Bachelor i sykepleie

Sykepleierens rolle i forebygging og behandling av delirium

Kandidatnr: 160 og 167    Antall ord: 9195
Delirium - av latinsk *delirare*, sammensatt av *de* = av, og *lira* = plogfure/spor.

*Delirium = avsporing* (Hem, 2012).
# Innholdsfortegnelse

1.0 Inledning.................................................................................................................. 4
   1.1 Bakgrunn for oppgaven.......................................................................................... 4
   1.2 Hensikt og mål med oppgaven ........................................................................... 5
   1.3 Presentasjon av problemstilling med avgrensing .............................................. 5
   1.4 Oppgavens oppbygging ....................................................................................... 5
2.0 Metode....................................................................................................................... 6
   2.1 Hva er en metode? ................................................................................................. 6
   2.2 Litteraturstudie som metode ............................................................................... 6
   2.3 Etiske overveielser ............................................................................................... 8
3.0 Teori.......................................................................................................................... 9
   3.1 Hoftebrudd ......................................................................................................... 9
   3.2 Generelt postoperativt forløp ............................................................................. 9
   3.3 Delirium ............................................................................................................. 10
      3.3.1 Risikofaktorer for utvikling av delirium .................................................... 10
   3.4 Forebygging av delirium ................................................................................... 11
      3.4.1 Kunnskap om forebygging ......................................................................... 12
   3.5 Behandling av delirium .................................................................................... 12
   3.6 Verktøy for å forebygge og avdekke delirium ................................................ 13
      3.6.1 Risk Model for Delirium ............................................................................. 13
      3.6.2 Confusion Assessment Method .................................................................. 14
   3.7 Virginia Hendersons sykepleieteori ................................................................... 15
   3.8 Primærsykepleie som organisasjonsform .......................................................... 16
   3.9 Dokumentasjon av sykepleie ............................................................................. 16
   3.10 Ledelseshjulet .................................................................................................. 16
   3.11 Visjonsarbeid .................................................................................................... 18
   3.12 Motivasjon ....................................................................................................... 18
4.0 Drøfting .................................................................................................................... 18
   4.1 Postoperative rutiner til pasienter med hoftebrudd ............................................ 18
   4.2 Grunnleggende behov som fundament i sykepleien ......................................... 19
   4.3 Risk Model for Delirium som et forebyggende verktøy ...................................... 21
   4.4 Confusion Assessment Method - et enkelt og effektivt verktøy ........................ 22
   4.5 Ledelseshjulet som modell for innføring av nye rutiner i en avdeling ............ 23
4.5.1 Hvordan vi vil inkludere sykepleierne i endringsprosessen ........................................ 23
4.5.2 Hvordan vi vil systematisere arbeidet ........................................................................ 25
5.0 Avslutning .......................................................................................................................... 26
5.1 Oppsummering og svar på problemstilling ...................................................................... 26
5.2 Evaluering av eget arbeid ............................................................................................... 27
Litteraturliste .......................................................................................................................... 29

Det foreligger tre vedlegg til oppgaven.
1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for oppgaven

Da vi skulle velge tema for vår bacheloroppgave var det normalt å skrive om et tema som vi interesserte oss for. Temaet må også være aktuelt innenfor sykepleie - slik at vi kan dra nytte av kunnskapene vi tilegner oss igjennom oppgaven. Oppgaven vil dermed gi oss et bedre utgangspunkt når vi er ferdig utdanna sykepleiere. Det som vakte størst interesse, og som vi til slutt bestemte oss for å skrive om, var tilstanden **delirium**. Gjennom sykepleieutdanningen har vi så vidt hørt om tilstanden og kun i grove trekk lest om hva det er og hva det går ut på.

Etter å ha vært i praksis og opplevd pasienter med tilstanden og sett hvor utbredt det er, har vi følt på det faktum at vi vet for lite om temaet og hvordan vi kan utøve best mulig sykepleie til pasientene med tilstanden. Slik var vårt første møte med en delirisk pasient:

«**Pasienten ble innlagt for et hoftebrudd i venstre hofte. Etter operasjon ble pasienten delirisk. Pasienten klatret ved flere anledninger over sengehesten, klarte ikke å henge med i samtaler og var ikke orientert for tid og sted. Etter hvert gikk disse symptomene over. Pasienten ville da ligge i sengen, var lite delaktig og ønsket ikke å utøve noe form for fysisk aktivitet. Kort tid etterpå ble pasienten sendt hjem.**»


Våre inntrykk etter praksis var at kunnskapen om delirium ikke var tilstrekkelig – noe som resulterte i at pasientene med delirium ikke ble gitt sykepleie som var tilpasset deres tilstand. På bakgrunn av disse erfaringene har vi bestemt oss for å fokusere på sykepleiernes oppgaver innenfor forebygging og behandling.
1.2 Hensikt og mål med oppgaven
Vårt formål med oppgaven er å finne ut hvordan vi som sykepleiere kan bidra til å redusere forekomsten av delirium gjennom forebygging, og hvordan vi på best mulig måte kan bistå i behandlingen av pasienter som har utviklet tilstanden. Vi håper at vi gjennom oppgaven vil vi tilegne oss kunnskap om delirium, slik at vi blir bedre rustet til å registrere symptomer og at vi kan forebygge og sette i gang behandlingstiltak tidlig.

1.3 Presentasjon av problemstilling med avgrensing
På bakgrunn av oppgavens tema, har vi formulert problemstillingen vår slik:

«Hvordan kan sykepleiere forebygge og bidra i behandlingen av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd?»

Vi har valgt å avgrense problemstillingen til eldre pasienter, av begge kjønn, over 65 år. Pasienten har pådratt seg et hoftebrudd og er blitt operert for dette. Pasienten er innlagt på sykehus. Disse avgrensningene har vi gjort for å kunne holde oss innenfor oppgavens omfangskriterier, men også fordi denne pasientgruppen er av den mest utsatte for å utvikle delirium (Juliebø, 2009).


1.4 Oppgavens oppbygging
Vi har valgt å strukturere oppgaven slik at vi starter med metodekapittelet etter innledningen. I metodekapittelet fremkommer det hva en metode er og hvorfor vi har valgt den respektive metoden. Under dette kapittelet sier vi også noe om hvordan vi har gått frem ved innhenting av data, samt kriterier og søkeord som ble brukt i denne prosessen. Vi avslutter kapittelet med å skrive kort om ulike etiske overveielser som ligger til grunn i vår oppgave.

Deretter kommer teorikapittelet. Her fremkommer det teori som er aktuelt, knyttet opp mot vår problemstilling. Teorikapittelet gir en helhetlig forståelse av deliriumstilstanden, da vi skriver om hva delirium er, årsaker for utvikling av delirium, samt teori omkring forebygging
og bistand i behandling. Vi har også valgt å trekke med teori om endringskompetanse, da vi mener at dette er nødvendig for å kunne besvare vår problemstilling.

I drøftingskapittelet har vi forsøkt å få frem sammenhengen i teorien og drøftet teorien knyttet opp mot vår problemstilling. Vi har brukt pasienteksempel som presenteres i innledningen til å illustrere eksempler underveis i drøftingsdelen.

I avslutningen svarer vi på spørsmålet i problemstillingen og oppsummerer det vi har funnet ut gjennom prosessen med å skrive oppgaven. Her har vi også med evaluering av eget arbeid. Vi avslutter oppgaven med litteraturlisten, der selvvalgt litteratur står for seg selv. Antall sider vi har brukt av våre selvvalgte kilder kommer også frem her.

2.0 Metode

2.1 Hva er en metode?


2.2 Litteraturstudie som metode

forståelsen bli subjektiv. Vi vil derfor ta forbehold for muligheten for at noe av innholdet kan bli misforstått eller feiltolket. I tillegg til å bruke litteraturstudie som metode, har vi også dratt inn egne erfaringer gjennom praksis, samt et pasienteksempel.

Vi begynte tidlig i arbeidsprosessen å formulere en problemstilling som sa noe om hva vi ønsket å jobbe mot og hva vi ønsket å få kunnskaper om. Da problemstillingen var ferdig formulert, begynte arbeidet med å innhente aktuell litteratur. Vi søkte i ulike databaser, slik at vi kunne tilegne oss grunnleggende kunnskaper om tilstanden delirium. Etter hvert søkte vi mer spesifikt innenfor ORIA, SveMed+, sykepleien.no og BIBSYS. Søkeordene som har vært relevante for oppgaven har vi satt inn i en tabell, som viser antall treff i de ulike datbasene:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Søkeord</th>
<th>Treff i BIBSYS (Biblotek, Nordland)</th>
<th>ORIA</th>
<th>SveMed+</th>
<th>Sykepleien.no</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Delirium</td>
<td>Delir</td>
<td>61</td>
<td>42 761</td>
<td>102</td>
</tr>
<tr>
<td>Hoftebrudd</td>
<td>Lårhalsbrudd</td>
<td>Hip fracture</td>
<td>14</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Endringskompetanse</td>
<td>Endringsprosess</td>
<td></td>
<td>14</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Motivasjon</td>
<td>Motivation</td>
<td></td>
<td>1003</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Virginia Henderson, Sykepleieteor</td>
<td>Dokumentasjon</td>
<td>Sykepleiedokumentasjon</td>
<td>21</td>
<td>189</td>
</tr>
<tr>
<td>Internundervisning</td>
<td>Primærsykepleie</td>
<td></td>
<td>0</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
<td>28</td>
<td>81</td>
</tr>
</tbody>
</table>

I tillegg til disse søkeordene, har vi kombinert søkeordene som gav oss mange treff med forebygging, eldre og behandling. Dette resulterte i at vi fikk et redusert antall treff, og en mer konkret teori som er aktuell for vårt tema.

Som tabellen viser, har vi fått mange treff, nasjonalt og internasjonalt. Teorien sier mye om det samme, noe som er naturlig, da delirium er en klinisk tilstand som det viser seg å ha blitt
gjort mye forskning på. Det var likevel skrevet mange ulike artikler, men vi la merke til at det var enkelte forfattere som gikk igjen.

Vi har satt som kriterium at artikkene vi har brukt skal være fra 2004 og frem til i dag. Dette gjør vi både for å avgrense søkeresultatene, og som en kvalitetssikring, for at litteraturen fortsatt skal være valid. Av bøker vi har brukt, har vi forsøkt å holde oss innenfor den samme tidsrammen, men vi har funnet noen bøker som er noe eldre enn fra 2004 og valgt å ta disse med i oppgaven, da vi vurderte innholdet til å fortsatt være relevant.

Vi har valgt å bruke pensumlitteratur som hovedkilde i oppgaven. Vi er da sikre på at teorien som fremkommer er relevant innenfor sykepleie. Pensumlitteraturen har gitt oss en generell kunnskap om delirium. For å få en utvidet og bredere kunnskap har vi dratt inn selvvalgt litteratur og forskning.


2.3 Etiske overveielser
Helsepersonelloven §21, hovedregel om taushetsplikt sier:

«Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell.» (Helsepersonelloven, 1999).

I oppgavetekniske retningslinjer er det krav til anonymisering. Som sykepleier og sykepleiestudent er man også pliktig til å anonymisere forhold der noen kan komme til kjenne (Dalland, 2007). I de eksempelene vi har brukt fra våre egne praksiserfaringer har vi derfor passet på at det ikke kommer frem hvilket sykehus eller hvilken avdeling eksemplene er tatt
fra. Det vil heller ikke komme frem navn på personer vi bruker i eksemplene. Dermed innfrir vi krav og lover som er satt.

3.0 Teori

3.1 Hoftebrudd

3.2 Generelt postoperativt forløp
viktig at pasienten mobiliseres og at sykepleieren sørger for at pasienten spiser, samt drikker tilstrekkelig (Gjengedal & Jakobsen, 2001).

3.3 Delirium


3.3.1 Risikofaktorer for utvikling av delirium

For å kunne forstå hvorfor delirium oppstår, er det aktuelt å se på hvilke utløsende faktorer som ligger til grunn. De vanligste predisponerende faktorene er kognitiv svikt, høy alder, kroniske sykdommer, polyfarmasi, demens, sansesvikt, hjertesykdom og KOLS. Redusert syn og hørsel

3.4 Forebygging av delirium

Sykepleierens hovedoppgave når det kommer til forebygging, er å identifisere tidlige tegn på delirium og å bistå i behandlingen av de underliggende årsakene som det er mulig å gjøre noe med (Lundblad & Hovstadius, 2006).


Mobilisering er et viktig tiltak for å øke blodsirkulasjonen og bedre oksygenopptaket i kroppen (Ranhoff, 2008). Aktivitet vil også ha positiv innvirkning på fordøyelsesprosessen,

I tillegg til mobilisering, vil det være viktig at forholdene ligger til rette for at pasienten skal ha mulighet til realitetsorientering. Å være påpasselig med at lyset er på om dagen og av om natten er viktig, slik at pasienten skal få en oppfatning av hvilken tid det er på døgn, ut fra belysningen i rommet. Det er også viktig at det er kalender og klokke godt synlig. Et annet tiltak for å bidra til at pasienten blir orientert, kan være at pasienten får sitte oppreist på sengekanten (Juliebø, 2009). For realitetsorientering kan også pårørende være en viktig ressurs. Sykepleieren bør derfor oppfordre pårørende til å være tilstede. Det viser seg også ofte at nærhet har en beroligende effekt på pasienten (Ranhoff, 2008).

Sansesvikt kan være en utløsende faktor for delirium. Dersom pasienten bruker briller eller høreapparat, må pasienten få tilgang på dette så snart som mulig etter operasjon (Ranhoff, 2008).


3.4.1 Kunnskap om forebygging

Artikkelen "Delirium hos gamla människor kan förebyggas och behandlas" forteller oss at delirium kan forebygges og behandles dersom det finns tilstrekkelig kompetanse i avdelingen. Kunnskap om delirium vil gi sykepleieren mulighet til å gi pasienten nødvendig omsorg, oppfølging og trygge omgivelser (Gustafson et al., 2002).

3.5 Behandling av delirium

Behandling av delirium handler om mye av det samme som forebygging av delirium. En må lete etter de sannsynlige utløsende årsakene og behandle disse. Når en har gjort dette, må en sette i gang tiltak – hva skal en gjøre når pasienten er blitt delirisk (Gustafson et al., 2002). Det vil være aktuelt å se på hvilke legemidler pasienten bruker. Ulike legemidler kan være


Det er gjort flere vitenskapelige forsøk når det kommer til medikamenter som kan ha forebyggende og behandlende effekt mot delirium. Resultatene viser at ingen medikamenter har vist å ha noe betydning for å bli frisk av tilstanden, men noen kan bidra til å dempe symptomene. Dersom pasienten har dårlig effekt av tiltakene nevnt under forebygging og behandling, vil det være aktuelt å gi pasienten antipsykotika. Det er verdt å nevne at slik medikamentell behandling kun skal brukes når det er høyst nødvendig og ikke over lengre perioder (Juliebø & Wyller, 2010).

3.6 Verktøy for å forebygge og avdekke delirium
Vi har funnet ut at det er utarbeidet flere verktøy som skal være til hjelp for å forebygge og/eller avdekke delirium. Det ene verktøyet vi har funnet, er et skjema som er laget for å avdekke risikoen for utvikling av delirium, det andre verktøyet er et skjema som er laget for å identifisere deliriumstilfeller.

3.6.1 Risk Model for Delirium
I artikkelen “Validation of the Risk Model for Delirium in hip fracture patients”, presenteres resultatene av en undersøkelse som er gjort på et sykehus i Nederland, for å finne ut om et risikovurderingsskjema kan være et godt verktøy for å tidlig avdekke hvor stor risiko pasienten har for utvikling av delirium (Moerman et al., 2012).
Risk Model for Delirium er et 10-elements spørreskjema for å finne ut om pasienter innlagt på sykehus med hoftebrudd har høy eller lav risiko for å utvikle delirium (se vedlegg I). Hensikten med skjemaet er å tidlig kunne iverksette målrettede forebyggende tiltak hvis pasienten har høy risiko for å utvikle delirium. Resultatene viser at et risikovurderingsskjema er et gyldig, gjennomførbart og pålitelig verktøy for å avdekke risikoen for delirium hos hoftebruddpasienter. Forfatterne trekker frem at det burde vært gjort noen endringer i skjemaet for at man skal få enda bedre resultater. Endringene går på det å legge til kjønn og type brudd, og å fjerne ‘daglig konsum alkohol på fire enheter eller mer’ og ‘bruk av heroin, metadon og morfin’ (Moerman et al., 2012).

I resultatet av undersøkelsen kommer det frem at av hele utvalget av pasienter i undersøkelsen som utviklet delirium, var 42,4 prosent pasienter med høy risiko, mens 14,1 prosent var pasienter med lav risiko (Moerman et al., 2012).

3.6.2 Confusion Assessment Method
CAM (Confusion Assessment Method) (se vedlegg II) er et verktøy som i utgangspunktet er utviklet for at ikke-psykiatere skal kunne oppdage delirium tidligst mulig. Dette verktøyet skal kunne brukes av alt pleiepersonell hvis de får en enkel opplæring. Skjemaet burde gjennomgås daglig, og for noen pasienter kan det være aktuelt at det gjennomgås flere ganger pr. dag (Ranhoff, 2008:399).

Et CAM-skjema innebærer i korte trekk at en skal observere tegn til akutt debut og vekslende forløp, uoppmerksomhet, desorganisert tankegang og endret bevissthetsnivå (Den norske legeforening, 2004).

Artikkelen «Kunnskapsbasert vurdering av delirium hos intensivpasienten» viser til en undersøkelse som er gjort ved Haukeland Universitetssykehus, der de undersøkte bruken og effekten av CAM-ICU (Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit). Dette er et CAM-skjema som er rettet spesielt mot intensivavdelinger. Resultatene av undersøkelsen viser til at det åpenbart har effekt å bruke CAM-ICU-skjemaet, da det vil gjøre observasjonene strukturerete og man unngår vilkårlig praksis. Skjemaet er enkelt utformet, med et lite antall spørsmål med få avkryssningsmuligheter. Resultatet av studiet viser til gode resultater ved systematisk bruk av CAM-ICU. Faktisk ble 52.9 prosent av deliriumstilfeller avdekket, sammenlignet med tidligere 23.4 prosent. Problemet, som trekkes frem i artikkelen, er at en innføring av et slikt skjema er avhengig av ressurser til oppfølgelse, uten
det vil de ansatte på avdelingen gå tilbake til «gamle synder» etter kun kort tid (Sjøbø, Graverholt, & Jamtvedt, 2012).

3.7 Virginia Hendersons sykepleieteori


Henderson beskriver 14 generelle sykepleiekomponenter, som er basert på pasientens primære behov. Sykepleieren må hjelpe pasienten med å tilfredsstille disse behovene, eller legge til rette for at pasienten selv kan få tilfredsstillt behovene (Henderson, 1997).

Komponentene har vi valgt å ikke skrive om til egne ord, da vi er redd for at de ikke skal komme frem på lik måte som det er skrevet. Ettersom komponentene er grunnlaget for Henderson teori, mener vi det er viktig at de blir beskrevet slik som hun selv har formulert de:

1. Puste normalt
2. Spise og drikke tilstrekkelig
3. Få fjernet kroppens avfallsstoffer
4. Opprettholde riktig kroppsstilling når han ligger, sitter, går og står, og med å skifte stilling
5. Sove og hvile
6. Velge passende klær og sko, og å kle av og på seg
7. Opprettholde normal kroppstemperatur uansett klima ved å tilpasse klær og omgivelsesstemperatur
10. Få kontakt med andre og gi uttrykk for sine behov og følelser.
11. Praktisere sin religion og handle slik han mener er rett.
13. Finne underholdning og fritidssyssler.
14. Lære det som er nødvendig for god helse og normal utvikling.
**3.8 Primærsykepleie som organisasjonsform**


**3.9 Dokumentasjon av sykepleie**

Helsepersonelloven §39 *Plikt å føre journal*, og §40 *Krav til journalens innhold m.m*, sier at alle som yter helsehjelp skal registrere opplysninger om hver enkelt pasient i et journalsystem. Dokumentasjonen skal vise god yrkesetikk og inneholde relevante opplysninger om pasienten og den helsehjelpen pasienten har fått (Helsepersonelloven, 1999).


**3.10 Ledelseshjulet**

For å kunne lykkes i å utføre endringer på en avdeling, er det nødvendig å ha endringskompetanse. Endring som er godt planlagt og gir de ansatte mening, kan gi grunnlag for forbedring. Ledelseshjulet er et redskap som skal være til hjelp hvis en ønsker å sette i gang en forbedringsprosess i en avdeling. P’en står for planlegging, U’en for utførelse, V’en for vurdering og I’en for iverksettelse (Orvik, 2004).

I utførelsesfasen er kommunikasjon et sentralt moment. Dette gjelder både for de som er direkte engasjert i arbeidet og de som vil bli berørt av endringen, så her vil også det som skal til av kursing og undervisning skje. Internundervisning av ansatte er et viktig tiltak som vil bidra til fagutvikling (Tveiten, 2008). I dette tilfellet vil det være undervisning om forebygging og behandlingstiltak rettet mot delirium som vil være aktuelt. Samtidig vil tildeling av ressurser skje i denne fasen. Det er i denne fasen at en setter i verk tiltakene. Det er viktig å være klar over at forbedringsarbeid er tidskrevende og at det ofte vil være behov for at den personen eller den gruppa som jobber med dette får avlastning fra deres ordinære arbeid i en tidsperiode (Orvik, 2004).

I vurderingsfasen er det tid for vurdere det forbedringsarbeidet som er gjort. Det er viktig at det blir gjort en systematisk registrering av resultater, slik at en kan sammenlikne resultatene før og etter forbedringsprosessen (Orvik, 2004).

Iverksettelsesfasen er den siste fasen og her skal en se tilbake på det arbeidet som er gjort, se på resultatene og eventuelt gjøre små korrigeringer i forbedringstiltakene, hvis en ser at det er nødvendig. Her er det tid for refleksjon. Har forbedringsprosessen nådd sitt mål? Hva har vi lært? Er dette noe vi ønsker å fortsette med? Hvis forbedringsprosessen har vært vellykket, vil
neste og siste steg i prosessen være å utforme en standard for nye og/eller endrede prosedyrer og innarbeide dette i det daglige arbeidet (Orvik, 2004).

3.11 Visjonsarbeid
Visjonsarbeid er et viktig ledd i en prosess som har som mål å gjennomføre grunnleggende endringer i innarbeidede rutiner. Visjonsarbeid er en refleksjonsprosess, som handler om å bevisstgjøre seg hvilke verdier vi har og ønsker å ha. Gjennom visjonsarbeid kan man komme frem til hvilke verdier en vil skal styre retningen vi jobber i (Jakobsen, 2005).

Refleksjonsprosessen kan i seg selv føre til endringer. Større bevissthet om hva vi faktisk gjør og hva vi ønsker å utrette, gjør medlemmene i kulturen mer målrettet i den forstand at de har en felles retning på arbeidet, og dermed vil være mer endringsvillige i tilfeller der dette er påkrevet.

(Jakobsen, 2005:107)

3.12 Motivasjon
«Motivasjon er et samlebegrep for de krefter som igangsetter og vedlikeholder atferd og gir atferden retning» (Håkonsen, 2009:88). (Håkonsen, 2009) skriver også at motivasjon er et resultat av forholdet mellom verdi og forventning, der verdien er hvor viktig målet er for en, og forventning er hvor sannsynlig vi tror det er at en gitt atferd vil føre oss til målet. Han mener altså at det å ha et mål å forholde seg til, vil være avgjørende for å opprettholde motivasjonen.

4.0 Drøfting

4.1 Postoperative rutiner til pasienter med hoftebrudd
Teorien forteller oss at pasienter etter hoftebrudd har en stor risiko for utvikling av delirium som en postoperativ komplikasjon (Juliebø & Wyller, 2010). De postoperative rutinene, som er nevnt under punkt 3.2, omhandler mye av det samme som det teorien forteller oss, omkring hvordan sykepleieren kan forebygge og bistå i behandling av delirium. Altså, et helhetlig syn på pasienten er sentralt når det kommer til både den generelle pasient, samt den deliriske pasient. Kontrollere og observere pasientens vitale tegn, sørge for at pasienten har tilstrekkelig væsketilførsel, eliminasjon, ernæring, mobilisering og hvile, samt at pasienten opplever velvære. Pasienter som er blitt operert for et hoftebrudd krever at disse rutinene blir
gjort hyppigere, grundigere og med fokus på delirium. Nettopp fordi teorien viser høye forekomster av delirium som en komplikasjon etter hoftebrudd. Pasienten i pasienteksempelet ville muligens ha unngått å utvikle delirium dersom rutinene ble gjort hyppigere, eller dersom det var et større fokus på tilstanden.

4.2 Grunnleggende behov som fundament i sykepleien

Utfra det Hendersons (1997) grunnleggende prinsipper og annen teori forteller, har vi valgt å trekke ut punkter som er fellesnevnere i teorien innenfor delirium, knyttet til grunnleggende behov:

- Sirkulasjon og respirasjon
- Ernæring og væskebalanse
- Eliminasjon
- Mobilisering
- Hvile
- Trygghet

Disse seks punktene er fundamentet for å kunne forebygge delirium. Hendersons grunnleggende prinsipper handler om å ivareta pasientens grunnleggende behov. Dersom sykepleieren kan ivareta disse behovene, vil en kunne bidra til å redusere forekomsten av delirium, nettopp fordi en forhindrer de utløsende faktorene som er beskrevet i punkt 3.4.

Hvis vi ser tilbake på pasienthistorien i innledningen - der pasienten allerede har utviklet delirium, kan Hendersons teori også hjelpe sykepleieren med å bistå behandling av pasienten. Eksempler på dette, som er knyttet opp mot de 14 generelle sykepleiekomponenter (Henderson, 1997), er:
Å hjelpe pasienten slik at han får fjernet kroppens avfallsstoffer, vil hindre obstipasjon.
Tilstrekkelig hvile vil sørge for at pasienten er uthvilt. Tilfredsstillende væske og næringsinntak vil hindre dehydrering og underernæring. Normal oksygenering hindrer lav oksygenmetning. Sørge for at pasienten får kontakt med andre og får gi utrykk for sine følelser vil bidra til at pasienten føler trygghet og ivaretakelse. Disse faktorene blir i teorikapittelet beskrevet som noen av risikofaktorer for utvikling av delirium og kan bidra til at delirium vedvarer, se punkt 3.3.1. Hendersons teori er derfor aktuell også for pasienter som har utviklet delirium, og hennes teori er sentral både i forebygging og behandling av delirium.

For at sykepleieren på best mulig måte skal kunne følge opp de punktene vi har trukket frem ovenfor, vil det være nødvendig at primærsykepleie blir innført. Sykepleieren vil gjennom primærsykepleie ha mulighet til å følge pasienten tettere og derfor ha et bedre utgangspunkt for å ivareta grunnleggende behov. En tetter oppfølging og bedre tid til hver enkelt pasient, vil bidra til at en lettere kan registrere utvikling i pasientens helsetilstand og dermed sette i gang aktuelle tiltak tidlig. Det vil også gi sykepleieren en bedre mulighet til å ivareta pasientens psykiske behov, gjennom blant annet å formidle trygghet og tilstedeværelse.

Primærsykepleie vil også gjøre det lettere for sykepleieren å bruke CAM og Risk Model for Delirium, samt følge de opp og sammenligne resultater. Primærsykepleie er derfor med på å redusere risikoen for utvikling av delirium, i tillegg til at det vil gi bedre vilkår når sykepleierne skal bistå i behandlingen av tilstanden. Dersom vi drar frem pasienten i pasienteksempelet, ville primærsykepleie kunne bidrett til at pasienten hadde fått en bedre oppfølging med økt kontinuitet. Det kunne også bidrett til å skape tryggere rammer rundt pasienten, da han hadde fått færre sykepleiere å forholde seg til.

Da vi var i sykehuspraksis ble det innført primærsykepleie på en av gruppene på avdelingen. Det ble tydelige skiller i dokumentasjon mellom gruppen med primærsykepleie og de to gruppene som ikke hadde det. Det var lett å se at sykepleieren hadde bedre tid til å fokusere på sine pasienter, da dokumentasjonen ble mer utdypende og detaljert. Primærsykepleie vil gi sykepleieren muligheten til å øke kvaliteten på dokumentasjonen, fordi en har bedre tid til å følge opp pasienten. Som skrevet ovenfor vil primærsykepleie bidra til at sykepleieren kan observere pasienten grundigere og en vil ha mulighet til å kontrollere pasientens tilstand hyppigere. Dette gir sykepleieren mer å dokumentere og kvaliteten på dokumentasjonen blir bedre, ved at innholdet blir bredere og mer detaljert. Dette vil derfor bidra til øke kvaliteten og kontinuiteten på sykepleien som blir gitt, som blir beskrevet i kapittel 3.9.
Å innføre Risk Model for Delirium (vedlegg I) som en inkludert del i de postoperative rutinene, vil være med på å gjøre at vi raskere vil sette i gang tiltak for å forebygge delirium hos pasienter som har høy risiko for å utvikle tilstanden. Dette er fordi skjemaet vil bidra til å avdekke om pasienten har høy eller lav risiko for å utvikle delirium. Dersom resultatet viser at pasienten har risiko for å utvikle delirium, vil sykepleieren sette i gang forbyggende tiltak - slik at sjansen for utvikling av delirium reduseres. Skjemaet som finnes i dag er en engelsk versjon, så det må oversettes til norsk for at det skal kunne tas i bruk (Moerman et al., 2012).

Det er ingen selvfølge at en innføring av en slik utfyllingskjema betyr at det blir tatt i bruk av alle. Men ved at man starter prosessen med endring av rutiner i forhold til forebygging og behandling av delirium med internundervisning, etterfulgt av visjonsarbeid, vil forhåpentligvis forståelsen for effekten av spørreskjemaet komme klart frem for alle sykepleierne på avdelingen. I tillegg tror vi at visjonsarbeidet vil føre til at medarbeiderne føler et personlig ansvar for å lykkes i arbeidet med å forebygge og å bidra i behandlingen av delirium, noe som vil føre til en økt sjanse for at Risk Model-skjemaet blir tatt i bruk.

Det er ingen selvfølge at en innføring av en slik utfyllingskjema betyr at det blir tatt i bruk av alle. Men ved at man starter prosessen med endring av rutiner i forhold til forebygging og behandling av delirium med internundervisning, etterfulgt av visjonsarbeid, vil forhåpentligvis forståelsen for effekten av spørreskjemaet komme klart frem for alle sykepleierne på avdelingen. I tillegg tror vi at visjonsarbeidet vil føre til at medarbeiderne føler et personlig ansvar for å lykkes i arbeidet med å forebygge og å bidra i behandlingen av delirium, noe som vil føre til en økt sjanse for at Risk Model-skjemaet blir tatt i bruk.

**4.3 Risk Model for Delirium som et forebyggende verktøy**

**Hvordan ser vi for oss at dette skal fungere i praksis?** Det må være primærsykepleieren til den enkelte pasient som har ansvaret for at skjemaet blir utfylt og fulgt opp. For at resultatene av skjemaet skal følges opp tilstrekkelig, mener vi det er viktig at skjemaet til den enkelte pasient blir tatt opp til vurdering under legevisitten. Det er også viktig at skjemaet blir oppbevart på en fast plass, så vi mener at det bør oppbevares i mappen til pasienten der også medisinkurven ligger, slik at det er lett tilgjengelig. Resultatet en får av et ferdig utfylt skjema må dokumenteres inn i sykehusets dokumentasjonssystem, slik at en sikrer at det blir videreført til andre som skal jobbe med denne pasienten. Det at en sikrer videreføring av resultatet av spørreskjemaet er svært viktig for at forebyggingstiltak raskt skal iverksettes hvis det avdekkes at pasienten har høy risiko for utvikling av delirium, samt at allerede iwerksatte tiltak blir fulgt opp.

**Det er tid- og ressurskrevende om en skal gjennomgå Risk Model-skjemaet for hver pasient som kommer inn på avdelingen.** Selv om en avdekker om pasienten har lav eller høy risiko for å utvikle delirium, er det ikke sikkert at det kun er pasienter med høy risiko som faktisk utvikler delirium. Når problemstillingen vår spør hvordan vi kan forebygge og bidra i behandlingen av delirium, vil da Risk Model of Delirium være et effektivt verktøy? Det vil kunne bidra til at det settes i gang forebyggende tiltak tidlig hos pasientene med høy risiko. Siden det ikke er noen garanti for at ikke pasientene med lav risiko også utvikler delirium, vil
dette skjemaet også kunne være med på at utvikling av delirium hos lavrisikopasientene senere blir oppdaget eller, i verste fall, oversett.

4.4 Confusion Assessment Method - et enkelt og effektivt verktøy
Bruk av CAM-skjemaet vil kunne bidra til at flere tilfeller av delirium blir avdekket, samt at behandlingstiltak raskere blir iverksatt. Dette er fordi at man gjennom å bruke skjemaet vil kunne registrere de viktigste symptomene på delirium og dermed få gode indikasjoner på om pasienten er delirisk eller ikke. For at CAM-skjemaet skal bli benyttet i størst mulig grad, er det viktig med faste rutiner rundt det, samt at sykepleierne på avdelingen forstår hvorfor vi skal bruke det og hvor viktig det er at det blir tatt i bruk. Vi ser for oss at de samme rutinene som vi har beskrevet for Risk Model-skjemaet, skal gjelde for CAM, slik at en fast person har ansvaret, skjemaet får en fast plass, og de arenaer der resultatene skal diskuteres er bestemt på forhånd. Utforming av CAM-skjema bør også inngå som et punkt på arbeidslisten, som vi har nevnt ovenfor. Siden vi har fokus på en pasientgruppe som har høy forekomst av delirium, ser vi for oss at CAM-skjemaet skal fylles ut to ganger om dagen, både av sykepleieren som er på dagvakt og på aftenvakt. Hvis resultatet av skjemaet viser at det er sannsynlig at pasienten har delirium, må lege kontaktes og behandlingstiltak må iverksettes umiddelbart.

Også her er god dokumentasjon avgjørende for at tiltak skal bli fulgt opp, slik at vi får kontinuitet i behandlingen. Som forskning viser, så er det avgjørende at de som skal bruke skjemaet får opplæring i hvordan man bruker det for at det skal bli benyttet (Sjøbø et al., 2012). Vi vil derfor at opplæring i CAM skal inngå i internundervisningen på avdelingen. Et annet moment som er viktig for at man skal lykkes med at CAM-skjemaet skal bli en fast rutine, er at det må evalueres jevnlig etter oppstart. Dette vil gi tilbakemelding på om det blir brukt, og hvorvidt det bidrar positivt til å nå målet med å bli flinkere til å forebygge og å iverksette riktige behandlingstiltak i forhold til delirium.

Med innføring av ulike skjemaer og verktøy som et supplement i arbeidet for å forebygge og behandle delirium, er det en fare for at skjemaene vil kreve så mye tid at det stjeler fokuset fra pasienten. CAM-skjemaet er et så enkelt og kortfattet skjema med god dokumentert effekt (se punkt 3.6.2), at vi mener det kan bidra til det motsatte. Det kan være med på å holde fokuset på pasienten gjennom at spørsmålene i skjemaet krever at en observerer pasienten grundig og at en kontinuerlig ser etter endringer i pasientens tilstand. Et CAM-skjema er et
avkrysningsskjema, og har derfor den fordelen at det gir konkrete resultater, noe som vil bidra til å gjøre det enklere å sammenlikne resultater og følge med på pasientens utvikling.

CAM er altså viktig i forebyggings- og behandlingsarbeidet, fordi det vil gi et økt fokus og en grundigere observasjon av pasientene, som igjen vil medføre at flere deliriumstilfeller blir avdekket, og dermed behandlet.

Også innføringen av dette skjemaet vil kreve en del ressurser, men vi mener at dette er et fornuftig tiltak når vi ser at dette kunne ha utgjort en forskjell i positiv retning for pasienten i pasienteksempelet. For han ville et CAM-skjema kunne bidra til at tilstanden ble avdekket tidligere, slik at det hadde blitt satt i gang behandlings tiltak raskere. Han ville forhåpentligvis blitt fortere frisk, slik at han har hatt større sjansen for å komme tilbake til sitt normale funksjonsnivå.

4.5 Ledelseshjulet som modell for innføring av nye rutiner i en avdeling

Vi har selv erfart drastiske endringer av rutiner, da det ble innført primærsykepleie på en av gruppene på den avdelingen vi var i praksis. Endringen av rutinene kom brått på for mange av sykepleierne på avdelingen, siden ikke alle hadde fått med seg de informasjonsmøtene som var avholdt i forkant og at det generelt hadde vært lite informasjon på forhånd. Dette medførte at mange var negative til endringen og flere gikk tilbake til de gamle rutinene da ingen av «forkjemperne» for primærsykepleie var tilstede.

Med bakgrunn i vår egen erfaring ser vi hvor viktig det er med god planlegging når man skal innføre endringer på en avdeling med allerede innarbeidede rutiner. Vi mener derfor at ledelseshjulet er et godt verktøy i denne sammenheng, da en får med alle stegene som er viktige i en endringsprosess der vi ønsker å innføre nye rutiner i forhold til hvordan sykepleierne kan forebygge og bidra i behandlingen av delirium.

4.5.1 Hvordan vi vil inkludere sykepleierne i endringsprosessen

For at alle sykepleierne på avdelingen skal sitte med de samme grunnleggende kunnskapene om hva delirium er og hvordan en kan utøve god sykepleie innenfor forebygging og behandling, mener vi det er viktig at skolering og internundervisning blir godt planlagt i planleggingsfasen. På et sykehus vil det være vanskelig å holde internundervisning for alle sykepleierne samtidig. En organisasjon er aldri sterkere enn sitt svakeste ledd. Det er derfor viktig at internundervisning skjer i flere omganger og over flere dager og kanskje uker, slik at
alle får mulighet til å delta. En sikrer dermed at hele avdelingen har samme utgangspunkt for endring av rutiner.

Det nytter ikke å få noen til å gjøre noe, dersom en ikke er klar over hvorfor det blir gjort. Kunnskapen vil bidra til at en lettere forstår nødvendigheten og føler ansvar i arbeidet. I kapittel 3.4.1 Kunnskap om forebygging, står det at delirium kan forebygges dersom det finnes tilstrekkelig kunnskaper blant de ansatte (Gustafson et al., 2002). Hvis en ser tilbake på pasienteksempellet i innledningen, ville sykepleieren hatt bedre forutsetninger for å iwerksette tiltak og å bistå i behandlingen, dersom sykepleieren hadde deltatt på internundervisning i forkant. Kunnskap vil bidra til at sykepleieren er i stand til å se symptomer tidlig og dermed sette i gang og følge opp forebyggende og behandlende tiltak.

Etter flere runder med internundervisning kan en gå videre til visjonsarbeid, som vi også mener bør være en del av starten på utfølresesfasen. Først må man diskutere hvordan ting fungerer på avdelingen i dag. Hva gjør vi på avdelingen for å forebygge delirium? Gjør vi noe i det hele tatt? Hvilke tiltak blir iwerksatt dersom en avdekker at en pasient er delirisk? Etter at en har gjort dette, må en spørre; er dette tilstrekkelig? Hvis en er enige om at det ikke er det, kan man fortsette visjonsarbeidet med å spørre medarbeiderne hvordan de mener «drømmeavdelingen» ser ut og hva de mener må gjøres for at man skal komme så nært en optimal løsning som mulig. Det er viktig at alle får tid til å tenke seg om, så det kan være lurt at alle skriver ned noen punkter som man leverer inn. Det er viktig at alle blir hørt og at alle forslag til endringer blir tatt med videre i prosessen (Jakobsen, 2005).

Ved å inkludere visjonsarbeid i endringsprosessen, vil en bidra til at sykepleierne på avdelingen kan føle et eierforhold til endringsprosessen og de endringstiltakene som blir gjort, noe som gjør at en vil føle et personlig ansvar for å nå målet med prosjektet. Det kan også være aktuelt å utnevne to deliriumskoordinatorer for prosjektet, slik at man har to frontfigurer som har et ekstra ansvar for å følge opp tiltakene, og som de andre medarbeiderne kan rådføre seg med underveis.

For å lykkes med endringsprosessen, er det avgjørende at sykepleierne har og opprettholder motivasjonen. Dersom en har et mål, vil en lettere kunne opprettholde motivasjon (Håkonsen, 2009). Derfor vil det være viktig at sykepleierne sammen setter seg et mål. Et eksempel på et mål kan være "å redusere forekomsten av delirium i avdelingen". Sykepleierne har gjennom internundervisning fått vite at om lag 50 prosent av pasientene med hoftebrudd utvikler delirium, og delirium gir økt fare for andre sykdommer og død (Juliebø & Wyller, 2010).
Kunnskapen gjør det lettere å forstå viktigheten av gode forebyggings- og behandlingstiltak, noe som vil gi økt motivasjon til å jobbe mot målet. Motivasjonen kan bidra til at endringsprosessen faktisk skjer, ved at sykepleierne utfører tiltakene over tid. På denne måten vil man kunne utøve sykepleie som er med på å forebygge og å bidra i behandlingen av delirium.

4.5.2 Hvordan vi vil systematisere arbeidet

Når en har fått kunnskap ved hjelp av internundervisning og man har fått samlet forslagene etter visjonsarbeidet, må det utformes nye tiltak som er rettet mot det målet man har satt seg. Tiltakene må systematiseres og organiseres, noe som vil øke sjansen for at tiltakene faktisk blir gjennomført. Systematisering i form av arbeidsliste vil bidra til å sikre en standard i sykepleien som blir gitt og en hindrer at sykepleien blir vilkårlig. På denne måten vil en være sikker på at pasienten i pasienteksempelet får ivaretatt sine grunnleggende behov, uavhengig av hvem som er på jobb. Vi kan se for oss at pasienten for eksempel er obstipert og derfor ikke får kvittet seg med kroppens avfallsstoffer, noe som kan bidra til at delirium vedvarer. Dersom arbeidslista inneholder tiltak som er rettet mot eliminasjon, vil sykepleieren bidra til å redusere varigheten av delirium.


Når disse tingene er på plass, er det viktig at resultatene av arbeidet registreres, slik at man kan se om man har nådd de målene en har satt seg. Dersom de ansatte ser at resultatene av den nye organiseringen virker forebyggende og at det har bidratt til en bedre behandling av
deliriske pasienter, vil det bli lettere å opprettholde motivasjonen for å videreføre disse rutinene (Håkonsen, 2009).

Videre vil det være ledelsens jobb å reflektere over de resultatene en har fått og hvordan arbeidet fungerer på avdelening. Dette er viktig for å kunne avgjøre om de nye rutinene er noe man skal innføre som en fast standard og om det eventuelt kreves noen justeringer (Orvik, 2004).

For å kunne forebygge delirium er det viktig med et kontinuerlig arbeid over tid og at tiltakene rettet mot forebygging og behandling av tilstanden blir fast rutine. For pasienten i pasienteksepelet, ville gode rutiner ført til at han ville blitt bedre ivaretatt og raskere blitt frisk av tilstanden. Dette er fordi faste rutiner sikrer at arbeidet blir gjort og fulgt opp.

5.0 Avslutning

5.1 Oppsummering og svar på problemstilling
Etter å ha jobbet med oppgaven sitter vi på helt andre kunnskaper enn det vi gjorde da vi opplevde pasienteksepelet. Med det vi vet nå, ville vi ha grepet fatt i situasjonen på en helt annen måte. Vi skal derfor svare på problemstillingen med de kunnskapene vi har fått gjennom oppgaven.

«Hvordan kan sykepleiere forebygge og bidra i behandlingen av delirium hos eldre pasienter med hoftebrudd?»

Vi ser eksempelvis at pasienten i pasienteksepelet mest sannsynlig vekslet mellom hyper- og hypoaktivt delirium. Pasienten fikk ikke avdekket dette og ble sendt hjem med hypoaktiv delirium, noe som er svært uheldig. Kunnskap er derfor det viktigste stikkordet. For at sykepleieren skal ha mulighet til å registrere symptomer, må hun ha kunnskaper om hvilke symptomer en skal se etter. Dersom kunnskapen ikke er tilstede, vil en verken være i stand til å registrere symptomer, sette i gang forebyggende tiltak eller delta i behandlingen.

At sykepleieren har tilstrekkelige kunnskaper om delirium og hva som er de beste tiltakene i forhold til forebygging og behandling, vil bidra til en bevissthet rundt eget arbeid. Pasienten i pasienteksepelet ble sendt hjem med delirium, fordi sykepleierne på avdeleningen ikke visste nok om tilstanden til å identifisere den. Dette er svært uheldig, og er med på å fortelle oss hvor avhengig sykepleieren er av å ha kunnskaper for å kunne forebygge og behandle
pasienter med delirium. Vi kan dermed konkludere med at kunnskap bidrar til at sykepleieren har mulighet til å forebygge og bistå i behandlingen av delirium.

I tillegg til kunnskap om delirium må sykepleieren ha endringskompetanse, for å kunne sette i gang en endringsprosess. En må kunne være i stand til å bruke det teorien sier om delirium for å iverksette endringer i en avdeling - slik at det er mulig å drive med forebygging og behandling av delirium. Endringsprosessen bidrar til at man får utarbeidet gode rutiner rettet mot forebygging og behandling, samt at disse rutinene blir satt i system slik at en sikrer at de blir gjort.


For å kunne øke muligheten ytterligere til å forebygge og behandle delirium vil det være aktuelt å innføre ulike verktøy. Det er viktig at hver avdeling finner ut hvilket verktøy som passer best for deres avdeling, slik at skjemaet faktisk blir brukt. Dersom vi ser tilbake på pasienten i pasienteksempelet vil et disse verktøyene ha avdekket at pasienten faktisk var delirisk. En kunne dermed ha satt i gang behandlingstiltak, slik at pasienten ikke ble sendt hjem med delirium.

Likevel er ikke kunnskap, gode rutiner og arbeidslister nok til å kunne forebygge og bistå i behandling av delirium når vi tenker oss at dette skal bli en varig løsning. For at man skal kunne holde motivasjonen i arbeidet oppe over tid, er det viktig at endringen blir fulgt opp slik at en etter hvert vil få se resultater av det arbeidet som er gjort.

5.2 Evaluering av eget arbeid
Da vi begynte med oppgaven hadde vi ikke sett for oss at vi skulle vinkle oppgaven mot endring av rutiner, motivasjon og organisering i en avdeling, men dette var noe vi så var nødvendig for å kunne svare på problemstillingen vår. Denne endringen ble gjort fordi vi tenker at behandling og avgjørelser tatt i forbindelse med behandling er legens oppgave. Vi er
veldig fornøyd med det ferdige resultatet, og ser at endringene som er gjort har styrket oppgaven vår. I løpet av denne perioden har vi lært veldig mye, og sitter igjen med kunnskaper som vi ser kommer til å være aktuell å ha med seg som ferdig utdannende sykepleiere.
Litteraturliste


* Selvvalgt litteratur med antall sider som er benyttet i forbindelse med oppgaven (til sammen 316 sider selvvalgt litteratur).
## Risk Model for Delirium

<table>
<thead>
<tr>
<th>Predisposing risk factors for delirium</th>
<th>Points</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Delirium during previous hospitalization</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Dementia</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Clock drawing (displaying 10 past 11)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Small mistakes</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>- Big mistakes, unrecognizable or no attempt</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Age</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- 70 to 85 years</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>- Older than 85 years</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Impaired hearing (patient is not able to hear speech)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Impaired vision (vision less than 40%)</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Problems in activities of daily live</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>- Domestic help or help with meal preparation</td>
<td>0.5</td>
</tr>
<tr>
<td>- Help with physical care</td>
<td>0.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Use of heroin, methadone or morphine</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td>Daily consumption of 4 or more alcoholic beverages</td>
<td>2</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Total score</strong></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

(Moerman et al., 2012)
## Confusion Assessment Method (CAM) Kortversjon


### Intervjuer:

<table>
<thead>
<tr>
<th>Boks 1</th>
<th>Boks 2</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>I. Akutt Debut og Vekselende Forløp</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>a) Finnes det tegn på akutte endringer i pasientens mentale tilstand i forhold til hvordan han/hun er til vanlig?</td>
<td>Nei</td>
</tr>
<tr>
<td>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?</td>
<td>Nei</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>II. Oppmerksomhet</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Hadde pasienten problemer med å holde oppmerksomheten, for eksempel ble han/hun lett distrahert, eller hadde han/hun problemer med å få med seg det som ble sagt?</td>
<td>Nei</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>III. Desorganisert Tankegang</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Var pasientens tankegang desorganisert eller usammenhengende, for eksempel usammenhengende eller irrelevant konversasjon, ukjære eller ulogiske tankerekker, uforutsigbar endring fra tema til tema?</td>
<td>Nei</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>IV. Endret Bevissthetssnivå</strong></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Generelt sett, hvordan vurderer du pasientens bevissthetssnivå?</td>
<td>Våken (normal)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Oppspilt (anspent)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Somnolent (søvnig, lett å vekke)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Stuporøs (omtåket, vanskelig å vekke)</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Komatøs (umulig å vekke)</td>
</tr>
<tr>
<td>Er det noen kryss i det grå feltet?</td>
<td>Nei</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Hvis alle punktene i Boks 1 og minst ett i Boks 2 er besvart med JA, er diagnosen delirium sannsynlig.
### Vedlegg III: Artikkelmatrise

<table>
<thead>
<tr>
<th>Publikasjonsår</th>
<th>Land</th>
<th>Database</th>
<th>Forfattere</th>
<th>Tittel</th>
<th>Hensikten med forskningsartikkel</th>
<th>Utvalg</th>
<th>Resultat</th>
<th>Konklusjon</th>
<th>Tidsskrift</th>
<th>Hvordan er artikkelen relevant?</th>
<th>Hva sier artikkelen om temaet?</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Publikasjonsår</td>
<td>Land</td>
<td>Database</td>
<td>Forfattere</td>
<td>Tittel</td>
<td>Hensikt</td>
<td>Metode &amp; Utvalg</td>
<td>Resultat &amp; Konklusjon</td>
<td>Tidsskrift &amp; Referee/Fagartikkel</td>
<td>Hvordan er artikkelen relevant?</td>
<td>Hva sier artikkelen om temaet?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>--------------</td>
<td>---------------</td>
<td>---------------------------</td>
<td>-----------------------------------</td>
<td>-----------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-----------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>-------------------------------</td>
<td>---------------------------------</td>
<td>----------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Publikasjonsår</td>
<td>Land</td>
<td>Database</td>
<td>Forfatter</td>
<td>Tittel</td>
<td>Hensikt</td>
<td>Metode</td>
<td>Utvalg</td>
<td>Resultat</td>
<td>Konklusjon</td>
<td>Tidsskrift</td>
<td>Hvordan er artikkelen relevant?</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------</td>
<td>------</td>
<td>----------</td>
<td>-----------</td>
<td>--------</td>
<td>---------</td>
<td>--------</td>
<td>--------</td>
<td>----------</td>
<td>------------</td>
<td>------------</td>
<td>-----------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Publikasjonsår</td>
<td>Forfatter</td>
<td>Tittel</td>
<td>Hensikt</td>
<td>Metode</td>
<td>Resultat</td>
<td>Tidsskrift Referee/Fagartikkel</td>
<td>Hvordan er artikkelen relevant?</td>
<td>Hva sier artikkelen om temaet?</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------</td>
<td>----------------</td>
<td>-------------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------------------------------</td>
<td>----------------</td>
<td>-------------------------------</td>
<td>---------------------------------</td>
<td>--------------------------------</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Publikasjonsår</td>
<td>Land</td>
<td>Database</td>
<td>Forfatter</td>
<td>Tittel</td>
<td>Hensikt</td>
<td>Metode</td>
<td>Utvalg</td>
<td>Resultat</td>
<td>Konklusjon</td>
<td>Tidskrift</td>
<td>Referee/Fagartikkel</td>
</tr>
<tr>
<td>-------------</td>
<td>-----</td>
<td>----------</td>
<td>-----------</td>
<td>--------</td>
<td>---------</td>
<td>--------</td>
<td>--------</td>
<td>----------</td>
<td>-----------</td>
<td>-----------</td>
<td>-------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Publikasjonsår</td>
<td>Land</td>
<td>Database</td>
<td>Forfatter</td>
<td>Tittel</td>
<td>Hensikt</td>
<td>Metode</td>
<td>Utvalg</td>
<td>Resultat</td>
<td>Konklusjon</td>
<td>Tidskrift</td>
<td>Referee/Fagartikkel</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------</td>
<td>------</td>
<td>----------</td>
<td>-----------</td>
<td>--------</td>
<td>---------</td>
<td>--------</td>
<td>--------</td>
<td>----------</td>
<td>------------</td>
<td>-----------</td>
<td>-----------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Publikasjonsår</td>
<td>Land</td>
<td>Database</td>
<td>Forfatter</td>
<td>Tittel</td>
<td>Hensikt</td>
<td>Metode</td>
<td>Utvalg</td>
<td>Resultat</td>
<td>Konklusjon</td>
<td>Tidsskrift</td>
<td>Referee/ Fagartikkel</td>
</tr>
<tr>
<td>---------------</td>
<td>------</td>
<td>----------</td>
<td>-----------</td>
<td>--------</td>
<td>---------</td>
<td>--------</td>
<td>--------</td>
<td>----------</td>
<td>-----------</td>
<td>------------</td>
<td>------------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>Publikasjonsår</td>
<td>Land</td>
<td>Database</td>
<td>Forfatter</td>
<td>Tittel</td>
<td>Hensikt</td>
<td>Metode Utvalg</td>
<td>Resultat Konklusjon</td>
<td>Tidskrift Referee/ Fagartikkel</td>
<td>Hvordan er artikkelen relevant?</td>
<td>Hva sier artikkelen om temaet?</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>---------------</td>
<td>---------</td>
<td>-----------------------------------</td>
<td>---------------------------</td>
<td>-------------------------------------------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------</td>
<td>--------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>----------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td>---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>