

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Mastergradsavhandling

Studieprogram: Master i klinisk helsearbeid

Høst 2023 – vår 2024

Ann Kristin Gundersen

«Hvilke erfaringer har sykepleiere med å identifisere delirium hos eldre pasienter ved kommunale observasjons- og etterbehandlingsenheter etter mottak fra sykehus?»



Universitetet i Sørøst-Norge

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for sykepleie- og helsevitenskap

Postboks 4

3199 Borre

<http://www.usn.no>

© 2024 Ann Kristin Gundersen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Introduksjon: På bakgrunn av demografiske endringer vil antall eldre bli flere og forekomsten av delirium bli økende. Delirium er en underdiagnostisert tilstand og en uoppdaget deliriumtilstand kan være stor belastning for pasient og pårørende og utløser en stor økonomisk kostnad for helsevesenet.

Hensikt og problemstilling: Studiens hensikt var å undersøke sykepleieres erfaringer med å identifisere delirium hos eldre pasienter i kommunale observasjons- og etterbehandlingsenheter etter mottak fra sykehus. Studien vil frembringe kunnskap og innsikt i forhold som er viktige ved identifisering av delirium og som kan gi økt fokus rundt fenomenet delirium.

Problemstilling: «Hvilke erfaringer har sykepleiere med å identifisere delirium hos eldre pasienter ved kommunale observasjons- og etterbehandlingsenheter etter mottak fra sykehus?».

Metode: En kvalitativ tilnærming med et eksplorerende design ble benyttet. Individuelle semistrukturerte intervjuer av seks sykepleiere ved fem kommunale observasjons- og etterbehandlingsenheter ble gjennomført for å innhente data til studien. Analysen var inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering.

Resultater: Resultatene viste manglende rutiner og retningslinjer i kartleggingen av delirium. Flere sykepleiere hadde hverken kjennskap til eller brukte anbefalte kartleggingsverktøy. Sykepleierne benyttet i stor grad seg av tidligere erfaringer og «klinisk blikk» i identifisering. Det var stor variasjon i hvordan sykepleierne opplevde egen kompetanse og hvordan de følte seg kompetent til å identifisere delirium. Godt samarbeid med annet helsepersonell og pasientens pårørende var sentralt i identifiseringsarbeidet. Behov for kompetansehevede tiltak ble ytret.

Konklusjon: Sykepleier har en sentral rolle i identifiseringsarbeidet. Imidlertid ser det ut til at det er noe manglende kompetanse hos sykepleierne i å identifisere delirium. Økt kompetanse, innføring av retningslinjer og bruk av kartleggingsverktøy vil kunne bidra til å styrke sykepleierne i deres identifiseringsarbeid, som igjen kan føre til at delirium lettere blir identifisert.

Nøkkelord: Delirium, sykepleier, identifisere, erfaring, kommunale observasjons- og etterbehandlingsenhet

Abstract

Introduction: Due to demographic changes, the number of elderly people will increase and the incidence of delirium will increase. Delirium is an underdiagnosed condition and an undetected delirium condition can be a great burden for the patient and their relatives and trigger a large financial cost for the health service.

Objective and research question: The objective of the study was to investigate nurses' experiences of identifying delirium in elderly patients in municipal observation and aftercare units after admission from hospital. The study will generate knowledge and insight into factors that are important in the identification of delirium and that can provide increased focus on the phenomenon of delirium.

Research question: *'What experiences do nurses have in identifying delirium in elderly patients at municipal observation and aftercare units after admission from hospital?'*

Method: A qualitative approach with an exploratory design was used. Individual semi-structured interviews with six nurses at five municipal observation and post-treatment units were conducted to collect data for the study. The analysis was inspired by Malterud's systematic text condensation.

Results: The results showed a lack of routines and guidelines in the screening of delirium. Several nurses were neither aware of nor used the recommended screening tools. The nurses made extensive use of previous experience and a 'clinical perspective' in their identification. There was great variation in how the nurses perceived their own competence and how they felt competent to identify delirium. Good cooperation with other healthcare personnel and the patient's next of kin was central to the identification work. The need for competence-enhancing measures was expressed.

Conclusion: Nurses play a key role in the identification work. However, it appears that there is some lack of competence among the nurses in identifying delirium. Increased competence, the introduction of guidelines and the use of screening tools may help to strengthen the nurses' identification work, which in turn may lead to delirium being identified more easily.

Keywords: Delirium, nurse, identify, experience, municipal observation and aftercare unit

Innhold

Sammendrag	2
Abstract	3
Forord	6
1 Innledning	7
1.1 Litteratursøk	8
1.1 Tidligere forskning	9
1.2 Studiens hensikt	11
1.3 Problemstilling	11
1.4 Avgrensning og begrepsavklaring	12
1.5 Oppgavens oppbygning	12
2 Teoretisk referanseramme	13
2.1 Delirium	13
2.2.1 Forekomst	13
2.2.2 Klassifisering	14
2.2.3 Årsaker og utløsende faktorer	14
2.2.4 Diagnostikk	15
2.2 Samhandlingsreformen	17
2.4 Pårørendesamarbeid	18
2.5 Personlig kompetanse	18
3 Metode	21
3.1 Vitenskapelig posisjon	21
3.2 Forskningsdesign	22
3.3 Forskningsmetode	22
3.3.1 Utarbeidelse av intervjuguide	23
3.4.2 Utvalg og rekruttering	24
3.3.3 Datainnsamling	24
3.4 Analyse	25
3.5 Etske overveielser	27
3.6 Forskers rolle og forforståelse	28
3.7 Refleksivitet, relevans og validitet	28
4 Resultater	30
4.2 Rutiner og bruk av kartleggingsverktøy	30
4.3 Kommunikasjon og samarbeid i identifiseringsarbeidet	31
4.3.1 En begrenset informasjon – kommunikasjon via epikrise	31
4.3.2 Pårørende som viktige samarbeidspartnere	31
4.4.3 Samarbeid med annet helsepersonell	32
4.4 Opplevelse av egen kunnskap og kompetanse	33
5 Diskusjon	35
5.1 Rutiner og kartleggingsverktøy	35
5.2 Kommunikasjon og samarbeid	37
5.2.1 En begrenset informasjon – kommunikasjon via epikrise	37
5.2.2 Pårørende som viktig samarbeidspartner	38
5.2.3 Samarbeid med annet helsepersonell	39

5.3 Opplevelse av egen kunnskap og kompetanse	41
5.3.1 Kunnskap og kompetanse	41
5.4 Metodiske betraktninger	42
5.5 Kildekritikk	43
5.6 Implikasjoner for praksis, utdanning og forskning	43
6 Konklusjon	44
<hr/> Litteraturliste	<hr/> 45
<hr/> Vedlegg	<hr/> 56

Forord

Studien er avslutningen på en master i klinisk helsefag – studieretning geriatrisk helsearbeid ved Universitetet i Sørøst-Norge campus Drammen. Takk til informantene som ga meg muligheten til å skrive denne kvalitative oppgaven.

Jeg vil først og fremst rette en takk til min mann, Per Ivar, for all støtte underveis. I tillegg til studiene har jeg jobbet 100 % stilling, og ser nå tilbake på en læringsprosess som til tider har vært tøff, så støtten fra familien har vært god å ha. Mye har skjedd i familieøyemed disse årene, både på godt og vondt, men sammen har vi stått i det. Mine to barn har også måttet innrette seg etter en mor som sitter med skolearbeid og de har forstått at når døra til kontoret er lukket, vil hun være i fred. Videre vil jeg takke min far for rettskrivning, det er godt å ha en tidligere norsklærer i familien. På tross av sin alder av 82 år så kan han ennå kunsten i rettskrivning og kommaregler.

Masterstudiet har vært lærerikt på mange måter, men også sosialt da man har fått muligheten til å møte mange nye studenter. Underveis i studiet har vi hatt gruppeoppgaver og fremføringer som har gjort meg tryggere på meg selv i en læringssituasjon.

Takk til mine kollegaer som har støttet og oppmuntret underveis, og takk til ledelsen som gjennom Kompetansebroen har gitt permisjon med lønn til samlinger og støtte til bøker.

Underveis støtte jeg på noen små utfordringer når det gjelder tildeling av veiledere. Først ble veileder sykemeldt under prosjektbeskrivelsen og ny ble funnet helt frem til sensur, da var veileder tilbake. Deretter fikk veileder ny jobb, så ny måtte på plass siste termin. Jeg vil takke førsteamanuensis Anette Hansen ved campus Porsgrunn som engasjerte seg i en allerede påbegynt oppgave og veiledet meg frem til et ferdig resultat. Jeg kan varmt anbefale deg som veileder videre, du har vært en uvurderlig støtte og samarbeidspartner dette siste halvåret. Takk for alle konstruktive innspill og tilbakemeldinger!

Larvik, mai 2024

Ann Kristin Gundersen

1 Innledning

Delirium er en alvorlig komplikasjon i forbindelse med akutt sykdom, sett relativt ofte hos personer i over 65 år eller eldre. Tilstanden er preget av endret bevissthet og oppmerksomhet med kognitive, emosjonelle og atferdsmessige symptomer (Ranhoff, 2020, s. 458). Delirium kan gi pasienten komplikasjoner som kognitiv forverring, funksjonstap og dermed behov for langtidspleie eller institusjonalisering (Titlestad et al., 2024, s. 2). Belastningen kan være stor for pasient, pårørende og helsevesenet (Neerland et al., 2013, s. 1596) og tilstanden utløser en ikke ubetydelig økonomisk kostnad for helsevesenet (Kehler et al., 2020, s. 26).

Delirium ses relativt ofte hos eldre med høy skrøpelighet og spesielt pasienter med demens har økt risiko for å utvikle delirium (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 58). Det er stor variasjon i prevalenstall på delirium. Omtrent en av fire som innlegges akutt på vanlige medisinske avdelinger utvikler et delirium, og viser en stabil prevalens siste 40 år (Gibb et al., 2020, s. 352). På enkelte sykehusavdelinger er hyppigheten av delirium omfattende, over 70 % (Ranhoff, 2020, s. 462). Delirium er også vanlig i sykehjem (Ranhoff, 2020, s. 464), men prevalensen er imidlertid dårligere kartlagt enn på sykehus (Skretteberg et al., 2022, s. 146). 60 % av alle sykehjemspasienter utviklet delirium assosiert med akutte hendelser og sykdom (Skretteberg et al., 2022, s. 146).

Det er viktig å identifisere delirium på et tidlig stadium av hensyn til pasient, pårørende og utifra et samfunnsøkonomisk perspektiv. Intervensjoner for å redusere, forebygge og behandle delirium koster mellom 386 og 553 amerikansk dollar daglig per pasient i døgninstitusjoner (Kinchin et al., 2023, s. 430). Tilsvarende viser omregnede tall fra USA og Australia at tilstanden delirium bruker 8 – 10 milliarder av det norske samfunnets helsebudsjett årlig (Evensen & Saltvedt, 2018). Ubehandlet delirium kan ha opp mot 25 % dødelighet hos eldre pasienter (Engedal & Tveito, 2019, s. 357). Tidlig oppdagelse og behandling av underliggende årsaker er derfor viktig for å unngå uønskede komplikasjoner (Marcantonio, 2017, s. 1459). Til tross for de store konsekvensene delirium kan ha, blir tilstanden ofte oversett av helsepersonell (Inouye et al., 2014, s. 914). Når identifiseringen og diagnostiseringen ikke blir foretatt, risikerer pasienten å ikke motta hensiktsmessig behandling og pleie (Watne & Wyller, 2018, s. 1596).

Samhandlingsreformen har medført at kommunehelsetjenesten har overtatt ansvaret for mer komplekse pasienter og pasientgrupper (Forskningsrådet, 2016, s. 54). Sykehusoppholdet har blitt kortere og pasienter overføres til kommunehelsetjenesten på et tidligere tidspunkt (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 33). En etablering av kommunale- observasjon- og etterbehandlingsenheter (KOE) skulle sikre mer kostnadseffektive tjenester og styrke nærheten til et helhetlig kommunalt tjenestetilbud, forhindre innleggelse og reinnleggelse (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 60). For å kunne gi tilfredsstillende helsehjelp etter et sykehusopphold, kreves det kunnskap og kompetanse. Imidlertid indikeres det i studier en utilstrekkelig kompetanse hos de ansatte i kommunehelsetjenesten (Bing-Jonsson et al.,

2016), og sykepleiere etterlyser mer kunnskap og kompetanse rundt de ulike pasientgruppene (Gagnat et al., 2022, s. 154). Sykepleierne erfarer et økende behov for utvikling av sin kliniske kompetanse og for bruk av kartleggingsverktøy som oppdager endringer i pasientens tilstand på et tidligere tidspunkt (Råholm, 2017, s. 6). Bruk av validerte kartleggingsverktøy kan bidra til bedre observasjoner og derigjennom føre til at delirium blir oppdaget på et tidligere tidspunkt (National Institute for Health and Care Excellence, 2010). Bruk av kartleggingsverktøyet Rapid Assessment Test (4AT) og Confusion Assessment Measure (CAM) er anbefalt av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2019b). Det finnes felles retningslinjer for identifisering av delirium i spesialisthelsetjenesten (Haralds plass Diakonale sykehus, 2021), men dette er trolig ikke utarbeidet for kommunehelsetjenesten.

Sykepleiere har en sentral rolle i å identifisere delirium, både på bakgrunn av sin faglige utdanning, men også da de ofte har mer tid sammen med pasienten enn legen (Titlestad et al., 2024, s. 5). I tillegg til å foreta egne undersøkelser stiller leger på sykehjem ofte diagnose og igangsetter behandling på bakgrunn av sykepleiers tilbakemeldinger (Solberg et al., 2013, s. 78). Sykepleiers kunnskap og kompetanse om delirium og samarbeid med andre yrkesgrupper og pårørende (og pasient der det er mulig) er derfor avgjørende i identifiseringsarbeidet av delirium (Ranhoff, 2020, s. 467–470).

Med sykepleiers sentrale rolle i identifiseringsarbeidet er det viktig å få kunnskap om hvilke erfaringer sykepleierne på KOE har ved identifisering av delirium hos eldre pasienter etter mottak fra sykehus.

1.1 Litteratursøk

For å få et raskt overblikk over temaet ble innledende søk gjort på begrepet delirium. Dette gav samtidig nyttige tips til andre emneord for videre søk (Malterud, 2017, s. 176). Litteratursøk ble gjennomført i databasene Cinahl, MedLine, Oria og Google Scholar med begrensningene siste ti år, fagfelleverdert, fulltekstdokumenter og eldre over 65 år der disse alternativer var tilgjengelige. Søkeord ble funnet ved hjelp av MeSH, artikler ved hjelp av trunkering og boolske operatører. Funn ble også gjort ved hjelp av referanselistene i de ulike artiklene. Artikler ble valgt ut etter gjennomlesing av abstrakter og artiklenes konklusjoner.

Forskningsartikler fra spesialisthelsetjenesten ble inkludert, da perioden pasienten er innlagt på KOE erstatter den siste tiden av sykehusoppholdet slik det var før innføring av Samhandlingsreformen.

Tabell 1. Søkeord

Fenomenet	Delirium, confusion
Sykepleier	Nurse
Sykepleieres erfaringer	Knowledge, attitude, practice, experience
Identifisere	Screening, identif*, recognition, assessment
Kontekst	Community care, hospital
Kartleggingsverktøy	CAM, confusion assessment measure, 4AT, rapid assessment test

1.1 Tidligere forskning

Forskning på delirium har vært økende de siste ti-årene (Watne & Wyller, 2018, s. 2; Wilson et al., 2020, s. 2). Til tross for dette er delirium stadig underdiagnostisert, identifisering av delirium ser ut til å være et stort problem selv om konsekvensene kan være betydelige (Kukreja et al., 2015, s. 656; Sahle et al., 2022, s. 6; Titlestad et al., 2024, s. 1). Delirium er en alvorlig tilstand assosiert med økt risiko for demens, funksjonstap i dagliglivets aktiviteter og dermed behov for langtidspleie, sykehjemsplass eller forlenget sykehusopphold (Akour & Verloo, 2017, s. 33). Dersom delirium forblir uoppdaget kan det føre til død (Marcantonio, 2017, s. 2). Å fremme anerkjennelsen av delirium i klinisk praksis er nødvendig, og mer forskning må gjøres for å evaluere sammenhengen mellom intervensjoner og kliniske resultater (Tachibana & Inada, 2023, s. 194).

En rekke studier omhandler kartleggingsverktøy til bruk i identifiseringsarbeidet (Bellelli et al., 2014; Brefka et al., 2022; Wand et al., 2014). Flere studier har vurdert eksisterende kartleggingsverktøy eller sammenlikner ulike kartleggingsverktøy (Brefka et al., 2022; Jeong et al., 2020; Lin et al., 2023). Det er noe ulike resultater blant annet i forbindelse med hvor kartleggingen har foregått og hvilke pasientgrupper kartleggingsverktøyene har blitt benyttet til (Chang et al., 2023; Ho et al., 2021; Lin et al., 2023; Luijendijk et al., 2021). Imidlertid tyder forskningen på at to kartleggingsverktøy blir mest anvendt, Brefka et al. (2022, s. 107) fant at CAM og 4AT var de mest brukte og standardiserte kartleggingsverktøyene i akutt-klinikken. En oversiktsstudie sammenlignet den diagnostiske nøyaktigheten ved 4AT, CAM og Nursing Delirium Scale (Nu-Desc). De tre kartleggingsverktøyene viste sammenlignbar sensitivitet, mens CAM hadde den høyeste spesifisiteten for delirium. 4AT og CAM hadde lik sensitivitet for å oppdage delirium når pasienten allerede hadde en deliriumdiagnose (Lin et al., 2023, s. 6). I en systematisk oversikten gjennomført av Ho et al. (2021, s. 299) viste resultater at CAM var det mest effektive verktøyet i postoperative avdelinger. 4AT og CAM hadde lik sensitivitet for å oppdage delirium med en allerede demensdiagnose (Lin et al., 2023, s. 6).

Sykepleiere har en viktig rolle i identifiseringen av delirium, predisponerende og utløsende faktorer er mange (Wang & Shen, 2018, s. 1288). Tidlig identifisering er avgjørende i

behandlingen og det er trolig mulig å forebygge en tredjedel av tilfellene (Kukreja et al., 2015, s. 659). I en tverrsnittstudie var hensikten å få kunnskap om sykepleieres kunnskapsgrunnlag og holdninger til deliriumbehandling i sykehus. Resultater viste et lavt kunnskapsnivå blant sykepleierne, noe som resulterte i at delirium ble underdiagnostisert. Sykepleierne hadde begrenset kunnskap om delirium både med tanke på definisjon på delirium, symptomer og kartleggingsverktøy. Parallelt med lavt kunnskapsnivå var også sykepleierens negative holdninger relatert til stressende og utmattende omsorg i forbindelse med pasientenes endringer i kognitiv status og utfordrende adferd (Mossello et al., 2020, s. 95).

En studie utforsket intensivsykepleieres oppfatninger og bevissthet til delirium og retningslinjer. De fleste mente antall deliriumtilfeller var som forventet på intensivavdelinger, men bare halvparten anså delirium som en komplikasjon til innleggelsen. Funn viste at 1/3 av sykepleierne benyttet validerte kartleggingsverktøy, men få beskrev det som en del av den rutinemessige omsorgen. De fleste sykepleiere oppgav å ha fått opplæring knyttet til delirium, men imidlertid ble ikke disse kartleggingsverktøyene anvendt i klinisk praksis (Meghani & Timmins, 2024, s. 1). Lim et al. (2022, s. 14) studerte sykepleieres holdninger og erfaringer innenfor deliriumbehandling. Alderisme blant sykepleierne gjorde at delirium ble sett på som en normalt tilstand blant eldre. Dette trenerte både deliriumidentifikasjon og behandlingen, som igjen førte til unødvendige komplikasjoner.

Pårørende har en viktig rolle i identifiseringen av delirium (Finucane et al., 2017; Mossello et al., 2020; Shrestha & Fick, 2020), spesielt der pasienten også har demens (Lee-Steere et al., 2024; Martins et al., 2018; McKinney, 2016). I oversiktstudien til Shrestha & Fick (2020, s. 2) spilte pårørende en avgjørende rolle for å forstå endringer i kognisjon, men også fysisk funksjon og adferd for å identifisere på et tidlig tidspunkt. Studien viste at pårørende var bekymret da de opplevde delirium som plagsomt for den gamle. Støtte til pasient og pårørende som en familie, var derfor viktig. Studien konkluderte med at helsepersonell måtte behandle pårørende som en verdifull ressurs og inkludere dem som samarbeidspartnere ved gjenkjennelse og håndtering av delirium (Shrestha & Fick, 2020, s. 14–15).

Flere studier har vurdert hensikten med ulike kvalitetsforbedring- og opplæringsprogrammer (Fleet et al., 2014; Lee & Roh, 2023; Solberg et al., 2013). På tross av god opplæring og praktiske tester var det utfordringer i å identifisere delirium. Det var enkelt å oppdage fravær av delirium, men ikke tilstedeværelse (Solberg et al., 2013, s. 78). Uten bruk av kartleggingsverktøy kunne også delirium feiltolkes med differensialdiagnosene demens, depresjon og akutte psykiatriske lidelser (Akour & Verloo, 2017, s. 31; Marcantonio, 2017, s. 3).

Det er gjennomført en rekke studier som omhandler sykepleieres erfaringer med å behandle og identifisere delirium i spesialisthelsetjenesten (Emme, 2020; Meghani & Timmins, 2024; Solberg et al., 2013; Yue et al., 2015). Sykepleiers hadde en sentral rolle i identifiseringen av delirium, og deres erfaringer i anvendelse av deliriumretningslinjer var barrierer knyttet til selve utformingen av retningslinjen, den enkelte sykepleiers kvalifikasjoner og holdninger, samarbeidet i personalgruppa og tverrfaglig, og konteksten med fokus, ressurser og prioriteringer (Emme, 2020, s. 2853–2858).

Det er begrenset med studier som har undersøkt sykepleieres erfaringer med å identifisere delirium i kommunale tjenester (Helgesen et al., 2020). Helgesen et al. (2020) studerte sykepleiernes kunnskapsnivå og hvordan identifisere delirium på sykehjem i kommunehelsetjenesten. Det viste seg at kunnskapen om delirium var mangelfull. Begrepet «akutt forvirring» ble brukt for fenomenet delirium og deltakerne klarte ikke klassifisere de ulike subtypene av delirium. Deltakerne opplevde likevel det var vanskelig å skille «akutt forvirring» fra depresjon og en demensdiagnose. Deltakerne i studien kjente ikke til kartleggingsverktøy, så «klinisk blikk» ble brukt. Funn viste at det er et stort behov for å øke kunnskapen slik at delirium kan identifiseres.

Resultatet av det systematiske litteratursøket viste at det finnes mye forskning knyttet til delirium, blant annet knyttet til årsak (Maclulich et al., 2013; Wand et al., 2014, s. 13; Watne et al., 2023), kartleggingsmetoder (Bellelli et al., 2014; Brefka et al., 2022; Chang et al., 2023) og ulike behandlingsintervensjoner (Fleet et al., 2014; Kinchin et al., 2023; Wand et al., 2014). Det finnes også en del forskning på sykepleiers erfaringer knyttet til identifisering og behandling av delirium i spesialisthelsetjenesten (Baguneid et al., 2021; Lim et al., 2022; Thomas et al., 2021; Van de Steeg et al., 2014). Det ser imidlertid ut til å være mindre forsket på delirium i kommunehelsetjenesten (Helgesen et al., 2020). Sparsomt er det også med studier som omhandler sykepleieres erfaringer ved identifisering av delirium i kommunal kontekst (Helgesen et al., 2020). KOE er et relativt nytt forskningsarena og ble opprettet ved innføring av Samhandlingsreformen 1. januar 2012 (Meld. St. 47 (2008-2009)). Ingen studier som omhandler sykepleiers erfaringer med å identifisere delirium i KOE ble funnet.

1.2 Studiens hensikt

Hensikten med denne studien var å frembringe kunnskap om sykepleieres erfaringer med å identifisere delirium hos den eldre pasienten i KOE etter mottak fra sykehus. Studien hadde som mål å frembringe kunnskap om ulike forhold som er viktige i identifiseringsarbeidet. Resultatene fra studien kan gi økt fokus innenfor identifiseringsarbeidet og være med på å påvirke en ny og forbedret praksis.

1.3 Problemstilling

Problemstilling:

Hvilke erfaringer har sykepleiere med å identifisere delirium hos eldre pasienter ved kommunale observasjons- og etterbehandlingsenheter etter mottak fra sykehus?

1.4 Avgrensning og begrepsavklaring

Det er flere ulike faggrupper som er ansatt i KOE, men studien avgrenses til å omhandle sykepleiere da de har en vesentlig rolle i arbeidet med å identifisere delirium (Martins et al., 2018, s. 903).

Oppgaven avgrenses til hyper- hypo- og blandet delirium. Delirium tremens som rammer pasienter med alkoholabstinens, inngår ikke i oppgaven da denne typen delirium har en kjent utløsende årsak (Ranhoff, 2020, s. 458). Forebygging og behandling av delirium er sentralt, men tematikken er ikke inkludert da studiens fokus var identifisering av delirium.

Oppgaven avgrenses til eldre pasienter over 65 år fordi konteksten er KOE, der majoriteten av pasientene i disse avdelingene er over 65 år.

Konteksten er KOE, enhetene betegnes slik i Samhandlingsreformen (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 60), men blir også kalt helsehus, medisinsk senter, intermediær-, korttid- eller avklaringsavdeling. Ved behov for døgkontinuerlig oppfølging etter sykehusinnleggelse tildeles et tidsbegrenset opphold, vanligvis inntil 14 dager.

1.5 Oppgavens oppbygning

Oppgaven inneholder seks kapitler. Kapittel 1 beskriver innledning, litteratursøk, tidligere forskning, studiens hensikt, problemstilling, oppgavens avgrensninger og begrepsavklaringer samt oppgavens oppbygning. Kapittel 2 omhandler oppgavens teoretiske referanseramme. I kapittel 3 presenteres metodiske rammen for hvordan det empiriske materialet er innhentet og senere analysert inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering. Resultatene fra blir presentert i kapittel 4, i kapittel 5 resultater og tidligere forskning. Kapittel 6 inneholder oppgavens konklusjon.

2 Teoretisk referanseramme

I kapittelet presenteres relevant teori som fenomenet delirium, Samhandlingsreformen, pårørende og personlig kompetanse knyttet til kontekst og faglig relevans til oppgaven.

2.1 Delirium

Delirium er ikke et nytt fenomen. I antikkens Hellas beskrev Hippokrates delirium som «frenitt» med akutte adferdsforstyrrelser og sløvning av sansene. Den romerske legen Celsus begynte å bruke betegnelsen delirium, eller på latin «delirare». Oversatt betyr delirare "gå ut av sporet" (Wilson et al., 2020, s. 2). Fra 100-tallet og frem til begynnelsen av det 20. århundre var delirium en betegnelse for sinnssykdom eller akutt psykisk lidelse som kunne oppstå i forbindelse med feber eller ulike forgiftninger (Engedal & Tveito, 2019, s. 350). Endringer i definisjon og terminologi er beskrevet som en av mange grunner til at delirium kan være vanskelig å diagnostisere, studere og behandle (Hughes et al., 2020, s. 1). Tilstandens komplekse og fluktuerende natur har ført til flere forsøk på å definere delirium opp gjennom årene (Hughes et al., 2020, s. 1). Først i 1980-årene ble det utformet definerte kriterier på delirium, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM III) Hayhurst et al. (2020, s. 1) og foretatt systematisk forskning for å utforske årsaker og risikofaktorer knyttet til tilstanden (Ranhoff, 2020, s. 459). Fremdeles er patogenesen bak delirium ukjent. Det er fortsatt et mysterium hvorfor akutte tilstander utenfor hjerne, som for eksempel en urinveisinfeksjon, kan føre til akutte kognitive endringer (Krogseth, 2020, s. 97).

Delirium er ingen sykdom, men en tilstand forårsaket av underliggende faktorer (Ranhoff, 2020, s. 462). Delirium kan oppstå i alle aldre, men er mest vanlig etter fylte 65 år. Tilstanden er forbigående og kan variere i intensitet. I de fleste tilfellene går delirium over i løpet av fire uker, mens i noen tilfeller kan tilstanden ha en varighet opptil seks måneder. Dette spesielt i forbindelse med kronisk sykdom i lever, karsinom eller subakutt endokarditt forårsaket av bakterier (Direktoratet for e-helse, 2023). Delirium er assosiert med økt risiko for demens, funksjonstap i dagliglivets aktiviteter og dermed behov for langtidspleie, sykehjemsplass eller forlenget sykehusopphold (Akour & Verloo, 2017, s. 33). Delirium kan gi økt mortalitet (Neerland et al., 2013, s. 1597). Dersom delirium varer over lengre tid eller ikke bakenforliggende årsaker blir behandlet, kan mortaliteten være opptil 25 - 30 % grunnet kretsløpkollaps, nyresvikt og respirasjonssvikt (Engedal, 2012, s. 288; Skavland Godtfredsen et al., 2016, s. 274).

2.2.1 Forekomst

Litteraturen viser stor variasjon i forekomsten av delirium (Koirala et al., 2020, s. 2083). Prevalensen for delirium er likevel trolig høy. Forekomsten av delirium er for eldre pasienter i medisinske avdelinger nær 40 %, og nesten halvparten av de med hjerneslag eller etter

ortopedi utvikler delirium (Kukreja et al., 2015, s. 655; Wilson et al., 2020, s. 2). Personer med en demensdiagnose og eldre over 85 år har også en prevalens rundt 50 % (Inouye et al., 2014, s. 912; Kehler et al., 2020, s. 4; Neerland, 2023). Nær 40 % av pasientene opplevde å utvikle et delir i forbindelse med overganger i behandlingsforløpet (Bergh et al., 2017, s. 7).

2.2.2 Klassifisering

Delirium klassifiseres gjerne i tre subtyper; hyperaktivt, hypoaktivt og blandet delirium. I følge Evensen et al. (2019, s. 24) har 29 % hyperaktivt, 32 % hypoaktivt og 26 % blandet delirium.

Hyperaktivt delirium kjennetegnes med endringer i kognitive funksjoner som forstyrrelse av oppmerksomhet, orientering, bevissthet, desorientering, hallusinasjoner, vrangforestillinger og nedsatt hukommelse som ikke skyldes en demensdiagnose (Helsedirektoratet, 2019b; Skavland Godtfredsen et al., 2016, s. 272). Andre symptomer kan være psykomotorisk uro, økt hastighet på handlinger eller tale, ufrivillige bevegelser, rastløshet og/eller stor motorisk uro, unormalt innhold av verbalt utfall og hypervåkenhet. Videre kan pasienten ofte være agitert med symptomer som manglende hemninger, aggresjon, oppstemthet og irritabilitet (Hayhurst et al., 2020, s. 4). Hyperaktivt delirium får oftest fokus på grunn av pasientenes forstyrrende oppførsel. I noen tilfeller utsetter de seg selv for fare, pasientene kan være plukkete, og autoseponere medisinsk utstyr (Van Velthuijsen et al., 2018, s. 1523).

Ved *hypoaktivt delirium* er gjerne pasienten psykomotorisk langsom, initiativløs, sløv og har redusert mengde eller hastighet på tale, nedsatt oppmerksomhet, tilbaketrukket, uoppmerksom eller er somnolent. Hypoaktivt delirium er trolig underdiagnostisert da pasientene ikke har noen forstyrrende atferd (Van Velthuijsen et al., 2018, s. 1522).

Ved *blandet delirium* er ofte symptomene raskt skiftende mellom hypoaktivt og hyperaktivt delirium (Hughes et al., 2020, s. 5; Wilson et al., 2020, s. 1). Denne blandingstypen blir heller ikke lett gjenkjent med kartleggingsverktøy da den fluktuerer. Pasienten kan vise symptomer på én test, men ikke neste (Johansson et al., 2021, s. 12).

2.2.3 Årsaker og utløsende faktorer

Delirium er forårsaket av en indre eller ytre påvirkning, og er en akutt eller subakutt svikt i hjernen som er forårsaket av en organisk påvirkning av sentralnervesystemet som ikke skyldes demensdiagnose (Ranhoff, 2020, s. 464; Verdens Helseorganisasjon, 2022). Mekanismene bak delirium deles i hovedgruppene fysiologiske avvik med direkte hjernepåvirkning eller uhensiktsmessige fysiologiske stressfaktorer (Ranhoff, 2020, s. 465). Risikoen for å utvikle delirium bestemmes av både risikofaktorer og utløsende faktorer, se tabell 2.

Tabell 2. Risikofaktorer og utløsende faktorer

Risikofaktorer	Utløsende faktorer
Høy alder	Ortopedi
Kognitiv svikt/demens	- Hoftebrudd
Tidligere gjennomgått delirium	- Størrelse og lengde på operasjonstid
Komorbiditet/skrøpeligheit	- Sederende legemidler
Parkinsons	- Postoperativt
Sirkulatoriske faktorer	Infeksjon spesielt
- Tidligere hjerneslag	- Urinveisinfeksjoner
- Hypertensjon	- Pneumoni
- hjerteklaffsykdom	- Sepsis
- Aterosklerose	- Meningitt
- Hyperkolesterol	- encefalopati
- Diabetes	Urinretensjon
- Søvnåpne	Obstipasjon
- Epilepsi	Sirkulatoriske faktorer
Hypertermi eller hypotermi	- Hjerterinfarkt
Redusert funksjonsnivå	- Hjertesvikt
Sansesvikt (syn og hørsel)	- Lungeemboli
Psykiske sykdommer	- Hjerneslag
- Depresjon	Metabolske forstyrrelser (labavvik)
- Mani	- Anemi
- Reaktiv psykose	- Hypoglykemi
Lav BMI	- Hypoksi
Polyfarmasi	- Leversvikt
Dehydrering	- Nyresvikt
Underernæring	- Endokrine sykdommer
Søvnmangel	- Dehydrering
Cerebral cancer	- Elektrolyttforstyrrelser
Eliminasjonsproblemer	Nyoppstartede legemidler
Ortopedi	- Beroligende
- Lang ventetid på operasjon	- Benzodiazepiner
Isolasjon og understimulering	- Sederende medikamenter
Smerter	Traume – og hasteinnleggelseser
Forgiftninger især på stoffer som virker på sentralnervesystemet	Ytre stress
	Fysisk tvang

Kilde: (Engedal & Tveito, 2019, s. 352; Kehler et al., 2020, s. 30; Krogseth, 2020, s. 68 og 03; Neerland et al., 2013, s. 1597; Skavland Godfredsen et al., 2016, s. 286; Wang & Shen, 2018, s. 1288; Wisten et al., 2013, s. 48).

2.2.4 Diagnostikk

For å diagnostisere delirium brukes det internasjonale kodesystemet International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD). I Norge brukes ICD-10 (ICD-11-versjoner er under oversettelse til norsk) (Direktoratet for e-helse, 2023). Nedenfor vises kriteriene for ICD-10 i tabell.

Tabell 3. Diagnosekriterier for delirium i klassifikasjonssystemet ICD-10

For at det skal stilles en rett diagnose for delirium må følgende milde eller alvorlige symptomer være til stede:

- (a) svekkelse av bevissthet og konsentrasjonsevne (en gradvis skala som går fra uklarthet til koma, redusert evne til å rette, fokusere, opprettholde og skifte oppmerksomheten),
- (b) generell forstyrrelse av den kognitive evnen (perseptuelle forstyrrelser, illusjoner og vanligvis visuelle hallusinasjoner, nedsatt evne til abstrakt tenkning og forståelse, med eller uten forbigående forvirringstilstander, men vanligvis i noen grad usammenhengende, nedsatt umiddelbar erindring og korttidshukommelse, men med relativt intakt langtidshukommelse, desorientert vedrørende tid, og i mer alvorlige tilfeller også vedrørende steder og personer),
- (c) psykomotoriske forstyrrelser (hypo- eller hyperaktivitet og uforutsigbare vekslinger fra det ene til den andre, økt reaksjonstid, økt eller redusert talestrøm; lettskremthet),
- (d) forstyrrelser i søvn-våkenhetsrytmen (insomnia, eller i alvorlige tilfeller, total søvmangel eller snudd søvn-våkenhetsrytme, døsighet på dagtid, forverring av symptomene om natten, forstyrrende drømmer og mareritt som kan fortsette som hallusinasjoner etter oppvåkning),
- (e) følelsesmessige forstyrrelser som depresjon, angst eller frykt, irritabilitet, eufori, apati eller undrende perpleksitet.

Kilde: (Direktoratet for e-helse, 2023).

For å diagnostisere delirium vil flere kognitive og kliniske vurderinger måtte gjøres. Det kan være nyttig å innhente medisinsk historie fra pårørende eller fastlege (Ranhoff, 2020, s. 462). Sykepleiere og annet helsepersonell, eller pårørendes observasjoner kan gi svar på hvordan pasienten har vært forut for situasjonen (Eide et al., 2017, s. 5; Neerland et al., 2013, s. 1596). Kliniske observasjoner er vesentlige for å gjenkjenne de typiske symptomene på delirium, fordi symptomer fluktuerer må observasjoner gjøres gjennom hele døgnet (Ranhoff, 2020, s. 262). Spesielt viktig er pårørendes kjennskap til pasienten, som kan gi opplysninger om pasientens habituelle kognitive tilstand før innleggelse på sykehus. Kunnskapen er viktig for videre pasientbehandling (Flanagan & Spencer, 2016, s. 178). Diagnostiske kriterier stilles gjerne ved hjelp av et kartleggingsverktøy (Bellelli et al., 2014, s. 497–498). Videre kan blod- og urinprøver, smertevurdering, røntgen thorax, EKG, spinalvæskeundersøkelser og blodgassanalyser benyttes i diagnostiseringsøyemed for å påvise eventuelle årsaksforhold (Neerland, u.å.; Wilson et al., 2020, s. 7).

2.2.4.1 Kartleggingsverktøy for identifisering av delirium

Det finnes mer enn femti deliriumvurderingsverktøy (Brefka et al., 2022, s. 107).

Kartleggingsverktøyene brukes ved mistanke om delirium, for å overvåke pasienter med

nyoppstått delirium, for grundig nevropsykologisk vurdering, og for å måle tilstandens alvorlighetsgrad (De & Wand, 2015, s. 1095). CAM og 4AT brukes mest i Norge, og anbefales anvendt av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2019b, s. 2; Neerland, u.å.).

CAM er et verktøy og diagnostisk algoritme for identifikasjon av delirium (Wilson et al., 2020, s. 12). CAM består av to bokser inndelt i fire symptomer; akutt debut og vekslende forløp, uoppmerksomhet, desorientert tankegang og endret bevissthetsnivå (se vedlegg 5). Internasjonalt er CAM det mest brukte diagnoseverktøyet for delirium (Legeforeningen, 2023; Neerland et al., 2013, s. 1596). Verktøyet har høy pålitelighet og er en sjekkliste for symptomer mer enn en kognitiv test og kan gjennomføres på få minutter (Inouye et al., 1990, s. 825). Det finnes en CAM-ICU som brukes på nonverbale pasienter på intensivavdelinger (Skavland Godtfredsen et al., 2016, s. 272).

4AT er et annet kartleggingsverktøy for rask vurdering av akutt forvirring og kognitiv svikt (MacLulich et al., 2011). Verktøyet er ikke diagnostisk, men gir en indikasjon og rask førstehåndsvurdering for å aktivt observere symptomer på delirium videre (Berg et al., 2016). En valideringsstudie viste at 4AT hadde en god sensitivitet og spesifisitet ved kartlegging av delirium hos eldre sykehusinnlagte pasienter (Bellelli et al., 2014, s. 498). 4AT består av de fire vurderingsområdene årvåkenhet, forkortet mental vurdering, oppmerksomhet og akutt endring eller fluktusjon i tilstand. Hver av vurderingsområdene gis poengskår. En skår på fire eller mer antyder delirium, en skår på 1 - 3 antyder kognitiv svikt (Bellelli et al., 2014, s. 498; Jeong et al., 2020, s. 2). Se vedlegg 6.

2.2 Samhandlingsreformen

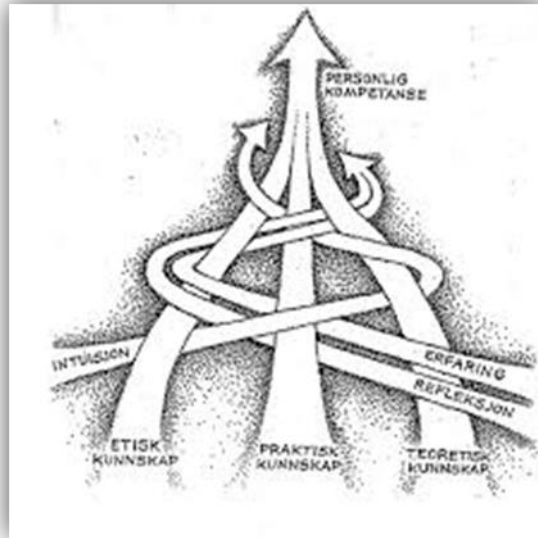
Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, og var en helsereform som skulle løse noen av fremtidens utfordringer i helsevesenet. Regjeringen viste til samhandlingsproblemer der pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke ble ivaretatt, og der helse- og omsorgstjenesten gjorde for liten innsats i forhold til å begrense eller forebygge sykdom. Videre truet den demografiske samfunnsutviklingen en bærekraftig utvikling (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 21). Oppgave- og ansvarsforskyvningen var et resultat av Samhandlingsreformen og utfordrer kommunehelsetjenesten til å utføre mer omfattende helsetjenester. Pasientene utskrives er ofte multimorbide og har større funksjonssvikt og et kompleks behov for helsetjenester (Råholm, 2017, s. 2). Som et resultat av spesialhelsetjenestens effektivisering er liggetiden på sykehus sterkt redusert og behandlingsavklarte pasienter overføres kommunehelsetjenesten på et tidligere tidspunkt (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 33). Ved å etablere KOE ville det kunne sikres mer kostnadseffektive tjenester og styrke nærheten til et helhetlig kommunalt tjenestetilbud og dermed forhindre innleggelser og reinnleggelser (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 60). KOE ble opprettet for å yte helsetjenester spesielt til skrøpelige eldre, det gjør at enkelte pasienter tildeles et mellomopphold etter sykehusinnleggelsen.

2.4 Pårørendesamarbeid

Pasientens pårørende er viktige samarbeidspartnere og kan ha informasjon som er en hjelp for identifisering av delirium, men også å ivareta pasientens behov i situasjonen (Lee-Steere et al., 2024, s. 1342). Pårørende kan gi opplysninger om pasientens habituelle tilstand før innleggelse på sykehus og kan svare på delspørsmål i kartleggingsverktøyene 4AT og CAM angående den en kognitive tilstanden (Neerland et al., 2013, s. 1596; Ranhoff, 2020, s. 462) som er viktig for å skille delirium fra andre differensialdiagnoser (Marcantonio, 2017, s. 3). Ifølge den nasjonale Pårørendeveilederen skal helse- og omsorgstjenesten tilrettelegge for dialog og informasjon til pårørende, samt tilby nødvendig pårørendestøtte (Helsedirektoratet, 2017). Det gjelder pårørende som fungerer som informasjonskilde, representant, omsorgsgiver eller støtte for pasienten. Helse- og omsorgstjenesten har plikt til å etablere systemer for innhenting av pårørendes erfaringer og synspunkter og gjøre bruk av disse erfaringene i sitt forbedringsarbeid (Helsedirektoratet, 2017, s. 1). Videre ha sykepleier et ansvar for å etablere et likeverdig samarbeid med pasient og pårørende, tilpasse tjenestetilbudet, informere, støtte og avlaste pårørende, samt gripe tak i situasjoner som er sterkt belastende for disse (Brodtkorb & Ranhoff, 2020, s. 144).

2.5 Personlig kompetanse

Helse- og omsorgstjenestene skal være faglig forsvarlige, og det forventes kvalitet og kunnskap i tjenesten (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsepersonelloven, 1999; Sykepleierforbundet, 2023). Helsetjenesten bør forankres i forskningsbasert kunnskap, og sykepleier er pliktig til å holde seg faglig oppdatert (Nortvedt et al., 2021, s. 16; Sykepleierforbundet, 2023). Sykepleierne i kommunehelsetjenesten skal utføre mer avansert sykepleie og medisinsk behandling enn tidligere, og er derfor i behov av mer kompetanse for å kvalitetssikre helsehjelpen (Bing-Jonsson et al., 2016, s. 35). Kompetansebegrepet er kontekstuell, profesjonell kompetanse er nært knyttet til ferdigheter og praktisk utøvelse av sykepleieryrket (Skau, 2024, s. 80). For å fremstille kompetansen som er en forutsetning for kunnskapsanvendelse, er det i denne oppgaven valgt å bruke Kirkevold (1996, s. 29) sin modell om personlig kompetanse. Personlig kompetanse utvikles gjennom teoretisk, praktisk og etisk kunnskap, i kombinasjon med refleksjon, erfaring og intuisjon. De ulike komponentene henger sammen og kommer til uttrykk samtidig i våre handlinger, men påvirker hverandre i ulik grad.



Figur 4. Personlig kompetanse – en forutsetning for kunnskapsanvendelse (Kirkevold, 1996, s. 29). (Godkjent brukt av illustrasjon, se vedlegg 8).

Den teoretiske kunnskapen er upersonlig, allmenn og kan tilegnes (Kirkevold, 1996, s. 30). Den teoretiske kunnskapen i yrkesfaglig sammenheng kan for sykepleiere være kjennskap til anatomi, fysiologi, medikamentlære og mikrobiologi (Skau, 2024, s. 88). Teoretisk kunnskap er også praktisk og teoretisk kunnskap tilegnet etter endt utdanning (Kirkevold, 1996, s. 28). Slik teoretisk kunnskap kan for eksempel omhandle sykepleiernes kunnskap om risikofaktor eller utløsende faktorer. Stadig ny forskning gjør at sykepleier er i behov av fag- og kompetanseutvikling. For å kunne anvende den teoretiske kompetansen må sykepleier ha ferdigheter innenfor vurderingskompetanse og anvendelseskompetanse. Vurderingskompetanse er å lese, forstå og ta en vurdering av teorien, mens anvendelseskompetanse er å velge relevant kunnskap utifra situasjon (Kirkevold, 1996, s. 38–41).

Den praktiske kunnskapen omfatter den praktisk utførelsen av en handling av sykepleier i en konkret situasjon (Kirkevold, 1996, s. 37–38), de yrkesspesifikke ferdighetene slik som metoder og teknikker for å utføre alle typer oppgaver som stell, observasjoner, prosedyrer. Slik kunnskap kan for eksempel omhandle sykepleiernes anvendelse av kartleggingsverktøy. Den praktiske kunnskapen er personlig og øker gjennom ervervede erfaringer. Den praktiske kunnskapen trenger en teoretisk referanseramme relevant for fagområdet for å kunne utføres faglig forsvarlig (Skau, 2024, s. 83).

Etisk kunnskap er en kombinasjon av menneskelige kvaliteter som holdninger, verdier og normer en sykepleier har. Slik kunnskap kan for eksempel omhandle sykepleiernes evne til empati for pårørende i identifiseringsfasen. Etisk kunnskap er viktige egenskaper i sykepleierollen, personlige preferanser og meninger som ikke representerer sykepleierprofesjonen og yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere (Sykepleierforbundet,

2023) må vike i sykepleierrollen. Den kritiske refleksjonen over faglige begrunnelser, og egen praksis er viktig for å videreutvikle den personlige kompetansen.

Sykepleierutøvelse gjenspeiles i at sykepleierens handlinger gjøres med en bestemt hensikt for å oppnå et ønsket resultat, med bakgrunn av etisk, praktisk og teoretisk kunnskap (Kirkevold, 1996, s. 37–38). Gradvis vil sykepleieren opparbeide seg bedre og bedre personlig kompetanse der sykepleier benytter egen erfaring, intuisjon og refleksjon (Kirkevold, 1996, s. 36).

3 Metode

I dette kapitlet presenteres vitenskapelig posisjon, forskningsdesign, forskningsmetode med utarbeidelse av intervjuguide, rekrutteringsprosessen og gjennomføringen av intervjuene. Videre belyser kapitlet hvordan analysen utføres med transkribering og systematiske tekstkondensering inspirert av Malterud. Avslutningsvis presenteres etiske overveielser og forskers rolle og forforståelse i studien.

3.1 Vitenskapelig posisjon

Det vitenskapelige ståstedet i oppgaven posisjonerer seg og bygger på det Malterud (2017, s. 37–38) omtaler som et pragmatisk og fortolkende paradigme. Studier som er pragmatiske tilhører ikke noen spesifikk filosofi, de er eklektisk eller generiske, det vil si de kan blande elementer fra ulike teorier (Malterud, 2016, s. 124). Empirien innhentes på en empatisk måte og gjennom en hermeneutisk metode fortolkes data før det settes inn i en kontekst, en større forståelsesramme, bedre kjent som den hermeneutiske spiral. Kvalitative forskningsmetoder tar utgangspunkt i filosofier om teksttolkning. Fortolkningsprosessen er i bevegelse mellom deler og enheter samt en forståelse av menneskelig subjektivitet i en kontekst (Malterud, 2017, s. 29). Forskningsmetoden er basert på helsepersonells nærhet til praksis med mål om å utvikle en ny holdbar kunnskap som kan endre denne. En forsker kan i en studie vurdere det hensiktsmessig å hente inspirasjon fra ulike genre for å kunne svare på problemstillingen. Dette kalles en abduktiv metode, det er vanskelig å kunne se verden helt uten antakelser eller forforståelse (Jacobsen, 2022, s. 37).

Ontologien er hvordan vi oppfatter verden og virkeligheten. Erkjennelsen av subjektivitet skjer både på et ontologisk nivå, knyttet til hvordan individer opplever ting, og på et epistemologisk nivå når det gjelder hvordan forskere beskriver og tenker på disse erfaringene (Malterud, 2016, s. 122). Intersubjektivitet er beskrivelsen av det sosiale og relasjonelle møtet der man bruker empati og lever seg inn i den andres livsverden (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 355). I fenomenologien er det en forutsetning at gammel kunnskap eller forskers forforståelse settes til side. For å kunne forstå den andres måte å oppfatte empirien på, kan dette kun forstås gjennom den andres perspektiv i lys av individets livsverden eller kontekst (Malterud, 2017, s. 28). Informantenes egne opplevelser, erfaringer og forståelse av fenomenet beskrives uten farging av forskers forforståelse (Malterud, 2017, s. 28). Intervjuguide og intervjusituasjonen var noe preget av min forforståelse til fenomenet og fikk derfor en tilnærmet fenomenologisk tilnærming.

Empiriske data fra semistrukturerte intervjuer brukes gjerne til tverrgående analyse (Malterud, 2017, s. 37). Empirien i studien er hentet fra seks semistrukturerte intervjuer som senere ble transkribert og analysert med systematisk tekstkondensering. I analyseprosessen ble det benyttet fortolkninger fra hermeneutikken og den hermeneutiske spiral der samspillet mellom deler og helhet er viktig. Tolkingsprosessen har ikke vært lineær. Teksten ble lest

og tolket og kodegrupper i analyseprosessen har blitt rekonstruert flere ganger for å passe til problemstillingen. Når det subjektive perspektivet brukes i en hermeneutisk fortolkning, vil ulike forskere kunne få ulike oppfatninger om samme situasjon fra informantene (Malterud, 2017, s. 43). En forskers forforståelse vil også kunne påvirke hvilke spørsmål en forsker stiller til en tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 238). Studien ble utførte alene, men analyseprosessen ble diskutert med veileder. Som forsker måtte jeg som et ledd i forskningsprosessen redegjøre for hvordan jeg fortolket det innsamlete datamaterialet. Det var vanskelig å utføre en analyse uten at den ble påvirket av teori og derfor har studien også hatt en noe deduktiv tilnærming.

3.2 Forskningsdesign

For å belyse sykepleiernes erfaringer med identifisering av delirium, ble et eksplorerende design funnet hensiktsmessig. Denne type design er nyttig når ønsket er å utforske erfaringer, tanker eller sosiale fenomener i dybden som det finnes lite kunnskap om (Leseth & Tellmann, 2018, s. 29).

Et forskningsdesign gir en forklaring på hvordan studien er gjennomført, for å få svar på problemstillingen. Ved å redegjøre for alle ledd i forskningsprosessen vil leser kunne vurdere om studien ble gjennomførbar, pålitelig (reliabel) og gyldig (valid). Leser vil også på denne måten kunne vurdere kvaliteten på den empiriske forskningen (Leseth & Tellmann, 2018, s. 33). Problemstillingen la føringer for hva jeg ønsket svar på. I forskningssammenheng så brukes kvalitativ eller kvantitativ metode, eller en blanding av disse. Kvantitative metoder gir data i form av målbare enheter, mens kvalitative metoder fanger opp meninger og opplevelser som ikke kan telles eller måles (Malterud, 2017, s. 30). Studien hadde et eksplorerende design og en kvalitativ tilnærming som var mest hensiktsmessig for å utforske sykepleiernes erfaringer (Malterud, 2002, s. 31). Ønsket var å belyse et fenomen der det trolig er kunnskapshull eller lite forhåndskunnskap om i denne konteksten. Kvalitative intervjuer er den mest brukte metoden for å tilegne kunnskap om individenes liv og erfaringer (Brinkmann et al., 2012, s. 16). Intervjuene var semistrukturerte og via empiriske spørsmål ble ny kunnskap til gjennom kvalitative data. Det kvalitative materialet ga empiriske data som senere skal transkriberes, systematisere og analysere ved hjelp av Malteruds tekstkondensering (Malterud, 2017, s. 69).

3.3 Forskningsmetode

En kvalitativ tilnærming ble benyttet i denne oppgaven. I kvalitative studier er målet å samle innholdsrike, relevante empiriske data som vil resultere i ny kunnskap. I datainnsamling etableres det empiriske, rike og relevante data som er en forutsetning for å kunne få svar på problemstillingen. Kvalitative forskningsmetoder tar utgangspunkt i filosofier om teksttolkning, fortolkningsprosess i bevegelse mellom deler og enheter og forståelse av menneskelige erfaringer i deres livsverden (Malterud, 2017, s. 29). Kvalitativ forskning gjenkjennes ved

nærheten til forskerfeltet og er spesielt egnet der ønsket er å gå i dybden på fenomener det er lite kunnskap. I kvalitativ forskning står det subjektive sentralt, og det benyttes ofte en induktiv tilnærming der empirien danner grunnlaget for teorien (Malterud, 2017, s. 27). I studien var det ønskelig å innhente erfaringer for å forstå fenomenet fra sykepleiernes perspektiv. Dybdeinformasjonen fra de kvalitative semistrukturerte intervjuene ga relevante, empiriske data som kunne svare på problemstillingen. Den kvalitative metoden i studien hadde et eksplorerende design, og det ble utført seks individuelle intervjuer med utgangspunkt i en semistrukturert intervjuguide for å samle inn empiriske data.

Semistrukturerte individuelle intervjuer ble vurdert hensiktsmessig for å innhente sykepleiernes erfaringer. Semistrukturerte intervjuer gir dybdeinformasjon og fremhever informantenes livsverden og beskrivelser av fenomenet (Malterud, 2017, s. 135). Semistrukturerte individuelle intervjuer ble vurdert som en egnet metode for å samle inn data som kunne svare på problemstillingen. Det gir dessuten rom for innspill som fremkommer spontant, og som kan berike problemstillingen og åpne for nye spørsmål. Denne type intervjuer gir rom for fleksibilitet i spørsmålstillingen ut ifra hva som kommer frem underveis i intervjuet, men har likevel en viss struktur (Malterud, 2017, s. 134). Intervjuformen gir også anledning til å stille oppfølgingsspørsmål og få mer dybde i svarene. I følge Malterud (2017, s. 133) vil slike intervjuer kunne gi deltakerne tid og rom til tanker og refleksjoner når erfaringer skal deles.

3.3.1 Utarbeidelse av intervjuguide

En systematisk og gjennomtenkt intervjuguide ble utarbeidet (Malterud, 2017, s. 133). Intervjuguiden ble en hjelp til å strukturere intervjuet. I gjennomføringen av intervjuene opplevde jeg økt trygghet ved å bruke guiden som en sikkerhet slik at alle informantene fikk de samme tematiske spørsmål. Samtidig så ga det også muligheten for oppfølgingsspørsmål og justeringer underveis. Intervjuguiden var bygd opp i tre faser: en oppvarmingsfase som skapte trygghet hos informanten, hoveddelen som utgjorde kjernen i intervjuet, og en avslutning for å runde av intervjuet og gi informanten anledning til å komme med ytterligere innspill hvis vedkommende opplevde at det var noe som var av betydning, og som jeg ikke hadde spurt om (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 161). Kvale og Brinkmann (2015, s. 156) hevder at spørsmålene i intervjuguiden vil kunne fremme en positiv interaksjon og motivere informantene til å snakke om sine erfaringer, men jeg var bevisst på at intervjuguiden ville kunne legge føringer for spørsmålene og overskygge den frie, uformelle samtalen hvis jeg fulgte den helt slavisk (Malterud, 2016, s. 134). Intervjuguiden ble derfor ikke utlevert informantene i forkant da det var ønskelig at svarene ble så realistiske utifra sykepleiernes erfaringer, og ikke noe de hadde lest seg opp til før intervjuet.

Det ble utført tre pilotintervjuer på eget arbeidssted for å prøve ut intervjuguiden. På forhånd var intervjuguiden gjennomgått og godkjent av veileder under prosjektbeskrivelsen. Spørsmålsformuleringer direkte rettet mot informantenes teoretiske kunnskaper ble endret samt noen detaljerte spørsmål. Disse pilotintervjuene medførte til økt bevissthet på hvordan jeg videre kunne stille oppfølgingsspørsmål for å få mer utdypende svar. Det ble fokusert på

åpne spørsmål, spørsmål som ikke kunne besvares med ja eller nei. Intervjuguiden ble også revidert underveis i datainnsamlingen for å øke fokus på enkelte områder. Dette blant annet utifra hva som fremkom (eller ikke i fremkom) som jeg ønsket ytterligere informasjon om i intervjuene, men også for å tilpasse spørsmålene bedre til problemstillingen. Dette opplevde jeg bidro til å øke kvaliteten på intervjuguiden og intervjuet, og er i tråd med studiens eksplorerende design (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 147).

3.4.2 Utvalg og rekruttering

I kvalitative studier der dybdeintervjuer blir benyttet, gjøres et strategisk utvalg for å søke informanter som har relevante erfaringer og forståelse for fenomenet som undersøkes, og som belyser problemstillingen best mulig (Malterud, 2017, s. 58). Studien søker kunnskap om sykepleieres erfaringer med å identifisere delirium, og det var derfor ønskelig med minimum tre års praksis etter endt sykepleierutdanning. Konteksten og forskningsfeltet var KOE, og sykepleierne skulle ha erfaring fra en slik enhet. Valget falt på fylker i nærheten, da jeg ønsket å ha fysiske intervjuer. På grunn av KOE tiltales ulikt ble kommunenes sentralbord kontaktet, men flere kunne ikke gi svar på om de hadde slike enheter. Videre kontakt fikk jeg tjenestekontorene som tildeler helsetjenester i kommunene. Ønsket var å få snakke med avdelingslederne for rekruttering av informanter, men også dette bød på vanskeligheter. De var i møter eller på kurs. Noen svarte meg på telefon, mens andre fikk tilsendt informasjons- og samtykkeskriv som var utviklet på forhånd (vedlegg 1-3). Etter to uker var det kun en positiv tilbakemelding. Det ble etterspurt svar og litt senere hadde fem informanter vist sin interesse. Den sjette informanten tok kontakt to måneder etter dette. Kvalitative studier har sjeldent mange deltakere. Det er heller informasjonsstyrken i utvalget som bestemmer antallet informanter (Malterud, 2017, s. 63). Jeg endte opp med seks informanter. Dette også med hensyn til studiens omfang. De seks informantene hadde fra tre til trettito års erfaring etter endt sykepleierutdanning, alle var kvinner og helt tilfeldige. Sykepleierne hadde ulik erfaring fra kommune- og spesialisthelsetjenesten. Enkelte hadde kun jobbet innenfor kommunehelsetjeneste i hele sin yrkeskarriere. Tre av sykepleierne hadde tilleggstudning.

3.3.3 Datainnsamling

Ved hjelp av semistrukturerte intervjuer ble data hentet om sykepleiernes erfaringer med å identifisere delirium. Tre av informantene ble møtt på egen arbeidsplass, tilpasset når den enkelte hadde mulighet til å gjennomføre intervjuet. De tre øvrige intervjuene ble foretatt i informantens hjem (grunnet barselpermisjon) da hun derfor ønsket det, på nettet gjennom Meet (videokommunikasjon) grunnet langtidssykdom og på en kafé, etter informantens eget ønske. Intervjuene ble foretatt i tidsrommet november 2023 til mars 2024 og hadde en varighet på 20-50 minutter. Det ble kun tatt lydopptak av intervjuene. Jeg noterte ikke underveis da det var ønskelig med fullt fokus på informanten.

Intervjuene startet med en innledende samtale der jeg presenterte meg og fortalte om formålet med studien. Samtykke til å delta i studien ble underskrevet, og informantene

godkjente bruk av diktafon. Videre fortalte informantene om sin utdanningsbakgrunn og erfaringer i sin karriere. Det var viktig for å skape trygghet i intervjusituasjonen tillit til meg som forsker. Intervjuguiden ble brukt i fordypningsdelen, men ble ikke fulgt slavisk. Informantene fikk prate forholdsvis fritt, og det ble bedt om utdypning og oppklaring der det var behov for det. Informantene fikk likevel mulighet til å tenke seg om da det oppsto stillhet. I følge Malterud (2017, s. 133) bør informantene få tid og rom til refleksjoner i intervjuene. Imidlertid var ikke dette noe problem. Det var heller de korte svarene som ble gitt underveis. Intervjuet ble avsluttet ved å spørre om informanten hadde noe å tilføye.

3.4 Analyse

Data fra intervjuene ble bearbeidet og transkribert til 57 sider tekst. Målet med transkripsjon var å få frem informantens erfaringer og meninger som ble formidlet under datainnsamlingen, om til tekst og tilgjengelig og strukturert for analyse (Malterud, 2002, s. 2468–2470, 2017, s. 77 og 81). Nettskjema er et nettbasert undersøkelsesverktøy og kilde til sikker datainnsamling (*Nettskjema - Universitetet i Oslo*, u.å.). Diktafonopptak blir automatisk transkribert. Imidlertid måtte den pretranskriberte teksten vesentlig endres da programmet slet med dialekt og medisinske termer. Transkribering bidrar til å styrke kvaliteten på analysen og systematikken i forskningsprosessen, og til en systematisk gjennomgang av intervjuene slik at analysen følger en vitenskapelig standard (Malterud, 2017, s. 81). Malterud (2017, s. 77) hevder likevel den nonverbale kommunikasjonen, stemmeleie, åndedrett og intonasjon går tapt når talespråk gjøres om til tekst. Erfaringsvis var transkriberingen vært en svært tidkrevende prosess. Likevel var viktig for meg å være lojal mot materialet så intervjuene ble transkribert ordrett. Pauser, kremting og latter ble ikke inkludert i den transkriberte teksten. Dialekt ble omskrevet til bokmål og identifiserende sted og institusjonsnavn ble anonymisert.

Den tematiske, tverrgående analysemetoden som ble benyttet i denne studien var inspirert av Malteruds systematiske tekstkondensering (Malterud, 2017, s. 97). Analysen hadde en induktiv tilnærming. Det vil si den var datanær og tok utgangspunkt i sykepleiernes beskrivelser for å belyse problemstillingen, og gjennom det kunne generere data for å si noe mer generelt om fenomenet (Malterud, 2017, s. 113). Metoden skulle videre være egnet for de som ikke hadde så mye erfaring med analyse av tekster (Malterud, 2002, s. 97) På tross av dette så opplevdes prosessen som krevende, og jeg brukte mye tid på analysen.

For at leser skal kunne følge veien fra innsamlet data til funn, har det vært viktig å synliggjøre analyseprosessen (Malterud, 2012, s. 796, 2017, s. 98). Systematisk tekstkondensering består av fire trinn; 1. Å få et helhetsinntrykk, 2. Å identifisere meningsdannede enheter, 3. Å abstrahere innholdet i de meningsbærende enhetene, 4. Å sammenfatte betydningen av de foregående trinnene.

Trinn 1 Helhetsinntrykk

Først leste jeg den transkriberte teksten og prøvde å ha et «fugleperspektiv» på det jeg leste. Dette ledet til et helhetsinntrykk av foreløpige temaer. Temaene dannet grunnlag for senere kodegrupper (Malterud, 2017, s. 99). Temaene representerte elementer som var aktuelle for å belyse problemstillingen, samtidig som jeg forsøkt å sette klamme rundt egen forforståelse. Den transkriberte teksten ble lest med et åpent sinn (Malterud, 2017, s. 100). Ved gjennomlesning gjorde jeg notater i marginen om foreløpige temaer. Åtte foreløpige temaer fremkom: kunnskap om delirium, symptomer, samarbeid, fastvakt, miljøarbeid, medisiner, retningslinjer og kartleggingsverktøy.

Trinn 2 Meningsbærende enheter

I trinn to leste jeg teksten på nytt og meningsbærende enheter. Teksten som omhandler de foreløpige temaene ble identifisert. Det var på dette stadiet ifølge Malterud, 2017, s. 101) viktig å skille ut relevant tekst som tenkes å kunne belyse problemstillingen. Alle de transkriberte tekstene ble nøye lest og hver tekstlinje ble nummerert. Jeg valgte å trekke ut alle de meningsbærende enhetene ordrett ut av teksten for hver informant før teksten ble systematisert (kodet). På dette trinnet fikk jeg oversikt over hvor mye empirisk data jeg satt igjen med. Hver informant fikk en farge og nummer. Kodingen innebar en dekontekstualisering. Det vil si teksten ble tatt ut av sin opprinnelige sammenheng og sortert med beslektede tekstelementer (Malterud, 2017, s. 104). I en tabell fikk hver kodegruppe en egen celle. Prosessen var ikke lineær, og det var behov for å gå frem og tilbake for å justere både koder og hvilke koder som tilhørte de ulike kodegruppene underveis i samsvar med forståelsen jeg etter hvert fikk av materialet (Malterud, 2017, s. 102).

Trinn 3 Kondensering

Informasjonen som var sortert fra trinn to ble abstrahert i trinn tre ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene. Før videre kondensering ble materialet sortert i subgrupper. Det var subgruppene som videre ble analyseenheter. De meningsbærende enhetene i subgruppene ble abstrahert til et kondensat, et kunstig sitat som ble skrevet i 1. person. De kunstige sitatene gjenfortalte og sammenfattet innholdet i de enkelte subgruppene, og det ble vektlagt å representere sitatene slik informantene hadde uttrykt seg i intervjuene (Malterud, 2017, s. 106).

Trinn 4 Syntese

På dette trinnet ble kondensatene brukt til å lage en analytisk tekst skrevet i 3. person, kunnskapen fra hver enkelt kodegruppe og subgruppe ble syntetisert. Ny kunnskap ble til ved å gjenfortelle hovedfunn og sitater (Malterud, 2017, s. 108). Den kvalitative analyseprosessen resulterte i hovedkategoriene:

1. Rutiner og bruk av kartleggingsverktøy
2. Kommunikasjon og samarbeid i identifiseringsarbeidet
3. Opplevelse av egen kunnskap og kompetanse

Figur 5. Hovedkategorier og subkategorier

Hovedkategori (resultatkategori)	Subkategori
Rutiner og kartleggingsverktøy	Rutiner Kartleggingsverktøy
Kommunikasjon og samarbeid i identifiseringsarbeidet	En begrenset informasjon – kommunikasjon via epikrise Pårørende som viktige samarbeidspartner Samarbeid med annet helsepersonell
Opplevelse av egen kunnskap og kompetanse	Kunnskap og kompetanse

3.5 Etske overveielser

I arbeidet med studien ble det foretatt forskningsetiske overveielser både knyttet til gjennomføring, planlegging og rapportering av resultater. Studien har ivarett informantenes integritet, frihet og medbestemmelse (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2022). De etiske retningslinjene gjeldende for alle studenter som utfører studier ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN), er fulgt. Jeg har også fulgt regler om akademisk redelighet og ivarettelse av kravene til forskningsetikk og personvern gjennom studien (*Regelverk*, 2014).

Forskningsetikkloven har bidratt til å sikre at forskningen har skjedd etter anerkjente forskningsetiske normer (Forskningsetikkloven, 2017). Før innsamling av data ble det søkt og godkjent gjennomføring av studien. Dette gjøres for å beskytte informantene. Studien med prosjekt ref. nr. 259604 ble godkjent 27.07 2023 av Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (u.å.). Informantene har deltatt på et fritt og selvstendig grunnlagt og gitt skriftlig informert samtykke til deltakelse utviklet etter mal fra Sikt (*Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør*, u.å.). I tillegg fikk de opplyst muligheten om å trekke seg fra studien uten at det ville få konsekvenser. Forskningsresultatene skulle ivarett personvernet og sikre troverdigheten, da målet var å innhente ny kunnskap uten at det skjedde på bekostning av individenes integritet og velferd (Dalland, 2012, s. 96). Den enkelte ble beskyttet mot krenkelse av personvernet når personopplysninger ble behandlet (Personopplysningsloven, 2018).

Informantene ble informert om sikker lagring og ga tillatelse til lydopptak under intervjuene. Appen, «Nettskjema diktafon», er linket til Nettskjema og ble benyttet da dette er et sikkert dataverktøy for innsamling av lydopptak (*Nettskjema - Universitetet i Oslo*, u.å.). Gule data ble lagret på egen PC og kryptert disk-fil som bare kunne åpnes med passord og automatisk synkronisert i Office365-skyen. På Nettskjema anbefales det å ta backup, dette opptaket ble lagret direkte på sikker disk-fil sammen med de transkriberte intervjuene. For å ivarett anonymiseringen ble informasjon- og samtykkeskjema scannet, lagret på disk-fil og papirutgaven ble makulert.

3.6 Forskers rolle og forforståelse

For at det skal fremkomme under hvilke betingelser kunnskapen i denne studien er utviklet, er det sentralt å beskrive min forforståelse og rolle som forsker (Malterud, 2017, s. 44–46). Jeg er utdannet sykepleier og har jobbet mange år i kommunehelsetjenesten. De siste år på Helsehus, en kommunal observasjons- og etterbehandlingsenhet. Nå erfarer jeg det kan være tilfeldig at delirium identifiseres og pasienten blir diagnostisert for delirium. I tillegg tenker jeg det er liten fokus på tilstanden. Dette har jeg spesielt erfart etter innføring av Samhandlingsreformen i 2012 (Meld. St. 47 (2008-2009)). Overnevnte har ført til en nysgjerrighet på å gå dypere inn i tematikken og fremskaffe kunnskap om sykepleieres erfaring med identifisering av delirium.

Jeg har som skrevet over, min forforståelse om temaet, men har tilstrebet å legge til side forforståelsen under intervjuene og ved analyse av disse (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 268; Malterud, 2017, s. 46). I følge Malterud (2017, s. 134) kan det være fort gjort å styre intervjuene ut ifra egen eksisterende kunnskap og forforståelse. På et fenomenologisk vis ble egne erfaringer satt i parentes, «bracketing» Malterud, (2017, s. 28), og det ble sett som nødvendig gjennom intervju- og analyseprosessen. Kvalitativ kunnskap ble til i samspillet mellom informantene og meg som intervjuer, og informantene bidro med betydningsrike data, men av ulikt omfang. Ved å være bevisst egen forforståelse ga det muligheter for ny forståelse av fenomenet (Malterud, 2017, s. 135). Imidlertid opplevde jeg under transkriberingen at jeg tilfører teori i intervjuene. Dette var jeg da svært bevisst ved de neste intervjuene. Det ble naturlig for meg da noen av informantene var ordknappe for at samtalen ble holdt i gang. Det er mulig dette kan ha påvirket informantene til ledende svar, samtidig kan denne meningsutvekslingen tilført intervjuene en styrke som startet ytterligere refleksjoner hos informantene. Erfaringen er likevel at informantene, selv om de mer eller mindre bidro med empirisk data, ga informasjon som kunne svare på problemstillingen.

3.7 Refleksivitet, relevans og validitet

Problemstillingen angir hva forsker ønsker å få svar på, og forsker må vise utført strategi slik at studien ble gjennomførbare, pålitelig (reliabel) og gyldig (valid). Slik kan leser vurdere kvaliteten på den empiriske forskningen (Leseth & Tellmann, 2018, s. 33). Den empiriske forskningen er resultat av systematisk, kritisk refleksjon og aktivt leting etter data for å bekrefte eller avkrefte forforståelsen.

Refleksivitet innebærer å reflektere over egne forutsetninger og tolkningsramme, hvordan ivareta konteksten for kunnskapskonstruksjonen, og hvordan jeg som forsker har vært med å påvirke hvert trinn i forskningsprosessen (Malterud, 2001, s. 484, 2017, s. 18). Ved å være bevisst egen forforståelse for tema gjør at eget ståsted erkjennes, og man kan gjøre refleksjoner på hvordan dette kan ha påvirket informantene. Slik «bias» kan være vanskelig å unngå, men å være bevisst er bra for kunnskapsutviklingen. Forsker har alltid en rolle i

kunnskapsutviklingen (Malterud, 2017, s. 20–21). Jeg innser min forforståelse og kunnskap om fenomenet, mine forskerbriller eller bias, medførte jeg til en viss grad ledet og påvirket noen av svarene til informantene (Malterud, 2017, s. 21). Likevel var jeg fullt bevisst på og ikke lede informantene til svar. Som førsteforsker opplevdes intervjusituasjonen som noe vanskelig. I pilotintervjuene ble det trent på hvordan be om utfyllende svar med oppfølgende spørsmål. Som førsteforsker sitter jeg igjen med en opplevelse av at intervjuene ble gjennomført på en tilfredsstillende måte. Dette har vært en lærerik prosess. Jeg oppnådde å få vite ny kunnskap rundt fenomenet, og informanten ga relevant informasjon til problemstillingen.

Relevans handler om overførbarheten på kunnskapen som blir til. Studien er aktuell for problemstillingen. Den ønsker å innhente kunnskap om sykepleieres erfaringer med å identifisere delirium. Den pragmatisk validiteten er ifølge (Malterud, 2017, s. 198) avhengig av kunnskapens relevans og gyldighet. Studien bør ha anvendelighet og man kan ikke erfare før i etterkant av studien om den faktisk har en pragmatisk validitet. Men, relevansen kan diskuteres. Studien kan gi konsekvenser for praksis og rundt deliriumkartlegging da det finnes begrenset med forskning innenfor konteksten. Stadig ny forskning gjør at profesjonen er i behov av fag- og kompetanseutvikling. Studien bør derfor ha relevans hvis den medfører endringer i praksis. Prevalensen av delirium er høy og blir om mulig økende med de demografiske endringer som kommer med eldrebølgen. Studien kan gi motivasjon og økt fokus på delirium og øke kvaliteten i tjenesten, en faglig viktig del av sykepleieutøvelsen. Resultater fra studien kan gjelde i liknende kontekster og derfor ha en viss overførbarhet (Malterud, 2017, s. 27).

Validitet vurderer kunnskapens gyldighet. En valgt metode er en logisk måte å innhente kunnskap om sykepleierens erfaringer med å identifisere delirium (Malterud, 2017, s. 192). Validitet handler også om forsker som person og personlig integritet i forskerrollen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 277). Derfor har det vært viktig å vedkjenne egen forforståelse og presentere denne (Malterud, 2017, s. 41). Det viser hvordan jeg kan ha påvirket forskningsprosessen og de empiriske dataene. Studiens forskningsmetodikk er gjort rede for, og studiens transparens gjør at resultatene kan deles med andre med tanke på overførbarhet eller ekstern validitet (Malterud, 2001, s. 484). Problemstillingen «Hvilke erfaringer har sykepleiere med å identifisere delirium hos eldre pasienter ved kommunale observasjons- og etterbehandlingseenheter etter mottak fra sykehus?» er lang, men svarer på hvem, hva og hvor. Intervjuguiden ble revidert noe underveis i datainnsamlingen, og spørsmålene ble bedre tilpasset problemstillingen. Intervjuguidens validitet ble vurdert som god, svarene fra intervjuene samstemte med spørsmålene og det jeg ønsket - ny kunnskap. Min beskrivelse av forskningsprosessen gir mulighet til å forstå hvordan resultatene har blitt produsert, og hvilke valg som er gjort underveis i studien.

4 Resultater

I dette kapittelet presenteres resultater fra analysen av intervjuene med informantene. Resultatene presenteres under tre resultatkategoriener med subkategorier.

4.2 Rutiner og bruk av kartleggingsverktøy

Kjennskap til eksisterende rutiner og kartleggingsverktøy på arbeidsplassen for å identifisere delirium ble beskrevet av kun en av seks informanter. Denne informanten forklarte de benyttet CAM-skjema på alle pasientene, som en rutine i forbindelse med innkomstsamtale. Hun påpekte viktigheten av å gjennomføre en kartlegging ved hjelp av CAM-skjema kunne være med på å forebygge komplikasjoner dersom kartleggingen ble foretatt på et tidlig tidspunkt. Tre av informantene fortalte de ikke hadde slike rutiner, mens resterende to opplyste de ikke var informert om det fantes slike rutiner. De fleste opplyste det sjelden eller aldri ble benyttet kartleggingsverktøy for å identifisere delirium: "Ikke som jeg har fått med meg, er usikker på hvorfor det ikke finnes». Flere av informantene visste ikke det var utarbeidet egne kartleggingsverktøy for å fange opp og identifisere delirium, mens andre var klar over det fantes, men verktøyet ble ikke benyttet på deres arbeidsplass. En forklarte: "Vi bruker en masse kartleggingsverktøy vi er pålagt å bruke, men ikke dette». Enkelte av informantene følte de hadde identifisering av delirium innarbeidet i den daglige praksisen, men det var behov for systematisk hjelp: «...utifra sykepleiernes forvirring burde vi jo vært mer engasjert i å finne ut om det finnes verktøy...». Informantene beskrev de brukte sitt kliniske blikk og observasjoner: «det er «klinisk blikk» vi bruker mest... men, et kartleggingsverktøy er med på å sette mer ord på ting...».

Å implementere kartleggingsverktøy og innarbeide nye rutiner og retningslinjer ble beskrevet som krevende. Det krevdes også vilje til endring. En utdypet: «... vi er veldig satt i de arbeidsoppgavene vi har og er lite villige til endringer». En annen informant beskrev det måtte sees i sammenheng med de mange ulike kartleggingsverktøyene de brukte i sin praktiske hverdag. På tross av at det ble beskrevet som krevende å innføre noe nytt så uttrykte samtlige av informantene at de så positivt på å kunne ha retningslinjer og kartleggingsverktøy for å identifisere delirium. Å ta i bruk kartleggingsverktøy kunne føre til raskere identifisering da verktøyet kunne gi økt oppmerksomhet rundt delirium. En av informantene utdypet det slik: "...det kan føre til raskere identifisering og vi kan dermed sette inn tiltak. Alle ville gjort likt. Det vil bli lettere å dokumentere og lettere å samarbeide med legen». Kartleggingsverktøy ville kunne gjøre sykepleierne mer bevisst i sine vurderinger av pasientene. Det ble beskrevet å kunne føre til «...mindre rom for syning». To av informantene hevdet hvis kartlegging av delirium ble gjort ved innkomst av nye pasienter, ville dette kunne føre til økt faglig forsvarlighet på omsorgen og behandlingen som ble gitt.

4.3 Kommunikasjon og samarbeid i identifiseringsarbeidet

4.3.1 En begrenset informasjon – kommunikasjon via epikrise

Informantene opplevde det var lite og mangelfull informasjon om delirium i epikrisene som fulgte med pasientene fra spesialisthelsetjenesten. De beskrev at det sjeldent var nevnt i epikrisen at pasienten var, eller hadde vært i et delirium. En uttrykte det slik: «Det kan stå i epikrisen «vært i», men opplever likevel de er midt i et delir når de kommer til oss». Like sjeldent, eller aldri, opplevde informantene det ble nevnt noe om subtype eller hvordan situasjonen rundt pasienten hadde vært på sykehuset: «jeg har aldri opplevd det står beskrevet hvilken form for delirium pasienten er i». Informasjonen fra spesialisthelsetjenesten opplevdes som lite detaljert. En informant sa de var avhengige av å lese epikrisen godt, også i forhold til behov av fastvakt da det ga indikasjon på om pasienten var urolig. En annen hevdet det aldri sto nevnt noe om bruk av eller behov for fastvakt i epikrisene. Den utelatte eller sparsommelige informasjonen i epikrisen ble av enkelte informanter beskrevet som et uttrykk for at spesialisthelsetjenesten var redd for kommunehelsetjenesten ikke vil ta imot pasientene. Manglende kommunikativt samarbeid og informasjonsdybde i epikrisen kunne medføre delirium ikke ble identifisert, eller kartlegging av utløsende årsak(er) ikke ble tilkjenngjort. Dette kunne blant informantene føre til nedsatt tiltro til innholdet i epikrisene. En formulerte det slik: «...noen ganger så føler jeg spesialisthelsetjenesten ikke er helt 100 % ærlige i sine beskrivelser av pasienter som er i delir».

4.3.2 Pårørende som viktige samarbeidspartnere

Viktigheten av god kommunikasjon og samarbeid med pårørende ble fremhevet av informantene. God kommunikasjon og samarbeid ble sett på som hensiktsmessig for å identifisere og behandle potensielle utløsende årsaker til delirium så raskt som mulig. Pasienter som var i delir kunne ofte ha det svært vondt og strevsomt. Informantenes samarbeid med pårørende medførte at informantene kunne danne seg et klinisk bilde av pasienten og dermed få et grunnlag for å identifisere akutte adferdsendringer. Informantene opplevde det som krevende å identifisere delirium dersom pasienten var ukjent. I slike tilfeller ble god kommunikasjon og samarbeid med pårørende spesielt viktig. Spesielt var det den kognitive statusen som var av interesse: «Det er ikke lett å se om pasienten surrer på grunn av kognitiv svikt eller om de er i delir, tilstandene er ganske like». Å ha et godt samarbeid med pårørende ble fremhevet som nyttig i identifiseringsfasen, da pårørende kjente pasienten best og kunne si noe om hvordan det var før innleggelse på sykehus.

Informantene fremhevet at samarbeidet med pårørende burde starte så raskt som mulig da det å være i et delir pasientene var vondt og krevende for pasient og pårørende. Derfor var viktig å identifisere og reagere tidlig. De fleste pårørende var en viktig støtte i identifiseringsarbeidet og informantene opplevde de i de fleste tilfeller ønsket å være til hjelp.

Likevel opplevde informantene at enkelte pårørende trakk seg vekk dersom situasjon ble for ubehagelig: «...det blir veldig vanskelig for de...». En informant fortalte, i motsetning til de andre, at hen opplevde at enkelte pårørende ikke ønsket å stille opp. Enkelte pårørende mente også de ikke kunne pålegges noe ansvar fordi pasientansvaret lå til kommunehelsetjenesten. Dette mente informanten kunne utfordre kommunikasjonen og samarbeidet med pårørende videre i identifiseringen av et delirium.

Informantene så på viktigheten av god kommunikasjon og samarbeid med pårørende som sentralt også for å kunne ivareta pårørende i situasjonen de sto i. Pårørende og pasient måtte trygges på at helsepersonellet bestrebet seg på å finne årsaken og behandle denne. Mens identifiseringen foregikk, i påvente av en eventuell deliriumdiagnose, ble det gjort en rekke tiltak så pasienten ble ivaretatt. Et av tiltakene var å sette inn fastvakt. I mangel på ressurser ble pårørende enkelte ganger forespurt om de kunne være hos pasienten. En informant mente pårørende ofte viste seg å være det beste tiltaket. En annen sa: «Jeg må jo si det at jeg ofte synes det er vanskelig å be pårørende om det også, fordi pasienten er så sykt forandret. De sier så mye...kan si fryktelig mye som er fryktelig vondt, for å få slengt midt i fleisen rett og slett». Da pårørende ofte kunne oppleve det skremmende og tøft å skulle stå i situasjoner der pasienten endret adferd eller ikke kjente igjen sine nærmeste, ble informantenes evne til å tilrettelegge for og kommunikasjon og samarbeid viktig.

4.4.3 Samarbeid med annet helsepersonell

Samarbeid med tilsynslegen ble i fremhevet som sentralt i identifiseringsarbeidet. Dersom informantene mistenkte delirium, ble det tatt målinger som CRP, urinstix og NEWS2 (vedlegg 7). Utifra målinger, observasjoner og symptomer ble lege kontaktet for et tilsyn av pasienten og blodprøver ble rekvirert. Informantene opplevde samarbeidet med tilsynslegene som bra. Ved behov for mer informasjon kontaktet også enkelte av informantene pasientens fastlege. De fleste enhetene opererte ikke med lege daglig, og derfor kunne det gå flere dager mellom hver gang pasienten fikk legetilsyn. Sykepleiers rolle i identifiseringsarbeidet og det å fange opp tidlige tegn ble derfor sentralt. Fordi lege ikke var til stede hver dag så mente en informant at det ikke var rom for å «vente og se» i forhold til behandling: «Det er litt skummelt egentlig, og det er jo derfor jeg alltid sier til legene, for deg og meg så er det å se det an igjen om få dager, for dette mennesket så er det å være i helvete i alle de samtlige timene som er, for de har det ikke bra».

Informantene konfererte med legene dersom de var usikre på sine observasjoner, men noen stolte likevel ikke helt på legens vurderinger og kompetanse. Dette ble ofte sett i sammenheng med hvor god erfaring og kunnskap de opplevde den enkelte lege hadde i forhold til delirpasienter. Informantene opplevde samarbeidet som bra, men satte spørsmål ved enkelte av legenes kompetanse. To av informantene fortalte at flere av legene på enhetene var nyutdannede, de var unge og noe usikre i sine avgjørelser: «De ønsker å prøve forskjellige ting, og glemmer denne prøve og feile-metoden kan gå ut over pasienten da deliriumet kan vare mye lengre». En annen informant mente at når legene manglet tilstrekkelig kompetanse, så burde de hatt konferert med spesialisthelsetjenesten hyppigere i de spesifikk pasienttilfellene: «De har ikke guts til å ta kontakt med sykehuset igjen og si: Hva har dere egentlig gjort? Hva har dere prøvd?». Informanten mente legene i tvilstilfeller måtte samarbeide bedre med behandlingsansvarlig lege for et forbedret pasientforløp.

Svikt i daglige rutiner utgjorde problemer i forhold til informantenes oppfølgingen av pasienten. Mangel på ressurser som personale og tid fratok informantene noe av det pasientnære arbeidet, og dermed muligheten til å gjøre observasjoner: «Spesielt nå som det er mye sykdom og underbemanning, så er det utfordrende å være der så mye for den pasienten man har ansvar for». Flere av informantene fortalte at helsefagarbeiderne hadde mest pasientkontakt, mens deres arbeidsoppgaver var mer relatert til medisindoseringer, istandgjøring av smertepumper, innskrivelser og utskrivelser av pasienter og andre «kontorjobber»: «Man skulle jo tro man hadde mye bedre tid og mye mer muligheter til å observere inne på institusjon, men vi har så mange andre oppgaver som må gjøres».

Samarbeidet med sykepleiere og annet pleiepersonell ble fremhevet som meget godt av to informanter. En informant skrøt av sine kollegaer, og sa de var veldig gode på hvordan de identifiserte og tilnærmet seg pasienten. Informanten mente den rolige tilnærmingen overfor delirumpasienten var spesielt viktig for identifiseringsarbeidet. Personalet byttet på å være med de urolige pasientene. De som fikk den mest urolige pasienten, fikk andre pasienter som ikke krevde så mye hjelp: «vi har jo et vanvittig godt arbeidsmiljø. Det tror jeg spiller veldig mye inn i hvordan vi løser sånne situasjoner på jobb». Likevel ønsket informantene mer pasientkontakt da de mente fagarbeiderne manglet kompetansen i å identifisere delirium på et tidlig tidspunkt.

4.4 Opplevelse av egen kunnskap og kompetanse

Resultatene viste det var stor variasjon i hvordan informantene opplevde egen kunnskap og hvordan de følte seg rustet til å identifisere delirium. Beskrivelsene omhandlet hvordan de opplevde egen kunnskap, kompetanse om symptomer og hvordan de kartla for å identifisere delirium. Enkelte av informantene beskrev en rekke ulike symptomer på delirium, og en av informantene var meget klar på subtypene til delirium, andre igjen manglet kunnskap om de ulike subtypene: «Type delir? Det har vi vel strengt tatt ikke kartlagt...kjente det med en gang, her var det noe jeg hadde gått glipp av, eller noe jeg ikke kan». En annen informant sa: «hypo? Nå er ikke jeg så kjempegod på delirium, men det er ofte den derre – ikke sove». Informantenes beskrivelser viste større bevissthet på symptomer relatert til hyperaktivt delirium enn de andre subtypene. Symptomer på hyperaktivt delirium ble beskrevet som hallusinasjoner, desorientering, vrangforestillinger, redsel, angst, aggresjon, fortvilelse, verbal og motorisk uro. I tillegg beskrev to av informantene uroen relatert til forstyrret døgnrytme, verbal eller motorisk uro på natt og pasienter som ville ut og hjem. Informantenes erfaringer var at enkelte pasienter lå og ropte så det ble mer uro generelt i avdelingen. Enkelte pasienter forsøkte krabbe over sengehesten. Pasientene kunne være plukkete og autoseponere medisinsk utstyr som PVK, kateter og nesesonder og som dermed risikerte å skade seg: «...pasienten har det helt jævlig...vi må jo finne ut av hva som er gærent». Å identifisere delirium og behandle denne så raskt som mulig var derfor sentralt. En informant sa: «...jeg skal sørge for at pasientens, kall det lidelser da, blir så kortvarige som mulig».

Til sammenlikning med hyperaktivt delirium opplevde informantene det utfordrende å identifisere hypoaktivt delirium: «...de ansatte tenker ikke på det kan være delir...og jeg

tenker vi egentlig er for dårlige til å forstå det er et delirium». Det ble beskrevet at pasientene med hypoaktivt delirium ble apatiske, stille eller bare sov. Flere av informantene fortalte denne varianten ofte ble oversett da pasienten ikke hadde noen forstyrrende adferd.

Kompetanse til å identifisere delirium ble ansett som viktig. I mangel av kjennskap til og benyttelse av kartleggingsverktøy beskrev informantene de benyttet seg av tidligere erfaringer og sitt kliniske blikk i identifiseringen av delirium: «Jeg identifiserer utifra erfaringer jeg har med delirpasienter som jeg har hatt tidligere». En informant med liten erfaring gjorde sine observasjoner og rådførte seg så med sine kollegaer og brukte disse som mentorer. Noen av informantene mente de hadde tilstrekkelig kompetanse for å identifisere delirium, mens andre mente kunnskapen var for liten blant både sykepleiere, leger og annet helsepersonell. To av informantene sa identifiseringen av delirium berodde på bemanningen, og utdypet dette med at tilkallingsvikarer ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om delirium. To av informantene mente de selv hadde tilstrekkelig kompetanse for å identifisere delirium, men institusjonen manglet andre fagpersoner med denne kompetansen.

Resultatene viste at majoriteten av informantene så et behov for økt bevisstgjøring, og kunnskap om delirium og identifisering av denne. Informantene antok at økt kompetanse ville kunne gi økt fokus rundt tilstanden og bidra til å identifisere delirium på et tidligere tidspunkt. Kursing og internundervisning ble trukket frem som elementer for å øke kompetansen. Samtlige av informantene var enige om det var et stort behov for et større fokus for å kunne forebygge og identifisere delirium på et tidligere tidspunkt. Ved å innføre og få kunnskap om bruk av kartleggingsverktøy kunne dette være med på å heve informantenes kompetanse. En forklarte: «Hvis vi hadde gjort disse kartleggingene så ville det også ligget en mer uformell vurdering når man ser et menneske i forvirring, eller om det er delir, eller om det er kognitiv svikt, eller hva det er for noe, fordi vi har tilegnet oss den kompetansen».

5 Diskusjon

I dette kapittelet diskuteres resultatene fra de tre resultatkategoriene: Rutiner og kartleggingsverktøy, kommunikasjon og samarbeid, Opplevelse av egen kunnskap og kompetanse. Kapittelet avsluttes med metodiske betraktninger.

5.1 Rutiner og kartleggingsverktøy

I intervjuene fremkom det at informantene i liten grad kjente til rutiner eller benyttet kartleggingsverktøy for å identifisere delirium. Manglende rutiner for systematisk identifisering, rapportering eller bruk av relevante kartleggingsverktøy kan føre til at delirium ikke blir avdekket eller diagnostisert (Berg et al., 2016, s. 2). Videre kan manglende struktur og retningslinjer for å identifisere delirium, i kombinasjon med høyt tidspress, føre til underdiagnostisering (Melhus Kirkholt & Lærum-Onsager, 2019, s. 20). Dette er urovekkende da en uoppdaget deliriumtilstand kan få store konsekvenser, og økt mortalitet (Sahle et al., 2022, s. 6). Sett fra pasient og pårørendes perspektiv, men også fra et samfunnsøkonomisk perspektiv, er det viktig å identifisere delirium på et tidlig stadium, fordi disse pasientene kan kreve store ressurser, blant annet gjennom flere liggedøgn eller økt behov for institusjonsplasser (Gagnat et al., 2022, s. 154; Kehler et al., 2020, s. 26) Enkelte anbefaler bruk av kartleggingsverktøy flere ganger daglig for tidlig identifikasjon og behandling (Zoremba & Coburn (2019, s. 105). Behovet for hyppige kartlegginger kan sees i sammenheng med tilstandens fluktuerende manifestasjon, symptomer som ikke vises i en test, kan vises i neste (Johansson et al., 2021, s. 12). Hyppige kartlegginger med bruk av kartleggingsverktøy kan imidlertid være utfordrende å få til i en hektisk avdeling og gå på bekostning av andre oppgaver (Van de Steeg et al., 2014, s. 817). Implementering av faste kartleggingsrutiner og bruk av kartleggingsverktøy ved innkomst og observasjoner knyttet til bevissthetsnivå eller andre symptomer på delirium, vil trolig være mer gjennomførbart da sykepleierne observerer pasienten daglig (Solberg et al. (2013, s. 75).

Bruk av kartleggingsverktøy har vist seg å føre til en mer systematisk tilnærming i identifiseringen av delirium (Melhus Kirkholt & Lærum-Onsager, 2019, s. 20). Ettersom det er mulig å forebygge rundt en tredjedel av alle deliriumstilfellene (Kukreja et al., 2015, s. 569), er det et stort behov for å utvikle prosedyrer for å forebygge, identifisere og behandle delirium (Neerland et al., 2013, s. 1599). Zoremba & Coburn (2019, s. 101) hevder systematiske kartleggingsverktøy er den eneste metoden for påvisning av delirium i klinisk praksis. Informantene hevdet, i likhet med (Emme, 2020, s. 2855), at kartleggingsverktøy ville gjøre det enklere å resonnerer sammen med lege. I tillegg vil kontinuiteten i pasientomsorgen bedres. Informantene beskrev at skriftlig dokumentasjon etter en systematisk kartlegging også vil kunne styrke videre kommunikasjon med annet helsepersonell for videre oppfølging av pasienten. Dette i likhet med studien til Kirkholt Melhus & Lærum-Onsager (2019, s. 19). Kognitiv adferd og andre observasjoner bør skriftlig dokumenteres slik at endringer blir registrert (Ranhoff, 2020, s. 462).

Informantene beskrev at de var positive til innføring av rutiner rundt identifiseringsarbeidet, og at kartleggingsverktøy ville være et nyttig hjelpemiddel inn i dette arbeidet. Dersom alle benyttet kartleggingsverktøy, ville dokumentasjonen bli mer presis og rapporteringen til lege enklere, noe som kunne medføre til en mer systematisk og raskere identifisering. Til tross for disse beskrivelsene uttrykte en informant samtidig at det ville være problematisk å implementere nye rutiner og retningslinjer på grunn av eksisterende arbeidsoppgavene, knapphet på tid og liten vilje til endring blant de ansatte. Dette vil kreve å fjerne barrierer mot endring, og de daglige rutinene blir tilført flere oppgaver i en travel hverdag med allerede knappe ressurser (Helsedirektoratet, 2012, s. 41). En dansk studie viste at sykepleierens erfaringsnivå spilte en rolle dersom sykepleierne tok i bruk kartleggingsverktøyene. Sykepleierne i den danske studien mente identifisering av delirium krevde faglige og personlige kvalifikasjoner, og derfor oppfattet implementering av retningslinjer som en «profesjonell fornærmelse» (Emme, 2020, s. 2859). Ifølge Sarutzki-Tucker & Ferry (2014, s. 580) er det ingen kartleggingsverktøy som diagnostiserer delirium. I tillegg til medisinske undersøkelser er subjektiv testing, observasjoner og kognitiv status er nødvendig for å avgjøre om en pasient opplever delirium (Wong et al., 2018, s. 881). Sykepleierens personlige kompetanse blir da svært viktig i identifiseringsarbeidet, der sykepleier er i behov av å bruke sin erfaring, intuisjon og refleksjon i situasjonen (Kirkevold, 1996, s. 29). Mens informantene hevdet at retningslinjer kunne bidra til økt kompetanse og være til hjelp i identifiseringsfasen, uttrykte sykepleierne i studien til Van de Steeg et al. (2014, s. 816) at «klinisk blikk» og lang erfaring var tilstrekkelig for å identifisere delirium. Argumentasjonen til sykepleierne i studien til Emme (2020, s. 2855) for ikke å ta i bruk retningslinjer eller kartleggingsverktøy for identifisering av delirium, var at retningslinjer var svært omfattende, noe som førte til at sykepleierne ikke leste dem grundig. Det kan være en rekke mulige tolkninger av denne skepsisen til bruk av retningslinjer og kartleggingsverktøy. Det kan kanskje være at sykepleierne var redde for å bli begrenset i å foreta egne selvstendige faglige vurderinger hvis retningslinjer og kartleggingsverktøy ble implementert. Videre at retningslinjene var for omfattende Emme (2020, s. 2855) at informasjonen om kartleggingsverktøyene ikke var tilfredsstillende, eller at det opplevdes for tidkrevende å benytte kartleggingsverktøyet (Wong et al., 2018, s. 884). Sykepleierne i en annen studie så ikke på kartleggingsverktøyene som en del av den grunnleggende pasientomsorgen, og mente kartleggingene var en del av diagnostiseringen og dermed leges ansvar (Van de Steeg et al., 2014, s. 817). Det er da verdt å merke seg at ved bruk av de ulike kartleggingsverktøy i studien til (Quispel-Aggenbach et al., 2018, s. 646) var det ingen utfordringer da testene var raske, enkle, og krevde liten opplæring og klinisk erfaring.

Flere av informantene opplevde at lang erfaring gjorde at de gjenkjente symptomene og dermed kunne identifisere delirium relativt raskt. Sykepleierens erfaringer er en viktig komponent i deres personlige kompetanse (Kirkevold, 1996, s. 36). Ifølge Berg et al. (2016, s. 2) og Watne og Wyller (2018, s. 1) blir delirium dessverre ofte ikke identifisert, noe som kan skyldes subjektiv diagnostikk der sykepleier og lege har stor tiltro til egen individuell erfaring. For bedre diagnostisk presisjon mener Wyller (2018, s. 310) det bør foreligge rutiner for identifisering av delirium i alle helseinstitusjoner for eldre. Etablering og oppfølging av forebyggende tiltak og kartleggingsverktøy vil kunne bidra til å redusere hyppigheten av deliriumtilfeller (Sarutzki-Tucker & Ferry, 2014, s. 580). Bruk av anbefalt kartleggingsverktøy kan gi sykepleierne støtte i identifiseringsarbeidet. Mye tyder på at det ikke finnes nasjonale

retningslinjer for identifisering av delirium i kommunehelsetjenesten. Det er bekymringsfullt når forskning viser høy prevalens og en betydelig underdiagnostisering (Akour & Verloo, 2017, s. 29). Det finnes utarbeidede prosedyrer for spesialisthelsetjenesten (Haraldsplass Diakonale sykehus, 2021), men det kan undres hvorfor tilsvarende prosedyre ikke er opprettet for kommunehelsetjenesten. En mulig forklaring på dette kan være at det er større fokus på delirium i spesialisthelsetjenesten enn i kommunehelsetjenesten (Brefka et al., 2022; De & Wand, 2015; Helgesen et al., 2020; Kinchin et al., 2023; Lim et al., 2022).

Helsedirektoratet har utarbeidet nasjonale faglige råd der underliggende årsaker utredes og behandling iverksettes ved mistanke om delirium. Helsedirektoratet (2019b) anbefaler bruk av kartleggingsverktøyene CAM og 4AT. Ved å integrere kartlegging av pasienter med økt risiko for delirium i en innkomstsamtale forventes det å forbedre påvisning av delirium. Dersom det enes om systematisk bruk kartleggingsverktøy vil delirium kunne identifiseres, og på bakgrunn av tilstandens alvorlighetsgrad anses derfor regelmessig observasjon i bevissthetsnivå og kartlegging som obligatorisk (Brefka et al., 2022, s. 113). En kartlegging ved hjelp av kartleggingsverktøy tar kort tid å gjennomføre, verktøyene er enkle i bruk og trenger ingen spesifikk opplæring (Bellelli et al., 2014, s. 496). Til tross for god sensitivitet og spesifisitet kan resultatene fra kartleggingsverktøyene bli påvirket av manglende opplæring og feil bruk (Evensen et al., 2021, s. 798; Johansson et al., 2021, s. 12; Solberg et al., 2013, s. 78). Funn av Solberg et al. (2013, s. 75) viste nedgang i sensitivitet når kartlegging ble fullført av sykepleiere sammenlignet med kliniske eksperter. En forklaring på dette kan være at sykepleiere gjør andre arbeidsoppgaver samtidig som delirium skal identifiseres, mens ekspertene kun har kartleggingen for øyet i pasientkontakten. En annen forklaring kan være at sykepleieres kunnskap eller forståelse i anvendelse av kartleggingsverktøy. Sykepleiers personlige kompetanse kan utvikles. Ved å integrere teoretisk og praktisk kunnskap, vil kunnskapen etter hvert fungere taust slik at sykepleier ikke lenger bevisst måtte konsentrere seg ved bruk av slike kartleggingsverktøy (Kirkevold, 1996, s. 34). Andre arbeidsoppgaver kan da foregå uanfektet og identifiseringen blir en del av observasjonene som gjøres i forbindelse med pasientkontakten.

5.2 Kommunikasjon og samarbeid

5.2.1 En begrenset informasjon – kommunikasjon via epikrise

Majoriteten av informantene savnet betydningsfull informasjon i epikrisene fra spesialisthelsetjenesten. Informantene ønsket en bedre informasjonsflyt mellom spesialisthelsetjenesten og KOE. Sykepleier og annet helsepersonell skal yte behandling og omsorg til pasienten og vil kunne stille krav til informasjonen som overleveres mellom de forskjellige aktørene (Bergh et al., 2017, s. 7). Et pasientforløp med god koordinering og effektiv informasjonsflyt, var nettopp bakgrunn for innføringen av Samhandlingsreformen da koordinering og informasjonsflyt, ikke fungerte optimalt (Grimsmo et al., 2015, s. 5). I motsetning til informantene i min studie opplevde sykepleierne i en studie gjennomført av (Skorpen et al., 2017, s. 9) at de hadde god dialog med spesialisthelsetjenesten, spesielt

med onkologisk avdeling og palliative team. I likhet med Samhandlingsreformens intensiv om helhetlige pasientforløp, står det i deliriumprosedyren, gjeldende for spesialisthelsetjenesten, at det bør utarbeides en plan for alle som er i, eller har hatt et delir under innleggelsen (Haraldsplass Diakonale sykehus, 2021; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 22). Det skal dokumenteres både i epikrise og sykepleiesammenfatningen (Haraldsplass Diakonale sykehus, 2021, s. 12; Koirala et al., 2020). En mulig forklaring på at ikke epikrisene inneholder tilfredsstillende informasjon til kommunehelsetjenesten kan ha sammenheng med spesialisthelsetjenestens fokus på selve årsaken til innleggelsen, mens kommunehelsetjenesten har et mer helhetlig pasientfokus. Kommunene skal sørge for en helhetlig tenkning, med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, mens spesialisthelsetjenesten er mer diagnose- og behandlingsorientert (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 15).

Det var sjeldent beskrevet i epikrisen at pasienten var eller hadde vært i et delir. Like sjeldent, eller aldri, var det nevnt noe om subtype eller hvordan pasienten har fungert på sykehuset. Informantene opplevde også at tilstanden til pasienten ved ankomst til KOE ikke samstemte med hva som var beskrevet i epikrisen. Det kunne stå i epikrisen «vært i», men sykepleierne opplevde likevel at pasienten kunne være midt i et delir når de ankom den KOE. Brodtkorb & Ranhoff (2020, s. 208) understreker, at effektive tjenester og et godt samarbeid er avhengig av at epikriser og PLO-meldinger inneholder korrekte opplysninger om tilstand og tjenestebehov. Ifølge informantene kunne det se ut til at spesialisthelsetjenesten holdt tilbake informasjon i forbindelse med utskrivelser og at dette kunne ha sammenheng med at spesialisthelsetjenesten var redd for at kommunen ikke ville ta imot pasienten hvis pasienten var i et delir. En nærliggende forklaring kan være at det ikke er etablert en felles forståelse for hva informasjonen bør inneholde ved overføring til kommunehelsetjenesten. Dette kan skyldes ulike perspektiver på hva som bør vektlegges i en epikrise (Tønnessen et al., 2016, s. 21). Det kan imidlertid også skyldes underdiagnostisering da opptil halvparten av alle pasienter som utskrives fra sykehus er i en deliriumtilstand (Akour & Verloo, 2017, s. 29). Den korte liggetiden kan være en medvirkende årsak til at mange pasienter ikke blir diagnostisert med delirium i spesialisthelsetjenesten (Evensen et al., 2019, s. 1; Myrstad et al., 2017, s. 2), og at deliriumtilstanden først blir oppdaget når pasienten er utskrevet fra spesialisthelsetjenesten. Overganger mellom ulike tjenestenivå kan føre til delir, spesielt hos skrøpelige eldre eller personer med demens (Bergh et al., 2017, s. 7). Noen informanter nevnte at ved mangelfull informasjon i epikrisen burde legene ta kontakt med spesialisthelsetjenesten. Det er interessant å merke seg at ingen av informantene sa at de selv kunne ta denne kontakten.

5.2.2 Pårørende som viktig samarbeidspartner

Pårørende ble sett på som viktige samarbeidspartnere i identifiseringsarbeidet. Det opplevdes som vanskelig for informantene å identifisere delirium dersom pasienten var ukjent og det manglet informasjon om pasienten, spesielt om den kognitive tilstanden. Pårørende besitter kunnskap som er viktig for identifiseringsarbeidet, de kan gi opplysninger om pasientens habituelle kognitive tilstand før innleggelse på sykehus (Ranhoff, 2020, s. 462). I tillegg kan pårørende brukes til å besvare delspørsmål i kartleggingsverktøyene 4AT

og CAM angående den kognitive tilstanden (Neerland et al., 2013, s. 1596; Ranhoff, 2020, s. 462) som er viktig for å skille delirium fra andre differensialdiagnoser (Marcantonio, 2017, s. 3). Slike komparentopplysninger fra pårørende er særdeles viktig i identifiseringen da et svingende forløp er typisk kjennetegn for delirium (Flanagan & Spencer, 2016, s. 182). Ved å involvere pårørende kan det trolig også resultere i redusert varighet på deliriumet og dermed også sykehusoppholdet (Lee-Steere et al., 2024, s. 1335). Samtidig er det visse forutsetninger ved dette samarbeidet. Studien til Lee-Steere et al. (2024, s. 1342) vektla at pårørendes deltakelse ble påvirket av det fysiske miljøet i avdelingen, personalets støtte i det emosjonelle, hvordan det kommuniseres og hvor mye informasjon som blir gitt. Samarbeidet med pårørende kan dessuten ha andre forutsetninger; samarbeidet kan påvirkes av pårørendes helse, arbeidssituasjon og hvor god relasjon de har til pasienten (Lee-Steere et al., 2024, s. 1338).

En informant hadde positive erfaringer med at pårørende ofte viste seg å være det beste tiltaket. Dette bekreftes i studien til Yue et al. (2015, s. 6) der sykepleier og annet helsepersonell opplevde god effekt av at pårørende var hos pasienten. I studien til Van Velthuisen et al. (2018, s. 1572) anbefales miljøtiltak som det beste alternativet. Samtidig så er det også negative sider ved dette, da mye familieengasjement kan føre til at sykepleieren ikke får tilstrekkelig grunnlag til å observere og identifisere pasienten (El Hussein et al., 2015, s. 379).

En informant fortalte at enkelte pårørende ikke ønsket å være involvert i pasientbehandlingen da de mente det var kommunehelsetjenestens ansvar. En mulig tolkning er at pårørendes tilbaketrekking kan skyldes usikkerhet angående egen kompetanse og skikkethet (Lee-Steere et al., 2024, s. 1335). I tillegg kan involvering for noen pårørende være motivert av plikt snarere enn lyst (Lee-Steere et al., 2024, s. 1325). Pårørende må få støtte og omsorg for å føle seg ivaretatt så de mestrer å stå i situasjonen (Mossello et al., 2020, s. 101). Informantene oppga at pårørende opplevde bekymring da de opplevde delirium som plagsomt for den gamle. Å gi støtte til pasient og pårørende som en familie kan være en viktig del av samarbeidet i identifiseringsfasen da dette kan være en svært belastende situasjon for begge parter (Shrestha & Fick, 2020, s. 14–15). Flere av sykepleierne i intervjuene hadde stort fokus på ivaretagelse av pårørende. I tråd med yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere, skal sykepleieren gi faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp og vise respekt og omtanke for pårørende (Sykepleierforbundet, 2023). I dette ligger også sykepleierens personlige kompetanse i møte med pårørende (Kirkevold, 1996, s. 29) og hvordan ivareta dem i situasjonen.

5.2.3 Samarbeid med annet helsepersonell

Informantene fortalte at daglige rutiner kunne gjøre det vanskelig for sykepleierne å følge opp pasienten i avdelingen, noe som gjorde identifiseringen utfordrende. Informantenes arbeidshverdagen var preget av andre arbeidsoppgaver som la beslag på tiden deres, slik at helsefagarbeiderne hadde mest pasientkontakt. Dette kan tyde på at sykepleierne har liten autonomi i å påvirke hverdagen sin og havner i et dilemma da de også har ansvar for den helhetlige omsorg for pasienten (Sykepleierforbundet, 2023). Det er noe urovekkende når

sykepleiere er i en nøkkelposisjon til å gjenkjenne symptomer og observere symptomer på risikofaktorer og utløsende faktorer (Yue et al. (2015, s. 3) at de opplever liten pasientkontakt. Det fremheves i Gagnat et al. (2022, s. 157) at helsepersonell med høyere utdanning dessuten har den beste vurderingsevnen i pasientrelatert arbeid. Samtidig så var informantene bevisst behovet for tverrfaglig samarbeid, men opplevde at fagarbeiderne manglet kompetansen i å identifisere delirium. I mangel på ressurser og manglende kompetanse fra annet personell vil det kunne medføre at færre deliriumstillfeller identifiseres.

En informant med liten erfaring gjorde sine observasjoner og rådførte seg videre med sine kollegaer og brukte disse som mentorer. I studien til Råholm (2017, s. 7) ble dette arbeidsfellesskapet ansett som viktig for å kunne tilegne seg ny kunnskap og var den viktigste kilden til kompetanseutvikling. Ved utvikling av personlig kompetanse (Kirkevold, 1996, s. 29) vil sykepleier senere få tillit til egne observasjoner. En informant løftet frem betydningen av et godt arbeidsmiljø ved identifisering av delirium, og når det var mye uro i avdelingen byttet personalet på å være med de urolige pasientene, tilsvarende funn var gjort i studien til Emme (2020, s. 2857). Høy arbeidsbelastning og mye uro vil kunne ha negativ innvirkning på arbeidstilfredshet og helsepersonells holdninger (Schmitt et al., 2019, s. 335). I en studie ble delirium sett på som en ufarlig bivirkning og konsekvens av sykehusinnleggelse av legene (Van Velthuisen et al. (2018, s. 1526), og alderisme medførte til at delirium ble sett på som en normalt tilstand blant eldre blant sykepleierne i en annen (Lim et al., 2022, s. 14).

Samarbeidet med tilsynslegen i identifiseringsarbeidet ble av informantene fremhevet som sentralt. Opplevelse av samarbeid var i stor kontrast fra studiene til Chang et al. (2023) og Emme (2020). I første studie fraskrev lege seg ansvar og sa delirium var et sykepleieransvar (Emme, 2020, s. 2857), i den andre studien etterspurte ikke legene sykepleiernes deliriumobservasjoner (Chang et al., 2023, s. 5). Dette er noe urovekkende da sykepleierne ser pasienten daglig og har en avgjørende rolle for å identifisere delirium på et tidlig stadium, samt følge opp tilstanden (Solberg et al. (2013, s. 75). Fordi sykepleiere har hyppig kontakt med pasienter, kan de bedre observere svingninger i oppmerksomhet, bevissthetsnivå og kognitiv funksjon og rapportere observasjoner videre til lege. Lege ser bare pasienten i kort tid og helt avhengig av disse observasjoner og rapporter for å kunne diagnostisere et delirium (Ranhoff, 2020, s. 462).

Enkelte av informantene hevdet at de opplevde de unge legenes usikkerhet i forbindelse med identifiseringsarbeidet og opplevde noen manglet tilstrekkelig kompetanse. Dette førte til at informantene ikke alltid stolte på legenes avgjørelser. I studien til Davis og MacLulich (2009, s. 561) hadde legene begrenset erfaring med bruk av deliriumvurderingsverktøy. En årsak kan være at kunnskapen om delirium blant legene er noe mangelfull sammenlignet med andre medisinske tilstander. På en annen side er sykepleierne i en ideell posisjon og har den beste vurderingsevnen til å identifisere delirium i ulike pasientsituasjoner (Gagnat et al., 2022, s. 157; Yue et al., 2015, s. 3). Ved å bruke kartleggingsverktøy og formidle resultater til legen, så vil varighet av delirium kunne bli redusert, senkomplikasjoner og økte utgifter vil kunne begrenses.

5.3 Opplevelse av egen kunnskap og kompetanse

5.3.1 Kunnskap og kompetanse

Informantene var enige i at det var behov for et større fokus på delirium. Informantene antok at økt kompetanse medførte økt oppmerksomhet rundt tilstanden og bidro til å identifisere delirium på et tidligere tidspunkt. Demografiske og organisatoriske endringer i samfunnet gjør at sykepleiere har et økende behov for å utvikle sin kliniske kompetanse (Råholm, 2017, s. 6). Samhandlingsreformen har medført mer komplekse pasientrettede oppgaver og de eldre har ofte flere kroniske sammensatte sykdomstilstander (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009, s. 14). Behovet for kunnskap var i likhet med mine informanter, kommunisert av flere (Bing-Jonsson et al., 2016, s. 35; Lee & Roh, 2023, s. 643). For å kunne identifisere delirium kreves en bred diagnostisk tilnærming (Lin et al., 2023, s. 2). Manglende kunnskap kan føre til feildiagnostisering, underdiagnostisering og prevalensen er derfor en indikator for omsorgskvalitet og pasientsikkerhet (Kramer et al., 2017, s. 33).

I studien brukte informantene i stor grad erfaringer, «kliniske blikk» for å identifisere delirium. I likhet med en annen studie begrunnet sykepleierne at teoretisk kunnskap fra utdanningen og erfaringskunnskapen var tilstrekkelig for å identifisere delirium (Emme, 2020, s. 2855). Sykepleierne så ingen fordeler ved å bruke disse kartleggingsverktøyene og hevdet at yrkeserfaring og «klinisk blikk» var tilstrekkelig for å være å følge retningslinjer og kunne erstatte bruk av kartleggingsverktøy. Sykepleieres «kliniske blikk» er essensielt i pasientkontakt, men trolig ikke alltid tilstrekkelig. Resultater fra en tverrsnittstudie viste at kun halvparten av sykepleierne klarte å gjenkjenne de viktigste symptomene på delirium, delirium ble forvekslet med differensialdiagnoser som demens og depresjon (Akour & Verloo, 2017, s. 31). Mest overraskende var sykepleiernes manglende kunnskap på fluktuerende kognisjon som er et typisk tegn på delirium, noe som forsterker risikoen for underdiagnostisering. En av de vanligst predisponerende faktorene til delirium er demens og disse kan lett forveksles, trolig grunnet symptomlikhet (Titlestad et al., 2024, s. 5).

Funn viste at informantene opplevde det som vanskelig å skille delirium fra demens. Liknende resultater har blitt funnet i andre studier (Kehler et al., 2020; Shrestha & Fick, 2023; Solberg et al., 2021, s. 16). Pasienter med demens har større risiko for å utvikle delirium, og flere pasienter som helsevesenet er i kontakt med, kan kanskje ha begge tilstandene. Et uoppdaget delirium vil dessuten kunne medføre en ytterligere kognitiv forverring etter en deliriumtilstand (De & Wand, 2015, s. 1080). Trolig vil sykepleiere med nødvendig formell kunnskap kunne skille delirium fra differensialdiagnoser som demens, depresjon og akutte psykiske lidelser, noe som ellers kan få alvorlige konsekvenser (Marcantonio, 2017, s. 3; Yue et al., 2015, s. 8).

Informantene fortalte at symptomer på hyperaktivt delirium gjorde at de oppfattet identifiseringen som relativt enkel og brukte tidligere erfaringer som grunnlag i identifiseringsarbeidet. Hypoaktivt delirium derimot utgjorde en diagnostisk utfordring og kunne bli oversett. Funn viser det er utfordrende å identifisere delirium, ikke bare den

hypoaktive varianten. I likhet med andre studier ble tilstander av hypoaktivt delirium underdiagnostisert da pasientene stort sett var passive og ikke gjorde seg bemerket i avdelingen (Van Velthuisen et al., 2018, s. 1522). Lav deteksjonsgrad av hypoaktivt delirium som sett i min studie og tidligere studier, peker mot hull i sykepleieres kunnskap om delirium (Wong et al., 2018, s. 882). I min studie var det én informant som ikke visste hva hypoaktivt delirium var. Til sammenlikning hadde bare 9 % av sykepleierne kjennskap til hypoaktivt delirium i studien til (Wong et al., 2018, s. 882). Det er stor grunn til bekymring da nær 1/3 av alle pasienter i delirium har hypoaktivt delirium (Evensen et al., 2019, s. 24). Det er derfor viktig å være bevisst denne subtypen, da pasienter med hypoaktivt delirium antakelig har en mer alvorlig prognose Emme (2020, s. 2850) og høyere dødsrate (Van Velthuisen et al., 2018, s. 1525), fordi det kan gå lang tid før hypoaktivt delirium blir identifisert og utløsende årsaker blir behandlet.

5.4 Metodiske betraktninger

Masterstudien har vært hatt et eksplorerende, kvalitativt design. Selve problemstillingen har vært uendret mens intervjuguiden har vært noe endret. I utgangspunktet var det ønskelig med seks til åtte informanter for å få et godt kunnskapsgrunnlag for problemstillingen. Det var vanskelig å rekruttere informanter, og endte opp med seks sykepleiere fra ulike steder i fylket. Det kan være en styrke og svakhet for studien. Styrken er at enhetene kan ha ulike rutiner og prosedyrer for mottak og kartlegging av pasienten, svakheten er at studien er gjort under et lite geografisk område.

Det strategiske utvalget var sykepleiere fra samme praksisfelt, konteksten er kommunal observasjons- og etterbehandlingsenhet. Et kriterium var at sykepleier skulle ha mer enn tre år utdannelse etter endt utdanning. Her burde det også vært spesifisert nærmere hvor lang erfaring jeg ønsket sykepleier skulle ha fra enhetene jeg studerte. En av sykepleierne hadde lang erfaring fra pleie og omsorg, men hadde kun arbeidet to måneder i observasjons- og etterbehandlingsenheten. En styrke til studien kan være at flere av sykepleierne hadde lang erfaring innenfor yrket, en hadde hele trettito år. Min forforståelse og egen bakgrunn som sykepleier gjorde at faguttrykk ble umiddelbart forstått i intervjusituasjonen.

Dette var første gang jeg har utarbeidet og gjennomført slike intervjuer. Selv om pilotintervjuer ble gjennomført, så steg kvaliteten på intervjuene i takt med gjennomføringene. De første intervjuene var korte, det positive var at det ikke var mye utenomprat i disse intervjuene. Derimot ga alle intervjuene data til problemstillingen, det siste intervjuet ble det beste. Egen utvikling og erfaring har vært stor, veileder har inspirert stort underveis og gitt meg mange innspill som har vært til stor hjelp underveis i studien. En styrke for studiens overførbarhetsverdi, var at allerede under intervjuene ble enkelte av informantene svært interessert i kartleggingsverktøy som kan brukes for å identifisere delirium på en enkel måte.

5.5 Kildekritikk

I studien brukes i hovedsak nyere forskning fra siste 10 år, men noe relevant eldre litteratur er også benyttet. Et utvalg lære- og fagbøker med relevans for studien og oppgaveskrivingen har blitt brukt i det teoretiske grunnlaget. Jeg har valgt sisteutgave for å få med eventuelle endringer og oppdatert kunnskap. Kanalregisteret er benyttet for å se om publiseringskanalene regnes som vitenskapelige og kvalitetssikre (Kanalregisteret, 2022). Forskningsartiklene har IMRaD-struktur (Malterud, 2017, s. 118). Artiklene er publisert i tidsskriftene i nivå 1 eller 2 i vitenskapelig publiseringskanaler (Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør, u.å.). All litteratur er vurdert opp mot troverdighet og relevans for det teoretiske grunnlaget i oppgaven (Folkehelseinstituttet, 2016).

5.6 Implikasjoner for praksis, utdanning og forskning

Studien har frembrakt en rekke erfaringer som sykepleierne hadde med identifisering av delirium som kan være av nytte for praksis, så vel som innenfor utdanning og forskning.

Studien setter fokus på identifisering av delirium og har beskrevet ulike erfaringer sykepleierne hadde i forbindelse med identifiseringsarbeidet. Resultatene vil kunne være til nytte for ansatte og ledere ved KOE i deres daglige arbeid, men også for å utvikle en tjeneste hvor identifisering av delirium er mer satt i system for å sikre kvaliteten på identifiseringsarbeidet og tidlig identifisering.

Studien avdekket at flere av informantene opplevde manglende kompetanse om delirium eller kjennskap til anbefalte kartleggingsverktøy. Det er av stor betydning at helsepersonell i sin utdanning får kunnskap om identifisering av delirium. Økt kunnskap og kompetanse om delirium vil hjelpe sykepleiere og annet helsepersonell til å kunne gi evidensbasert og kvalitetssikret omsorg til eldre.

Da studien hadde få informanter er det behov for forskning med et større datagrunnlag som kan utforske sykepleiere, men også andre helsepersonells erfaringer med identifiseringsarbeid. Spesielt i KOE, da dette er en relativt ny arena og derfor en kontekst hvor lite forskning knyttet til denne oppgavens tematikk er gjennomført.

6 Konklusjon

Resultatene viste at informantene kjente lite til rutiner eller benyttet kartleggingsverktøy til å identifisere delirium, dette på tross for at det anbefales brukt og de selv så flere fordeler ved å benytte slike kartleggingsverktøy. Det er et behov for at identifiseringen settes i system og at kartleggingsverktøy tas i bruk, slik at ikke identifiseringen blir prissatt den enkelte sykepleiers kompetanse. Erfaringer og deres «kliniske blikk» var det som i stor grad dannet grunnlaget for identifiseringen, men resultatene tyder på et behov for økt kompetanse på delirium og identifisering av tilstanden.

Informantene beskrev at pårørende var viktige samarbeidspartnere i identifiseringsarbeidet. Dette fordi pårørende kjente pasienten best, og kunne sitte på nyttig informasjon om pasienten. I tillegg til pårørende var samarbeid med lege og annet helsepersonell sentralt i identifiseringsarbeidet, imidlertid kunne informantene noen ganger være noe tvilende til kollegaenes kunnskapsnivå. Informantene opplevde samarbeidet med sykehuset noe krevende, da informasjonen fra sykehuset ikke samsvarte med deres behov for informasjon. De opplevde også at tilstanden til pasienten ved ankomst til KOE ikke samstemte med hva som var beskrevet i epikrisen.

Økt kompetanse og innføring av retningslinjer vil kunne styrke sykepleierne i identifiseringsarbeidet, noe som igjen kan føre til at delirium lettere blir oppdaget, utløsende årsaker utredet og behandling tidligere igangsettes. Tidlig identifisering vil kunne forhindre progresjon og dermed senkomplikasjoner. Det vil skåne pasienten og pårørende for ubehag og helsevesenet for store ressurser.

Litteraturliste

- Akour, R., & Verloo, H. (2017). An observational study of community health care nurses' knowledge about delirium. *Nursing : Research and Reviews (Auckland, N.Z.)*, 7, 29–36. <https://doi.org/10.2147/NRR.S133973>
- Baguneid, C. L., Millington, K. L., Pattinson, J., Ogden, G., Malcolm, F., & Gordon, A. L. (2021). Improving the identification and management of delirium in older surgical patients. *Age & Ageing*, 50. <https://doi.org/10.1093/ageing/afab030.20>
- Bellelli, G., Morandi, A., Davis, D. H., Mazzola, P., Turco, R., Gentile, S., Ryan, T., Cash, H., Guerini, F., Torpilliesi, T., Santo, F. D., Trabucchi, M., Annoni, G., & MacLulich, A. M. (2014). Validation of the 4AT, a new instrument for rapid delirium screening: A study in 234 hospitalised older people. *Age and Ageing*, 43(4), 496–502. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu021>
- Berg, G. V., Watne, L. O., & Gjevjon, E. R. (2016). Ny screening gir sikrere diagnose. *Sykepleien.no*. <https://sykepleien.no/forskning/2016/02/delirium-screening>
- Bergh, S., Michelet, M., & Gausdal Strandenæs, M. (2017). *Kunnskapsoppdateringer—Leve hele livet Delrapport 3* [Innhold]. regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/leve-hele-livet/kunnskapsoppdateringer----leve-hele-livet/id2577266/>
- Bing-Jonsson, P. C., Foss, C., & Bjørk, I. T. (2016). The competence gap in community care: Imbalance between expected and actual nursing staff competence. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(1), 27–37. <https://doi.org/10.1177/0107408315601814>
- Brefka, S., Eschweiler, G. W., Dallmeier, D., Denking, M., & Leinert, C. (2022). Comparison of delirium detection tools in acute care. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 55(2), 105–115. <https://doi.org/10.1007/s00391-021-02003-5>
- Brinkmann, S., Tanggaard, L., & Hansen, W. (2012). *Kvalitative metoder: Empiri og teoriutvikling*. Gyldendal akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2013071908130
- Brodtkorb, K., & Ranhoff, A. H. (2020). Helsetjenester til eldre. I M. Kirkevold (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utgave.). Gyldendal.
- Chang, Y., Ragheb, S. M., Oravec, N., Kent, D., Nugent, K., Cornick, A., Hiebert, B., Rudolph, J. L., MacLulich, A. M. J., & Arora, R. C. (2023). Diagnostic accuracy of the “4 A’s Test” delirium screening tool for the postoperative cardiac surgery ward. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 165(3), 1151-1160.e8. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2021.05.031>
- Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (5. utg.). Gyldendal akademisk.

- Davis, D., & MacLulich, A. (2009). Understanding barriers to delirium care: A multicentre survey of knowledge and attitudes amongst UK junior doctors. *Age and Ageing*, 38(5), 559–563. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp099>
- De, J., & Wand, A. P. F. (2015). Delirium Screening: A Systematic Review of Delirium Screening Tools in Hospitalized Patients. *The Gerontologist*, 55(6), 1079–1099. <https://doi.org/10.1093/geront/gnv100>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2022, september 6). *Kvalitativ metode*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/metoder/kvalitativ-metode/>
- Direktoratet for e-helse. (2023). *ICD-10—Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer* (10. utg.). <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/-1>
- Eide, L. S. P., Instenes, I., Ranhoff, A. H., Andersen Amofah, H., & Norekvål, T. M. (2017). Kjenn tegnene på delirium hos eldre. *Sykepleien*, 7, 52–55. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.62845>
- El Hussein, M., Hirst, S., & Salyers, V. (2015). Factors that contribute to underrecognition of delirium by registered nurses in acute care settings: A scoping review of the literature to explain this phenomenon. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 24(7–8), 906–915. <https://doi.org/10.1111/jocn.12693>
- Emme, C. (2020). “It should not be that difficult to manage a condition that is so frequent”: A qualitative study on hospital nurses’ experience of delirium guidelines. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15–16), 2849–2862. <https://doi.org/10.1111/jocn.15300>
- Engedal, K. (2012). Delirium. I H. A. Nygaard & M. Bondevik (Red.), *Tverrfaglig geriatri: En innføring* (3. utg.). Fagbokforlaget.
- Engedal, K., & Tveito, M. (2019). Delirium. I K. Engedal & M. Tveito (Red.), *Alderspsykiatri* (1. utgave.). Forlaget aldring og helse - akademisk.
- Evensen, S., Høyen Ranhoff, A., Lydersen, S., & Saltvedt, I. (2021). The delirium screening tool 4AT in routine clinical practice: Prediction of mortality, sensitivity and specificity. *European Geriatric Medicine*. <https://doi.org/10.1007/s41999-021-00489-1>
- Evensen, S., & Saltvedt, I. (2018, februar 3). *Delirium—Forvirrende og farlig*. Adresseavisen. <https://www.adressa.no/midnorskdebatt/i/qRa9Xm/pasienter-med-delirium-kan-oppleves-svaert-krevende-for-helsepersonell>
- Evensen, S., Saltvedt, I., Lydersen, S., Wyller, T. B., Taraldsen, K., & Sletvold, O. (2019). Delirium motor subtypes and prognosis in hospitalized geriatric patients—A prospective observational study. *Journal of Psychosomatic Research*, 122, 24–28. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.04.020>

- Evensen, S., Saltvedt, I., Ranhoff, A. H., Myrstad, M., Myrstad, C., Mellingsæter, M., Wang-Hansen, M. S., & Neerland, B. E. (2019). Delirium og kognitiv svikt blant eldre i norske akuttmottak. *Tidsskrift for Den norske legeförening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.18.0578>
- Finucane, A. M., Lugton, J., Kennedy, C., & Spiller, J. A. (2017). The experiences of caregivers of patients with delirium, and their role in its management in palliative care settings: An integrative literature review. *Psycho-Oncology*, 26(3), 291–300.
<https://doi.org/10.1002/pon.4140>
- Flanagan, N. M., & Spencer, G. (2016). Informal caregivers and detection of delirium in postacute care: A correlational study of the confusion assessment method (CAM), confusion assessment method-family assessment method (CAM-FAM) and DSM-IV criteria. *International Journal of Older People Nursing*, 11(3), 176–183.
<https://doi.org/10.1111/opn.12106>
- Fleet, J., Chen, S., Martin, F. C., & Ernst, T. (2014). A multifaceted intervention package to improve the diagnosis and management of delirium. *International Psychogeriatrics*, 1–6. <https://doi.org/10.1017/S1041610214001938>
- Folkehelseinstituttet. (2016, juni 3). *Sjekklistor*. Helsebiblioteket.no; Helsebiblioteket.no.
<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklistor>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lovdata*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Forskningsrådet. (2016). *Evaluering av samhandlingsreformen* [Report].
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2485840>
- Gagnat, K., Molnes, S. I., & Vasset, F. (2022). Helsepersonells fagkompetanse i kommunehelsetjenesten. *Klinisk Sygepleje*, 36(3), 153–171.
<https://doi.org/10.18261/ks.36.3.2>
- Gibb, K., Seeley, A., Quinn, T., Siddiqi, N., Shenkin, S., Rockwood, K., & Davis, D. (2020). The consistent burden in published estimates of delirium occurrence in medical inpatients over four decades: A systematic review and meta-analysis study. *Age and Ageing*, 49(3), 352–360. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa040>
- Grimsmo, A., Kirchhoff, R., & Aarseth, T. (2015). Samhandlingsreformen i Norge. 3-12.
<https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2486251>
- Haraldsplass Diakonale sykehus. (2021). *Delirium – forebygging, diagnostikk og behandling*. Helsebiblioteket.no. <https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/delirium-diagnostikk-og-behandling>
- Hayhurst, C. J., Alvis, B. D., & Girard, T. D. (2020). Delirium Definitions and Subtypes. I C. G. Hughes, P. P. Pandharipande, & E. W. Ely (Red.), *Delirium: Acute Brain*

Dysfunction in the Critically Ill (1. utg., s. 237). Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-25751-4>

Helgesen, A. K., Adan, Y. H., Bjørglund, C. D., Weberg-Haugen, C., Johannessen, M., Kristiansen, K. Å., Risan, E. V., Relusco, M. L., Skaarer-Heen, H. M., Sørensen, T. M., Vedå, L., & Grøndahl, V. A. (2020). *Nurses' experiences of delirium and how to identify delirium—A qualitative study*. <https://doi.org/10.1002/nop2.691>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Meld. St. 47 (2008-2009)*. regjeringen.no.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Helse- og omsorgstjenesteloven*.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgs>

Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-veiledere/kunnskapsbaserte-retningslinjer>

Helsedirektoratet. (2017). *Pårørendeveileder*.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>

Helsedirektoratet. (2019a, mai 2). *Psykiske lidelser hos eldre*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>

Helsedirektoratet. (2019b, oktober 14). *Delirium*. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/symptomer-og-tilstander/delirium>

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

Ho, M., Nealon, J., Igwe, E., Traynor, V., Chang, H., Chen, K., & Montayre, J. (2021). Postoperative Delirium in Older Patients: A Systematic Review of Assessment and Incidence of Postoperative Delirium. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 18(5), 290–301. <https://doi.org/10.1111/wvn.12536>

Hughes, C. G., Pandharipande, P. P., & Ely, E. W. (Red.). (2020). *Delirium: Acute Brain Dysfunction in the Critically Ill*. Springer International Publishing.
<https://doi.org/10.1007/978-3-030-25751-4>

Inouye, S. K., van Dyck, C. H., Alessi, C. A., Balkin, S., Siegel, A. P., & Horwitz, R. I. (1990). Clarifying confusion: The confusion assessment method. A new method for detection of delirium. *Annals of Internal Medicine*, 113(12), 941–948.
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-113-12-941>

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

- Jacobsen, D. I. (2022). *Hvordan gjennomføre undersøkelser?: Innføring i samfunnsvitenskapelig metode* (4. utgave.). Cappelen Damm akademisk. [https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999920298324802202"](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Jeong, E., Park, J., & Lee, J. (2020). Diagnostic Test Accuracy of the 4AT for Delirium Detection: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7515. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207515>
- Johansson, Y. A., Tsevis, T., Nasic, S., Gillsjö, C., Johansson, L., Bogdanovic, N., & Kenne Sarenmalm, E. (2021). Diagnostic accuracy and clinical applicability of the Swedish version of the 4AT assessment test for delirium detection, in a mixed patient population and setting. *BMC Geriatrics*, 21(1), 568. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02493-3>
- Kanalregisteret*. (2022). <https://kanalregister.hkdir.no/publiseringsskanaler/Forside>
- Kehler, D. S., Anjanwala, R. M. S., & Arora, R. C. (2020). Epidemiology of Delirium in Critically Ill Adults: Prevalence, Risk Factors, and Outcomes. I C. G. Hughes, P. P. Pandharipande, & E. W. Ely (Red.), *Delirium: Acute Brain Dysfunction in the Critically Ill*. Springer International Publishing AG. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-25751-4>
- Kinchin, I., Edwards, L., Hosie, A., Agar, M., Mitchell, E., & Trepel, D. (2023). Cost-effectiveness of clinical interventions for delirium: A systematic literature review of economic evaluations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 147(5), 430–459. <https://doi.org/10.1111/acps.13457>
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis? Ad notam* Gyldendal. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2008061600122
- Kirkholt Melhus, G., & Lærum-Onsager, E. (2019). Sykepleiers rolle i identifisering av delirium. 02-19. https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2021-12/gs-2-2019.pdf
- Koirala, B., Hansen, B. R., Hosie, A., Budhathoki, C., Seal, S., Beaman, A., & Davidson, P. M. (2020). Delirium point prevalence studies in inpatient settings: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 29(13–14), 2083–2092. <https://doi.org/10.1111/jocn.15219>
- Kramer, D., Veeranki, S., Hayn, D., Quehenberger, F., Leodolter, W., Jagsch, C., & Schreier, G. (2017). Development and Validation of a Multivariable Prediction Model for the Occurrence of Delirium in Hospitalized Gerontopsychiatry and Internal Medicine Patients. *Studies in Health Technology and Informatics*, 236, 32–39.
- Krogseth, M. (2020). Delirium. I B. S. Husebø & E. Flo (Red.), *Eldreboen: Diagnoser og behandling* (1. utgave.). Fagbokforlaget.

- Kukreja, D., Günther, U., & Popp, J. (2015). Delirium in the elderly: Current problems with increasing geriatric age. *Indian Journal of Medical Research*, 142(6), 655–662. <https://doi.org/10.4103/0971-5916.174546>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Lee, G., & Roh, Y. S. (2023). Knowledge, barriers, and training needs of nurses working in delirium care. *Nursing in Critical Care*, 28(5), 637–644. <https://doi.org/10.1111/nicc.12724>
- Lee-Steere, K., Mudge, A., Liddle, J., & Bennett, S. (2024). Understanding family carer experiences and perceptions of engagement in delirium prevention and care for adults in hospital: Qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing*, 33(4), 1320–1345. <https://doi.org/10.1111/jocn.16990>
- Legeforeningen. (2023). *Tester og registreringsskjemaer*. <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-forening-for-geriatri/fag/tester-og-registreringsskjemaer/>
- Leseth, A. B., & Tellmann, S. M. (2018). *Hvordan lese kvalitativ forskning?* (2. utg.). Cappelen Damm akademiske.
- Lim, X. M., Lim, Z. H. T., & Ignacio, J. (2022). Nurses' experiences in the management of delirium among older persons in acute care ward settings: A qualitative systematic review and meta-aggregation. *International Journal of Nursing Studies*, 127, 104157. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.104157>
- Lin, C.-J., Su, I.-C., Huang, S.-W., Chen, P.-Y., Traynor, V., Chang, H.-C. (Rita), Liu, I.-H., Lai, Y.-S., Lee, H.-C., Rolls, K., & Chiu, H.-Y. (2023). Delirium assessment tools among hospitalized older adults: A systematic review and metaanalysis of diagnostic accuracy. *Ageing Research Reviews*, 90, 102025. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2023.102025>
- Luijendijk, H. J., Quispel-Aggenbach, D. W. P., Stroomer-van Wijk, A. J. M., Meijerink-Blom, A. H., van Walbeek, A., & Zuidema, S. U. (2021). A short delirium caregiver questionnaire for triage of elderly outpatients with cognitive impairment: A development and test accuracy study. *International Psychogeriatrics*, 33(1), 31–37. <https://doi.org/10.1017/S1041610219001595>
- MacLulich, A. M. J., Anand, A., Davis, D. H. J., Jackson, T., Barugh, A. J., Hall, R. J., Ferguson, K. J., Meagher, D. J., & Cunningham, C. (2013). New horizons in the pathogenesis, assessment and management of delirium. *Age and Ageing*, 42(6), 667–674. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft148>
- MacLulich, A., Ryan, T., & Cash, H. (2011). *4AT - Rapid Clinical Test for Delirium Detection*. 4AT - RAPID CLINICAL TEST FOR DELIRIUM. <https://www.the4at.com>

- Malterud, K. (2001). Qualitative research: Standards, challenges, and guidelines. 483-488. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2002). Kvalitative metoder i medisinsk forskning – forutsetninger, muligheter og begrensninger. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2002/10/tema-forskningsmetoder/kvalitative-metoder-i-medisinsk-forskning-forutsetninger-muligheter>
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40(8), 795–805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2016). Theory and interpretation in qualitative studies from general practice: Why and how? *Scandinavian Journal of Public Health*, 44(2), 120–129. <https://doi.org/10.1177/1403494815621181>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Marcantonio, E. R. (2017). Delirium in Hospitalized Older Adults. *New England Journal of Medicine*, 377(15), 1456–1466. <https://doi.org/10.1056/NEJMcp1605501>
- Martins, S., Pinho, E., Correia, R., Moreira, E., Lopes, L., Paiva, J. A., Azevedo, L., & Fernandes, L. (2018). What effect does delirium have on family and nurses of older adult patients? *Aging & Mental Health*, 22(7), 903–911. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1393794>
- McKinney, A. (2016, november 28). *The value of life story work for staff, people with dementia and family members* [Text]. Nursing Older People. <https://doi.org/10.7748/nop.2017.e899>
- Meghani, S., & Timmins, F. (2024). Intensive care nurses' perceptions and awareness of delirium and delirium prevention guidelines. *Nursing in Critical Care*. <https://doi.org/10.1111/nicc.13060>
- Meld. St. 47 (2008-2009). (2009). *Samhandlingsreformen*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
- Melhus Kirkholt, G., & Lærum-Onsager, E. (2019). Sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus. *Geriatrisk sykepleie*, 2019(2), Sykepleiers rolle i identifisering av delirium hos eldre pasienter innlagt på sykehus. Geriatrisk sykepleie. (2.utg., s. 15-21). Norsk Sykepleierforbund. Andvord Grafisk.
- Mossello, E., Lucchini, F., Tesi, F., & Rasero, L. (2020). Family and healthcare staff's perception of delirium. *European Geriatric Medicine*, 11(1), 95–103. <https://doi.org/10.1007/s41999-019-00284-z>

- Myrstad, M., Neerland, B. E., Hagberg, G., & Watne, L. O. (2017). Vurdering av mental status hos akutt syke gamle. *Tidsskrift for Den norske legeforening*.
<https://doi.org/10.4045/tidsskr.17.0480>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2010, juli 28). *Delirium: Prevention, diagnosis and management in hospital and long-term care*. NICE.
<https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- Neerland, B. E. (u.å.). *Legemiddelhåndboka*. Norsk legemiddelhåndbok. Hentet 12. mars 2010, fra <https://www.legemiddelhandboka.no/T5.8/Delirium>
- Neerland, B. E. (2023, mars 17). *Delirium*. NEL - Norsk Elektronisk Legehåndbok.
<https://legehandboka.no/handboken/kliniske-kapitler/psykiatri/tilstander-og-sykdommer/ulike-sykdommer/delirium/>
- Neerland, B. E., Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2013). Delirium hos eldre pasienter. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.12.1327>
- Nettskjema—Universitetet i Oslo*. (u.å.). Hentet 29. april 2024, fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/>
- Nortvedt, M. W., Graverholt, B., Jamtvedt, G., & Gundersen, M. W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert!*
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999920138391502202"&mediaty pe=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger*.
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/*#*
- Quispel-Aggenbach, D. W. P., Holtman, G. A., Zwartjes, H. a H. T., Zuidema, S. U., & Luijendijk, H. J. (2018). Attention, arousal and other rapid bedside screening instruments for delirium in older patients: A systematic review of test accuracy studies. *Age & Ageing*, 47(5), 644–653. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy058>
- Ranhoff, A. H. (2020). Delirium (akutt forvirring). I M. Kirkevold & K. Brodtkorb (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (3. utgave.). Gyldendal.
[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:999920086368502202"&mediaty pe=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)
- Regelverk*. (2014, januar 16). Universitetet i Sørøst-Norge. <https://www.usn.no/om-usn/regelverk/>
- Råholm, D. K., Bente Egge Søvde, Maj-Britt. (2017, november 15). *Sjukepleiarkompetanse i kommunehelsetenesta: Er det rom for fagleg oppdatering?*
<https://sykepleien.no/forskning/2017/11/sjukepleiarkompetanse-i-kommunehelsetenesta-er-det-rom-fagleg-oppdatering>

- Sahle, B. W., Pilcher, D., Litton, E., Ofori-Asenso, R., Peter, K., McFadyen, J., & Bucknall, T. (2022). Association between frailty, delirium, and mortality in older critically ill patients: A binational registry study. *Annals of Intensive Care*, 12(1), 108. <https://doi.org/10.1186/s13613-022-01080-y>
- Sarutski-Tucker, A., & Ferry, R. (2014). Beware of Delirium. *Journal for Nurse Practitioners*, 10(8), 575–581. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.07.003>
- Schmitt, E. M., Gallagher, J., Albuquerque, A., Tabloski, P., Lee, H. J., Gleason, L., Weiner, L. S., Marcantonio, E. R., Jones, R. N., Inouye, S. K., & Schulman-Green, D. (2019). Perspectives on the Delirium Experience and Its Burden: Common Themes Among Older Patients, Their Family Caregivers, and Nurses. *The Gerontologist*, 59(2), 327–337. <https://doi.org/10.1093/geront/gnx153>
- Shrestha, P., & Fick, D. M. (2020). Family caregiver's experience of caring for an older adult with delirium: A systematic review. *International Journal of Older People Nursing*, 15(4). <https://doi.org/10.1111/opn.12321>
- Shrestha, P., & Fick, D. M. (2023). Recognition of Delirium Superimposed on Dementia: Is There an Ideal Tool? *Geriatrics*, 8(1), 22. <https://doi.org/10.3390/geriatrics8010022>
- Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør.* (u.å.). Hentet 28. april 2024, fra <https://sikt.no/>
- Skau, G. M. (2024). *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker* (6. utgave.). Cappelen Damm akademisk. https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_pliktmonografi_000030082
- Skavland Godtfredsen, N., Rostrup Kruuse, C., Munk Petersen, A., Tfelt-Hansen, J., & Vilsbøll, T. (2016). *Akutte medisinske tilstande* (12. utg.). FADL's Forlag. <https://www.akademika.no/medisin-helse-og-psykologi/medisin-og-medisinske-disipliner/akutte-medisinske-tilstande-14-udgave/9788793810860>
- Skorpen, T. A., Kvangarsnes, M., & Hole, T. (2017). Helsepersonells erfaringer med pasientforløp i kommuner i Vest-Norge. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 13(2), Artikkel 2. <https://doi.org/10.7557/14.4272>
- Skretteberg, W. H., Holmefoss, I., & Krogseth, M. (2022). Delirium During Acute Events in Nursing Home Patients. *Journal of the American Medical Directors Association*, 23(1), 146–149. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2021.10.006>
- Solberg, L. M., Campbell, C. S., Jones, K., Vaughn, I., Suryadevara, U., Fernandez, C., & Shorr, R. (2021). Training hospital inpatient nursing to know (THINK) delirium: A nursing educational program. *Geriatric Nursing*, 42(1), 16–20. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.10.018>

- Solberg, L. M., Plummer, C. E., May, K. N., & Mion, L. C. (2013). A quality improvement program to increase nurses' detection of delirium on an acute medical unit. *Geriatric Nursing, 34*(1), 75–79. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2012.12.009>
- Sykepleierforbundet. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Tachibana, M., & Inada, T. (2023). Poor prognostic impact of delirium: Especially on mortality and institutionalisation. *Psychogeriatrics: The Official Journal of the Japanese Psychogeriatric Society, 23*(1), 187–195. <https://doi.org/10.1111/psyg.12914>
- Thomas, N., Coleman, M., & Terry, D. (2021). Nurses' Experience of Caring for Patients with Delirium: Systematic Review and Qualitative Evidence Synthesis. *Nursing Reports, 11*(1), Artikkel 1. <https://doi.org/10.3390/nursrep11010016>
- Titlestad, I., Haugarvoll, K., Solvang, S.-E. H., Norekvål, T. M., Skogseth, R. E., Andreassen, O. A., Årslund, D., Neerland, B. E., Nordrehaug, J. E., Tell, G. S., & Gill, L. M. (2024). Delirium is frequently underdiagnosed among older hospitalised patients despite available information in hospital medical records. *Age and Ageing, 53*(2), afae006. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae006>
- Tønnessen, S., Lind Kassah, B. L., & Tingvoll, W.-A. (2016, mars 7). *Hjemmesykepleien i samhandling med spesialisthelsetjenesten*. <https://sykepleien.no/forskning/2016/01/samhandling-med-spesialisthelsetjenesten>
- Van de Steeg, L., Langelaan, M., Ijkema, R., Nugus, P., & Wagner, C. (2014). Improving delirium care for hospitalized older patients. A qualitative study identifying barriers to guideline adherence. *Journal of Evaluation in Clinical Practice, 20*(6), 813–819. <https://doi.org/10.1111/jep.12229>
- Van Velthuisen, E. L., Zwakhalen, S. M. G., Mulder, W. J., Verhey, F. R. J., & Kempen, G. I. J. M. (2018). Detection and management of hyperactive and hypoactive delirium in older patients during hospitalization: A retrospective cohort study evaluating daily practice. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 33*(11), 1521–1529. <https://doi.org/10.1002/gps.4690>
- Verdens Helseorganisasjon. (2022, januar 1). *ICD-11 Internasjonal klassifisering av sykdommer 11. Revisjon*. https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release
- Wand, A. P. F., Thoo, W., Sciuriaga, H., Ting, V., Baker, J., & Hunt, G. E. (2014). A multifaceted educational intervention to prevent delirium in older inpatients: A before and after study. *International Journal of Nursing Studies, 51*(7), 974–982. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.11.005>
- Wang, Y., & Shen, X. (2018). Postoperative delirium in the elderly: The potential neuropathogenesis. *Aging Clinical and Experimental Research, 30*(11), 1287–1295. <https://doi.org/10.1007/s40520-018-1008-8>

- Watne, L. O., Pollmann, C. T., Neerland, B. E., Quist-Paulsen, E., Halaas, N. B., Idland, A.-V., Hassel, B., Henjum, K., Knapskog, A.-B., Frihagen, F., Raeder, J., Godø, A., Ueland, P. M., McCann, A., Figved, W., Selbæk, G., Zetterberg, H., Fang, E. F., Myrstad, M., & Gill, L. M. (2023). Cerebrospinal fluid quinolinic acid is strongly associated with delirium and mortality in hip-fracture patients. *The Journal of Clinical Investigation*, 133(2). <https://doi.org/10.1172/JCI163472>
- Watne, L. O., & Wyller, T. B. (2018). Delirium – framleis underdiagnostisert. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://tidsskriftet.no/2018/03/leder/delirium-framleis-underdiagnostisert>
- Wilson, J. E., Mart, M. F., Cunningham, C., Shehabi, Y., Girard, T. D., MacLulich, A. M. J., Slooter, A. J. C., & Ely, E. W. (2020). Delirium. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), Artikkel 1. <https://doi.org/10.1038/s41572-020-00223-4>
- Wisten, A., Rundgren, Å., & Larsson, B. (2013). *Akutgeriatrik*. Studentlitteratur.
- Wong, E. K.-C., Lee, J. Y., Surendran, A. S., Nair, K., Della Maestra, N., Migliarini, M., St Onge, J. A., & Patterson, C. J. (2018). Nursing perspectives on the confusion assessment method: A qualitative focus group study. *Age and Ageing*, 47(6), 880–886. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy107>
- Wyller, T. B. (2018). *Geriatrici: En medisinsk lærebok* (2. utgave.). Gyldendal.
- Yue, P., Wang, L., Liu, C., & Wu, Y. (2015). A qualitative study on experience of nurses caring for patients with delirium in ICUs in China: Barriers, burdens and decision making dilemmas. *International Journal of Nursing Sciences*, 2(1), 2–8. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.01.014>
- Zoremba, N., & Coburn, M. (2019). Acute Confusional States in Hospital. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116(7), 101–106. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0101>

Vedlegg

Dette skrivet gir deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Kjære sykepleier!

Mitt navn er Ann Kristin Gundersen. Jeg er student ved Universitetet i Sørøst-Norge hvor jeg studerer master i klinisk helsearbeid, studieretning geriatrik helsearbeid.

Vil du delta i et forskningsprosjekt?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å gi økt kunnskap om sykepleieres erfaringer med å kunne identifisere delirium hos eldre i kommunale observasjons- og etterbehandlingssenheter etter mottak fra sykehus.

Delirium er en tilstand som rammer mellom 11% - 42% av sykehusinnlagte eldre, og opptil 50 % av hoftebruddpasienter. Delirium er belastende for pasient, pårørende i et allerede belastet helsevesen. Ubehandlet delirium er ofte forbundet med økt dødelighet, nedsatt funksjon og kognisjon.

Formål

Hensikten med studien er å undersøke sykepleieres erfaringer med å identifisere delirium hos eldre pasienter. Undersøkelsen kan bidra til ny kunnskap rundt fenomenet og resultere i ny og forbedret praksis.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Førsteamanuensis Anette Hansen ved Universitetet i Sørøst-Norge er ansvarlig for personopplysningene som behandles i prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Jeg ønsker å intervju sykepleiere, med erfaringer med identifisering av delirium hos eldre på kommunale observasjons- og etterbehandlingssenheter. Sykepleiere må ha jobbet minst tre år etter endt grunnutdanning.

Hva innebærer det for deg å delta?

Jeg ønsker å stille deg noen spørsmål i et individuelt intervju om temaet delirium hos eldre. Intervjuet vil ha en varighet på ca. en halv time. Jeg kan komme til din arbeidsplass og gjennomføre intervjuet der. All informasjon som fremkommer, er konfidensielt.

Frivillig deltakelse

Din deltakelse er frivillig, du kan når som helst trekke samtykket tilbake uten noen som helst begrunnelse. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Opplysninger om deg benyttes kun til formålene omtalt i dette skrivet. Opplysningene blir behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Jeg vil be om tillatelse til å ta lydopptak og notater fra intervjuet. Det vil bare være min veileder og jeg som har tilgang til lydopptaket, og etter at prosjektet er ferdig vil alle personidentifiserbare opplysninger bli slettet. Datamaterialet vil bli lagret på Universitetets forskningsserver. Intervjuene vil bli nummerert, og ikke identifisert ved navn. Lydopptakene oppbevares etter universitetets retningslinjer for personvern. Signert informasjon- og samtykkeskriv vil bli scannet og oppbevart på USNs sikre server, originaldokumentet vil så bli makulert.

Vedlegg 1: Informasjon og samtykkeerklæring

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Masteroppgaven skal leveres i mai 2024. Alle personidentifiserbare data vil bli slettet innen januar 2025.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler personidentifiserbare opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personidentifiserbare opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet personidentifiserbare opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personidentifiserbare opplysninger
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personidentifiserbare opplysninger

Hvis du har spørsmål til prosjektet, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Masterstudent Ann Kristin Gundersen tlf. 98 42 79 28. Mailadresse: ankapira@online.no
- Veileder Anette Hansen ved Universitetet i Sørøst-Norge tlf. 35 57 54 08
- Vårt personvernombud Paal Are Solberg på tlf. 35 57 50 53 / 918 60 041

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost (personverntjenester@sikt.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Anette Hansen
Prosjektansvarlig

Ann Kristin Gundersen
Student

Vedlegg 2: Informasjon og samtykkeerklæring

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvilke erfaringer har sykepleiere ved kommunale observasjons- og etterbehandlingsenheter med kartlegging av delirium etter mottak av eldre pasienter fra sykehus?» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju
- jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signatur prosjektdeltaker og dato)

Vedlegg 3: Informasjon og samtykkeerklæring

Intervjuguide

Oppstart:

Informere om formålet med prosjektet samt innhente samtykke. Fortelle om opptak

Innledende spørsmål:

1. Hvor lenge/og hvor har du arbeidet som sykepleier?
2. Har du noe tilleggsutdanning, evt. hva?
3. Hvor lenge har du jobbet i denne institusjonen?

Hovedspørsmål:

4. Hvor ofte erfarer du at pasienter er i en eller annen form for delirium når de kommer fra sykehuset?
5. På hvilken måte identifiserer du delirium hos en pasient?
 - a. De ulike typene, hvor lett er det å skille dem fra hverandre?
6. Utifra dine erfaringer hvilke symptomer oppstår ved delirium?
7. Finnes det etablerte rutiner eller retningslinjer for identifisering av delirium på din arbeidsplass?
 - a. Kan du fortelle mer om hva som hadde vært positiv dersom det hadde finnes noe slikt?
 - b. Hvordan er samarbeidet med legene
 - c. Blir det brukt fastvakter
 - d. Hvilke erfaringer har du miljøtiltak kontra legemidler
 - i. Hvilke legemidler brukes?
8. Kan du fortelle om konkrete tilfeller der pasienter har hatt delirium som du husker godt?
9. Hvorfor er det viktig, utifra din erfaring, at delirium blir identifisert hos eldre pasienter? Hvilke belastning har det på vi begynner med
 - a. pasienten
 - b. pårørende
 - c. personalet
 - d. For institusjonen
10. Har du noen tanker eller erfaringer jeg ikke har spurt deg om som du vil dele?

Vedlegg 4: Intervjuguide

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:

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"/> vanlig?	BOKS 1 Ja <input type="checkbox"/>
	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"/> gå	Ja <input type="checkbox"/>
II	UOPPMERKSOMHET Hadde pasienten problemer med å holde oppmerksomheten, for eksempel ble han/hun lett distraheret, eller hadde han/hun problemer med å få med seg det som ble sagt? Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
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"/>	BOKS 2 Ja <input type="checkbox"/>
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) Er det noen kryss i det grå feltet? Nei <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

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

Vedlegg 5: CAM



Screening for delirium og kognitiv svikt

(etikett)

Pasientens navn:

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, uoppmerksom)	2

[4] AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND

Holddepunkter 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 kognitiv testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. **Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder**, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselsnedsettelse, dysfasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.

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

AMT4 (Forkortet mental vurdering - 4): Denne skåren kan overføres fra AMT10 hvis denne er gjort rett før 4AT. **Akutt endring eller fluktuerende tilstand:** Fluktuerende tilstand kan oppstå uten delirium i noen tilfeller hos personer med demens, men tydelig fluktuerende tilstand indikerer delirium. For å avdekke hallusinasjoner og/ eller paranoide tanker, spør pasienten spørsmål som: "Er du bekymret for hva som skjer her?"; "Er du redd for noe eller noen?"; "Har du sett eller hørt noe uvanlig?"

© 2011-2014 MacLulich, Ryan, Cash; 2015 norsk versjon: Geir V. Berg (RN, MScN, Dr-Ph), Edith Rath Gjeivon (RN, MScN, PhD), Ahmad Al Faisal (MD), Cathrine de Groot (fysioterapeut, MSc) og Sigurd Evensen (MD, PhD-student). Susan Juel (RN) ansvarlig for tilbake oversettelsen.

Vedlegg 6: 4AT

NATIONAL EARLY WARNING SCORE2 (NEWS2)

Denne versjonen er oversatt etter Royal College of Physicians 2017 av pasientsikkerhetsprogrammet.no

FYSIOLOGISKE PARAMETRE	3	2	1	0	1	2	3
Respirasjonsfrekvens (per minutt)	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥ 25
SpO ₂ Skala 1 (%)	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
SpO ₂ Skala 2* (%)	≤ 83	84-85	86-87	88-92 ≥ 93 på luft	93-94 på oksygen	95-96 på oksygen	≥ 97 på oksygen
Luft eller oksygen?		Oksygen		Luft			
Systolisk blodtrykk (mmHg)	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥ 220
Puls (per minutt)	≤ 40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥ 131
Bevissthetsnivå**				A			C, V, P, U
Temperatur (°C)	≤ 35,0		35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥ 39,1	

Tiltak

NEWS SKÅR	OVERVÅKNINGSFREKVENNS	KLINISK RESPONS*
0	Minimum hver 12. time	• Ny måling om 12 timer
Totalt 1-4	Minimum hver 4-6. time	• Ansvarlig sykepleier tar stilling til økt overvåkningsfrekvens og/eller om det kreves kliniske tiltak
Totalt 5 eller høyere eller skår 3 i ett parameter	Minimum 1 gang i timen	• Ansvarlig sykepleier kontakter pasientansvarlig lege som vurderer og tar stilling til om det er behov for ytterligere behandlingstiltak og/eller overflytning til riktig behandlingsnivå
Totalt 7 eller høyere: Øyeblikkelig respons	Kontinuerlig overvåkning av vitale funksjoner	• Ansvarlig sykepleier skal umiddelbart kontakte pasientansvarlig lege • Pasientansvarlig lege tar stilling til om det er behov for ytterligere behandlingstiltak og/ eller overflytning til rett behandlingsnivå

Vedlegg 7: NEWS2

Hei Ann Kristin,

Takk for forespørsel.

Det er helt i orden at du bruker denne figuren så lenge du refererer til kilden.

Lykke til med innspurten av masteroppgaven!

Mvh

Gro Hjelmeland Grimsbø

Forlagsredaktør, PhD

GA Sykepleie og medisin

Telefon: +47 92485402

Gro.h.grimsbo@gyldendal.no



Vedlegg 8: Godkjenning av illustrasjonen personlig kompetanse