiklene til oppgaven. Jeg brukte trunkering for å få opp flere måter å skrive søkeordet på. Alle artiklene omhandler palliative kreftpasienter, men det er også inkludert pasienter med andre palliative diagnoser i noen av studiene. I en av studiene er palliative pasienter definert med levetid fra 6 måneder til terminal fase, men ingen omhandler kun terminale. Jeg valgte å inkludere artikler hvor terminale også er med i studiene fordi samtlige artikler hadde samme funn. Oppgaven er basert på både kvalitative og kvantitative artikler. Jeg eliminerte oversiktsartikler og sjekket at alle fulgte IMRAD strukturen.

Søket etter artikler startet i Cinahl da dette er en database med mest helserelaterte, - og sykepleierfaglig artikler som jeg er kjent med fra tidligere. I PICO-skjema inkluderte jeg ordet «faktorer» for å finne artikler som peker på hva som kan bidra til diagnostisering av delirium. Søket startet med søkeordene «palliative care» OR «palliative» OR «hospice and palliative nursing» kombinert med AND «delirium» AND «factors» hvor jeg fikk 86 treff. Da jeg skrev

inn søkeordet «palliative care» kom det forslag om «hospice and palliative nursing» og jeg valgte derfor å inkludere dette i søket, selv om det i utgangspunktet ikke stod i PICO. Jeg skumleste gjennom titlene og leste abstractet i artiklene med relevant tittel, deretter hensikt og resultatdel. Til slutt endte jeg med å inkludere 3 artikler basert på inklusjon og eksklusjon. Jeg gikk videre med å legge til søkeord «diagnosis*» hvor jeg da fikk 35 treff. Ut ifra samme utvelgelseskriterier valgte jeg 3 artikler. Jeg søkte også «palliative care» OR «palliative nursing» AND factors* AND delirium. I Pubmed brukte jeg samme ord listet ovenfor og stod igjen med 1 artikkel. I sykepleien forskning var det ingen relevante artikler.

2.2 Utvalgelse av artikler

8 utvalgte artikler kan finnes i litteratormatrisen som er vedlagt oppgaven.

Artiklene er først valgt ut ifra hva som kom frem i metode, - og resultatdel, og hvordan de svarte på egen problemstilling. Etter å ha lest alle artiklene nøye viste det seg at samtlige av artiklene peker på mange av de samme risikofaktorene. Artiklene er hentet fra Italia, Tyrkia, Nederland, India, UK, Australia og 2 fra Sveits. 6 av 8 artikler forsket på kartlegging av risikofaktorer og screeningverktøy, mens 2 av artiklene handlet om sykepleieres kunnskap og erfaring. Videre handlet 6 av 8 artikler om kreftpasienter innlagt på sykehus eller lindrende enhet (Neefjes et al., 2017; Seiler et al., 2021; Seiler et al., 2020; Senel et al., 2017; Corli et al., 2021; Chishi et al., 2023). Jeg valgte å inkludere alle 6 fordi de peker på mange av de samme screeningverktøyene og risikofaktorene.

Jeg valgte å inkludere artikler selv om enkelte studier er gjennomført i land som ikke har samme helsevesen som oss og det er en sjanse for at resultatet ikke er overførbart til Norge. Dette fordi samtlige peker på mange av de samme predisponerende og utløsende risikofaktorene, og utfordringer ved å diagnostisere delirium. De to siste artiklene er kvalitative studier som ønsker å identifisere sykepleierens utfordringer med å håndtere delirium. Harris et al. (2020) skiller seg ut fordi den handler om palliative sykepleiere som jobber ute i kommunen, hjemme hos pasienten. Jeg har valgt å inkludere denne fordi deler av studien peker på mange av de samme utfordringene som inne på sykehus eller lindrende

enhet. Den har mange av de samme funnene som hos Hosie et al. (2014).

Det er en svakhet at alle artiklene er engelskspråklige da det ble vanskelig å forstå alt som er skrevet. Det kan føre til misforståelser som at jeg analyserer teksten feil og overser viktige momenter i teksten.

Alle artikler er vurdert og godkjent av klinisk komité og innhentet samtykke fra deltagerne.

2.3 Analyse

Da jeg skulle analysere artiklene leste jeg nøye gjennom de aktuelle artiklenes metode, - og resultatdel, og ved hjelp av en utvidet litteraturmatriks ble analysen satt i system. På denne måten fikk jeg satt artiklene opp mot hverandre, og nøkkelfunn, likheter og ulikheter kom tydelig frem. Videre fargekodet jeg nøkkelfunnene for å finne tema.

Seks av åtte artikler kartlegger risikofaktorer hos kreftpasienter innlagt på sykehus eller lindrende enhet. De fleste artiklene skiller på predisponerende og utløsende risikofaktor. De hadde flere like funn av risikofaktorer og de som gikk igjen i artiklene var nedsatt hørsel og syn, nyresvikt, hjernemetastaser, ECOG- status, forstoppelse, dehydrering, søvnvansker, infeksjon, organsvikt og metabolsk ubalanse. Noen funn var ulike som at to av artiklene fant at «alder» alene ikke er en predisponerende faktor (Neefjes et al., 2017; Seiler et al., 2021; Seiler et al., 2020; Senel et al., 2017; Corli et al., 2021; Chishi et al., 2023).

I seks av åtte artikler ble det brukt screeningverktøy som hjelp til diagnostisering av delirium, og at verktøyene i de fleste tilfeller har god treffsikkerhet når man skal vurdere og diagnostisere pasienter med delirium. Felles for Neefjes et al. (2017) og Seiler et al. (2021) er at de brukte DOS sammen med DSM-5. Corli et al. (2021) og Harris et al. (2020) brukte 4AT. Senel et al. (2017) brukte verktøyet DRS, mens Chishi et al. (2023) brukte MDAS og DSM-5.

To av artiklene har likheter som at de begge er kvalitative artikler som tar for seg sykepleiers erfaringer. Harris et al. (2020) og Hosie et al. (2014) kom frem til at det er hull i uerfarne, - og nye sykepleieres kunnskap om delirium, og at de selv synes det er å utfordrende å gjenkjenne en pasient med begynnende delir. De er ulike på den måten at Harris et al. (2020)

sine deltagere var bygget på sykepleieres erfaring fra delir i kommunehelsetjenesten, mens Hosie et al. (2014) sine deltagere var på institusjon.

Ut av nøkkelfunnene har jeg kommet frem til følgende tema.

1. Kartlegging av predisponerende og utløsende risikofaktorer
2. Øke sykepleiers kunnskap om delirium
3. Bruk av screeningverktøy

3.0 Resultat

Under presenteres artiklene etter tema.

3.1 Kartlegging av predisponerende og utløsende risikofaktorer

I studien til Seiler et al. (2021, s. 277- 279) identifiseres predisponerte faktorer og utløsende faktorer hos pasienter over 65 år, og de kom frem til at nyresykdom, nedsatt hørsel og hypertensjon bidrar til utvikling av delir. For pasientene under 65 år kunne utløsende årsaker alene forårsake delirium. Her var den utløsende årsaken cerebralt ødem. I samme studie peker de mot at alder alene ikke er en risikofaktor. Videre fant de at pasienter med flere av de predisponerte faktorene trengte færre utløsende faktorer for å utvikle delirium.

Dette samsvarer med funnene i Corli et al. (2021, s. 4292- 4296) hvor studien var delt i to grupper med pasienter; en gruppe på hospice og en gruppe pasienter som bor hjemme. Frekvensen av kjennetegn var lik hos pasienter som utviklet og ikke utviklet delirium, men det ble observert betydelige forskjeller i relasjon til alder og pleiebehov. Pasientene som utviklet delirium, var i gjennomsnitt 3 år eldre enn de som ikke utviklet delirium og ble i større grad behandlet i hjemmet. Begge gruppene hadde tilnærmet lik komorbiditet. De fant også at tilstedeværelsen av hypoksi, og det totale omfanget av samtidig eksisterende kliniske faktorer, var betydelig mer høyfrekvent hos pasienter som utviklet delirium enn hos de pasientene som ikke utviklet dette. Det var signifikant større risiko for pasientene som var innlagt på hospice, hypoksi og dyspné, og haloperidol var assosiert med å utvikle delirium, men også nedsatt funksjonsevne, nyresvikt, feber, dehydrering og døsigheit var til stede.

Seiler et al. (2020, s. 442) trekker frem følgende predisponerende faktorer som kan være forutseende: skrøpelighet, nedsatt syn og hørsel, og hjernemetastaser, og at menn har 2 ganger så høy risiko for å utvikle delirium. De deliriske pasientene ble ofte innlagt som øyeblikkelig hjelp. Utløsende og forutseende faktorer er akutt nyresvikt og trykksår.

Studien til Neefjes et al. (2017, s. 1863- 1864) utviklet en «delirium prediction algoritme» som hadde til hensikt å kunne forutse om pasienter med predisponerende og utløsende risikofaktorer går i delir. Risikofaktorene de baserte algoritmen på var akutte innleggelser,

metabolsk ubalanse, ECOG status (et verktøy for å klassifisere funksjonsnivå) på >3 og palliativ intensjon. Modellen fanget opp pasienter med delirium som var i nevnte gruppe, men det var flere som utviklet delirium som ikke var i denne gruppen. Den hadde en spesifisitet på 85%, men sensitivitet på 40%. Som vil kunne ende opp med at 60% ikke blir diagnostisert hvis screeningen kun gjøres i høyrisikogruppen. I utgangspunktet var det flere risikofaktorer for utvikling av delir, men det var kun alder som samsvarte med utvikling av delirium. Av de utløsende faktorene var infeksjon, forstoppelse og urinretensjon, organsvikt relatert til utvikling av delirium.

Chishi et al. (2023, s. 85) fant ut av dårlig ECOG status sammen med dårlig PPS (palliativ performance score) var større sjanse for utvikling av delirium. Det ble ikke funnet store forskjeller i gruppene med og uten delirium når det gjelder alder og kjønn. De finner også at de tydeligste risikofaktorene er dehydrering, kakeksi, metabolsk ubalanse, rusmisbruk og hjernemetastaser.

Senel et al. (2017, s.283) fant at forekomsten ved innleggelse var på 31,3%. De kunne heller ikke finne sammenheng mellom delirium og alder og kjønn. Det var høyere forekomst av delirium hos pasienter med organsvikt, hjernemetastaser, infeksjon, immobilitet, underernæring, søvnvansker og forstoppelse. De hadde lavere PPS, store doser opioider, benzodiazepiner og steroider.

3.2 Øke sykepleieres kunnskap om delirium

Hosie et al. (2014, s. 823) peker på forskjeller i kunnskapen om delirium hos sykepleiere, og at det kan være en av faktorene som fører til at det er vanskelig å gjenkjenne symptomer. Deltakerne anerkjente at det er store hull i kunnskapen om delirium som førte til at sykepleieren ikke fanget opp tegn og symptomer som ønskelig. Deltagerne mente at kursing og opplæring av håndtering av delirium, spesialtilpasset til palliative pasienter er nødvendig og ønskelig for fremtiden. De fleste ønsket at læringen skulle inneholde scenarioer og relevans for sykepleie og palliativ praksis. Sykepleierne hadde også forslag om å ha en debrief etter hendelser med delirium, hvor håndteringen av delirium ikke var som ønsket.

I Harris et al. (2020, s. 351) kommer det frem at deltakerne som fikk tilrettelagte kurs om delirium, opplevde at å få undervisning før kurset om delirium, og deretter få kunnskapen forsterket, utgjorde en læringsfordel. Håndtering av delirium i Harris et al. (2020, s. 350) skilte seg ut hos de sykepleierne som hadde deltatt på workshops med de palliative sykepleierne, med de som ikke hadde deltatt. Dette støttes også av Benners teori om at kliniske ferdigheter utviklers i takt med mengden erfaring en har (Reitan, 2019, s. 40).

I Seiler et al. (2029, s. 438) fikk sykepleierne som utførte screeningen med DOS og DSM-5 fire timers opplæring og kursing i å håndtere verktøyet, case-arbeid og i diagnostiske kriterier for delirium.

3.3 Bruk av screeningverktøy

3.3.1 Forkortelser for screeningverktøyene som ble brukt i studiene

DSM-5: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th edition

DOS: Delirium observation screening

DRS: delirium rating scale

MDAS: et verktøy for å gradere delirium

4AT: attention, age, attention, acute change

I studien til Seiler et al. (2020, s. 438) kommer det frem at verktøyet DOS sammen med DSM-5 har god treffsikkerhet for å screene for delirium. Med kun DOS identifiserte de 91% av tilfellene og sammen med DSM-5 kriteriene, 97%. Pasientene var diagnostiserte av psykiater for kontroll. Sykepleierne som skulle utføre screeningen fikk opplæring i verktøyet og kunnskap om delirium.

I studien til Harris et al. (2020, s. 348) vurderte alle sykepleierne fra det palliative teamet for det meste delirium ut ifra å snakke med pasienten og observere symptomer. Alle rapporterte at de brukte screeningverktøyet 4at ved mistanke om delirium, men det ble ikke

brukt systematisk på grunn av bekymring rundt det å skulle skape mer uro for pasienten, tidspress og få retningslinjer for hvordan verktøyet skal brukes. Studien til Corli et al. (2021, s. 4292) baserte seg også på 4at.

Deltagerne i Hosie et al. (2014, s. 824) studie mente at ved å integrere screeningverktøy eller andre vurderingsredskap, ville resultere i at sykepleierne hadde bedre forutsetning til å gjenkjenne og vurdere delirium hos pasienter, men det kunne også skape med uro.

4.0 Diskusjon

4.1 Kartlegging av predisponerende og utløsende risikofaktorer

For å bidra til å diagnostisere delirium hos palliative kreftpasienter, er det avgjørende å ha kunnskap om hvem som har økt risiko, årsaksforhold og metoder for påvisning (Ranhoff, 2020, s. 459). Predisponerende risikofaktorer som gjentar seg i samtlige studier er alder med høy ECOG -status, nedsatt hørsel og syn, at pasienten er mann og hjernemetastaser. Videre var de hyppigste utløsende årsakene akutt nyresvikt, forstoppelse, dehydrering, søvnvansker, infeksjon, organsvikt og metabolsk ubalanse. Flere av funnene i studiene støttes av Ranhoff (2020, s. 465) og Loge et al. (2018, s.503). I en annen studie av samme forfatter Seiler et al. (2020) og Corli et al. (2021) kom de frem til at alder alene ikke var en predisponerende faktor. Dette funnet samsvarer ikke med studien til Neefjes et al. (2017) hvor de fant at alder var den eneste faktoren som var signifikant med utvikling av delir. Dette støttes også av teorien fra Ranhoff (2020, s. 464) og Loge et al. (2018, s. 503) som hevder at høy alder er en av de predisponerende faktorene med høyest forekomst. Det kan forklares med at Ranhoff (2020, s. 458- 471) fokuserer på geriatrike pasienter i sin utgivelse, hvor vi vet at forekomsten av delirium er høy. En mulig svakhet ved artikkelen til Seiler et al. (2021) er at de kun fokuserte på forekomsten av delirium hos pasienter over 65 og under 65 år. Erfaringen er at forekomsten er høyere hos de eldre enn de yngre, og det kan trolig forklares med den Eldres fysiske og mentale tilstand. Eldre kan ha oftere høyere ECOG-status, være mer dehydrert, ha sansesvikt og oppleve søvnvansker Ranhoff (2020, s.464-465) og da besitte flere av de predisponerende årsakene. Denne teorien underbygger funn fra Seiler et al. (2021) hvor de fant at pasientene med flere av de predisponerende faktorene trengte færre utløsende faktorer for å utvikle delirium.

Når flere av forskningsartiklene Corli et al. (2021) og Seiler et al. (2020) og Neefjes et al. (2017) viser at akutte innleggelse øker risikoen for utvikling av delirium bør sykepleiere være mer observante på denne pasientgruppen og være tidligere ute med diagnostisering av delirium. Kartlegging av risikofaktorer ved innleggelse og underveis i innleggelsen kan føre til at sykepleiere er mere observant og identifiserer tegn på delirium raskere enn uten å vite hva risikofaktorene er. Dette støtter Loge et al. (2018, s. 503) hvor han peker på at de

predisponerende årsakene er lite tilgjengelig for intervensjoner, men som studiene indikerer kan det være nyttig at vi som helsepersonell kan være oppmerksomme på faktorene så vi ved behov kan diagnostisere tidlig og tilrettelegge og behandle pasientens delirium (Neefjes et al., 2017; Seiler et al., 2019).

Algoritmen Neefjes et al. (2017) utviklet skulle luke ut pasienter med høyest sannsynlighet ville utvikle delirium, den hadde høy spesifisitet, men lav sensitivitet, som betyr at den kun klarte å fange opp en andel av tilfellene. Dette kan underbygges med at det kan være utfordringer med å forutse delirium da det er lite trolig at delirium kun har én enkelt årsak (Loge et al., 2018, s. 503). Ranhoff (2020, s. 464) sier at alle akutte tilstander, forverring av en kronisk sykdom, kan utløse delirium, i hvert fall hos eldre. Da kan man stille seg spørsmålet om man i det hele tatt klarer å forutse delirium. Den eksisterende forskningen viser ikke hvilken effekt kartlegging av predisponerende og utløsende årsaker ville hatt, og hvor mye fortere behandling kan startes ved å kartlegge. Dette kan være en svakhet ved flere av studiene og det vil være spennende å se hva tiltakene kunne bidratt med i diagnostikken i fremtiden.

4.2 Øke sykepleiers kunnskap

Diagnostisering av delirium i palliativ fase kan være vanskelig for sykepleiere av flere årsaker. En av årsakene kan være som sykepleierne i Hosie et al. (2014, s. 821) rapporterte, at sykepleiere ofte har ulik erfaring og kunnskap, og at de opplevde hull i kunnskapen om delirium. For å kunne fange opp endringer hos pasienten må sykepleier ha grunnleggende ferdigheter i kommunikasjon og observasjon, og dette kan ifølge Loge et al. (2018, s. 504) ofte være en utfordring. Det er sannsynlig flere grunner til dette. Erfaringsmessig har ikke nye sykepleiere kapasitet eller nok erfaring til å kunne vurdere pasienter på sammen måte som en som har jobbet lenge på samme avdeling. Dette støttes av Benners teori om hvordan novisen, den nye sykepleieren, går gjennom en utvikling når det gjelder klinisk kompetanse på vei mot ekspert (Reitan, 2019, s. 40).

Benners (Reitan, 2019, s. 40) perspektiv om at formalisert veiledning kan føre til utvikling av

klinisk kompetanse kan overføres til funnene i studiene til Harris et al. (2020) og Hosie et al. (2014). Her ønsket sykepleierne seg mer kompetanse og erfaring. Dette støtter Harris et al. (2020, s. 350) hvor sykepleierne som hadde deltatt på workshop med de palliative sykepleierne håndterte delirium bedre enn de som ikke deltok. Dette underbygger at kunnskapsoverføring fra ekspert til novise har god effekt. Det viser videre behovet for mer utdanning og kunnskap, men mer kunnskap fordrer også innsats på system-nivå for å tilrettelegge for kurs og læringsmuligheter. Dette finner vi også i funnene til Hosie et al. (2014) hvor det pekes på mangel på muligheter for læring om delirium som er relevant for klinisk palliasjon. Sykepleierne hadde også forslag om å ha en debrief og reflektere etter hendelser med delirium hvor håndteringen av delirium ikke var som ønsket. Dette er i tråd med Benners teori om at refleksjon er nøkkelen til utvikling til stadiet hvor sykepleier intuitivt oppfatter hva som må gjøres av tiltak (Reitan, 2019, s. 40). På denne måten brukes debrief som en plattform for utveksling av kunnskap og erfaringer.

4.3 Bruk av screeningverktøy

Det kommer frem fra studier og teori at delirium, da særlig hypoaktivt og blandet type er kraftig underdiagnostisert hos pasienter i palliativ fase (Loge et al. 2018, s. 504). Dette fordi det er vanskelig å oppdage tegn, og symptomer kan være vage og endre seg raskt (Ranhoff, 2020, s. 462). Sykepleier har en særlig viktig rolle i diagnostikken av delirium ved å rapportere symptomer og endringer til legen. Sykepleier ser pasienten oftest i løpet av døgnet og har førstehåndserfaring med pasientene (Ranhoff, 2020, s. 467). For å kunne fange opp flere pasienter med delir og tidligere diagnostisere, peker studiene på at screeningverktøy kan være effektivt. Dette støttes av Seiler et al. (2020) hvor verktøyet DOS identifiserte 91% av tilfellene og sammen med komponenter fra DSM-5 kriteriene økte treffsikkerheten til 97%.

På en annen side hevder Loge et al. (2018, s. 505) at instrumenter ikke kan erstatte samtale mellom helsepersonell og pasient på veien mot å diagnostisere delirium, men i visse tilfeller være en supplerende komponent. Dette støttes av sykepleierne fra studien til Harris et al. (2020) som stort sett vurderte delirium ut ifra å snakke med pasienten og observere

symptomer og tegn. De fortalte også om skepsis rundt å bruke verktøyet 4AT av flere grunner: de var redd det skulle skape mer uro for pasienten, implementering av screening i praksis ville også kunne føre til merarbeid i en ellers tidspresset jobbhverdag og det fantes heller ikke retningslinjer for hvordan det skulle håndteres. Dette støttes også av noen av funnene til Hosie et al. (2014) hvor det var uklart om når og hvor ofte det skulle tas i bruk.

Som en motsetning fant også Hosie et al. (2014) at sykepleierne var positive til å integrere screeningverktøy eller andre vurderingsredskap hvor det kunne resultere i at sykepleierne hadde bedre forutsetninger til å gjenkjenne og vurdere delirium hos pasienter. Loge et al. (2018, s. 501-510) mener det er uavklart om forløpet av delirium blir påvirket av raskere diagnostikk, men dette bør ikke være et argument for ikke å forsøke å fange opp delirium så tidlig som mulig. Studiene av Harris et al. (2020) og Hosie et al. (2014) er uenig om hvorvidt screening blir enda en ekstra ting som sykepleieren må gjøre av tiltak, eller om det blir en bekreftende hjelp for videre behandling av delirium. Deltagerne i Hosie et al. (2014) mente at det kanskje ville være lettere å oppdage delirium hvis sykepleierne kommuniserte omsorg for å skape tillit, i stedet for å bruke et standardisert verktøy. Dette alternativet ville også involvere spørsmål, men med annen ordlyd som uttrykte ro og trygghet. Dette funnet støttes av Loge et al. (2018, s. 508) fordi miljøtiltak med kjente personer og en fast personalbase, vil kunne ha effekt på pasienten i delir. Hvorvidt screening er en belastning eller en hjelper for sykepleierne er ikke sikkert, men det viktigste er at diagnosen blir satt og årsaken blir utredet. Dette støttes av Loge et al. (2018, s. 505) som hevder at å finne ut av årsaken til hvorfor pasienten har utviklet delirium alltid skal gjennomføres hvis det får terapeutiske konsekvenser. Det betyr at kun pasientene som er i aller siste fase av livet, ikke skal utredes, alle andre bør utredes (Loge et al., 2018, s.505). Erfaringen fra klinisk praksis er at screeningverktøy ikke er implementert i palliasjonen, og jeg er ikke kjent med om det brukes systematisk i andre seksjoner. Både MDAS (Loge et al., s. 505) og 4at er godkjente verktøy (Egilsdottir et al., 2021, s. 194-195) og oversatt til norsk, og mye ligger til rette for at screening kunne vært forsøkt i klinisk praksis.

5.0 Konklusjon

Kreftsykepleiere har en viktig rolle i diagnostikken av delirium hos kreftpasienter i palliativ fase. Ved innleggelse av nye pasienter bør det gjøres en systematisk kartlegging av predisponerende risikofaktorer. Faktorer som gjentar seg i studiene er alder med høy ECOG - status, nedsatt hørsel og syn, at pasienten er mann og hjernemetastaser. Videre var de hyppigste utløsende årsakene akutt nyresvikt, forstoppelse, dehydrering, søvnvansker, infeksjon, organsvikt og metabolsk ubalanse. Ved å kartlegge overnevnte risikofaktorer kan det bidra til at sykepleier er mer observant på pasientgruppene ovenfor og tidligere diagnostisere delirium. Det burde tilrettelegges for mer kunnskapsoverføring fra spesialiserte og erfarne sykepleiere til nye og uerfarne sykepleiere. De bør få mer kunnskap om symptomer og risikofaktorer, og med det kunne fange opp flere, og deliriet ikke gå i stå stor grad, underdiagnostisert. Screeningverktøyet som DOS er ikke like kjent i klinikken, men 4at er et validert verktøy for screening og fanget opp mellom 85-97% av tilfellene av delirium. Selv om erfaringen er at 4at ikke i så stor grad er implementert i palliasjon, burde ikke det være en grunn til å ikke forske videre på dette. Bruk av screeningverktøy trenger ikke nødvendigvis å brukes i terminal pleie hvor funnet ikke får behandlende konsekvens, men det har godt belegg for å screene pasienter som har lengre levetid på uker eller måneder. Alle faktorene kan være med på å bidra til at det diagnostikken av delirium øker.

Referanseliste

- Chishi, K. V., Patel, B. C., Umrana, R. A., Sanghavi, P. R., Yadav, V. S., & Raval, L. V. (2023). Prevalence of Delirium in Advance Cancer Patients Admitted in Hospice Centre and Outcome after Palliative Intervention. *Indian Journal of Palliative Care*, 29(1), 82–88. https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.25259/IJPC_114_2022
- Corli, O., Santucci, C., Uggeri, S., Bosetti, C., Cattaneo, M., Ermolli, D., Varrassi, G., Myrcik, D., Paladini, A., Rekatsina, M., Gerosa, C., Ornaghi, M., Roccasalva, A., Santambrogio, P., & Beretta, M. (2021). Factors for Timely Identification of Possible Occurrence of Delirium in Palliative Care: A Prospective Observational Study. *Advances in Therapy*, 38(8), 4289–4303. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1007/s12325-021-01814-7>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Egilsdottir, H. Ò., Eiken, G.-M., Jensen, L. H., Plathe, H. S. (2021). *Helsevurderinger og sykepleierdokumentasjon* (1. utg.). Fagbokforlaget
- Harris, C., Spiller, J., & Finucane, A. (2020). Managing delirium in terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists. *British Journal of Community Nursing*, 25(7), 346–352. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.12968/bjcn.2020.25.7.346>
- Helsedirektoratet. (2019). *Palliasjon i kreftomsorgen- handlingsprogram*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/delirium>
- Hosie, A., Lobb, E., Agar, M., Davidson, P. M., & Phillips, J. (2014). Identifying the barriers and enablers to palliative care nurses' recognition and assessment of delirium symptoms: a qualitative study. *Journal of Pain & Symptom Management*, 48(5), 815–830. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.01.008>
- Kaasa, S. Loe, J. H. (2018). Den palliative konsultasjonen- med fokus på kreftpasienter. I S. Kaasa & L. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3. utg., s. 190-201). Gyldendal norsk forlag

- Loge, J. H., Hjermsstad, M. J., Løhre, E. T. (2018). Delirium. I S. Kaasa & J. H. Loge (Red.), *Palliasjon. Nordisk lærebok* (3. utg., s. 501-510). Gyldendal norsk forlag
- 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>
- Şenel, G., Uysal, N., Oguz, G., Kaya, M., Kadioullari, N., Koçak, N., & Karaca, S. (2017). Delirium Frequency and Risk Factors Among Patients With Cancer in Palliative Care Unit. *American Journal of Hospice & Palliative Medicine*, 34(3), 282–286. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1177/1049909115624703>
- Ranhoff, A. H. (2020). Delirium (Akutt forvirring). I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utg., s. 458-471). Gyldendal norsk forlag
- Reitan, A. M. (2019). Kreftsykepleie. I A. M. Reitan & T. K. Schjølberg (Red.), *Kreftsykepleie: pasient, utfordring, handling* (4. utg., s. 33.49). Cappelen Damm akademisk
- Seiler, A., Blum, D., Hertler, C., Schettle, M., Zipser, C. M., Bode, L., Gehrke, S., Ernst, J., Schubert, M., von Känel, R., & Boettger, S. (2021). Death in delirious palliative-care patients occurs irrespective of age: A prospective, observational cohort study of 229 delirious palliative-care patients. *Palliative & Supportive Care*, 19(3), 274–282.
<https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1017/S1478951520000887>
- Seiler, A., Schubert, M., Hertler, C., Schettle, M., Blum, D., Guckenberger, M., Weller, M., Ernst, J., von Känel, R., & Boettger, S. (2020). Predisposing and precipitating risk factors for delirium in palliative care patients. *Palliative & Supportive Care*, 18(4), 437–446. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1017/S1478951519000919>
- Thidemann, I. -J. (2015). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter: Den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving*. Universitetsforlaget

Vedlegg 1: Litteratormatrise

Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/kontekst for studien	Metode og utvalg	Nøkkelfunn knyttet til egen problemstilling	Kort vurdering av artikkelen s relevans for din oppgave
<p>Seiler, A., Schubert, M., Hertler, C., Schettle, M., Blum, D., Guckenberger, M., Weller, M., Ernst, J., von Känel, R., & Boettger, S. (2020). Predisposing and precipitating risk factors for delirium in palliative care patients. <i>Palliative & Supportive Care</i>, 18(4), 437–446. https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1017/S1478951519000919</p> <p>Årstall: 2020</p> <p>Godkjent av etisk komitè.</p> <p>Svakhet: studien gjennomført på kun ett senter.</p>	<p>Undersøke om det finnes predisponerte og utløsende faktorer for pasienter i delir versus pasienter som ikke går i delir. Samtidig identifisere de vanligste predisponerte og utløsende faktorene for å forutse om pasienten kan gå i delir. Også for å finne ut av det raskt for å igangsette tiltak.</p> <p>De brukte screeningverktøyet DOS and DSM-5.</p>	<p>Studien er gjort i Sveits og er en sub-analyse av The Delirium-path som er en stor prospektiv observasjonsstudie hvor hensikten var å forbedre forebyggingen, og gjøre det lettere å tidlig diagnostisere og håndtere delirium hos opererte og intensivpasienter.</p> <p>Pasientene var innlagt på University Hospital Zurich i Sveits.</p>	<p>Pasienter med klinisk tegn på delirium ble inkludert fra januar 2014 til desember 2014 med følgende eksklusjonskriterier: Alder under 18 år, ikke score på DOS, mindre enn én dag inneliggende på sykehus. 410 pasienter var innlagt på en lindrende enhet. Majoriteten av pasientene hadde gynekologisk eller lungekreft.</p>	<p>* 2/3 av alle som gikk i delir var menn. * Akutte innleggelser kan være en faktor for utvikling av delirium * Personer med hjernemetastaser * Predisponerte faktorer: Skrøpelighe Nedsatt hørsel og syn Epilepsi Hjernemetastaser Hankjønn * Utløsende årsaker: Akutt nyresvikt, Trykksår, Sepsis og smerte (ikke forutseende) * sykepleiere ble kurset i verktøyet og delirium. God dekning for at DOS sammen med DSM-5 fanger opp delirium. 91%-97%. Dette kan tyde på at erfarne og trent sykepleiere har god effekt på resultatet.</p>	<p>Relevant for min oppgave fordi den undersøker det jeg er på jakt etter og resultatene stemmer overens med faglitteratur og funn i andre studier.</p> <p>Peker på risikofaktorer, predisponerte og utløsende faktorer som kan kartlegges ved innleggelse som igjen kan bidra til tidligere diagnostisering.</p>

Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/kontekst for studien	Metode og utvalg	Nøkkelfunn knyttet til egen problemstilling	Kort vurdering av artikkelen s relevans for din oppgave
<p>Seiler, A., Blum, D., Hertler, C., Schettle, M., Zipser, C. M., Bode, L., Gehrke, S., Ernst, J., Schubert, M., von Känel, R., & Boettger, S. (2021). Death in delirious palliative-care patients occurs irrespective of age: A prospective, observational cohort study of 229 delirious palliative-care patients. <i>Palliative & Supportive Care</i>, 19(3), 274–282. https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1017/S1478951520000887</p> <p>Årstall: 2021</p> <p>Godkjent av etisk komitè</p>	<p>Hensikten med studien er å undersøke om alder (over eller under 65 år) er en risikofaktor for utvikling av delirium for pasienter i palliativ fase.</p> <p>Se på ulikheter i gruppene for predisponerte og utløsende faktorer, og identifisere predisponerte og utløsende risikofaktorer for delirium hos eldre palliative pasienter.</p>	<p>Palliative pasienter som allerede var i delir er inkludert. De bruker ordet terminal illness om pasienter som mest sannsynlig ikke skal ha mer behandling og har prognose fra 6 mnd til 2 uker.</p> <p>Studien baserer seg på studien jeg også har inkludert som nr. 1 i litteratormatrisen.</p> <p>Terminale pasienter 88% har kreft</p>	<p>En Prospektiv observasjons cohort studie.</p> <p>229 pasienter med delirium innlagt på et sykehus.</p> <p>De brukte screeningverktøyet DOS (early detection system) og DSM-5.</p>	<p>*Funn av utløsende faktor som alene kan forårsake delirium under 65 år: cerebralt ødem</p> <p>*Det ble ikke funnet relevante utløsende årsaker for de over 65 år.</p> <p>*Funn av predisponerte faktorer over 65 år: Nyresvikt Nedsatt hørsel Hypertensjon</p> <p>*Resultat: alder er ikke alene en predisponert risikofaktor.</p> <p>*Pasienter med allerede høy risiko for delirium pga. Predisponerte faktorer, trenger færre utløsende faktorer for å utvikle delirium.</p> <p>*Delir er reversibelt i 50% av tilfellene.</p>	<p>Funn som peker på det sammen som studiene over og som kan være med på å styrke min problemstilling at det trengs mer implementering av screeningverktøy og kartlegging av risikofaktorer.</p>
Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/kontekst for studien	Metode og utvalg	Nøkkelfunn knyttet til egen problemstilling	Kort vurdering av artikkelen s relevans for din oppgave

<p>Corli, O., Santucci, C., Uggeri, S., Bosetti, C., Cattaneo, M., Ermolli, D., Varrassi, G., Myrcik, D., Paladini, A., Rekatsina, M., Gerosa, C., Ornaghi, M., Roccasalva, A., Santambrogio, P., & Beretta, M. (2021). Factors for Timely Identification of Possible Occurrence of Delirium in Palliative Care: A Prospective Observational Study. <i>Advances in Therapy</i>, 38(8), 4289–4303. https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.1007/s12325-021-01814-7</p> <p>Årstall: 2021</p> <p>Godkjent av etisk komite.</p>	<p>Hensikten var å samle inn data på pasienter som ble lagt inn på lindrende avdeling som utviklet delirium. Samtidig så på kliniske faktorer ved innleggelse og sammenlignet det med pasienter som ikke gikk i delir under innleggelsen.</p>	<p>95 av 503 (18%) pasienter i studien utviklet delirium</p> <p>Pasienter på lindrende avdeling i Italia</p> <p>*kreftpasienter</p>	<p>En prospektiv kohort studie på pasienter på en lindrende avdeling fra 2018-2019 i Italia.</p> <p>Inklusjonskriterier: pasienter med kronisk progressiv kreft som er i behov av lindrende behandling, over 18 år, snakker italiensk, klarer å samtykke.</p> <p>Eksklusjonskriterier: Pasienter i komatøs tilstand, en psykiatrisk komponent, demens, rusmisbruk og delirium ved innleggelse.</p>	<p>*Faktorer som var oftere sett hos pasienter i delir: 3 år eldre enn den andre gruppen, men ikke stor nok gruppe eller stor nok forskjell at alder alene ikke er en predisponerende faktor.</p> <p>*Hypoksi *Dyspnoe (2 ganger risiko) *dårlig velvære *nedsatt funksjonsevne *nyresvikt *feber *dehydrering, *døsighet *Spesielt utsatte pasienter: innleggelse på sykehus *Brukte 4AT for screening</p>	<p>Likheter: Alder som predisponerende faktor. Noen er enig, andre ikke.</p> <p>Ulikheter risikofaktorer: Finner ikke at komorbiditet er en faktor for utvikling.</p>
<p>Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)</p>	<p>Hensikt med studien</p>	<p>Populasjon/kontekst for studien</p>	<p>Metode og utvalg</p>	<p>Nøkkelfunn knyttet til egen problemstilling</p>	<p>Kort vurdering av artikkelen s relevans for din oppgave</p>

<p>Şenel, G., Uysal, N., Oguz, G., Kaya, M., Kadioullari, N., Koçak, N., & Karaca, S. (2017). Delirium Frequency and Risk Factors Among Patients With Cancer in Palliative Care Unit. <i>American Journal of Hospice & Palliative Medicine</i>, 34(3), 282–286. https://doi.org.ezproxy.vid.no/10.1177/1049909115624703</p> <p>Årstall: 2017</p> <p>Godkjent av etisk komite</p>	<p>Hensikten var å fastslå frekvensen av delirium og identifisere faktorer assosiert med delirium på lindrende institusjoner.</p>	<p>213 påfølgende pasienter ble studert prospektivt.</p> <p>*kreftpasienter</p> <p>inkluderte pasienter med kreft over 18 år som ble lagt inn på lindrende avdeling i Tyrkia mellom 2012-2013.</p>	<p>Delirium ble diagnostisert ved hjelp av Delirium rating scale DRS and DSM kriterier.</p> <p>Eksklusjon: alkoholikere, demens, rusavhengig, i psykiatrisk behandling</p>	<p>Høyere rate av delirium hos pasienter:</p> <ul style="list-style-type: none"> *organsvikt *hjernemetastaser *infeksjon *immobilitet *underernæring *søvnvansker *forstoppelse *Lavere PPS (palliativ performance score) *Ingen sammenheng med delirium og alder, kjønn, ulike kreftformer. *Store doser opioider, benzo, steroider-funnet i alle med delirium. 	<p>Peker på noen av de samme risikofaktorene som over og har brukt samme screening verktøy.</p>
<p>Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)</p>	<p>Hensikt med studien</p>	<p>Populasjon/kontekst for studien</p>	<p>Metode og utvalg</p>	<p>Nøkkelfunn knyttet til egen problemstilling</p>	<p>Kort vurdering av artikkelen s relevans for din oppgave</p>
<p>Harris, C., Spiller, J., & Finucane, A. (2020). Managing delirium in</p>	<p>Denne studien undersøker palliative</p>	<p>Sykepleiere i et palliativt team som jobber i kommunehelsetjenesten i Skotland. Data ble</p>	<p>Dette var en kvalitativ studie med</p>	<p>*Håndtering utifra hvor mye sykepleieren hadde av</p>	<p>Jeg inkluderte den fordi den</p>

<p>terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists. British Journal of Community Nursing, 25(7), 346–352. https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.12968/bjcn.2020.25.7.346</p> <p>Årstall: 2020</p> <p>Etikk: trengte ikke etisk godkjenning. Underskrift fra deltagere.</p> <p>Svakhet: handler og palliative og terminal</p>	<p>sykepleieres erfaringer og deres praksis i å håndtere delirium hos terminalt syke pasienter ute i kommunen. Tar sikte på å svare på følgende spørsmål:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hvordan vurderes delirium i palliative fase i kommunen? 2. Hvordan håndteres delirium i samfunnet? 3. Hvilke utfordringer oppleves i denne settingen? 4. Hvilken ekstra støtte kan gis for å forbedre delirium vurdering og ledelse i denne settingen? 	<p>samlet i en 3 dagers periode i 2019.. 30 minutters intervju. Alle var kvinner med 1 til 20 års erfaring.</p>	<p>ansikt-til-ansikt, semistrukturerte intervjuer.</p> <p>De bruker screeningverktøyet 4AT.</p>	<p>erfaring og utdanningen med delirium.</p> <p>*Bruk av rutinemessig vurderingsverktøy og strategier i videre læring og forskning.</p> <p>*Vanskelig å gjenkjenne delirium</p> <p>*Alle brukte 4AT ved mistanke om delir. ikke brukt systematisk av de fleste fordi redd for å uro pasienter mer, tidspress, ikke gitte retningslinjer</p> <p>*så etter reversible årsaker som infeksjon,</p> <p>*Sykepleier uten erfaring: tidlig medikamentell beh, ikke involvere pårørende eller miljøtiltak.</p> <p>*Ønsker seg mer kunnskap om delir.</p>	<p>handler om sykepleieres håndtering og gjenkjenning av delirium. Den tar også for seg screeningverktøyet 4AT.</p> <p>Selv om den handler om pasienter i terminal fase, er målgruppen og funnene relevante for denne studien. Det kommer frem at sykepleiere med kursing/erfaring fra delirium, gjenkjenner delirium mer enn andre.</p>
<p>Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)</p>	<p>Hensikt med studien</p>	<p>Populasjon/kontekst for studien</p>	<p>Metode og utvalg</p>	<p>Nøkkelfunn knyttet til egen problemstilling</p>	<p>Kort vurdering av artikkelen s relevans</p>

					for din oppgave
<p>Chishi, K. V., Patel, B. C., Umrana, R. A., Sanghavi, P. R., Yadav, V. S., & Raval, L. V. (2023). Prevalence of Delirium in Advance Cancer Patients Admitted in Hospice Centre and Outcome after Palliative Intervention. <i>Indian Journal of Palliative Care</i>, 29(1), 82–88. https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.25259/IJPC_114_2022</p> <p>Årstall: 2023</p> <p>Etikk: står ikke noe om godkjenning av etisk komite, men har hentet inn samtykke og ekskludert de som ikke kan samtykke.</p> <p>Svakhet: Diagnosen stilt på bakgrunn av kun MDAS og DSM-5, ingen psykiater involvert. + India har et annet helsevesen enn oss i Norden.</p>	<p>1. Vurdering av prevalens av delirium hos kreftpasienter med avansert sykdom, innlagt på hospice, og utfall etter palliativ intervensjon</p> <p>2. De mulige relaterte risikofaktorene for utvikling av delirium</p>	<p>Dette var en prospektiv analytisk studie utført ved et hospice tilknyttet et kreftsykehus i Ahmedabad i løpet av august</p> <p>2019 – juli 2021</p>	<p>Alle med kreft over 18 år som ble lagt inn på hospice ble inkludert i studien.</p> <p>Eksklusjonskriterier: manglende informert samtykke,</p> <p>Manglende evne til å delta i studien på grunn av psykisk utviklingshemning eller koma</p> <p>Screeningverktøy: MDAS, DSM-5.</p>	<p>De fire viktigste risikofaktorene: hjernemetastaser, dehydrering, kakeksi, metabolsk ubalanse</p> <p>myiasis.</p> <p>rusmisbruk</p> <p>*dårlig ECOG-status Dårlig palliative prognostic score.</p> <p>= stor sjanse for delir.</p> <p>*Ingen</p> <p>signifikant forskjell i de to gruppene ble funnet med</p> <p>hensyn med alder, kjønn, komorbiditet.</p> <p>*Større forekomst hos de med kreft i hode/Hals, bryst og lunge.</p>	<p>Går også gjennom mange av de samme risikofaktorene som allerede er funnet i andre studier.</p> <p>Kombinasjonen ikke-farmakologisk og farmakologisk tilnærming/behandling.</p>
<p>Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)</p>	<p>Hensikt med studien</p>	<p>Populasjon/kontekst for studien</p>	<p>Metode og utvalg</p>	<p>Nøkkelfunn knyttet til egen problemstilling</p>	<p>Kort vurdering av artikkelen</p>

					s relevans for din oppgave
<p>Hosie, A., Lobb, E., Agar, M., Davidson, P. M., & Phillips, J. (2014). Identifying the barriers and enablers to palliative care nurses' recognition and assessment of delirium symptoms: a qualitative study. <i>Journal of Pain & Symptom Management</i>, 48(5), 815–830. https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2014.01.008</p> <p>Årstall: 2014</p> <p>Etisk vurdert av komite</p> <p>Svakhet: må bruke hukommelse på intervju. Står ikke at det kun gjelder kreftpasienter.</p>	<p>Målet med studien var å identifisere sykepleierne s oppfatning av</p> <p>barrierer og tilrettelegge for at sykepleieren skal gjenkjenne og vurdere delirium symptomer ved palliativ behandling.</p>	<p>En serie semistrukturerte intervjuer ble utført med sykepleiere som arbeider i australsk palliativ omsorg på en døgnenhet.</p> <p>og identifisering av de opplevde faktorene (barrierer og hjelpere) som påvirket om de gjenkjente delirium eller ikke, samt sykepleierens vurderingsevne</p>	<p>30 ansatte sykepleiere arbeidere fordelt på 3 stater i Australia. Sykepleierne hadde 12 mnd klinisk erfaring og minst 3 mnd. palliativ erfaring.</p>	<p>*Sykepleierne mente det er lurt å involvere familie for å rapportere om små kognitive endringer.</p> <p>*Utfordrende å gjenkjenne symptomer</p> <p>*Kognitivt verktøy: mente det kunne bli for belastende for pasienten. Burde heller skape trygge rammer og fortrolige forhold.</p> <p>*tids- og arbeidsbelastning/press som en barriere for gjenkjennelse</p> <p>*Mangel på respekt for sykepleierne observasjoner</p> <p>*Manglende kunnskap om delirium-overføre kunnskap fra erfaren til novise.</p> <p>*Mangel på delirium utdanning eller kursing.</p>	<p>Likhet med andre artikler:</p> <p>Øke kunnskap hos uerfarne sykepleiere</p> <p>Delirium screening eller andre retningslinjer</p>

				*Minimal integrasjon av screening verktøy. *Debrief etter hendelser med delirium.	
--	--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------	--

Referanse (forfattere, årstall, tittel, tidsskrift)	Hensikt med studien	Populasjon/kon tekst for studien	Metode og utvalg	Nøkkelfunn knyttet til egen problemstilling	Kort vurdering av artikkelens relevans for din oppgave
<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. (2017). Identification of patients with cancer with a high risk to develop delirium. <i>Cancer medicine</i>, 6(8), 1861–1870. https://doi.org/10.1002/cam4.1106</p> <p>Årstall: 2017 Land: Nederland</p> <p>Etisk vurdert av etisk komite.</p>	<p>I denne studien var hovedmålet å evaluere forekomsten av delirium og dets risikofaktorer hos pasienter med kreft innlagt på sykehus for behandling eller palliativ behandling, og for å utvikle en modell for å forutse og identifisere pasienter med høy risiko for delirium.</p>	<p>Denne retrospektive studien ble utført på alle pasienter med kreft som ble innlagt på medisinsk onkologiske avdeling ved VUmc Cancer Center Amsterdam (CCA), VU University Medical Center, mellom 1. januar 2011 og 30. juni 2012.</p>	<p>Det ble samlet inn følgende data: medisinske diagrammer: anamnese, tilstedeværelse av delirium og risikofaktorer for delirium gjennom hele innleggelsen.</p> <p>Screening for delirium ble utført to ganger i uken i løpet av tre påfølgende sykepleie skift i henhold til standard prosedyrer ved bruk av Delirium Observation Screening Scale (DOSS).</p> <p>DOSS er et validert 13-elements sykepleiervurdert screeninginstrument for</p>	<p>*Selv om alle faktorer tidligere var definert som disponerende faktorer, var det bare alder >70 som var signifikant med utviklingen av delirium.</p> <p>*ECOG status fra 3</p> <p>*utløsende faktorene: infeksjon, forstoppelse, urinretensjon, organsvikt og metabolsk ubalanse =delir</p> <p>*Akutt innleggelse</p> <p>*Palliativ behandling eller lindrende beh.</p> <p>*Største gruppen:</p>	<p>Likhet: Akutte innleggelser</p> <p>Ulikhet: Alder har noe å si for utvikling, Seiler et al, mener at alder alene ikke er risikofaktor, ikke nedsatt hørsel/syn (færre veldig gamle personer i studien), tidligere delirium.</p> <p>60% blir oversett hvis fokuset til "prediction modell" kun er på høyrisikogruppa.</p> <p>Samtidig som pas. kartlegges for</p>

			<p>delirium som ofte brukes på nederlandske sykehus.</p> <p>Ble diagnostisert med delirium hvis over score 3.</p> <p>Lagde en modell for å forutse delirium "delirium risk prediction algoritme"</p>	<p>Høy ECOG+lindrende beh, metabolsk ubalanse, akutt=delirium. *Screenet for delirium med DOSS + 2/ uke av sykepleier *Modellen: spesifisitet 85%, sensitivitet 40% benyttet kun på høyrisikogrupper</p>	<p>risikofaktorer bør hen også screenes for symptomer. Prevenativ behandling?</p> <p>Styrker troen på at det til en viss grad kan være effektivt å screene for delirium, kartlegge risikogrupper.</p>
--	--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Vedlegg 2: PICO og søkeskjema

Delirium/delir	Faktorer	Diagnostisere	Palliativ fase
Delirium	Factors*	Diagnosis*	Palliative care
		Diagnose*	Hospice and palliative nursing
			Palliative nursing
			palliative
			End of life care

Søkeord	Avgrensing	Database	Land	Dato	Treff	Relevante artikler
Delirium AND Factors AND palliative nursing OR palliative care OR palliative	10 år	Pubmed	1.Nederland	22. mai	187	1. Identification of patients with cancer with a high risk to develop delirium
Palliative care OR palliative OR hospice and palliative nursing AND delirium AND factors AND diagnosis*	Peer reviewed 10 år English	Cinahl	2. India 3. Sveits 4. Tyrkia	22. mai	35	2. Prevalence of Delirium in Advance Cancer Patients Admitted in Hospice Centre and Outcome after Palliative Intervention 3. Death in delirious palliative care patients occurs irrespective of age 4. Delirium frequency and risk factors among patients with cancer in palliative care unit

Delirium AND factors AND hospice and palliative nursing OR palliative care OR palliative	Peer reviewed 10 år english	Cinahl	5.Sveits 6.Italia 7. Scotland	22. mai	86	5. Predisposing and precipitating risk factors for delirium in palliative care patients. 6. Factors for timely identification of possible occurrence of delirium in palliative care 7. Managing delirium in terminally ill patients: perspective of palliative care nurse specialists
Palliative care OR palliative nursing AND factors* AND delirium	Peer reviewed 10 år English abstract	cinahl	8. Australia	23.mai	61	8. Identifying the barriers and enablers to palliative care nurses

