



UiT Norges arktiske universitet

Det helsevitenskapelige fakultet

Bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem

En scoping review

Emilie Eilertsen Ripnes

Mastergradsoppgave i Aldring og geriatrisk helsearbeid, HEL-3963, mai 2022

Antall ord: 19 628

Innholdsfortegnelse

1	Introduksjon	1
1.1	Bakgrunn for valg av tema	3
1.2	Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål	4
1.3	Begrepsavklaring	6
1.3.1	Sykehjem.....	6
1.3.2	Demens.....	7
1.3.3	Delirium	8
1.3.4	Kartleggingsverktøy for identifisering av delirium.....	9
1.4	Tidligere forskning	10
1.4.1	Delirium på sykehjem	11
1.4.2	Bruk av kartleggingsverktøy på sykehus	11
1.4.3	Helsepersonells kunnskap om delirium og bruk av kartleggingsverktøy	12
2	Teoretiske perspektiver	14
2.1	Delirium og demens på sykehjem	14
2.2	Kunnskapsbasert praksis.....	16
2.3	Kvalitet og pasientsikkerhet	18
2.4	Personsentrert omsorg	19
3	Metode.....	22
3.1	Identifisering av problemstilling og forskningsspørsmål	23
3.2	Identifisering av relevante studier	23
3.3	Utvelgelse av studier	25
3.4	Kartlegging av data.....	28
3.5	Innsamling, oppsummering og rapportering av resultater.....	30
3.6	Forskningsetiske overveielser.....	31
4	Resultater.....	32
4.1	Søkeprosess og kjennetegn ved inkluderte studier	32

4.2	Hvilke kartleggingsverktøy benyttes i forskningslitteraturen for å identifisere delirium hos pasienter med demens på sykehjem?	35
4.3	Hvordan brukes kartleggingsverktøyene i forskningslitteraturen?.....	39
4.4	Hva sier forskningslitteraturen om kartleggingsverktøyenes egnethet for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem?	42
5	Diskusjon.....	46
5.1	Bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem.....	46
5.2	Bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium krever erfaring, kunnskap og kompetanse.....	48
5.2.1	Bruk av CAM krever kunnskap og erfaring.....	49
5.2.2	De fleste verktøy krever ingen forkunnskap	49
5.3	Mangel på tilpassede verktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem.....	51
5.3.1	Bruk av CAM på sykehjem kan gi falske positive eller falske negative.....	51
5.3.2	Bruk av kartleggingsverktøy bør baseres på kunnskapsbasert praksis	52
5.3.3	Personsentrert omsorg som forutsetning for identifisering av delirium hos pasienter med demens	54
5.3.4	RADAR: et mulig egnet kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem	56
5.4	Styrker og svakheter ved oppgaven.....	56
6	Avslutning	59
	Referanseliste	62
	Vedlegg 1: Confusion Assessment Method (CAM)	66
	Vedlegg 2: 4 'A's Test (4AT)	67
	Vedlegg 3: Søkestrategi	68
	Vedlegg 4: Søkelogg	70
	Vedlegg 5: Tabell med data fra kartleggingsfasen.....	73

Tabelliste

Tabell 1: Diagnostiske kriterier for demens ifølge ICD-10	7
Tabell 2: Diagnostiske kriterier for delirium ifølge DSM-5	9
Tabell 3: Søkeord satt inn i PCC-tabell.....	24
Tabell 4: Inklusjons- og eksklusjonskriterier	26
Tabell 5: Utdrag fra tabell med data fra kartleggingsfasen	28
Tabell 6: Metode og kjennetegn ved utvalg i de inkluderte studiene.....	34
Tabell 7: Kartleggingsverktøy identifisert i de inkluderte studiene	35
Tabell 8: Oversikt over hvem som administrerer kartleggingsverktøyene i studiene	39

Figurliste

Figur 2: Flytskjema med resultat av søk og utvelgelsesprosessen	32
---	----

Sammendrag

Bakgrunn: Pasienter med demens på sykehjem er sårbare og har høy risiko for å utvikle delirium, selv ved mindre alvorlige hendelser som milde infeksjoner eller miljøforandringer. Delirium hos pasienter med demens blir ofte oversett av helsepersonell, grunnet mangel på kunnskap om delirium og bruk av kartleggingsverktøy. Verktøyene som benyttes for identifisering av delirium på norske sykehjem er validert for kognitivt friske pasienter, men ikke pasienter med demens. Likevel brukes de samme kartleggingsverktøyene hos pasienter med og uten demens.

Hensikt: Undersøke hva forskningen sier om bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem. Undersøke hvilke kartleggingsverktøy som benyttes i forskningen, hvordan disse brukes og hva forskningen sier om verktøyenes egnethet for pasienter med demens på sykehjem.

Metode: Arksey & O'Malleys metodologiske rammeverk for gjennomføring av en scoping review er lagt til grunn for denne oppgaven. Det ble identifisert 13 kvantitative studier etter søk i CINAHL, MEDLINE, PsychINFO og EMBASE, samt henvisningssøk og manuelle søk i referanselister.

Funn: Det ble identifisert 12 ulike kartleggingsverktøy i denne reviewen, og CAM ble identifisert som det mest brukte verktøyet. Funn viser at de fleste av disse verktøyene skal kunne brukes uten opplæring og erfaring på forhånd, men blir i de inkluderte studiene i hovedsak brukt av erfarne forskere eller andre med trening i bruken av dem. Ved bruk i den kliniske hverdagen på sykehjem ble raske og enkle observasjonsbaserte verktøy funnet som mest hensiktsmessig. Funn viser at RADAR er det eneste kartleggingsverktøyet som kan være egnet for pasienter med demens på sykehjem, men ingen av de identifiserte verktøyene i denne reviewen vurderes som klart egnet for disse pasientene.

Konklusjon: Verktøyene som anbefales for identifisering av delirium på sykehjem er ikke egnet for pasienter med demens, og funn viser mangel på tilpassede verktøy for denne pasientgruppen. Valideringsstudier på bruk av kartleggingsverktøy på sykehjem bør gjennomføres, for å kunne identifisere verktøy som kan være egnet for pasienter med demens. Det er behov for kunnskap blant helsepersonell om delirium hos disse pasientene, samt bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium.

Nøkkelord: Demens, delirium, kartleggingsverktøy, sykehjem, personsentrert omsorg, kunnskapsbasert praksis, pasientsikkerhet, scoping review

Abstract

Background: Patients with dementia in nursing homes are vulnerable and at high risk of developing delirium, even in events such as mild infections or environmental changes. Delirium in patients with dementia is often overlooked by healthcare professionals, due to a lack of knowledge about delirium and the use of screening tools. The tools used in nursing homes are validated for use in the general population, but not for use in patients with dementia. Nevertheless, the same screening tools are used to identify delirium in patients with and without dementia.

Purpose: Investigate the research literature for the use of screening tools for the identification of delirium in patients with dementia in nursing homes. Investigate which screening tools are used, how these tools are used, and what the research literature says about the tools' suitability for patients with dementia in nursing homes.

Method: Arksey & O'Malley's methodological framework for conducting scoping reviews is the basis for this thesis. 13 quantitative studies were identified by searches in CINAHL, MEDLINE, PsychINFO and EMBASE, as well as citation searches and manual searches.

Findings: 12 different screening tools were identified in this review, and CAM was identified as the most widely used tool. Findings show that most of these tools can be used without training or experience in advance but are in the included studies used mainly by experienced researchers or others with prior training. When used in the clinical everyday life of nursing homes, quick and easy observation-based tools were found to be most appropriate. Findings show that RADAR is the only screening tool that may be suitable for patients with dementia in nursing homes, but none of the identified tools in this review are considered clearly suitable for these patients.

Conclusion: The tools recommended for delirium screening in nursing homes are not suitable for patients with dementia, and findings show that there is a lack of tools suitable for these patients. Validation studies on the use of screening tools in nursing homes should be conducted, to identify tools that may be suitable for patients with dementia. There is a need for knowledge among healthcare professionals about delirium in these patients, as well as the use of mapping tools to identify delirium.

Keywords: Dementia, delirium, screening tools, nursing home, person-centred care, evidence-based practice, patient safety, scoping review

1 Introduksjon

Ifølge Folkehelse rapporten (Folkehelseinstituttet, 2021) lever rundt 101 000 mennesker med demens i Norge i dag. Grunnet et økende antall eldre i samfunnet forventes en dobling av antall personer med diagnosen innen år 2050 (Folkehelseinstituttet, 2021). Denne utviklingen påvirker i stor grad etterspørselen etter gode kommunale helse- og omsorgstjenester tilpasset personer med demens, samt økt kompetanse og kunnskap om diagnosen i helsetjenesten og i samfunnet for øvrig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a). På norske sykehjem har rundt fire av fem pasienter demens (Engedal & Tveito, 2019b). Samtidig er kun et fåtall langtidsplasser på sykehjem tilpasset denne pasientgruppen, og det er fortsatt stor mangel på helsepersonell med relevant fagkompetanse rettet mot pasienter med denne diagnosen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a).

Det stilles i dag store krav til kunnskap og kompetanse blant helsepersonell på sykehjem. Etter at Samhandlingsreformen ble innført i 2012, blir pasienter skrevet ut fra sykehus tidligere enn før. Den gamle pasienten er dermed sykere, har større behov for medisinsk oppfølging og behandling, og har mer sammensatte problemstillinger ved innkomst på sykehjem enn tidligere (Eikemo, Stautland & Dale, 2020). En rapport basert på data og forskning på norske sykehjem og hjemmetjenester viser at det i dag er stadig flere ansatte på sykehjem uten helsefaglig utdanning, og at sykehjemmene har store utfordringer med å rekruttere fagpersonell, både helsefagarbeidere og sykepleiere. Dette kan i stor grad påvirke kvaliteten på pleien og behandlingen som gis på sykehjemmet (Gautun, 2020).

Demensplan 2025 setter delirium¹ og demens hos eldre innlagt på sykehus på dagsordenen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a). Ifølge Krogseth (2020) utvikler rundt 60% av pasienter med demens delirium i forbindelse med akutt eller kritisk sykdom som krever sykehusinnleggelse. Disse pasientene er sårbare og har dermed høy risiko for å utvikle delirium, selv ved mindre alvorlige hendelser som milde infeksjoner eller miljøforandringer (Krogseth, 2020). Forskning viser at delirium og kognitiv svikt er hyppig forekommende blant eldre pasienter i norske akuttmottak og andre avdelinger på sykehus (Evensen et al., 2019). Få prevalensundersøkelser er utført på norske sykehjem, men en ny studie viser at det er høy forekomst av delirium også på sykehjem. Over 20% av pasientene i undersøkelsen

¹ I Demensplan 2025 kalt «akutt kognitiv svikt» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a).

hadde delirium én eller flere ganger i løpet av to måneder, og 44% av disse tilfellene av delirium hadde en varighet på mer enn én uke (Skretteberg, Holmefoss & Krogseth, 2022).

Delirium hos pasienter med demens blir ofte oversett, og dermed får kun en liten andel av disse pasientene diagnosen (Krogseth, 2020). Ifølge Wyller (2020) kan dette skyldes manglende kunnskap om delirium og demens blant helsepersonell, for lite oppmerksomhet rundt symptom bildet ved delirium, eller manglende innhenting av opplysninger fra pårørende eller andre omsorgspersoner for å kartlegge pasientens normale kognitive funksjonsnivå. Ofte tas det for gitt at symptomene skyldes pasientens kognitive svikt eller demens, noe som kan være alvorlig da delirium kan være det eneste symptomet på somatisk sykdom hos pasienter med demens (Wyller, 2020).

Ifølge Nasjonale faglige råd om psykiske lidelser hos eldre (Helsedirektoratet, 2019) skal underliggende årsaker for delirium utredes og hensiktsmessig og nødvendig behandling iverksettes ved mistanke om delirium. Forebyggende tiltak bør iverksettes for å motvirke delirium hos sårbare pasienter, og pasienter med demens er i risikogruppen. Videre gjør disse rådene rede for at kartleggingsverktøyene som det anbefales å bruke har høy sensitivitet² for identifisering av delirium, men lav spesifisitet³ for å skille delirium fra demens. Bruk av disse kartleggingsverktøyene til pasienter med demens kan dermed føre til falske positive resultater (Helsedirektoratet, 2019a). Det er ikke utviklet egne kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens, og dermed benyttes de samme verktøyene for å identifisere delirium hos pasienter med og uten demens (Krogseth, 2018).

Nasjonale retningslinjer og prosedyrer beskriver hvordan delirium skal forebygges, identifiseres, diagnostiseres og behandles i ulike settinger og populasjoner. I en prosedyre utarbeidet av Haraldsplass Diakonale Sykehus er det spesifisert at kartlegging og identifisering av delirium skal gjennomføres av helsepersonell med tilstrekkelig kompetanse og opplæring. Videre er det beskrevet hvilke kartleggingsverktøy som skal benyttes for identifisering av delirium hos pasienter innlagt på sykehus (Haraldsplass Diakonale Sykehus, 2021). Det finnes også egne retningslinjer for hvordan delirium skal identifiseres hos

² Sensitivitet: Kartleggingsverktøyets evne til å korrekt identifisere pasienter som **har** en diagnose (Polit & Beck, 2017).

³ Spesifisitet: Kartleggingsverktøyets evne til å korrekt identifisere pasienter som **ikke har** en diagnose (Polit & Beck, 2017).

palliative pasienter (Helsedirektoratet, 2019b) og intensivpasienter (Oslo Universitetssykehus, 2018). Det finnes per i dag ingen nasjonal retningslinje eller prosedyre for identifisering av delirium på sykehjem spesielt, dermed brukes samme anbefalinger for sykehjem som sykehus.

I andre land er det utarbeidet detaljerte kliniske retningslinjer for håndtering av delirium, som er gjeldende for både sykehus og sykehjem. En retningslinje utarbeidet av National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2019) spesifiserer at pasienter med demens har høy risiko for å utvikle delirium, og at det kan være utfordrende å skille mellom delirium og demens. Retningslinjen gjør rede for hvilke kartleggingsverktøy som skal benyttes for identifisering av delirium, og det samme verktøyet anbefales brukt uavhengig om pasienten oppholder seg på sykehus eller sykehjem (National Institute for Health and Care Excellence, 2019).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Gjennom mange års erfaring som sykepleier i eldreomsorgen, i ulike seksjoner og tjenester, har jeg møtt personer med demens av ulik type og alvorlighetsgrad. Noen har jeg møtt i sitt eget hjem, ofte i starten av sykdommen, der de stort sett mestrer dagliglivet på egen hånd med litt hjelp fra pårørende eller hjemmetjeneste. Jeg har møtt noen i omsorgsboliger, der behovet for hjelp har økt og de er avhengige av tilsyn og bistand i større grad enn tidligere. Til slutt har jeg møtt personer med demens på sykehjem, der de aller sykeste av disse pasientene befinner seg. Dette er pasienter som har behov for tilsyn hele døgnet, og bistand i de fleste av dagliglivets aktiviteter. De har behov for kompetent helsepersonell rundt seg, da de ofte har mange og sammensatte behov, sykdommer og plager.

I løpet av de siste ti årene har jeg sett en endring i hvilke pasienter som får plass på sykehjem. Tidligere fikk den gamle plass på sykehjemmet fordi han eller hun hadde behov for litt ekstra hjelp i hverdagen, eller rett og slett grunnet høy alder. Det som tidligere het gamlehjem har nå blitt sykehjem, og beboerne har blitt pasienter. Institusjonen som den gamle så på som sitt hjem i et tiår, har nå blitt et oppholdssted for alvorlig syke, gamle og skrøpelige pasienter med kort forventet levetid. Etter innføringen av Samhandlingsreformen skal sykehjemmene ta imot pasienter fra sykehus med stadig mer komplekse og utfordrende problemstillinger og

behandlingsforløp. Dette stiller stadig større krav til helsepersonells kompetanse og kunnskap (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Min erfaring fra arbeidshverdagen som sykepleier på sykehjem er at det er mangel på kunnskap om delirium blant helsepersonell, om hvilke kjennetegn tilstanden har og hvordan man skal identifisere og kartlegge delirium hos pasienter med demens. Ordet delirium blir sjelden brukt i dagligtalen på sykehjem, men pasientene beskrives ofte som «forvirret». Forvirring eller endring i atferd hos gamle på sykehjem er blant helsepersonell ofte forbundet med urinveisinfeksjon, på tross av at forskning og faglitteratur viser at tilstanden akutt forvirring eller delirium kan ha mange andre årsaker.

Det eksisterer i dag ulike kartleggingsverktøy for bruk på sykehjem, men min erfaring er at disse ikke brukes systematisk og rutinemessig i den kliniske hverdagen. Mitt inntrykk er at mange ansatte på sykehjem heller ikke har fått opplæring og veiledning i hvordan de brukes. Dette kan få store konsekvenser for pasientene, i form av forsinket identifisering av delirium, og dermed manglende identifisering og behandling av den bakenforliggende årsaken. Manglende identifisering av delirium på et tidlig stadium hos disse pasientene kan føre til unødvendige innleggelses på sykehus, nedsatt kognitiv og fysisk funksjon og i verste fall død (Apold, 2018).

Gjennom mastergradsutdanningen i aldring og geriatrisk helsearbeid har jeg fått en større innsikt i den gamle pasienten og hvilke problemstillinger og utfordringer som kan oppstå i møtet med denne pasientgruppen. Utdanningen har gitt meg en bredere kompetanse og interesse for pasienter med demens, og tematikken rundt delirium har vært spesielt interessant. Det å bli introdusert for ny teori og kunnskap om utfordringene rundt delirium og demens har økt min nysgjerrighet for å lære mer om denne tematikken, og dermed har jeg hatt et ønske om å undersøke litteraturen og forskningen på dette feltet ytterligere.

1.2 Hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål

Hensikten med denne masteroppgaven er å undersøke hva forskningen sier om bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem, ved bruk av scoping review som metode. Metoden vil beskrives i detalj i oppgavens metodedel. Ved bruk av scoping review som metode ønsker jeg å få en oversikt over feltets

omfang, identifisere eventuelle hull i forskningen, legge grunnlag for videre forskning på feltet og legge føringer for eventuelle endringer av eksisterende praksis på norske sykehjem.

Problemstilling:

- Hva sier forskningen om bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem?

Forskningsspørsmål:

1. Hvilke kartleggingsverktøy benyttes i forskningslitteraturen for å identifisere delirium hos pasienter med demens på sykehjem?
2. Hvordan brukes kartleggingsverktøyene i forskningslitteraturen?
3. Hva sier forskningslitteraturen om kartleggingsverktøyenes egnethet for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem?

Ved å undersøke hvilke kartleggingsverktøy som benyttes i forskningslitteraturen kan jeg få en oversikt over tilgjengelige og aktuelle verktøy til bruk for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem på internasjonal basis. Finnes det andre kartleggingsverktøy for identifisering av delirium enn de som benyttes på norske sykehjem i dag? Hvordan er disse verktøyene utformet? Jeg vil deretter se på hvordan de identifiserte kartleggingsverktøyene benyttes i forskningslitteraturen, eksempelvis om de benyttes i praksis eller i forskningsøyemed. Brukes verktøyene av erfarne forskere eller helsepersonell i praksis? Brukes de av leger, sykepleiere eller assistenter? Dette kan bidra til å styrke eller svekke verktøyenes validitet⁴ for bruk i praksis på sykehjem.

Til slutt ønsker jeg å undersøke hva forskningslitteraturen sier om kartleggingsverktøyenes egnethet for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem. På bakgrunn av dette kan jeg få en oversikt over om det eksisterer egnede verktøy til bruk for denne pasientgruppen, og eventuelt om disse verktøyene egner seg til bruk i den kliniske hverdagen på sykehjem. Finnes det kartleggingsverktøy som er bedre egnet for pasienter med demens enn de som brukes på norske sykehjem i dag? Er verktøyene tilpasset pasienter med demens? Sier forskningen noe om verktøyenes brukervennlighet for helsepersonell i praksis? Kreves

⁴ Kartleggingsverktøyets validitet: I hvilken grad verktøyet måler det det er tiltenkt å måle (Polit & Beck, 2017, s. 806).

det opplæring eller undervisning for å kunne bruke verktøyene? Ved å besvare disse spørsmålene kan jeg bidra til økt innsikt i tematikken rundt bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens, og dermed bidra til kunnskap som kan forbedre dagens praksis og sikre gode tjenester til pasienter med demens på sykehjem.

1.3 Begrepsavklaring

1.3.1 Sykehjem

Ifølge Forskrift for sykehjem (1988) skal det norske sykehjemmet først og fremst tilby heldøgns opphold, og det skal være tilknyttet lege-, fysioterapeut- og sykepleietjeneste. Videre kan oppgavene til sykehjemmet blant annet være rettet mot rehabilitering, avlastning, permanent opphold, spesialtilpasset opphold med skjerming for pasienter med demens, dagopphold, nattopphold eller terminalpleie (Forskrift for sykehjem, 1988). Sykehjemmet skal sørge for medisinsk behandling, utredning og observasjon ved akutt og langvarig sykdom til alle sine pasienter, og målet er at alle pasienter på sykehjem skal motta helse- og omsorgstjenester av god kvalitet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020b). I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i det norske sykehjemmet, og er samtidig bevisst på at definisjonen eller beskrivelsen av sykehjem kan variere i ulike land.

Brodtkorb & Hauge (2020) beskriver sykehjemmet som en institusjon som skal ivareta gamle som ikke klarer seg selv med hjelp fra familie og hjemmetjeneste, en institusjon som skal tilby heldøgns helse- og omsorgstjenester. Målet for sykehjemmet er å gi individuelt tilpasset pleie og omsorg av god kvalitet, samt medisinsk utredning og behandling (Brodtkorb & Hauge, 2020). Videre beskriver Brodtkorb & Hauge (2020) at pasienter som oppholder seg på sykehjem i dag kan karakteriseres som geriatriske pasienter, da de som regel har høy alder, omfattende helsesvikt og sterkt redusert funksjonsnivå. På sykehjem finner man de eldste og mest skrøpelige brukerne av kommunale helse- og omsorgstjenester (Brodtkorb & Hauge, 2020).

Ifølge Brodtkorb & Hauge (2020) har som regel sykehjemmet både langtidsavdelinger og korttidsavdelinger. Langtidsavdelingene kan være spesielt tilpasset pasienter med omfattende hjelpebehov eller pasienter med demens, mens korttidsavdelingene kan være rettet mot rehabilitering, observasjon, utredning og behandling, avlastning eller lindring (Brodtkorb &

Hauge, 2020). De ansatte på sykehjemmet består som regel av en variert sammensetning av ulike yrkesgrupper, som helsefagarbeidere, sykepleiere, leger, fysioterapeuter, ergoterapeuter, vernepleiere og ufaglærte assistenter (Brodtkorb & Hauge, 2020).

1.3.2 Demens

Demens er ifølge Engedal & Tveito (2019b) en tilstand eller et syndrom som består av et sett symptomer som er felles for flere kroniske hjernesykdommer. Disse sykdommene kalles demenssykdommer, og deles inn i hovedgruppene degenerativ demens, vaskulær demens og sekundær demens (Engedal & Tveito, 2019b). I denne oppgaven vil alle typer demens inkluderes, og jeg vil derfor ikke utdype de ulike typene her. Demens kjennetegnes ved kronisk og irreversibel kognitiv svikt, svikt i evne til å utføre aktiviteter i dagliglivet og endret sosial atferd (Engedal & Haugen, 2018).

Det kliniske bildet som kommer til uttrykk hos en pasient med demens vil ifølge Engedal & Tveito (2019b) variere etter hvilken type demenssykdom pasienten har, knyttet til hvilket område av hjernen som er påvirket. I tillegg kan pasientens mestringsevner, opplevelse av stress og andre sykdommer påvirke symptombildet (Engedal & Tveito, 2019b). Demens kan gi kognitive symptomer som redusert hukommelse og resonneringsevne, psykiske og adferdsmessige symptomer som depresjon, angst, vrangforestillinger og personlighetsendringer og motoriske symptomer som langsomme bevegelser og stiv muskulatur (Wyller, 2020). De ulike demenssykdommene kan utvikle seg raskt eller langsomt, og i langt kommet fase vil sykdommene fremstå mer like grunnet omfattende hjerneskade (Engedal & Tveito, 2019b).

I Norge diagnostiseres demens ved hjelp av de diagnostiske kriteriene i ICD-10, International Classification of Diseases, 10.utgave (se Tabell 1). Kriterium II og IV har som hovedhensikt å skille demens og delirium (Engedal & Tveito, 2019b).

Tabell 1: Diagnostiske kriterier for demens ifølge ICD-10

Demens ifølge ICD-10:	
I.	1) Svekket hukommelse, især for nyere data 2) Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning eller abstraksjon): <i>Mild:</i> Virker inn på evnen til å klare seg selv i dagliglivet <i>Moderat:</i> Kan ikke klare seg uten hjelp fra andre

Alvorlig: Kontinuerlig tilsyn og pleie er nødvendig

- II.** Klar bevissthet
- III.** Svikt av emosjonell kontroll, motivasjon eller sosial atferd. Minst én av følgende:
 - Emosjonell labilitet
 - Irritabilitet
 - Apati
 - Unyansert sosial atferd
- IV.** Tilstanden må ha en varighet av seks måneder eller mer

(Engedal & Tveito, 2019b, s. 361)

1.3.3 Delirium

Delirium eller akutt forvirring er ifølge Engedal & Tveito (2019a) en uspesifikk mental reaksjon på somatisk sykdom, legemiddelpåvirkning eller forgiftning, som fører til overbelastning av hjernen. Høy alder og demens regnes som de største risikofaktorene for delirium, i tillegg til andre hjernesykdommer som Parkinsons sykdom og hjerneslag (Engedal & Tveito, 2019a). Videre beskriver Engedal & Tveito (2019a) tilstanden som noe som oppstår brått, veksler fra dag til dag eller fra time til time, og varer over timer eller få dager. I enkelte tilfeller kan delirium vedvare i uker eller måneder (Engedal & Tveito, 2019a).

Delirium kan utløses av enhver tilstand eller sykdom som forstyrrer kroppens likevekt (Krogseth, 2018). Vanligst er infeksjonssykdommer som lungebetennelse eller urinveisinfeksjon, sykdommer som fører til midlertidig redusert oksygentilførsel til hjernen som hjerneslag eller hjertesvikt, plutselig blødning og store traumer. Videre kan delirium også utløses av ubehandlet smerte, urinretensjon, alvorlig forstoppelse og bruken av legemidler med kognitive bivirkninger (Wyller, 2020). Ifølge Engedal & Tveito (2019a) vil pasientens bevissthetsnivå alltid være redusert ved delirium. Dette vil føre til redusert oppmerksomhet og intellektuell kapasitet, og vil påvirke konsentrasjonen (Engedal & Tveito, 2019a).

Engedal & Tveito (2019a) skiller mellom hyperaktivt (agitert), hypoaktivt (stille) og blandet delirium. Hyperaktivt delirium er det vanligste, og pasienten fremstår da foretaksom og vandrende, med formålsløse bevegelser og taleflom (Engedal & Tveito, 2019a). Videre beskriver Engedal & Tveito (2019a) agitasjon og angst som vanlig hos pasienter med delirium av hyperaktiv type, de vil være lette å distrahere og hallusinerer ofte. Noen pasienter blir også

stille og hypoaktive, lite spontane i aktivitet og har treg reaksjonsevne (Engedal & Tveito, 2019a). Pasienter med hypoaktivt delirium kan ifølge Krogseth (2018) fremstå sløve og falle lett i søvn under samtale. Ved blandet delirium veksler pasienten mellom de to typene, og kan eksempelvis være hypoaktiv på dagtid og hyperaktiv på kveld og natt. Hypo- og hyperaktive symptomer kan også være til stede samtidig ved blandet delirium (Krogseth, 2018). Denne oppgaven inkluderer alle typer delirium.

Delirium diagnostiseres ved hjelp av de diagnostiske kriteriene i DSM-5, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5. utgave (se Tabell 2). DSM-5 regnes som gullstandard for diagnostisering av delirium, både i Norge og internasjonalt (Krogseth, 2018).

Tabell 2: Diagnostiske kriterier for delirium ifølge DSM-5

Delirium ifølge DSM-5:

- A. En forstyrrelse i oppmerksomhet (reduisert evne til å rette, fokusere, opprettholde og flytte oppmerksomhet) og bevissthet (reduisert orientering om miljøet omkring)
- B. Forstyrrelsene utvikles i løpet av kort tid (vanligvis timer til noen få dager), er en endring fra personens vanlige oppmerksomhet og bevissthet, og har tendens til å fluktuere i alvorlighetsgrad gjennom døgnet
- C. I tillegg sees en forstyrrelse i kognisjon (for eksempel forstyrret hukommelse, orientering, språk, visuospatial evne eller persepsjon)
- D. Forstyrrelsene i kriteriene A og C blir ikke bedre forklart av en annen nevrokognitiv lidelse som allerede er etablert, eller som er under utvikling, og de forekommer ikke i sammenheng med alvorlig bevissthetsnedsettelse som koma
- E. Det er holdepunkter fra sykehistorie, klinisk undersøkelse eller laboratorieundersøkelser for at forstyrrelsen er en direkte fysiologisk konsekvens av en annen medisinsk tilstand, forgiftning eller abstinens (for eksempel av rusmidler eller legemidler), annen toksisk påvirkning eller har flere slike årsaker

(Wyller, 2020, s. 308)

1.3.4 Kartleggingsverktøy for identifisering av delirium

Kartleggingsverktøy defineres i denne oppgaven som verktøy som kan benyttes av helsepersonell som hjelpemidler i klinikken, for identifisering, oppdaging, gjenkjenning, kartlegging eller screening av tilstanden delirium hos pasienter med demens på sykehjem. Disse verktøyene er som regel basert på kriterier fra diagnostiske klassifikasjonssystemer som ICD-10 og DSM-5, som brukes av lege for å diagnostisere delirium. På internasjonal basis eksisterer det mer enn 50 ulike kartleggingsverktøy for identifisering av delirium, tilpasset for bruk i ulike settinger og populasjoner (Wilson et al., 2020). I Norge brukes i hovedsak to ulike kartleggingsverktøy for identifisering av delirium (Krogseth, 2018).

Confusion Assessment Method (CAM, se vedlegg 1) er ifølge Krogseth (2018) det mest brukte verktøyet, både i forskning og i klinikken, der pasienten kartlegges og scores basert på kjernesymptomene på delirium fra DSM-5. Disse symptomene er (1) akutt debut og fluktuerende forløp, (2) forstyrrelser i oppmerksomhet, (3) kognitive forstyrrelser og (4) endringer i bevissthetsnivå (Krogseth, 2018). Bruk av CAM i klinikken krever ifølge Wyller (2020) at helsepersonell har fått opplæring og trening i bruken av verktøyet. CAM er et svært mye brukt kartleggingsverktøy i USA, mens man i Europa i større grad går over til å bruke verktøyet 4 'A's Test (4AT) for identifisering av delirium (Wyller, 2020).

Wilson et al. (2020) beskriver i sin oversiktsartikkel at CAM er utarbeidet i ulike former etter hvilken setting og populasjon det skal brukes i. To eksempler er brief CAM (bCAM) og Confusion Assessment Method – Intensive Care Unit (CAM-ICU). Førstnevnte er ifølge Wilson et al. (2020) en kort og forenklet versjon av CAM, som er utarbeidet for bruk i akuttmottak. Sistnevnte er utarbeidet for bruk på intensivavdelinger, og er tilpasset kritisk syke pasienter med mekanisk ventilasjonsstøtte. Det originale CAM-verktøyet skal kunne brukes i praksis på sykehjem (Wilson et al., 2020).

4 'A's Test (4AT, se vedlegg 2) er et annet anbefalt kartleggingsverktøy, for identifisering av delirium og kognitiv svikt. Ifølge Wyller (2020) består verktøyet av en slags sjekklister for symptomer på delirium, der helsepersonell i klinikken observerer pasientens årvåkenhet (**A**lertness), man vurderer om pasienten er orientert om egen alder, fødselsdato, nåværende sted og årstall (**A**bbreviated mental test 4), pasientens bes si årets måneder baklengs for å teste oppmerksomhet (**A**ttention) og man innhenter opplysninger fra pårørende for å vite noe om akutt endring eller svingninger i forløp (**A**cute change or fluctuating course). Verktøyet kan brukes som formelt scoringsverktøy eller som en uformell sjekklister for å aktivt se etter symptomer og tegn på delirium (Wyller, 2020). 4AT krever ingen spesiell trening for å kunne bruke, og er utarbeidet for bruk i klinisk praksis (Wilson et al., 2020).

1.4 Tidligere forskning

Det er gjennomført flere studier på bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium på sykehus, færre studier på sykehjem. Her vil forskning relatert til delirium på sykehjem presenteres. Forskning relatert til bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium på sykehus vil også presenteres her, grunnet mangel på slike studier gjennomført på

sykehjem. Kvalitative studier knyttet til helsepersonells kunnskap og erfaringer med delirium og bruk av kartleggingsverktøy på sykehjem vil også legges frem her.

1.4.1 Delirium på sykehjem

Skretteberg et al. (2022) gjennomførte nylig en prospektiv studie for å kartlegge forekomsten av delirium ved akutte hendelser på sykehjem, undersøke bakenforliggende og utløsende årsaker til delirium, samt følge forløpet av delirium hos pasienter fra tre norske sykehjem. Delirium ble i denne studien identifisert ved hjelp av en kortere versjon av kartleggingsverktøyet CAM, utført av helsepersonell (lege, sykepleier eller annet helsepersonell) med god kjennskap til pasientens normale funksjonsnivå. I forkant av forskningsprosjektet fikk helsepersonellet forelesninger og trening i bruk av CAM (Skretteberg et al., 2022).

I studien av Skretteberg et al. (2022) fant forskerne at 80 prosent av pasientene som deltok i studien hadde demens. Videre forekom delirium i 60 prosent av akutte hendelser, og 23 prosent av pasientene hadde delirium i løpet av forskningsprosjektet. Forskerne fant også at hos 44 prosent av pasientene hadde tilstanden en varighet på mer enn én uke, mens det hos to av pasientene hadde en varighet på mer enn to uker (Skretteberg et al., 2022). Skretteberg et al. (2022) fant at det hos 16 av pasientene som deltok i studien ble identifisert mer enn én utløsende årsak til pasientens delirium, mens det hos to pasienter ikke var mulig å identifisere utløsende årsak. Forskerne nevner til slutt bruk av CAM som en av studiens begrensninger, da verktøyets validitet for bruk hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem er ukjent (Skretteberg et al., 2022).

1.4.2 Bruk av kartleggingsverktøy på sykehus

De & Wand (2015) undersøkte tidligere forskning på bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter innlagt på sykehus, ved hjelp av en systematisk litteraturgjennomgang. Hensikten med studien var å evaluere eksisterende valideringsstudier av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter på sykehus (ekskludert intensivavdeling), samt gi veiledning for valg av kartleggingsverktøy i ulike settinger (De & Wand, 2015). Det ble identifisert 21 ulike kartleggingsverktøy i de 31 i de inkluderte studiene i reviewen, og de fleste deltakerne var eldre pasienter. To tredjedeler av studiene i reviewen inkluderte pasienter med demens (De & Wand, 2015).

Confusion Assessment Method (CAM) ble av De & Wand (2015) identifisert som det mest brukte kartleggingsverktøyet for identifisering av delirium i de inkluderte studiene. Ulempen

med CAM er at det kreves opplæring, trening og erfaring for å kunne bruke verktøyet optimalt i praksis, og funn fra denne studien viser lav sensitivitet når CAM brukes uten denne bakgrunnskunnskapen (De & Wand, 2015). Studien viser videre at 4 'A's Test (4AT) har høy sensitivitet og spesifisitet i den eldre populasjonen, og at verktøyet kan være effektivt for å identifisere delirium hos pasienter med demens på sykehus. 4AT krever ingen opplæring eller trening i forkant, er raskt og enkelt å bruke i praksis, og er godt egnet for å identifisere hypoaktivt delirium (De & Wand, 2015).

Videre fant De & Wand (2015) at de fleste kartleggingsverktøyene ble brukt av erfarne forskere eller personer med spesifikk trening i bruk av verktøyet, ikke av helsepersonell i praksis. De understreker derfor at resultatene fra studien ikke nødvendigvis er generaliserbare til «den virkelige verden». Forskerne i denne studien mener at det ideelle kartleggingsverktøyet for identifisering av delirium i en klinisk setting bør være raskt og enkelt å bruke, kreve minimal eller ingen forkunnskap og erfaring, samt prioritere høy sensitivitet over spesifisitet (De & Wand, 2015).

Det er også gjennomført en norsk studie på bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium på sykehus, henholdsvis akuttmottak. Myrstad, Watne, Johnsen, Børs-Lind & Nerland (2019) testet ut kartleggingsverktøyet 4AT i et kvalitetsforbedringsprosjekt i en akuttgeriatrisk avdeling på et norsk sykehus, med ønske om å undersøke verktøyets nøyaktighet når det brukes av sykepleiere i praksis. Hovedfunnene fra prosjektet viste at 4AT hadde lavere sensitivitet (50%) når det ble brukt av sykepleiere i denne studien, sammenlignet med tidligere studier der verktøyet ble brukt av erfarne spesialister i geriatri eller deliriumforskere. I forkant av denne studien fikk sykepleierne undervisning om 4AT, samt 2 ukers trening i praktisk bruk av verktøyet (Myrstad, Watne, Johnsen, Børs-Lind & Neerland, 2019).

1.4.3 Helsepersonells kunnskap om delirium og bruk av kartleggingsverktøy

Det er gjennomført flere studier som undersøker helsepersonells kunnskap og erfaringer med delirium og identifisering av delirium hos pasienter på sykehjem. Buettel, Cleary & Bramble (2017) undersøkte helsepersonells kunnskap om delirium gjennom intervjuer av ansatte på sykehjem med ulik helsefaglig utdanning. Resultatene viste at begrepet delirium var totalt fraværende i den kliniske dagligtalen, samtidig som deltakerne i studien beskrev at tilstanden

var vanlig blant pasienter på sykehjem (Buettel, Cleary & Bramble, 2017). Videre viste studien at mangel på kunnskap om delirium blant ansatte førte til underdiagnostisering, og at helsepersonellet baserte sine vurderinger på intuisjon foran bruk av kartleggingsverktøy. Å skille mellom delirium, demens og depresjon ble opplevd som spesielt utfordrende, da symptomene på de ulike tilstandene overlapper (Buettel et al., 2017).

Lignende resultater ble funnet i en ny norsk intervjustudie. Helgesen et al. (2021) har intervjuet sykepleiere på sykehjem om deres erfaringer med delirium og identifisering av delirium. Sykepleierne gav uttrykk for at de hadde behov for mer kunnskap om delirium, siden sykepleieren har en nøkkelfunksjon i behandlingen av pasientene på sykehjem. Funn fra studien viser at begrepet delirium sjelden ble brukt i dagligtalen på sykehjem, men at begrepet akutt forvirring ble oftere brukt (Helgesen et al., 2021). Videre gav deltakerne uttrykk for at det var utfordrende å skille symptomer på delirium, demens og depresjon, grunnet overlappende symptomer. De fleste sykepleierne hadde ikke kjennskap til eksisterende kartleggingsverktøy for identifisering av delirium, men brukte sitt kliniske blikk for å oppdage endringer hos pasienten (Helgesen et al., 2021).

Funn fra én studie viser ulikheter i identifisering av hyperaktivt og hypoaktivt delirium hos pasienter med demens. Steis et al. (2015) brukte ulike caser for å undersøke helsepersonells evne til å gjenkjenne delirium hos pasienter på sykehjem, både undertyper av delirium og delirium hos pasienter med demens. Forskerne fant at helsepersonellens totale evne til å gjenkjenne delirium hos pasienter på sykehjem var dårlig, men at det var hyperaktivt delirium hos pasienter med demens som oftest ble gjenkjent (Steis et al., 2015). Videre viste resultatene at hypoaktivt delirium hos pasienter med demens oftest ble oversett. Etter hvert som deltakerne analyserte flere caser ble evnen til å gjenkjenne delirium forbedret (Steis et al., 2015).

2 Teoretiske perspektiver

Som en del av oppgavens teoretiske perspektiver vil jeg her presentere teori knyttet til delirium og demens på sykehjem, kunnskapsbasert praksis, kvalitet og pasientsikkerhet og personsentrert omsorg.

2.1 Delirium og demens på sykehjem

Ifølge Ranhoff (2020) har skrøpelige eldre med kroniske sykdommer og redusert funksjonsnivå høy risiko for akutt sykdom. Disse pasientene er svært sårbare for økende funksjonssvikt, og har derfor behov for behandling av kompetent helsepersonell (Ranhoff, 2020). Pasienter på sykehjem har ifølge Eikemo et al. (2020) ikke nødvendigvis karakteristiske symptomer på sykdom, og spesielt i starten av et sykdomsforløp kan symptomene være vage. Ved akutt sykdom hos disse pasientene må det gjøres systematiske og nøyaktige observasjoner av pasientens bevissthet, allmenntilstand, smerte, respirasjon, sirkulasjon, temperatur, hud, urin, ernæring og væskebalanse, og medikamentell behandling må kartlegges (Eikemo et al., 2020).

Ranhoff (2020) beskriver at allmenntilstanden hos eldre påvirkes lettere enn hos yngre, da eldre pasienter allerede er svake og sårbare. Det er som regel det svakeste organet som svikter først ved akutt sykdom, slik at en pasient med kognitiv svikt eller demens gjerne kan ha delirium som det eneste eller mest tydelige symptomet. Videre beskriver Ranhoff (2020) delirium og fall som de to vanligste komplikasjonene ved akutt sykdom hos gamle, og delirium er ofte en del av det kliniske bildet ved akutt funksjonssvikt hos eldre. Hos de mest skrøpelige pasientene kan delirium forårsakes av selv milde utløsende faktorer som urinveisinfeksjon eller forkjølelse. For at helsepersonell skal kunne få pålitelige data om pasientens tilstand må både vitale funksjoner og diffuse og uspesifikke tegn observeres på en systematisk måte, fortrinnsvis ved systematisk bruk av validerte kartleggingsverktøy (Ranhoff, 2020).

Delirium og demens, eller DSD⁵ som det kalles på internasjonalt fagspråk, er assosiert med økt dødelighet, lengre rehabilitering etter bakenforliggende skade eller sykdom, høye kostnader, økt fallrisiko, permanent innleggelse på sykehjem og forlenget opphold på sykehus

⁵ DSD: Delirium Superimposed on Dementia (Apold, 2018).

(Apold, 2018). Personer med demens har en underliggende sårbarhet grunnet sykdom i hjernen, og har dermed høy risiko for utvikling av delirium (Hartberg & Tveito, 2019). Ved alvorlig grad av demens, som er en sterk disponerende faktor for delirium, trenger ikke den utløsende faktoren være av spesielt alvorlig karakter for at pasienten skal utvikle tilstanden (Engedal & Tveito, 2019a). Den utløsende årsaken til delirium hos disse pasientene kan eksempelvis være mindre psykologiske eller miljømessige belastninger som bytte av bolig eller innleggelse på sykehus eller sykehjem (Hartberg & Tveito, 2019). Dette gjør det utfordrende å stille diagnosen delirium hos pasienter med demens, da ett av kriteriene for delirium i DSM-5 er at tilstanden skal være en direkte konsekvens av en medisinsk tilstand (Wyller, 2020).

Delirium kan observeres som tilbakevendende hos svært gamle pasienter med demens på sykehjem, og kan forekomme selv ved mindre alvorlige tilfeller av somatisk sykdom eller endring i medisiner (Engedal & Tveito, 2019a). Tilstanden er knyttet til økt risiko for varig kognitiv svekkelse og raskere progresjon av eksisterende demenssykdom (Krogseth, 2018). Demens er den mest nærliggende differensialdiagnosen til delirium, og det kan derfor være vanskelig å skille de to diagnosene (Engedal & Tveito, 2019a; Krogseth, 2018). Symptomer på delirium blir ofte mistolket som symptomer som skyldes pasientens demens, grunnet mangel på kunnskap om delirium blant helsepersonell, mangel på metoder for å kartlegge delirium, og mangel på kommunikasjon mellom helsepersonell og pårørende (Apold, 2018).

Pasienter med demens har ifølge Krogseth (2018) ofte nevropsykiatriske symptomer som apati, depressive symptomer, uro, formålsløse bevegelser og agitasjon, symptomer som også er vanlige ved delirium. For å kunne skille mellom delirium og demens er man derfor helt avhengig av opplysninger fra pårørende eller helsepersonell som kjenner pasienten godt, for å kunne kartlegge pasientens normale funksjonsnivå (Krogseth, 2018). Det finnes heller ingen standardiserte diagnostiske kriterier for delirium og demens kombinert (DSD), noe som også kan gjøre tilstanden utfordrende å diagnostisere (Apold, 2018). Endringer i atferd hos pasienter med demens kan skyldes delirium, og dette gjelder i alle faser av demenssykdommen (Krogseth, 2018).

Den viktigste forskjellen på delirium og demens er forløpet, der demens er en langsomt progredierende tilstand med normalt bevissthetsnivå, mens delirium er en akutt eller subakutt tilstand med forstyrret bevissthet og vekslende forløp (Engedal & Tveito, 2019a). Ved alvorlig demens vil pasienten ifølge Krogseth (2018) alltid ha en kronisk

oppmerksomhetssvikt, og kartlegging av dette kjernesymptomet vil derfor ikke være hensiktsmessig hos disse pasientene. Også pasienter med mild til moderat grad av demens vil kunne ha problemer med å gjennomføre enkle oppmerksomhetstester i de vanligste kartleggingsverktøyene for delirium. Videre er endret bevissthetsnivå sammenlignet med pasientens normale tilstand det viktigste symptomet på delirium hos pasienter med demens (Krogseth, 2018). For å kunne identifisere delirium hos disse pasientene er det derfor helt nødvendig å vite noe om pasientens normale kognitive funksjonsnivå (Apold, 2018).

2.2 Kunnskapsbasert praksis

Kunnskapsbasert praksis (KBP) innebærer ifølge Stubberud (2018) bruk av den beste og mest oppdaterte kunnskapen, og helsehjelpen som gis skal bygge på nettopp dette.

Helsemyndigheter og helseinstitusjoner forventer at helsepersonell arbeider kunnskapsbasert, og dette er også en forventning hos pårørende og pasientene som mottar helsehjelpen. Ved å jobbe kunnskapsbasert tar man avgjørelser basert på forskningskunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerkunnskap (Stubberud, 2018). For å kunne arbeide kunnskapsbasert i demensomsorgen er det av stor betydning å kjenne pasienten med demens og hans eller hennes pårørende. Utøveren av kunnskapsbasert praksis er med på å skape kunnskap gjennom veiledning og refleksjon, og i samspillet med pasientene og deres pårørende (Smebye, 2020).

Erfaringsbasert kunnskap innebærer at helsepersonellens egen erfaring har stor betydning for beslutninger som tas i forbindelse med helsehjelpen som gis, og kan oppfattes som kunnskap som læres gjennom å praktisere (Stubberud, 2018). For å tilegne seg erfaringsbasert kunnskap i demensomsorgen må helsepersonell være i direkte kontakt med personer med demens og deres pårørende, samt utveksle erfaringer, reflektere og jobbe med veiledning i kollegagruppen (Smebye, 2020). Brukerkunnskap innebærer pasienten eller brukerens erfaring og opplevelse rundt egen sykdom, funksjonssvikt og møtet med helsetjenesten. Pasienten blir en kunnskapshåndterer, ikke bare en samtykker (Stubberud, 2018). I demensomsorgen er helsepersonell avhengig av å kjenne til pasientens behov og ønsker for å kunne gi hensiktsmessig hjelp og omsorg, og en slik tilnærming krever kontinuitet (Smebye, 2020). Forsningskunnskap innebærer å benytte seg av systematisk innhentet kunnskap fra forskningslitteraturen, og aktivt implementere denne i sin yrkesutøvelse (Stubberud, 2018).

De ulike kunnskapsformene utfyller hverandre, og for å kunne utvikle kunnskap i demensomsorgen er det nødvendig å ta i bruk både kvantitative og kvalitative forskningsmetoder. Konteksten i kunnskapsbasert praksis kan omfatte kultur, ressurser, verdier, normer, lover og politikk, eksempelvis kan sykehjemmet være en kontekst (Smebye, 2020). Ifølge Bjørndal, Flottorp & Klovning (2021) handler kunnskapsbasert praksis om å fatte beslutninger basert på en kombinasjon av egne erfaringer, det vi vet gjennom forskning og det brukeren ønsker. Helsepersonell har ansvar for å forankre helsefaglige beslutninger på den beste tilgjengelige kunnskapen på sitt felt (Bjørndal, Flottorp & Klovning, 2021). Videre hevder Bjørndal et al. (2021) at dagens helsetjeneste mangler kunnskap på flere felt og pasientgrupper, og at selv vanlige tiltak og helseproblemer har mangelfulle forskningsfelt. Det finnes for lite kunnskap og forskning om praktisk viktige spørsmål (Bjørndal et al., 2021).

Marit Kirkevold (1996) trekker frem begrepet personlig kompetanse, som hun beskriver som en kombinasjon av etisk, praktisk og teoretisk kunnskap. Intuisjon, erfaring og refleksjon påvirker helsepersonellens personlige kompetanse, og denne kompetansen påvirker igjen helsepersonellens praktiske utøvelse av sykepleie (Kirkevold, 1996). Kirkevold (1996) trekker også frem viktigheten av at helsepersonell innehar kompetanse i å anvende vitenskapelig kunnskap i praksis, noe som kan oppnås gjennom vurderingskompetanse og anvendelseskompetanse. Helsepersonell må kunne forstå og vurdere tilgjengelig forskning, for deretter å relatere denne forskningen til konkrete situasjoner i praksis (Kirkevold, 1996).

Bjørndal et al. (2021) beskriver kliniske retningslinjer som nyttige verktøy for å sikre at man arbeider kunnskapsbasert. Hensikten med slike retningslinjer er å øke kvaliteten og nytten av pasientbehandlingen, sikre likeverdig behandling og oppnå hensiktsmessig bruk av helse- og omsorgstjenester. Videre bygger en klinisk retningslinje på en systematisk kunnskapsoppsummering, og bør si noe om effekter og bivirkninger, nytte og kostnad, samt hvilke individuelle og kollektive vurderinger som ligger til grunn for anbefalinger (Bjørndal et al., 2021). Videre nevner Bjørndal et al. (2021) mange problemer med eksisterende retningslinjer. Blant annet tar retningslinjer sjelden hensyn til at pasienter kan ha flere sykdommer (multisykdom), og de bygger i hovedsak på klinisk forskning utført i spesialisthelsetjenesten, selv om majoriteten av pasientene behandles i primærhelsetjenesten. I tillegg blir de ofte utviklet av superspesialister, ikke helsepersonell som skal bruke retningslinjene i klinikken. Retningslinjene er heller ikke til nytte i praksis eller i behandlingen av pasienter hvis det ikke iverksettes tiltak for å implementere bruken av dem i den kliniske hverdagen (Bjørndal et al., 2021).

2.3 Kvalitet og pasientsikkerhet

Kvalitetsforbedring er basert på kunnskapsbasert praksis, og innebærer å omsette allerede eksisterende kunnskap i praksis, samt innføre nye prosesser, systemer og tjenester (Stubberud, 2018). Helsepersonell er forpliktet til å drive systematisk kvalitetsforbedring og kvalitetsarbeid (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011), og ved å drive kvalitetsarbeid skal helsepersonell sikre at helsehjelpen som gis er faglig forsvarlig (Helsepersonelloven, 1999). Det er også utarbeidet en egen forskrift som skal sikre at virksomheter jobber aktivt med kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Forskriften gjør nøye rede for planlegging, gjennomføring, evaluering og korrigerende av helsetjenesten, som et ledd i kvalitetssikringen av helsehjelpen som gis (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016).

Ifølge Cappelen (2018) er pasienter med demens på sykehjem en sårbar gruppe som er avhengig av tilsyn og bistand 24 timer i døgnet. Dermed kan uønskede hendelser som feilmedisinering, infeksjoner, underernæring og fall kan få store konsekvenser for disse pasientene. Etter innføring av Samhandlingsreformen har sykehjemmene fått nye og utfordrende oppgaver som krever økt kompetanse, og det er derfor stadig viktigere å legge vekt på pasientsikkerhet og sikkerhetskultur i sykehjemmene (Cappelen, 2018). Cappelen (2018) understreker at det må skapes en kultur i sykehjem der ansatte på alle nivåer har en aktiv rolle i pasientsikkerhet og kvalitet, der hver enkelt har en årvåkenhet med tanke på å unngå pasientskader og uønskede hendelser. Målet er at pasientsikkerhet skal være en naturlig del av det daglige arbeidet (Cappelen, 2018).

For å sikre trygge tjenester anbefales det ifølge Stubberud (2018) at faglige retningslinjer og prosedyrer følges, slik at uønskede hendelser reduseres til et minimum. Det må være samsvar mellom helsepersonellens kompetanse og den oppgaven de er satt til å gjøre, da manglende kompetanse i verste fall kan skade pasienten. Det er et mål å sikre kontinuitet i tjenestene, slik at pasienten opplever mest mulig forutsigbarhet og hensiktsmessig oppfølging av helsehjelpen (Stubberud, 2018). Stubberud (2018) beskriver videre at når helsepersonell yter helsehjelp må det prioriteres i henhold til pasientens behov og alvorlighetsgrad av sykdom, samt forventet nytte og kostnad knyttet til helsehjelpen. Den helsehjelpen som gis skal også være rettferdig fordelt og tilgjengelig, slik at alle pasienter har lik mulighet for å oppnå et godt resultat av behandlingen (Stubberud, 2018).

Stubberud (2018) poengterer bruk av standardiserte kartleggingsverktøy som et viktig aspekt for å sikre trygge og sikre pasientforløp. Slike verktøy kan være nyttige hjelpemidler, men kan også ha enkelte begrensninger. Hos eldre kan psykiske og fysiske aldersforandringer, multisykdom og bruk av flere legemidler samtidig ha innvirkning på eller skjule symptomer og tegn ved akutt og kritisk sykdom. Ved bruk av kartleggingsverktøy til eldre må man derfor vise faglig skjønn når resultatene tolkes (Stubberud, 2018). Helsedirektoratet (2020) har utarbeidet nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand, som skal bidra til økt kompetanse blant helsepersonell i spesialist- og kommunehelsetjenesten. Rådene tar sikte på utdanning og opplæring av helsepersonell, overvåkning av pasientens vitale funksjoner, gjenkjenning av forverret tilstand, adekvat respons, samt forbedring og sikring av rutiner for kommunikasjon. Ifølge disse rådene bør blant annet virksomheten sikre at alle ansatte med pasientkontakt har kompetanse for å avdekke og følge opp pasienter med forverret somatisk tilstand (Helsedirektoratet, 2020).

2.4 Personsentrert omsorg

Helsepersonell som jobber med pasienter med demens på sykehjem må ha god kjennskap til pasienten, være empatisk, være sensitiv for pasientens behov, ha gode samarbeidsevner og inneha både sykepleiefaglig og medisinsk kompetanse for å kunne yte best mulig omsorg til denne pasientgruppen (Granum, Opsahl & Solvoll, 2018). Personsentrert omsorg regnes ifølge Brooker (2013) som et overordnet mål innenfor demensomsorgen, og består av fire hovedelementer forkortet i akronymet **VIPS**. Denne måten å jobbe på handler blant annet om hvilket **Verdigrunnlag** helsepersonell har i møte med personen med demens, det å anerkjenne personens absolutte verdi og ivareta personens rettigheter og krav uavhengig av alder og kognitiv funksjon (Brooker, 2013). Pasienten med demens skal respekteres som en unik person gjennom hele sykdomsforløpet (Rokstad, 2020). Det innebærer å bruke en **Individuell tilnærming** gjennom å vektlegge personens unike bakgrunn, personlighet, fysiske og mentale evner og sosiale og økonomiske ressurser (Brooker, 2013). Behandlingen og omsorgen som gis til pasienter med demens må være individuelt tilpasset (Rokstad, 2020).

Videre er det viktig at helsepersonell setter seg inn i personens **Perspektiv** og forståelse av verden rundt, gjennom å anerkjenne at personen med demens handler ut fra dette perspektivet (Brooker, 2013). Etter hvert som sykdommen utvikler seg vil det være stadig viktigere å

kunne forstå og tolke pasientens atferd som en form for kommunikasjon, da pasienter med demens ofte har vansker med å uttrykke smerte eller ubehag (Rokstad, 2020). Til slutt har personer med demens behov for et kompenserende og støttende Sosialt miljø for å få dekket sine psykologiske behov, et miljø som gir mulighet for personlig vekst. Helsepersonell må anerkjenne at atferd hos personer med demens ofte har grunnlag i mellommenneskelige relasjoner (Brooker, 2013).

Begrepet «ondartet sosialpsykologi» ble ifølge Brooker (2013) lansert av professor Tom Kitwood, og en slik tilnærming til personer med demens blir dessverre fortsatt hyppig brukt i ulike institusjoner. Ondartet sosialpsykologi kan innebære at personen med demens trues, utsettes for høyt tempo, neglisjeres, anklages, nedvurderes, manipuleres, underkjennes, umyndiggjøres, tvinges, objektiviseres, avbrytes, ignoreres, stigmatiseres, latterliggjøres eller bortvises. De fleste som jobber i demensomsorgen har begått en eller flere av disse handlingene på et tidspunkt i sin karriere, og ondartet sosialpsykologi blir ofte en del av pleiekulturen på sykehjem (Brooker, 2013). Denne måten å handle på har ifølge Brooker (2013) sine røtter i det ungdommelige og intellektuelle samfunnet, der personer med demens blir ignorert, diskriminert og oppfattes som mindreverdige mennesker. Personer med demens og helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen er utsatt for fordommer og diskriminering i ulike deler av samfunnet, noe som kommer til uttrykk i forbindelse med tjenesteyting, tildeling av ressurser, mediedekning, faglig status, politiske prioriteringer og finansiering av forskning (Brooker, 2013).

Brooker (2013) beskriver at endringer i atferd hos personen med demens ofte tilskrives selve demenssykdommen av familie og helsepersonell, og at tegn på ubehag tolkes ofte som «utfordrende atferd». Personer med demens er spesielt utsatte for akutt forvirring ved infeksjoner, obstipasjon, hormonell ubalanse, dehydrering, underernæring, feilmedisinering og bruk av beroligende medisiner, og endringen i atferd kan skyldes nettopp dette (Brooker, 2013). Samtidig har personer med demens ifølge Brooker (2013) ofte vansker med å gjengi symptomer nøyaktig grunnet hukommelsessvikt, og helsepersonell må derfor være ekstra oppmerksomme med tanke på endringer i pasientens atferd og helsetilstand. Det er derfor viktig at man forsøker å se meningen med den endrede atferden og hva personen med demens forsøker å kommunisere gjennom den, og for å kunne gjøre dette må man arbeide personsentrert (Brooker, 2013).

Ifølge Brooker (2013) mangler tjenestetilbudet til personer med demens både faglig kompetanse og nødvendig praksis for personsentrert omsorg (Brooker, 2013). Personsentrert omsorg har i nyere tid blitt nevnt flere ganger i nasjonale faglige retningslinjer, stortingsmeldinger og planer. For lite bruk av personsentrert tilnærming nevnes som en av utfordringene i tjenestene i stortingsmeldingen Leve hele livet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018). Ifølge Nasjonal faglig retningslinje om demens (2017) skal det etableres rutiner for personsentrert omsorg og behandling til personer med demens i alle virksomheter som tilbyr helse- og omsorgstjenester. Retningslinjen sier videre at helsepersonell som gir helsehjelp til personer med demens skal ha kompetanse om demenssykdom og personsentrert omsorg og behandling, og at virksomhetene skal tilby opplæring og kompetanseutvikling på dette feltet (Helsedirektoratet, 2017). Demensplan 2025 satser stort på personsentrert omsorg for å sikre tjenester av god kvalitet til personer med demens, der ansatte har høy faglig kompetanse og kan omsette pålitelig kunnskap til god praksis. På denne måten kan man sikre at personer med demens blir møtt med respekt og verdighet, og får den omsorg og behandling de har krav på (Helse- og omsorgsdepartementet, 2020a).

3 Metode

Til å begynne med var det utfordrende å avgjøre om metoden for denne masteroppgaven skulle være systematic review eller scoping review. Begge metodene innebærer en undersøkelse av litteratur eller forskning på et gitt felt, men har likevel elementære forskjeller. Ifølge Munn et al. (2018) brukes metoden systematic review i hovedsak for å avdekke internasjonal evidens, bekrefte eksisterende praksiser, adressere variasjoner i ulike praksiser eller identifisere nye praksiser, identifisere og informere områder for fremtidig forskning, identifisere og undersøke motstridende resultater eller som bakgrunn for beslutningstaking. Scoping review brukes som regel for å identifisere tilgjengelig evidens på et gitt felt, avklare nøkkelkonsepter eller definisjoner i litteraturen, undersøke hvordan forskning er utført på et gitt emne eller felt, identifisere nøkkelkarakteristikker eller -faktorer relatert til et konsept, som en forløper til en systematic review eller for å identifisere og analysere kunnskapshull (Munn et al., 2018).

Masteroppgaven setter begrensninger med tanke på tid og ressurser. Grunnet det omfattende arbeidet en full systematic review innebærer, er ikke en slik metode innenfor rammene for denne oppgaven. Gjennom innledende søk på feltet ble det tydelig at mengden forskning som eksisterer på det jeg ønsker å undersøke er begrenset. Det finnes store mengder forskning på bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på ulike avdelinger på sykehus, mens det eksisterer lite forskning på dette på sykehjem. Det er også usikkert hvilken type evidens som finnes på dette forskningsfeltet. Ved bruk av metoden scoping review i denne masteroppgaven ønsker jeg derfor å identifisere tilgjengelig forskning på dette feltet, og dermed identifisere eventuelle hull i forskningen. Dette kan også legge grunnlag for gjennomføring av en full systematic review eller andre forskningsprosjekter i ettertid, og eventuelt legge føringer for endringer i dagens praksis på norske sykehjem.

På bakgrunn av dette anser jeg metoden scoping review som ideell for denne masteroppgaven. Arksey og O'Malleys metodologiske rammeverk for scoping reviews er lagt til grunn for gjennomføring av oppgaven. Rammeverket består av fem trinn: (1) identifisere forskningsspørsmålet, (2) identifisere relevante studier, (3) utvelgelse av studier, (4) kartlegging av data og (5) innsamling, oppsummering og rapportering av resultater (Arksey & O'Malley, 2005). De ulike trinnene er navngitt etter egen oversettelse. Hvert av disse fem trinnene vil gjennomgå i detalj i avsnittene som følger i metodedelen.

3.1 Identifisering av problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av Arksey & O'Malleys rammeverk ble det til å begynne med identifisert en overordnet problemstilling og aktuelle forskningsspørsmål. Det var ønskelig å favne bredden av tilgjengelig forskning fremfor å gå i dybden på feltet, og dermed ble problemstillingen også bred. Gjennom innledende søk i den medisinske databasen CINAHL ble søkestrategien og problemstillingen finpusset, og forskningsspørsmål ble utformet og justert etter hvert som forskningsfeltet ble tydeligere. En slik måte å utforme problemstilling og forskningsspørsmål på er i tråd med rammeverket for gjennomføring av scoping review som metode (Arksey & O'Malley, 2005; Peters et al., 2020). Til slutt ble følgende problemstilling valgt som mest dekkende:

- Hva sier forskningen om bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem?

For å bidra til å besvare problemstillingen på best mulig måte, ble følgende forskningsspørsmål utformet:

1. Hvilke kartleggingsverktøy benyttes i forskningslitteraturen for å identifisere delirium hos pasienter med demens på sykehjem?
2. Hvordan brukes kartleggingsverktøyene i forskningslitteraturen?
3. Hva sier forskningslitteraturen om kartleggingsverktøyenes egnethet for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem?

3.2 Identifisering av relevante studier

Et bredt systematisk søk ble gjennomført i slutten av oktober 2021, både for å identifisere relevante studier, men også for å bli bedre kjent med forskningsfeltet. Det ble søkt i de medisinske databasene CINAHL, MEDLINE, PsychINFO og EMBASE, etter studier publisert mellom 1. januar 2015 og 31. oktober 2021. Søket ble begrenset tilbake til 2015 for å kunne gjennomgå en overkommelig mengde treff innenfor masteroppgavens tidsperspektiv og begrensning i forhold til oppgavens størrelse, samt for å inkludere i hovedsak nyere forskning på feltet. Det ble kun gjennomført ett søk, og studier publisert etter 31. oktober 2021 er dermed ikke inkludert i denne reviewen. Dette er i tråd med det metodologiske rammeverket for denne oppgaven, som understreker viktigheten av å sette en tidsfrist for søk og inkludering

av kilder når man har begrenset tid til å gjennomføre en scoping review (Arksey & O'Malley, 2005).

Søkestrategi og inklusjonskriterier ble utarbeidet på bakgrunn av innledende søk i CINAHL, og bearbeidet gjennom to veiledningstimer med bibliotekar på universitetsbiblioteket. Søk med fritekst og nøkkelord ble benyttet for å kunne gå bredt ut og inkludere flest mulig relevante kilder. MESH-termer ble også forsøkt i innledende søk, men ble ikke benyttet i det endelige søket da det gav færre eller like mange treff som ved bruk av fritekstord. Søkeord ble utarbeidet basert på problemstillingen og satt inn i en PCC-tabell (Population, Concept, Context, se Tabell 3), som er anbefalt å bruke i scoping reviews (Peters et al., 2020). Søkeordene i tabellen ble benyttet i alle databasene. Komplette søkestrategi og søkelogg ligger som vedlegg (se Vedlegg 3 og 4).

Tabell 3: Søkeord satt inn i PCC-tabell

P	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dementia 2. Delirium 3. Acute confusion 4. Confusion (Confus*) 5. Disorientation (Disorient*) 6. 2 OR 3 OR 4 OR 5
C	<ol style="list-style-type: none"> 7. Identification (Identif*) 8. Detection (Detect*) 9. Screening (Screen*) 10. Recognition (Recogn*) 11. Assessment (Assess*) 12. 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11
C	<ol style="list-style-type: none"> 13. Nursing home 14. Care home 15. Long term care 16. Residential care facility 17. 13 OR 14 OR 15 OR 16
PCC kombinert	1 AND 6 AND 12 AND 17

Manuelle søk i referanselistene til samtlige av de inkluderte studiene ble også gjennomført, samt henvisningssøk på de samme studiene i Google Scholar. Det var også ønskelig å inkludere doktorgradsavhandlinger og mastergradsoppgaver i reviewen, for å belyse hva som er gjort av tidligere forskning på master- og doktorgradsnivå. For å identifisere slike oppgaver ble enkle søk i universitetsbibliotekets databaser Oria og Munin gjennomført med søkeordene «delirium», «demens», «kartlegging» og «sykehjem» kombinert. Disse søkene gav ingen relevante treff basert på inklusjonskriteriene (se Tabell 4). Oppgavens problemstilling etterspør hva *forskningen* sier om bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium

hos pasienter med demens på sykehjem, og på bakgrunn av dette ble kun forskningslitteratur inkludert i denne reviewen.

I scoping reviews er det vanlig at inklusjons- og eksklusjonskriterier justeres underveis, i motsetning til systematic reviews som har satte kriterier fra begynnelsen av søkeprosessen (Arksey & O'Malley, 2005). Etter gjennomføring av søk i ulike databaser ble det tydelig at forskningen utført på dette feltet var av kvantitativ art, både primær- og sekundærstudier og reviews, og dermed ble kvalitativ forskning ekskludert. Begrensninger ble også satt i forhold til språk i de inkluderte studiene, grunnet mangel på tid og ressurser for oversettelse av studier på annet språk enn nordisk og engelsk. Studiene som skulle inkluderes måtte også kunne innhentes i fulltekst.

Det var en forutsetning at de inkluderte studiene skulle si noe om bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem. På bakgrunn av dette ble studier som utelukkende omhandlet bruk av DSM-5 og ICD-10 for identifisering av delirium ekskludert, da dette er diagnostiske kriterier eller diagnostiske verktøy som brukes av lege for å stille diagnosen delirium, ikke kartleggingsverktøy. Dersom kartleggingsverktøy ble brukt i kombinasjon med diagnostiske kriterier i studiene, ble disse inkludert. Pasienter med demens bosatt på sykehjem skulle være inkludert i utvalget i studiene, i henhold til oppgavens overordnede problemstilling. Studier som inkluderte pasienter i andre settinger i tillegg til sykehjem ble inkludert. Det ble ikke satt kriterier i forhold til deltakernes alder, da også yngre pasienter med demens kan oppholde seg på sykehjem. I arbeidet med utvelgelse av studier ble et eget EndNote-bibliotek benyttet for best mulig oversikt over inkluderte artikler.

3.3 Utvelgelse av studier

Det er vanlig og mest hensiktsmessig at prosessen med gjennomgang og utvelgelse av kilder i en scoping review utføres av minimum to forskere, både grunnet den store mengden informasjon som skal gjennomgås, men også for å sikre scoping reviewens kvalitet (Peters et al., 2020). I denne oppgaven har utvelgelsesprosessen blitt gjennomført av kun én person, grunnet masteroppgavens ramme som individuelt arbeid, samt begrensede ressurser tilgjengelig i en slik oppgave. Tittel, abstrakt og fulltekst ble gjennomgått for utvelgelse av aktuelle studier, på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriterier (se Tabell 4). Det ble

identifisert totalt 561 kilder i de fire utvalgte databasene, og disse ble importert til EndNote-biblioteket. 192 duplikater ble automatisk identifisert i EndNote, og disse ble fjernet. 369 kilder sto dermed igjen for gjennomgang av tittel. Se for øvrig flytskjema for illustrerende oversikt over utvelgelsesprosessen (se Figur 1). Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble aktivt brukt i alle nivåer av screeningen.

Tabell 4: Inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
<p>Type kilde:</p> <p>Kvantitative studier, studier med kombinerte metoder, primær- og sekundærstudier, reviews, doktorgradsavhandlinger, mastergradsoppgaver.</p> <p>Kilder tilgjengelige i fulltekst</p>	<p>Type kilde:</p> <p>Kvalitative studier, fagartikler, grå litteratur, politiske dokumenter, bøker, brev og møterefater</p>
<p>Publiseringsdato:</p> <p>1.januar 2015- 31.oktober 2021</p>	<p>Publiseringsdato:</p> <p>Før 1.januar 2015, etter 31.oktober 2021</p>
<p>Språk:</p> <p>Engelsk, norsk, svensk og dansk</p>	<p>Språk:</p> <p>Alle andre språk</p>
<p>Deltakere/kontekst:</p> <p>Pasienter med demens på sykehjem skal være inkludert i utvalget</p>	<p>Deltakere/kontekst:</p> <p>Pasienter på sykehus, hjemmeboende pasienter og kognitivt friske pasienter</p>
<p>Annet:</p> <p>Bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium, eventuelt i kombinasjon med diagnostiske kriterier eller observasjoner</p>	<p>Annet:</p> <p>Bruk av kun DSM-5 og ICD-10 for identifisering/diagnostisering av delirium, bruk av kun observasjoner for identifisering av delirium</p>

Ved screening av tittel ble 92 kilder ekskludert, disse ble vurdert som åpenbart ikke relevante på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Noen av de ekskluderte kildene omhandlet utelukkende pasienter på sykehus eller hjemmeboende pasienter, andre kilder oppfylte ikke inklusjonskriteriene i forhold til type kilde. Dermed gjensto 277 kilder for gjennomgang av abstrakt, som ble gjennomført i to omganger grunnet materialets omfang. I første omgang ble 230 kilder ekskluderte. Disse kildene omhandlet utelukkende pasienter på sykehus eller hjemmeboende pasienter, utelukkende kognitivt friske pasienter, kildene

oppfylte ikke krav til type kilde eller omhandlet ikke bruk av kartleggingsverktøy. Etter første runde med screening av abstrakt gjensto 47 mulig relevante kilder. I andre runde ble abstrakt gjennomgått grundigere, og her ble ytterligere 16 kilder ekskludert da de viste seg å ikke omhandle bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem. Til slutt gjensto 31 kilder for planlagt gjennomgang av fulltekst.

Ved gjennomgang av disse 31 kildene, ble 20 kilder ekskludert. Av disse kildene ble 9 ekskludert da de ikke omhandlet bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem. De fleste av disse kildene tok i bruk diagnostiske kriterier for identifisering av delirium, som ikke regnes som kartleggingsverktøy. Andre kilder omhandlet identifisering av delirium uten bruk av kartleggingsverktøy eller diagnostiske verktøy, eksempelvis ved bruk av klinisk blikk eller observasjoner. 6 kilder ble ekskludert da de ved planlagt gjennomgang viste seg å ikke være tilgjengelige i fulltekst, hverken i universitetets databaser eller andre steder. 3 kilder ble ekskludert da de ikke var tilgjengelig på engelsk eller nordisk språk, 1 kilde ble ekskludert fordi den ikke ble regnet som forskningslitteratur, mens 1 kilde ble ekskludert da den i fulltekst viste seg å ikke omhandle pasienter på sykehjem. Dermed gjensto 11 studier for inklusjon i denne reviewen.

Det ble deretter gjennomført manuelle søk i referanselistene til samtlige av de inkluderte studiene, der vurdering av relevans ble gjort på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Her ble også tittel, abstrakt og fulltekst vurdert. Under denne gjennomgangen ble flere studier vurdert å være relevante for inklusjon, men de fleste ble ekskluderte grunnet feil språk og mangel på tilgang i fulltekst. Kun én studie fra referanselistene ble inkludert i denne reviewen. Til slutt ble det utført henvisningssøk på alle inkluderte artikler ved hjelp av Google Scholar, også dette ved gjennomgang av tittel, abstrakt og fulltekst, på bakgrunn av inklusjons- og eksklusjonskriterier. Denne gjennomgangen resulterte i inklusjon av enda én studie. Også her ble mange mulig relevante studier ekskluderte på bakgrunn av feil språk og mangel på tilgang i fulltekst, samt at en del av studiene var for gamle for inklusjon. Dermed ble totalt 13 studier inkludert i reviewen.

3.4 Kartlegging av data

Når aktuelle og relevante studier var utvalgt på bakgrunn av inklusjonskriteriene ble det gjort en vurdering av hvilke data som skulle samles inn fra de inkluderte studiene, i scoping reviews kalt «charting». Kartlegging av data omfatter både generell informasjon om studiene og spesifikk informasjon knyttet til scoping reviewens hensikt, problemstilling og forskningsspørsmål (Arksey & O'Malley, 2005). Et kartleggings skjema ble utarbeidet i Excel, der generell informasjon som forfatter og årstall publisert, studiested, metode, utvalg og mål med studien ble lagt inn. Spesifikk informasjon knyttet til denne oppgaven ble også kartlagt, henholdsvis hvilke(t) kartleggingsverktøy som brukes i studiene, hvordan det brukes i hver enkelt studie, og om studiene sier noe om verktøyets egnethet til bruk hos pasienter med demens.

De inkluderte studiene ble gjennomlest i totalt fem omganger for å sikre at all relevant informasjon ble trukket ut. Relevant data ble markert i studiene, med stikkord i marginen for hvilken type data hver markering tilhørte. Data innhentet fra studiene ble oversatt til norsk og formulert med egne ord i tabell (se Tabell 5, se vedlegg 5 for komplett og utfyllende tabell). Aktuelle data ble innhentet fra alle deler av studiene, både fra introduksjon, metode, resultater, analyse, diskusjon og konklusjon, da det var ulikheter i hvor de ulike studiene rapporterte relevante data for kartleggingsfasen.

Tabell 5: Utdrag fra tabell med data fra kartleggingsfasen

Forfatter, årstall	Studie-sted	Metode, utvalg	Hensikt	Kartleggingsverktøy	Bruk	Egnethet
5 Morichi et al., 2018	Italia	Punkt-prevalens-studie. 1 454 pasienter fra 71 ulike sykehjem. 754 av disse med demens.	Kartlegge (punkt) prevalensen av delirium på italienske sykehjem.	4 'A's Test (4AT): Kort test for vurdering av delirium og kognitiv svikt. Består av fire symptomer knyttet til delirium. Score 0=fravær av delirium og kognitiv svikt, 1-3=mulig generell kognitiv svikt, 4 eller høyere= sannsynlig delirium Delirium Motor Subtype Scale (DMSS): En skala som består av 11 motoriske symptomer knyttet til delirium, 4 hyperaktive og 7 hypoaktive. Symptomene vurderes å være til stede eller ikke, og minst to av hver type må være til stede for å møte kriteriene for	4AT: Brukes for å kartlegge prevalensen av delirium på sykehjem. DMSS: brukes for å identifisere undertyper av delirium ved positiv 4AT. Begge verktøyene ble brukt av lege på sykehjemmet, fortrinnsvis geriatere med lang erfaring fra sykehjem.	4AT: Validert i akutte og postakutte settinger. Krever ingen trening på forhånd. Høyere sensitivitet og lavere spesifisitet ved demens grunnet påvirkning av orientering og oppmerksomhet. Dette kan føre til overdiagnostisering. Symptomer på delirium og demens overlapper, og det finnes per nå ingen ideelle kartleggingsverktøy for pasienter med demens.

				undertype. Symptomer fra begge typer klassifiseres som blandet type. Kartlegger symptomer de siste 24 timer, av helsepersonell som kjenner pasientens atferd.		
6 Oh et al., 2017	USA	Evidence review. 127 studier inkludert, fra sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste. Kun én studie fra sykehus og sykehjem, med totalt 193 pasienter.	Oppsummere fremskritt innen diagnostikk, forebygging og behandling av delirium hos eldre fra de siste 6 årene, fremheve kritiske områder for fremtidig forskning på feltet.	Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR): Tar i snitt 7 sekunder å gjennomføre.	Brukes av helsepersonell for å identifisere delirium i studien.	Generell sensitivitet: 73 Ved kognitiv svikt: 71,4 Generell spesifisitet: 67 Ved kognitiv svikt: 42,9
11 Teale et al., 2018	England	Prospektiv observasjonskohortstudie. 216 pasienter fra 9 ulike sykehjem. 87 av disse med demens, 115 av disse med kognitiv svikt.	Teste gjennomførbarhet, diagnostisk nøyaktighet og test-retest reliabilitet av verktøyet DOSS når det brukes for rutinemessig kartlegging av delirium i den kliniske hverdagen på sykehjem.	Confusion Assessment Method (CAM): Basert på DSM. Består av fire komponenter: i) akutt debut og fluktuerende forløp, ii) oppmerksomhetsforstyrrelse, iii) ytterligere kognitive forstyrrelser og iv) endret bevissthetsnivå. CAM er positiv dersom pasienten har i) og ii) og enten iii) eller iv). Tar 5-10 minutter å gjennomføre. Delirium Observation Screening Scale (DOSS): Basert på DSM. Basert på ikke-tekniske observasjoner av helsepersonell under daglig stell og pleie. Det originale verktøyet har 25 symptomer, men har blitt kortet ned til 13 med fokus på hyperaktivt delirium. Tar under 5 minutter å gjennomføre. Months of the Year Backwards (MOTYB): kartlegger oppmerksomhet.	CAM: Brukes som sammenligningsgrunnlag for DOSS. Grunnleggende kartlegging av alle deltakere i studien (referansetest), utført to ganger per uke av forskere som fikk trening i bruk av verktøyet på forhånd. DOSS: Testet ut for bruk i sykehjem, utført daglig av ansatte på sykehjem som fikk trening i bruk av verktøyet på forhånd. MOTYB: Brukt av forskere som supplement til CAM, for kartlegging av oppmerksomhet.	CAM: Mye brukt i forskning, anbefalt for å bekrefte delirium i klinikken. Høy sensitivitet og spesifisitet for identifisering av delirium, muligens lavere sensitivitet ved demens. DOSS: Utviklet for bruk i akuten for å identifisere delirium. Funn viser at verktøyet ikke er egnet for identifisering av delirium på sykehjem grunnet lav sensitivitet, men kan muligens brukes for å ekskludere delirium.

3.5 Innsamling, oppsummering og rapportering av resultater

Hensikten med en scoping review er ikke å syntetisere evidens eller sammenfatte funn fra ulike studier, men det vil likevel være nødvendig med en form for analytisk rammeverk for presentasjon av eksisterende litteratur (Arksey & O'Malley, 2005). I henhold til oppdatert metodologisk guide for scoping reviews fra Joanna Briggs Institute (JBI) er det som regel ikke nødvendig med noe mer enn en grunnleggende deskriptiv analyse av kartlagte data, eksempelvis frekvenstilling, sortert i grafer og tabeller. I enkelte tilfeller kan det også være aktuelt med grunnleggende koding av datamaterialet i bestemte kategorier (Peters et al., 2020). Denne oppgaven inneholder ikke noen form for syntese eller metaanalyse av datamaterialet, men informasjon fra kartleggingsfasen knyttet til forskningsspørsmålene vil sammenlignes og legges fram i deskriptiv presentasjon i resultatdelen.

Data fra kartleggingsfasen ble analysert ved å se på kjennetegn ved de inkluderte studiene. På denne måten ble fellestrekk ved studiene identifisert, basert på årstall publisert, studiested, populasjon, hensikt og metode. Disse vil legges frem ved hjelp av grafer og tabeller kombinert med beskrivende tekst. Ved å gjøre en slik analyse får jeg oversikt over fellestrekk ved studiene, og dette kan bidra til å identifisere eventuelle forskningshull knyttet til mangel på nyere forskning, variasjon i metodologi og hensikt, geografisk variasjon og plassering, samt eventuelle mangler knyttet til karakteristika ved studiepopulasjonen.

Oppgavens første forskningsspørsmål er knyttet til hvilke kartleggingsverktøy som benyttes i de inkluderte studiene. Dette vil besvares ved hjelp av direkte frekvenstillinger av de ulike verktøyene, samt beskrivelser av kjennetegn ved verktøyene. Denne informasjonen vil legges fram i form av tabell og beskrivende tekst. På denne måten får jeg en oversikt over hvilke kartleggingsverktøy som faktisk er benyttet i forskningen og hvilke kartleggingsverktøy som forekommer oftest i studiene, informasjon som tas videre for å besvare forskningsspørsmål 2 og 3. For å besvare disse vil også informasjon innhentet i kartleggingsfasen benyttes. Data knyttet til bruk av kartleggingsverktøyene i studiene, samt verktøyenes egnethet for pasienter med demens på sykehjem, vil legges frem som beskrivende tekst i resultatdelen.

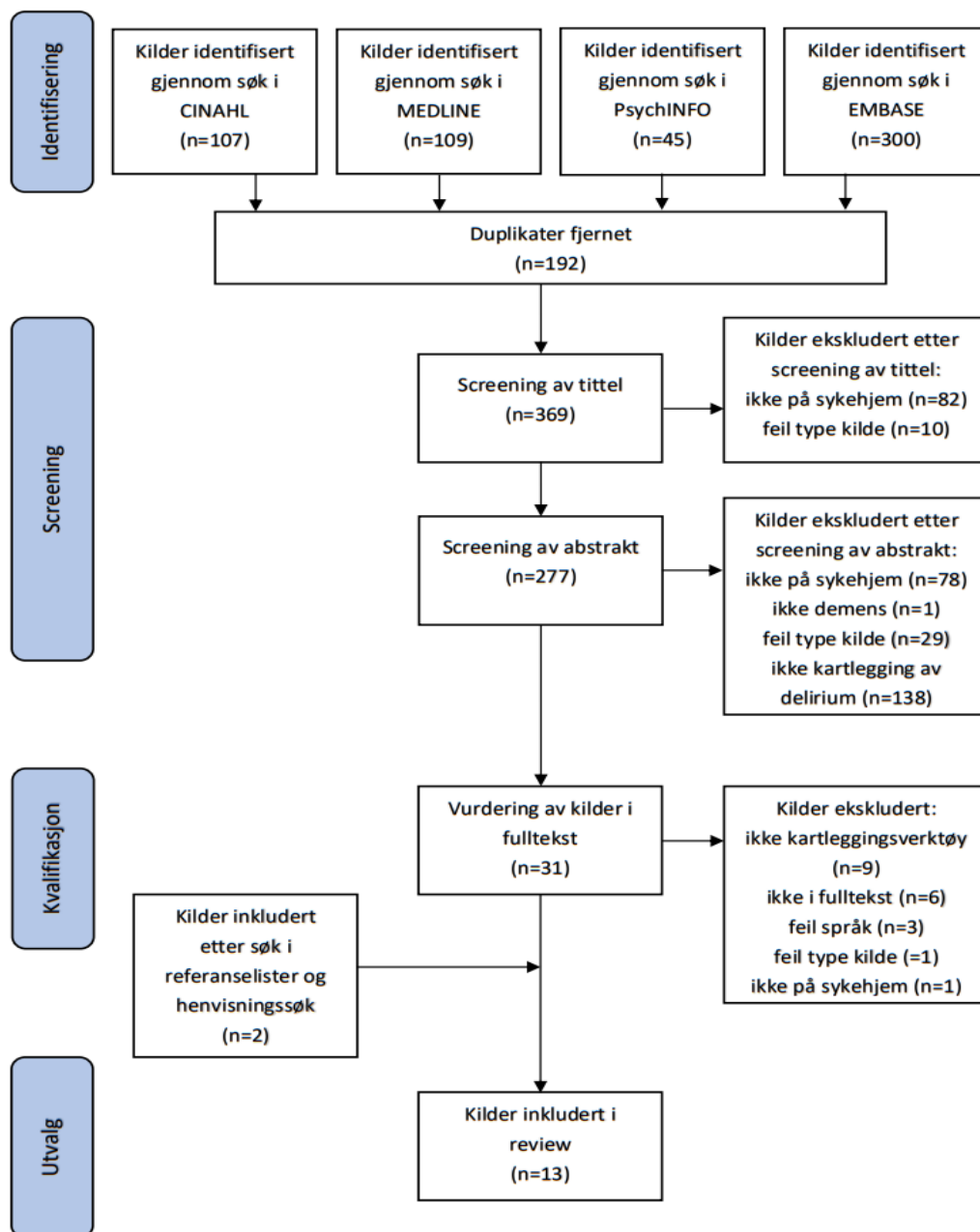
3.6 Forskningsetiske overveielser

Kritisk vurdering av de inkluderte studienes metodologiske kvalitet er sjelden nødvendig i en scoping review, med mindre det er en del av den spesifikke hensikten med reviewen (Arksey & O'Malley, 2005; Peters et al., 2020). Vurdering av de inkluderte studienes kvalitet er derfor ikke gjennomført i denne oppgaven, men samtlige studier er publisert i fagfellevurderte medisinske tidsskrift. Scoping review er en form for litteraturstudie, der det tas utgangspunkt i allerede eksisterende eller publisert litteratur eller forskning. Dette innebærer at sensitive data innhentet fra studienes deltakere allerede er anonymisert, og det vil dermed ikke benyttes sensitive data i denne oppgaven. Det har derfor ikke vært nødvendig å søke godkjenning fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) eller Norsk senter for forskningsdata (NSD) for gjennomføring av denne oppgaven. Styrker og svakheter ved denne oppgaven vil diskuteres nærmere i et eget avsnitt senere i oppgaven.

4 Resultater

4.1 Søkeprosess og kjennetegn ved inkluderte studier

Det ble identifisert totalt 561 kilder fra søk i de medisinske databasene CINAHL, MEDLINE, EMBASE og PsychINFO. Prosessen med identifisering, screening og utvelgelse av studier er nøye beskrevet i avsnittet «Utvelgelse av studier» i metodedelen, og vil derfor ikke gjentas i detalj her. Totalt 13 studier ble inkludert i denne reviewen (se Figur 1).



Figur 1: Flytskjema med resultat av søk og utvelgelsesprosessen

Alle de inkluderte studiene ble publisert mellom 2015 og 2021, i henhold til reviewens inklusjonskriterier. Det var stor variasjon i geografisk plassering i de inkluderte studiene. Det ble identifisert studier fra Canada (n=4), Nederland (n=2), Korea (n=2), Italia (n=1), USA (n=1), Spania (n=1), Belgia (n=1) og England (n=1). Ingen studier gjennomført i Norge eller andre nordiske land ble identifisert i denne reviewen. De inkluderte studiene besto av primærstudier (n=7), sekundærstudier (n=3) og ulike typer reviews (n=3), og i henhold til inklusjonskriteriene ble det benyttet kvantitative metoder i alle studiene (se Tabell 6). Noen av studiene inkluderte kun deltakere fra sykehjem (n=8), noen inkluderte deltakere fra sykehus og sykehjem (n=4), mens én studie inkluderte deltakere fra sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste (n=1). Utvalget av pasienter på sykehjem varierte fra 50 til 15 566 pasienter, avhengig av hvilken metode som ble brukt i studien. Eksempelvis omfatter ulike typer reviews deltakere fra flere studier, og dermed vil ofte det totale utvalget være større enn i andre typer studier. Én studie inkluderte også helsepersonell fra sykehus og sykehjem i en spørreundersøkelse, i tillegg til utvalget av pasienter.

De inkluderte studienes hensikt var av varierende karakter. Kun én av studiene er definert som valideringsstudie, der forskerne hadde til hensikt å undersøke validiteten til et nytt kartleggingsverktøy ved bruk på sykehus og sykehjem. Flere av de inkluderte studiene hadde på en eller annen måte til hensikt å teste ut ett eller flere verktøy for bruk i ulike settinger, eller å undersøke gjennom en review hvilke verktøy som var aktuelle for identifisering av delirium. Andre studier hadde som hovedhensikt å kartlegge forekomsten av delirium i sykehjem. Noen av de inkluderte studiene ønsket å kartlegge risikofaktorer for delirium i ulike settinger, mens andre så på bakenforliggende og utløsende årsaker til delirium på sykehjem. Én studie hadde som mål å forbedre et allerede eksisterende kartleggingsverktøy, mens en annen studie undersøkte forløpet av delirium i sykehjem. Det ble også gjort en kunnskapsoppsummering av eksisterende forskning på diagnostikk og behandling for delirium i én studie.

Ett av inklusjonskriteriene i denne reviewen var at pasienter med demens på sykehjem skulle være inkludert i utvalget. Enkelte studier inkluderte utelukkende pasienter med demens eller kognitiv svikt, mens andre også inkluderte kognitivt friske pasienter. I noen tilfeller ble skillet mellom pasienter med demens og pasienter med kognitiv svikt tydeliggjort, i andre tilfeller gjøres det ikke skille på de to diagnosene. Alle studiene inkluderte pasienter med demens i større eller mindre grad. Enkelte av studiene spesifiserte ikke antall pasienter i utvalget, men

beskrev allikevel i studien at pasienter med demens på sykehjem var en del av utvalget. Dette gjelder i hovedsak reviews (se Tabell 6).

Tabell 6: Metode og kjennetegn ved utvalg i de inkluderte studiene

Studie	Metode	Utvalg	Utvalg sykehjem totalt	Diagnose demens	Kognitiv svikt
1. Longitudinal patterns of delirium severity scores in long-term care settings (Ciampi et al., 2017)	Analyse av data fra prospektiv observasjonskohortstudie	Sykehjem	104	89	0
2. Latent class analysis of the multivariate Delirium Index in long-term care settings (Ciampi et al., 2019)	Analyse av data fra prospektiv observasjonskohortstudie	Sykehjem	276	181	0
3. Risk factors for nursing home delirium: A systematic review (Lee, 2020)	Systematic review	Sykehjem	15 566	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert
4. Outcomes of patients with delirium in long-term care facilities: A prospective cohort study (Moon & Park, 2018)	Prospektiv kohortstudie	Sykehjem	173	54 av de 82 med kognitiv svikt har demens	82
5. A point prevalence study of delirium in Italian nursing homes (Morichi et al., 2018)	Punkt-prevalens	Sykehjem	1 454	754	0
6. Delirium in older persons: Advances in diagnosis and treatment (Oh, Fong, Hshieh & Inouye, 2017)	Evidence review	Sykehus, sykehjem og hjemmetjeneste	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert	Ikke spesifisert
7. Performance on bedside tests of attention and organized thinking in patients with dementia free from delirium (Oudewortel et al., 2019)	Deskriptiv tverrsnittstudie	Sykehus og sykehjem	57	57	57
8. Delirium predisposing and triggering factors in nursing home residents: A cohort trial-nested case-control study (Pérez-Ros et al., 2019)	Kohort ("trial-nested") case-kontrollstudie	Sykehjem	443	386	386
9. Attention, arousal, and other rapid bedside screening instruments for delirium in older patients: A systematic review of test accuracy studies (Quispel-Aggenbach, Holtman, Zwartjes, Zuidema & Luijendijk, 2018)	Systematic review	Sykehus og sykehjem	141	106	0
10. The prevalence of delirium in Belgian nursing homes: A cross-sectional evaluation (Sabbe, Van der Mast, Dilles & Van Rompaey, 2021)	Tverrsnitt/punkt-prevalensstudie	Sykehjem	338	93	0

11. A prospective observational study to investigate utility of the Delirium Observational Screening Scale (DOSS) to detect delirium in care home residents (Teale, Young, Munyombwe, Schuurmans & Siddiqi, 2018)	Prospektiv observasjonskohortstudie	Sykehjem	216	87 av de 115 med kognitiv svikt har demens	115
12. Assessment of inattention in the context of delirium screening: One size does not fit all! (Voyer et al., 2016)	Analyse av data fra valideringsstudie	Sykehus og sykehjem	50	35 av de 40 med kognitiv svikt har demens	40
13. Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR): A validation study (Voyer et al., 2015)	Valideringsstudie	Sykehus og sykehjem	51	36 av de 41 med kognitiv svikt har demens	41

4.2 Hvilke kartleggingsverktøy benyttes i forskningslitteraturen for å identifisere delirium hos pasienter med demens på sykehjem?

Det ble identifisert totalt 12 ulike kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem i de 13 inkluderte studiene i denne reviewen (se Tabell 7). I noen studier ble kun ett verktøy brukt, mens andre studier brukte flere verktøy i kombinasjon. Flere studier benyttet kartleggingsverktøy i kombinasjon med diagnostiske kriterier for delirium, henholdsvis DSM-5, for å kunne kontrollere om verktøyene identifiserte delirium korrekt eller ikke. Studiene inneholdt varierende grad av informasjon om verktøyene i seg selv, avhengig av studiens hensikt. Enkelte studier forklarte i detalj hvordan verktøyet var utformet, hva det inneholdt, hvilken populasjon og setting det skulle brukes i og hvordan det skulle brukes, mens andre studier bare nevnte at verktøyet var benyttet og eventuelt hvordan det ble brukt i den aktuelle studien. Eksempelvis nevnte inkluderte reviews som regel bare at verktøyet var benyttet i inkluderte studier, uten å gå nærmere inn på kjennetegn ved verktøyet.

Tabell 7: Kartleggingsverktøy identifisert i de inkluderte studiene

Studie	Kartleggingsverktøy
1. Ciampi et al., 2017	Delirium Index (DI) Confusion Assessment Method (CAM)
2. Ciampi et al., 2019	Delirium Index (DI) Confusion Assessment Method (CAM)
3. Lee, 2020	Confusion Assessment Method (CAM)

	Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM confusion scale) Nursing Home-Confusion Assessment Method (NH-CAM)
4. Moon & Park, 2018	Short Confusion Assessment Method (S-CAM)
5. Morichi et al., 2018	Assessment Test for Delirium and Cognitive Impairment (4AT) Delirium Motor Subtype Scale (DMSS)
6. Oh et al., 2017	Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR)
7. Oudewortel et al., 2019	Confusion Assessment Method - Intensive Care Unit (CAM-ICU)
8. Pérez-Ros et al., 2019	Confusion Assessment Method (CAM)
9. Quispel-Aggenbach et al., 2018	Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR) The concentration subscale of the Hierarchic Dementia Scale (HDS)
10. Sabbe et al., 2021	Delirium Observation Screening Scale (DOSS)
11. Teale et al., 2018	Confusion Assessment Method (CAM) Delirium Observation Screening Scale (DOSS) Months of the Year Backwards (MOTYB)
12. Voyer et al., 2016	The concentration subscale of the Hierarchic Dementia Scale (HDS) Confusion Assessment Method (CAM)
13. Voyer et al., 2015	Confusion Assessment Method (CAM) Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR)

Confusion Assessment Method (CAM) ble oftest brukt, og ble identifisert i 7 av de inkluderte studiene (Ciampi et al., 2017, 2019; Lee, 2020; Pérez-Ros et al., 2019; Teale et al., 2018; Voyer et al., 2016; Voyer et al., 2015). CAM er basert på de diagnostiske kriteriene for delirium i DSM, og gjennomføres på 5-10 minutter (Teale et al., 2018; Voyer et al., 2016; Voyer et al., 2015). Verktøyet kan benyttes for å identifisere delirium eller sannsynlig delirium (Ciampi et al., 2017, 2019), og enkelte studier nevner også CAM som verktøy for å diagnostisere delirium (Pérez-Ros et al., 2019). CAM består ifølge Teale et al. (2018) av fire komponenter: (1) akutt debut og fluktuerende forløp, (2) oppmerksomhetsforstyrrelser, (3) ytterligere kognitive forstyrrelser og (4) endret bevissthetsnivå. For å kunne bekrefte delirium må pasienten ha utslag på komponent 1 og 2, og enten 3 eller 4 (Teale et al., 2018).

Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR) ble identifisert i 3 av de inkluderte studiene (Oh et al., 2017; Quispel-Aggenbach et al., 2018; Voyer et al., 2015). Voyer et al (2015) beskriver RADAR som et observasjonsbasert kartleggingsverktøy som kan brukes av helsepersonell under utdeling av medisiner, og som inneholder enkle elementer for å identifisere tegn på mulig delirium. Verktøyet tar i snitt 7 sekunder å gjennomføre. Videre brukes verktøyet ved å observere pasienten samtidig som man besvarer følgende spørsmål: (1) Var pasienten døsig? (2) Hadde pasienten problemer med å følge instruksjoner? (3) Hadde

pasienten trege bevegelser? Det er ifølge Voyer (2015) kun nødvendig med observasjon av pasienten for å gjennomføre kartleggingen, pasienten må ikke intervjues, man trenger ikke å innhente opplysninger fra pårørende eller pasientjournalen, og man trenger ikke å vite noe om pasientens normale funksjonsnivå. RADAR regnes som positiv dersom man kan svare «ja» på minimum ett av disse spørsmålene (Voyer et al., 2015).

Delirium Index (DI) ble identifisert i 2 av de inkluderte studiene (Ciampi et al., 2017, 2019). DI er ifølge Ciampi et al. (2017) og Ciampi et al. (2019) et observasjonsbasert verktøy som kartlegger alvorlighetsgrad av delirium. Verktøyet er rangert på en skala fra 0-21, der høyere score indikerer høyere alvorlighetsgrad (Ciampi et al., 2017, 2019). Ifølge Ciampi et al. (2019) består DI av 8 ulike symptomer knyttet til delirium: (1) uoppmerksomhet, (2) uorganisert tankegang, (3) endret bevissthetsnivå, (4) desorientering, (5) redusert hukommelse, (6) persepsjonsforstyrrelser, (7) hyperaktivitet og (8) hypoaktivitet. Videre vurderes hvert symptom med en score fra 0-3, der en score på 0 indikerer fravær av et symptom, mens 3 indikerer høy alvorlighetsgrad av et symptom. Tallene summeres og kan gi en total score på 21 poeng (Ciampi et al., 2019).

Hierarchic Dementia Scale (HDS), «The concentration subscale» ble identifisert i 2 av de inkluderte studiene (Quispel-Aggenbach et al., 2018; Voyer et al., 2016). HDS er ifølge Voyer et al. (2016) et omfattende verktøy som i sin helhet benyttes for å kartlegge kognitiv svikt og demens. “The concentration subscale” består av 10 oppmerksomhetstester med ulik vanskelighetsgrad. Hver test består av en enkel objektiv oppgave for å måle oppmerksomhet, og enkelte av testene i denne skalaen er mye brukt både i klinikken og i forskning (Voyer et al., 2016). Denne skalaen består ifølge Voyer et al. (2016) av følgende 10 tester: (1) Serial Sevens Subtraction, (2) Serial Threes Subtraction, (3) Months of the Year Backward (MOTYB), (4) Days of the Week Backward, (5) Counting 93 to 85, (6) Counting 10 to 1, (7) Months of the Year Forward, (8) Days of the Week Forward, (9) Counting 1 to 10 og (10) Counting Objects (Voyer et al., 2016). Oppgavene er ifølge Voyer et al. (2016) organisert hierarkisk, slik at den vanskeligste oppmerksomhetstesten tas først. Pasienten kan score fra 0 til 10, og det gis score basert på den vanskeligste oppgaven pasienten klarer å fullføre (Voyer et al., 2016).

Delirium Observation Screening Scale (DOSS) ble identifisert i 2 av de inkluderte studiene (Sabbe et al., 2021; Teale et al., 2018). Sabbe et al. (2021) beskriver DOSS som et verktøy med 13 elementer knyttet til atferdsendringer ved delirium, basert på de diagnostiske

kriteriene i DSM. Videre er en score på 0 definert som «normal atferd», altså fravær av atferdsendringer, og høyeste score er 13. Tre eller flere poeng indikerer at pasienten sannsynligvis har delirium, og nærmere undersøkelse er nødvendig (Sabbe et al., 2021). Ifølge Teale et al. (2018) kan DOSS gjennomføres på under 5 minutter, og kartleggingen er basert på helsepersonells ikke-tekniske observasjoner under daglig stell og pleie. Det originale verktøyet består av 25 elementer, men i ettertid har det blitt kortet ned til en versjon med 13 elementer rettet spesifikt mot hyperaktivt delirium (Teale et al., 2018).

4 'A's Test (4AT) ble identifisert kun én gang i de inkluderte studiene (Morichi et al., 2018). Morichi et al. (2018) beskriver 4AT som en kort test for å kartlegge delirium og kognitiv svikt, som består av fire symptomer knyttet til delirium. En score på 0 indikerer fravær av delirium og kognitiv svikt, en score på 1 til 3 indikerer mulig generell kognitiv svikt, mens en score på 4 eller mer indikerer sannsynlig delirium (Morichi et al., 2018).

Delirium Motor Subtype Scale (DMSS) ble også identifisert kun én gang i de inkluderte studiene (Morichi et al., 2018). Morichi et al. (2018) beskriver DMSS som en skala som inneholder 11 motoriske symptomer relatert til delirium, 4 hyperaktive og 7 hypoaktive symptomer. Verktøyet benyttes for å kartlegge undertyper av delirium: hyperaktivt, hypoaktivt og blandet. Videre kan verktøyet brukes av helsepersonell som kjenner pasientens atferd, og dermed kartlegge pasientens atferd de siste 24 timene (Morichi et al., 2018). Ifølge Morichi et al. (2018) vurderes hver av de 11 symptomene å være til stede eller ikke, og minimum 2 av symptomene må være til stede enten fra hyperaktiv eller hypoaktiv type for å møte kriteriene for den aktuelle undertypen av delirium. Pasienter som møter kriterier for begge typer karakteriseres som blandet type (Morichi et al., 2018).

Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM confusion scale), **Nursing Home-Confusion Assessment Method (NH-CAM)** (Lee, 2020), **Short Confusion Assessment Method (S-CAM)** (Moon & Park, 2018), **Confusion Assessment Method - Intensive Care Unit (CAM-ICU)** (Oudewortel et al., 2019) og **Months of the Year Backwards (MOTYB)** (Teale et al., 2018) ble identifisert kun én gang hver i de inkluderte studiene. Ingen av disse studiene beskriver verktøyene i form av utforming, innhold eller generelt bruksområde.

4.3 Hvordan brukes kartleggingsverktøyene i forskningslitteraturen?

De identifiserte kartleggingsverktøyene ble brukt på ulike måter i de inkluderte studiene. Enkelte verktøy ble benyttet nesten utelukkende av trente forskere eller forskningsassistenter, eksempelvis som referansemåling for sammenligning med andre kartleggings-verktøy som ble testet ut for bruk på sykehjem eller som inklusjonskriterium for deltakelse i studien. Andre verktøy ble benyttet av helsepersonell i klinikken for å teste ut verktøyets egnethet til bruk på sykehjem, eller for å undersøke om et verktøy kunne brukes i andre settinger eller populasjoner enn det verktøyet opprinnelig var utviklet for.

Tabell 8: Oversikt over hvem som administrerer kartleggingsverktøyene i studiene

Studie	Hvem administrerer verktøyet?
1. Ciampi et al., 2017	Øvet forskningsassistent
2. Ciampi et al., 2019	Øvet forskningsassistent
3. Lee, 2020	Rapporteres ikke
4. Moon & Park, 2018	Sykepleiere på sykehjem med opplæring i bruk av verktøyet
5. Morichi et al., 2018	Lege eller geriater med lang erfaring fra sykehjem
6. Oh et al., 2017	Helsepersonell på sykehus og sykehjem
7. Oudewortel et al., 2019	Geriater eller psykolog
8. Pérez-Ros et al., 2019	Eksterne sykepleiere, ikke ansatt på sykehjemmene
9. Quispel-Aggenbach et al., 2018	Helsepersonell på sykehus og sykehjem Forskningsassistenter
10. Sabbe et al., 2021	Trente forskningssykepleiere med opplæring i delirium og kartlegging av delirium
11. Teale et al., 2018	Forskere med trening i bruk av verktøyet Helsepersonell på sykehjem med opplæring i delirium og bruk av verktøyet
12. Voyer et al., 2016	Forskningsassistenter med trening i bruk av verktøyet
13. Voyer et al., 2015	Forskningsassistenter Helsepersonell på sykehus og sykehjem, med opplæring i bruk av verktøyet

Confusion Assessment Method (CAM) ble identifisert som det mest brukte kartleggingsverktøyet i de inkluderte studiene. Verktøyet ble i én studie av Ciampi et al. (2017) brukt av en øvet forskningsassistent for å vurdere hvilke pasienter på sykehjem som skulle inkluderes i studien, der positiv CAM var satt som inklusjonskriterium for deltakelse. Pasienter med delirium og sannsynlig delirium ble inkludert i studien (Ciampi et al., 2017). I

en annen studie av Ciampi et al. (2019) ble CAM brukt av en øvet forskningsassistent for å skille mellom pasienter med delirium, pasienter med sannsynlig delirium og pasienter uten delirium på sykehjem. Verktøyet ble brukt både i starten og underveis i studien (Ciampi et al., 2019). I en studie av Pérez-Ros et al. (2019) ble CAM brukt i kombinasjon med DSM-5 av fem eksterne sykepleiere som ikke var ansatt på sykehjemmene. Her ble verktøyet brukt for å identifisere delirium og som indikatorvariabel for å kartlegge bakenforliggende og utløsende årsaker for delirium hos pasienter med og uten demens på sykehjem (Pérez-Ros et al., 2019).

Teale et al. (2018) brukte CAM som sammenligningsgrunnlag for et annet verktøy, for å undersøke verktøyets egnethet for identifisering av delirium på sykehjem. Det ble dermed brukt som en slags referansetest, og ble brukt to ganger per uke av forskere som fikk trening i bruk av verktøyet på forhånd (Teale et al., 2018). Voyer et al. (2016) brukte CAM i kombinasjon med DSM-5 for å måle symptomer på delirium hos pasienter på sykehus og sykehjem. Her ble verktøyet brukt av forskningsassistenter med trening i identifisering av delirium og bruk av verktøyet (Voyer et al., 2016). I en annen studie ble CAM brukt som referansemåling for identifisering av delirium på sykehus og sykehjem, også her av forskningsassistenter med trening i bruk av verktøyet på forhånd (Voyer et al., 2015). CAM ble også brukt i én studie for å kartlegge forekomst av delirium eller begynnende delirium, for å kunne belyse risikofaktorer for delirium på sykehjem (Lee, 2020).

Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR) ble i to studier brukt av helsepersonell på sykehjem for å identifisere delirium, der verktøyet ble testet ut for bruk på sykehjem (Oh et al., 2017; Quispel-Aggenbach et al., 2018). I en studie av Voyer et al. (2015) ble RADAR brukt i kombinasjon med DSM-5 og CAM. Her ble verktøyet brukt brukes flere ganger daglig av sykepleiere, hjelpepleiere og sykepleierstudenter, som hadde fått undervisning om delirium og bruk av RADAR på forhånd. Videre ble resultatene av målingene ved at verktøyet også ble testet av en forskningsassistent. I studien ble RADAR brukt for å teste ut verktøyets egnethet i praksis på sykehus og sykehjem (Voyer et al., 2015).

Delirium Index (DI) ble brukt som hovedvariabel i to studier, der det ble brukt ukentlig i seks måneder av en øvet forskningsassistent for å kunne forbedre elementer ved verktøyet, og dermed styrke dets validitet i klinikken (Ciampi et al., 2017, 2019). **Hierarchic Dementia Scale (HDS)**, «**The concentration subscale**» ble brukt i kombinasjon med DSM-5 i to studier, både for å vurdere oppmerksomhet og alvorlighetsgrad av kognitiv svikt, og for å undersøke om verktøyet var egnet for identifisering av delirium hos pasienter med og uten

demens på sykehjem og sykehus. Verktøyet ble brukt av forskningsassistenter med trening i delirium og bruk av verktøyet i begge studiene (Quispel-Aggenbach et al., 2018; Voyer et al., 2016).

Delirium Observation Screening Scale (DOSS) ble i Sabbe et al. (2021) brukt av tre forskningssykepleiere for å kartlegge prevalensen av delirium hos pasienter på sykehjem. Sykepleierne hadde fått opplæring i delirium og kartlegging av delirium i forkant av undersøkelsen (Sabbe et al., 2021). I en annen studie ble verktøyet brukt daglig av helsepersonell, for å undersøke verktøyets egnethet til bruk på sykehjem (Teale et al., 2018).

Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM Confusion Scale) og **Nursing Home-Confusion Assessment Method (NH-CAM)** ble begge brukt for å kartlegge forekomst av delirium eller begynnende delirium hos pasienter på sykehjem, for å kunne si noe om risikofaktorer for delirium hos disse pasientene (Lee, 2020).

Short Confusion Assessment Method (S-CAM) ble brukt to ganger daglig i tre måneder av sykepleiere på sykehjem for å skille mellom pasienter med og uten delirium, både i starten og underveis i studien. Sykepleierne hadde fått trening i bruk av verktøyet på forhånd (Moon & Park, 2018). **4 'A's Test (4AT)** ble brukt av lege ansatt på sykehjemmene, fortrinnsvis geriater med lang erfaring fra sykehjem, for å kartlegge prevalensen av delirium på sykehjem (Morichi et al., 2018). **Delirium Motor Subtype Scale (DMSS)** ble brukt i den samme studien for å identifisere undertyper av delirium hos pasientene med positiv 4AT, også dette verktøyet ble brukt av samme yrkesgruppe (Morichi et al., 2018).

Confusion Assessment Method - Intensive Care Unit (CAM-ICU) ble i en studie av Oudewortel et al. (2019) brukt av geriater eller psykolog for å kartlegge oppmerksomhet og organisert tankegang, der kun to deler av det totale verktøyet ble brukt. Falske positive og sanne negative resultater ble undersøkt, for på denne måten å se på om verktøyet kunne brukes for å identifisere delirium hos pasienter med demens på sykehjem (Oudewortel et al., 2019). **Months Of The Year Backwards (MOTYB)** brukes av forskere som supplement til CAM i én studie, for kartlegging av oppmerksomhet (Teale et al., 2018).

4.4 Hva sier forskningslitteraturen om kartleggingsverktøyenes egnethet for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem?

Det er stor variasjon i hvordan de inkluderte studiene beskriver kartleggingsverktøyenes egnethet for pasienter med demens på sykehjem. Enkelte studier beskriver egnethet i form av verktøyets sensitivitet og spesifisitet, både for pasienter på sykehjem generelt og for pasienter med demens på sykehjem spesielt, mens andre studier ikke nevner noe om dette. Det er også store variasjoner de inkluderte studienes hensikt, og ikke alle studiene har som hensikt å teste ut et kartleggingsverktøy for bruk i praksis på sykehjem. Det vil derfor ikke nødvendigvis være hensiktsmessig eller nødvendig for studiene å rapportere informasjon om verktøyets sensitivitet og spesifisitet for bruk på sykehjem eller for pasienter med demens. I enkelte studier nevnes likevel slik informasjon som en del av studiens bakgrunn. Aktuelle mål på kartleggingsverktøyenes egnethet i denne reviewen kan være verktøyets treffsikkerhet for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem, verktøyets evne til å skille mellom delirium og demens, verktøyets egnethet til bruk på sykehjem, samt verktøyets brukervennlighet ved bruk av helsepersonell i praksis.

Confusion Assessment Method (CAM) er ifølge Ciampi et al. (2019) et foretrukket verktøy til bruk i studier på sykehjem for identifisering av delirium (Ciampi et al., 2019). Ciampi et al. (2017) nevner ingen informasjon om verktøyets egnethet for pasienter med demens på sykehjem (Ciampi et al., 2017). Verktøyets egnethet beskrives heller ikke i en review utført av Lee (2020), men det understrekes at validerte kartleggingsverktøy ble brukt i alle de inkluderte studiene (Lee, 2020). Pérez-Ros et al. (2019) hevder at CAM er mye brukt for identifisering av delirium, og at verktøyet har høy sensitivitet og spesifisitet sammenlignet med klinisk diagnostikk. Videre understrekes det at demens kan «skjule» symptomer på delirium og føre til manglende identifisering av tilstanden. En begrensning ved denne studien er mangelen på identifisering av hypoaktivt og blandet delirium hos pasienter med demens på sykehjem (Pérez-Ros et al., 2019). CAM er ifølge Teale et al. (2018) mye brukt i forskning, og verktøyet er anbefalt for å stille diagnosen delirium i klinikken. Videre beskrives CAM som et verktøy med høy sensitivitet og spesifisitet for identifisering av delirium, men muligens lavere sensitivitet ved demens (Teale et al., 2018).

Ifølge Voyer et al. (2016) er CAM et etablert og mye brukt verktøy for identifisering av delirium, både i klinikken og i forskning. Videre vises det til at verktøyet har høy sensitivitet og spesifisitet sammenlignet med diagnose satt av spesialist (Voyer et al., 2016). CAM er ifølge Voyer et al. (2015) det mest brukte verktøyet for identifisering av delirium, både i klinikken og i forskning. Bruk av CAM krever kartlegging av kognitiv status i forkant. Videre kan mangel på trening i bruk av verktøyet i klinikken, mangel på tilstrekkelig kognitiv testing og demensdiagnose føre til falske positive eller falske negative resultater (Voyer et al., 2015). CAM beskrives av Voyer et al. (2015) som et verktøy med høy sensitivitet og spesifisitet ved bruk i forskning, men lavere sensitivitet ved bruk av helsepersonell i klinikken. Videre rapporterer studien flere barrierer for implementering av CAM i klinikken. Blant annet tar det for lang tid å gjennomføre kartleggingen, det er utfordrende og komplisert å bruke, og CAM hevdes å ha manglende validitet for bruk i enkelte populasjoner og settinger (Voyer et al., 2015).

Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR) har ifølge Oh et al. (2017) høyere sensitivitet ved bruk hos kognitivt friske pasienter sammenlignet med bruk hos pasienter med kognitiv svikt. Ved kognitiv svikt har RADAR en sensitivitet på 71,4 prosent og en spesifisitet på 42,9 prosent (Oh et al., 2017). Quispel-Aggenbach et al. (2018) har inkludert flere studier om bruk av verktøyet RADAR på sykehjem i sin review. En av disse studiene hevder at verktøyet har høy sensitivitet (100 prosent) og spesifisitet (77 prosent) ved identifisering av delirium hos pasienter med demens, mens en annen rapporterer lavere sensitivitet (71 prosent) og spesifisitet (43 prosent) hos samme pasientgruppe (Quispel-Aggenbach et al., 2018). Ifølge Voyer et al. (2015) er RADAR egnet for pasienter med og uten kognitiv svekkelse på sykehus og sykehjem, og krever ingen trening eller opplæring på forhånd. Videre rapporterer helsepersonell i en spørreundersøkelse at elementene i RADAR var enkle å forstå, helsepersonellet mente de hadde tilstrekkelig kunnskap for å besvare elementene, de mente rutinemessig medisindeling var et passende tidspunkt for å observere pasientene og bruk av RADAR førte ikke til økt arbeidsbelastning. Verktøyet tar kort tid å gjennomføre, er enkelt å bruke og avdekker både hypoaktivt og hyperaktivt delirium (Voyer et al., 2015).

Delirium Index (DI) er brukt i to ulike studier, men ingen av disse rapporterer noe om verktøyets egnethet for pasienter med demens på sykehjem, hverken i form av sensitivitet eller spesifisitet. Begge studiene nevner likevel at verktøyet er validert i tidligere studier for måling av alvorlighetsgrad av delirium (Ciampi et al., 2017, 2019). **Hierarchic Dementia**

Scale (HDS), The concentration subscale brukes i to av de inkluderte studiene. Quispel-Aggenbach et al. (2018) undersøkte egnetheten av samtlige tester i «the concentration subscale», for å undersøke om noen av disse kunne være egnet for identifisering av delirium på sykehus og sykehjem. De fant at kun én av testene, Months Of The Year Backwards (MOTYB), hadde akseptabel sensitivitet (64 prosent) og spesifisitet (79 prosent) for identifisering av delirium hos eldre pasienter på sykehus og sykehjem (Quispel-Aggenbach et al., 2018). Ifølge Voyer et al. (2016) er noen av testene i denne subskalaen mye brukt både i forskning og i klinikken, og har veletablert validitet og troverdighet. Videre fungerte MOTYB best av de ulike testene på generelt grunnlag, med sensitivitet 83 prosent og spesifisitet 63 prosent. I denne studien viste ingen av testene i «The concentration subscale» sensitivitet eller spesifisitet over 50 prosent for pasienter med demens (Voyer et al., 2016).

Delirium Observation Screening Scale (DOSS) har ifølge Sabbe et al. (2021) høy generell sensitivitet (90 prosent) og spesifisitet (92 prosent) for identifisering av delirium. Studien nevner ingenting om verktøyets egnethet for pasienter med demens, men funn viser en tydelig sammenheng mellom alvorlighetsgrad av demens og delirium (Sabbe et al., 2021). Videre er DOSS ifølge Sabbe et al. (2021) utviklet for helsepersonell uten spesifikk trening i gerontologi eller atferdsendringer, for å øke bruken av kartleggingsverktøy i klinikken. Videre beskrives det at verktøyet lar helsepersonell utføre kartleggingen «bedside», gjentatte ganger daglig, uten belastning for pasienten (Sabbe et al., 2021). Ifølge Teale et al. (2018) er DOSS opprinnelig utviklet for bruk i akuten for å identifisere delirium. Funn fra studien deres viser at DOSS ikke er egnet for identifisering av delirium på sykehjem, grunnet lav sensitivitet. Likevel kan det tenkes at verktøyet kan benyttes for å ekskludere delirium hos pasienter på sykehjem (Teale et al., 2018).

Studiene som har tatt i bruk verktøyene **Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM Confusion Scale), Nursing Home-Confusion Assessment Method (NH-CAM), Delirium Motor Subtype Scale (DMSS) og Months Of The Year Backwards (MOTYB)** rapporterer ingen informasjon relatert til verktøyenes egnethet for pasienter med demens på sykehjem (Lee, 2020; Morichi et al., 2018; Teale et al., 2018). En review understreker likevel at validerte kartleggingsverktøy er benyttet i samtlige av de inkluderte studiene (Lee, 2020). **Short Confusion Assessment Method (S-CAM)** er en kortversjon av verktøyet CAM, og er ifølge Moon & Park (2018) regnet som den beste metoden for å kartlegge delirium på sykehjem. Verktøyet er videre rapportert å ha høy generell sensitivitet

og spesifisitet i tidligere studier. Det spesifiseres likevel ikke hvilken nøyaktighet verktøyet har til bruk hos pasienter med demens (Moon & Park, 2018).

4 'A's Test (4AT) er ifølge Morichi et al. (2018) validert i akutte og postakutte settinger.

Verktøyet har vist seg å ha lav spesifisitet ved demens grunnet demenssykdommens påvirkning av orientering og oppmerksomhet, noe som kan føre til overdiagnostisering av tilstanden. Ifølge denne studien finnes det ingen ideelle kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens (Morichi et al., 2018). **Confusion Assessment**

Method-Intensive Care Unit (CAM-ICU) er ifølge Oudewortel et al. (2019) en foreslått test for identifisering av DSD (delirium og demens), og ble derfor testet ut som et mulig verktøy for å identifisere delirium hos pasienter med demens på sykehjem. Funn fra studien viser at verktøyet ikke er egnet for dette formålet, grunnet at antall positive resultater på CAM-ICU øker med alvorlighetsgrad av demens. Forskerne anser derfor ikke verktøyet som egnet for å utelukke delirium hos pasienter med alvorlig demens på sykehjem, men mener det kan bidra til å utelukke delirium hos pasienter med mild til moderat grad av demens (Oudewortel et al., 2019).

5 Diskusjon

Hensikten med denne oppgaven var å undersøke hva forskningen sa om bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem, ved bruk av scoping review som metode. Resultatene fra denne reviewen viser at det finnes flere kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos denne pasientgruppen, og de fleste verktøyene skal kunne brukes uten erfaring eller opplæring på forhånd. Samtidig brukes disse verktøyene i hovedsak av erfarne forskere eller andre med trening i å bruke dem. Videre viser resultater fra denne reviewen at det er mangel på tilpassede verktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens. Her vil resultatene diskuteres opp mot teoretiske perspektiver og tidligere forskning.

5.1 Bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem

Pasienter med demens og helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen blir ofte diskriminert i ulike deler av samfunnet, også i forskning (Brooker, 2013). Funn fra denne reviewen viser at forskningen på bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem er begrenset i omfang, både på internasjonal og nasjonal basis. Kun 13 relevante studier ble funnet gjennom systematiske søk i fire medisinske databaser, og ingen av disse var av norsk eller nordisk opphav. Dette kan ha betydning for resultatenes overføringsverdi til norske sykehjem. Pasienter på sykehjem i andre land kan eksempelvis ha høyere funksjonsnivå eller lavere prevalens av demens enn pasienter på norske sykehjem, noe som kan gjenspeiles i resultatene i studier fra andre land. Slike ulikheter beskrives av Skretteberg et al. (2022), som diskuterer årsakene til den høye prevalensen av delirium i deres studie sammenlignet med tidligere internasjonale prevalensstudier gjennomført på sykehjem. De mener én av årsakene kan være at pasientgruppen på norske sykehjem er ulik fra andre land. De trekker frem at en stor andel av pasientene i deres studie har demens, høyere alder og er mindre robuste, noe som i stor grad gjenspeiler situasjonen på norske sykehjem for øvrig (Skretteberg et al., 2022). Slike ulikheter må tas hensyn til i tolkningen av resultater fra internasjonale studier.

Videre viser funn fra denne reviewen store variasjoner i andel deltakere med demens i de inkluderte studiene, noe som også kan reflektere ulikhetene i pasientgruppen på sykehjem i ulike land. Enkelte av de inkluderte studiene hadde en andel deltakere med demens på 31

prosent eller mindre (Moon & Park, 2018; Sabbe et al., 2021), mens andre studier hadde en andel på over 85 prosent (Ciampi et al., 2017; Oudewortel et al., 2019; Pérez-Ros et al., 2019; Quispel-Aggenbach et al., 2018). Disse variasjonene kan gjøre det utfordrende å vurdere resultatenes overføringsverdi til norske sykehjem generelt og pasienter med demens på sykehjem spesielt, da norske sykehjem i dag har en høy andel pasienter med diagnosen demens. De inkluderte studiene i denne reviewen bruker også ulike betegnelser på sykehjemmet som institusjon, og det er også ulikheter i betegnelse innad i et enkelt land. Både «nursing home», «long term care» og «care home» benyttes, alle begreper som var inkludert i denne reviewens søkestrategi. Man kan ikke garantere at det engelske begrepet «long term care» defineres som det samme i Canada som i Nederland, eller at «long term care» og «nursing home» i Korea er samme type institusjon. Dette er heller ikke innenfor hensikten til denne oppgaven.

Ranhoff (2020) trekker frem systematiske observasjoner av diffuse og uspesifikke tegn på sykdom og systematisk bruk av validerte kartleggingsverktøy som nødvendig for at helsepersonell skal kunne innhente pålitelige data om pasientens tilstand (Ranhoff, 2020). I denne reviewen ble det funnet kun én valideringsstudie (Voyer et al., 2015). Dette kan gjøre det utfordrende å vurdere de identifiserte verktøyenes egnethet for bruk på sykehjem og for pasienter med demens, da det er usikkert om verktøyene er validert hos denne pasientgruppen i tidligere studier. Flere av studiene inkludert i denne reviewen nevner likevel informasjon om verktøyenes validitet med henvisning til tidligere gjennomførte valideringsstudier. Det ble identifisert tre ulike reviews i denne oppgaven (Lee, 2020; Oh et al., 2017; Quispel-Aggenbach et al., 2018), men ingen av disse undersøker spesifikt validiteten ved bruk av kartleggingsverktøy til pasienter med demens på sykehjem. To av disse inkluderer eldre fra ulike settinger, mens den tredje inkluderer pasienter på sykehjem uten å spesifisere kognitiv status. Det er ikke gitt at forholdene på sykehus eller hjemmetjeneste er overførbare til sykehjem, og antall pasienter med demens kan også variere i de ulike settingene.

Funn fra denne reviewen viser også at én av studiene har inkludert helsepersonell på sykehus og sykehjem som en del av deltakerutvalget, i tillegg til pasienter (Voyer et al., 2015). Helsepersonellet ble bedt om å besvare en spørreundersøkelse i etterkant av utprøving av et nytt verktøy for identifisering av delirium på sykehus og sykehjem. De ble inkludert i studien i som en del av vurderingen av verktøyets egnethet i klinikken, for å styrke verktøyets validitet i praksis på sykehus og sykehjem (Voyer et al., 2015). Involvering av helsepersonell i forskning ved utprøving av et kartleggingsverktøy kan bidra til økt innsikt i og forståelse for

verktøyets egnethet i klinikken, samt verktøyets egnethet for bruk i en bestemt setting eller populasjon. Tilbakemeldinger fra helsepersonell i klinikken kan også være verdifull informasjon i forbindelse med implementering av nye verktøy i praksis.

5.2 Bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium krever erfaring, kunnskap og kompetanse

Denne reviewen fant 12 ulike kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem, og de fleste av disse er basert på diagnostiske kriterier fra DSM. Det finnes ingen standardiserte kriterier for diagnosen delirium hos pasienter med demens (Apold, 2018) I tillegg krever kriteriene i DSM-5 at delirium skal være en direkte konsekvens av en medisinsk tilstand (Wyller, 2020), mens delirium hos pasienter med demens kan skyldes psykologiske eller miljømessige belastninger (Hartberg & Tveito, 2019). Disse aspektene kan skape utfordringer når det kommer til diagnostisering av delirium hos disse pasientene, men også bruk av kartleggingsverktøy. Enkelte av verktøyene er også tidkrevende og omfattende å bruke, noe som kan påvirke verktøyets egnethet i en travel hverdag på sykehjem. Det varierer også hvor mye erfaring og kunnskap som kreves for å bruke de ulike verktøyene.

Mangel på kunnskap om delirium og bruk av kartleggingsverktøy kan føre til at symptomer på delirium blir mistolket som symptomer på demens (Apold, 2018). Funn fra denne reviewen viser at verktøyene i hovedsak brukes av erfarne forskere eller andre med opplæring og/eller trening i å bruke dem. Dette sammenfaller med funn fra en systematisk review gjennomført av De & Wand (2015), som undersøkte bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter på sykehus. Forskerne hevder at dette begrenser resultatenes overførbarhet til «den virkelige verden» i klinikken, der det ikke nødvendigvis vil være mulig å tilby trening eller undervisning til alle ansatte som skal bruke et verktøy (De & Wand, 2015). Samtidig bør virksomheten sikre at alle ansatte med pasientkontakt har nødvendig kompetanse for å avdekke og følge opp pasienter med forverret somatisk tilstand (Helsedirektoratet, 2020), og identifisering av delirium kan bidra til å avdekke nettopp en slik forverring. Virksomheten har også et ansvar for at helsehjelpen som gis er kvalitetssikret (Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten, 2016). Det må være samsvar mellom helsepersonellens kompetanse og den oppgaven de er satt til å gjøre (Stubberud, 2018). Ved å øke kompetansen om delirium og bruk av kartleggingsverktøy kan man øke

pasientsikkerheten. Helsepersonell har også et individuelt ansvar for å tilegne seg kunnskap, ved å aktivt implementere kunnskap fra forskningslitteraturen i sin yrkesutøvelse (Stubberud, 2018).

5.2.1 Bruk av CAM krever kunnskap og erfaring

CAM anbefales for identifisering av delirium på norske sykehus og sykehjem (Helsedirektoratet, 2019a). Funn fra denne reviewen viser at CAM er et mye brukt og anbefalt verktøy for identifisering av delirium, både i klinikken og i forskning (Ciampi et al., 2019; Pérez-Ros et al., 2019; Teale et al., 2018; Voyer et al., 2016; Voyer et al., 2015). Samtidig viser funn fra Voyer et al. (2015) at verktøyet har lavere sensitivitet ved bruk av helsepersonell i klinikken sammenlignet med når det brukes i forskning, og her trekkes mangel på trening i bruk av CAM frem som en mulig årsak. Når helsepersonell ble spurt i den samme studien om bruk av CAM i klinikken, var det enighet om at verktøyet var tidkrevende, utfordrende og komplisert å bruke i praksis (Voyer et al., 2015). Dette er faktorer som bør tas i betraktning ved implementering av et verktøy i klinikken.

Funn fra denne reviewen viser at bruk av verktøyet CAM krever kompetanse, kunnskap og erfaring. Mangel på slik bakgrunnskunnskap kan føre til feil i administreringen av verktøyet og feiltolkning av resultatene (Voyer et al., 2015). Samtidig er CAM ett av verktøyene tilgjengelig for bruk på norske sykehjem i dag, uten at helsepersonell som skal bruke verktøyet har fått tilbud om opplæring eller trening i bruk av CAM i klinikken. Forskning viser at helsepersonell på sykehjem mangler kunnskap om delirium og bruk av kartleggingsverktøy både på nasjonal og internasjonal basis, og at begrepet «delirium» blir sjelden brukt i den kliniske dagligtalen på sykehjem (Buettel et al., 2017; Helgesen et al., 2021; Steis et al., 2015). Dersom det forventes at helsepersonell på sykehjem skal benytte seg av slike omfattende og krevende verktøy i klinikken bør tilstrekkelig opplæring sikres, for å unngå feil. De & Wand (2015) nevner krav om opplæring, trening og erfaring på forhånd som en av ulempene ved bruk av CAM. Forskerne har også funnet i sin review at CAM har lavere sensitivitet dersom det brukes uten denne bakgrunnskunnskapen (De & Wand, 2015).

5.2.2 De fleste verktøy krever ingen forkunnskap

Det finnes ifølge funn fra denne reviewen flere kartleggingsverktøy som skal kunne brukes uten opplæring eller trening i bruk av verktøyet på forhånd. Funn viser at disse verktøyene administreres i forskningen av helsepersonell eller forskere med lang erfaring, eller andre som

har fått opplæring og trening i bruk av verktøyet på forhånd (Morichi et al., 2018; Sabbe et al., 2021; Teale et al., 2018; Voyer et al., 2015). To av de inkluderte studiene beskriver at verktøyene ble brukt av helsepersonell i klinikken, uten å gjøre rede for om disse fikk opplæring eller trening i bruk av verktøyet på forhånd (Oh et al., 2017; Quispel-Aggenbach et al., 2018). Samtidig er begge disse studiene reviews, og dermed er ikke nødvendigvis all informasjon tatt med i reviewen. På bakgrunn av dette kan det være utfordrende å si noe om kartleggingsverktøyets egnethet ved bruk av utrent helsepersonell i klinikken, som på bakgrunn av funn fra denne reviewen er målgruppen for bruk av disse verktøyene. Myrstad et al. (2019) fant at kartleggingsverktøyet 4 'A's Test (4AT) hadde lavere sensitivitet når det ble brukt av sykepleiere i klinikken på sykehus, sammenlignet med når det ble brukt av erfarne spesialister i geriatri eller deliriumforskere. Dette på tross av at sykepleierne hadde fått opplæring og trening i bruken av verktøyet på forhånd (Myrstad et al., 2019). Samtidig beskrives 4AT som ett av verktøyene som ikke krever opplæring eller erfaring i bruken av det på forhånd (Wilson et al., 2020), et verktøy som skal være tilpasset den kliniske hverdagen. 4AT er også et verktøy som er anbefalt for identifisering av delirium på norske sykehus og sykehjem (Helsedirektoratet, 2019a).

Funn fra denne reviewen viser at det finnes flere observasjonsbaserte verktøy som skal være enkle og raske å bruke i praksis, og som ifølge studiene ikke krever opplæring eller erfaring før man tar det i bruk. RADAR (Recognizing Acute Delirium As part of your Routine) og DOSS (Delirium Observation Screening Scale) er to slike verktøy, som begge tar kort tid å gjennomføre i praksis, og kan gjennomføres i forbindelse med rutinemessige arbeidsoppgaver i det daglige på sykehjemmet (Sabbe et al., 2021; Teale et al., 2018; Voyer et al., 2015). Samtidig brukes disse verktøyene av helsepersonell som har fått undervisning om delirium og trening i bruk av verktøyene på forhånd, noe som i likhet med 4AT gjør det utfordrende å vurdere verktøyets egnethet ved bruk av utrent helsepersonell i klinikken. Innføring av enkle, observasjonsbaserte verktøy på sykehjem vil sannsynligvis være mer hensiktsmessig enn innføring av mer kompliserte verktøy som CAM. Slike verktøy kan enklere implementeres i en hektisk hverdag, som en del av helsepersonellens daglige rutiner. Funn fra denne reviewen viser imidlertid at DOSS ble vurdert å ha lav sensitivitet ved bruk på sykehjem (Teale et al., 2018), mens studiene som tok i bruk RADAR ikke er enige om verktøyets egnethet for bruk på sykehjem (Oh et al., 2017; Quispel-Aggenbach et al., 2018; Voyer et al., 2015).

5.3 Mangel på tilpassede verktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem

Funn fra denne reviewen viser at anbefalte kartleggingsverktøy for identifisering av delirium på norske sykehjem ikke er tilpasset pasienter med demens. Samtidig kan delirium være det eneste symptomet på akutt sykdom hos denne pasientgruppen (Ranhoff, 2020). Forskning viser at prevalensen av delirium i norske sykehjem er høy sammenlignet med internasjonale studier av samme art, sannsynligvis grunnet at en stor andel av pasientene på norske sykehjem har demens (Skretteberg et al., 2022). Pasienter med demens er svært sårbare for akutt sykdom (Ranhoff, 2020), og ved akutt sykdom hos disse pasientene må det gjøres systematiske og nøyaktige observasjoner og kartlegginger (Eikemo et al., 2020). Dette understreker viktigheten av å bruke kartleggingsverktøy som er egnet for pasienter på sykehjem, da mangel på identifisering av delirium hos disse pasientene kan få alvorlige konsekvenser. I tillegg har pasienter med demens på sykehjem ofte ukarakteristiske og vage symptomer på akutt sykdom (Eikemo et al., 2020), noe som også understreker behovet for tilpassede kartleggingsverktøy for denne pasientgruppen.

5.3.1 Bruk av CAM på sykehjem kan gi falske positive eller falske negative

Verktøyet CAM ble i denne reviewen identifisert som det mest brukte kartleggingsverktøyet for identifisering av delirium på sykehjem, og er også funnet å være det mest brukte verktøyet på sykehus (De & Wand, 2015). Flere av de inkluderte studiene i denne reviewen beskriver CAM som et verktøy med høy generell sensitivitet og spesifisitet (Pérez-Ros et al., 2019; Teale et al., 2018; Voyer et al., 2016; Voyer et al., 2015), mens enkelte hevder at verktøyet har lavere sensitivitet ved demens (Teale et al., 2018). Videre viser funn at det er nødvendig med kartlegging av pasientens kognitive funksjon i forkant av administrering av CAM, for å unngå falske positive eller falske negative resultater (Voyer et al., 2015). Slik kartlegging er en oppgave som krever kunnskap, kompetanse og erfaring hos helsepersonell, og mangel på denne bakgrunnskunnskapen kan føre til feilaktig diagnostisering av demens eller kognitiv svikt. Samtidig er demens den mest nærliggende differensialdiagnosen til delirium, og det kan derfor være vanskelig å skille mellom de to diagnosene (Engedal & Tveito, 2019a; Krogseth, 2018). Dette understreker viktigheten av å ha kjennskap til pasientens kognitive funksjonsnivå i forkant av administrering av CAM eller andre kartleggingsverktøy for identifisering av delirium.

Verktøyet CAM er anbefalt for identifisering av delirium i norske sykehjem, samtidig som det ikke er validert for bruk til pasienter med demens (Helsedirektoratet, 2019a). Bruk av CAM for identifisering av delirium hos denne pasientgruppen kan dermed føre til at pasientens tilstand blir feilvurdert eller undervurdert, slik at pasienter med demens som har delirium blir oversett. På bakgrunn av dette kan bruk av CAM til denne pasientgruppen vanskelig forsvares. I tillegg er delirium hos pasienter med demens er assosiert med økt dødelighet, lengre rehabilitering etter skade eller sykdom, høye kostnader, økt fallrisiko og forlenget opphold på sykehus (Apold, 2018). Tilstanden kan også føre til varig kognitiv svekkelse og raskere progresjon av eksisterende demenssykdom (Engedal & Tveito, 2019a). For å unngå slike alvorlige konsekvenser bør det sikres at anbefalte kartleggingsverktøy for identifisering av delirium også er validert for pasienter med demens på sykehjem.

Det kommer frem av funnene i denne reviewen at CAM kan ha manglende generaliserbarhet til ulike settinger og populasjoner, grunnet få gjennomførte valideringsstudier (Voyer et al., 2015). Dette underbygges også av Skretteberg et al. (2022), som trekker frem bruk av CAM for identifisering av delirium som en av studiens begrensninger, da verktøyets validitet for bruk hos pasienter med alvorlig demens hittil er ukjent (Skretteberg et al., 2022). Samtidig er alvorlig demens en sterk disponerende faktor for delirium (Engedal & Tveito, 2019a).

Verktøyene 4AT eller CAM anbefales for bruk på norske sykehjem, men samtidig er ingen av dem egnet for å skille symptomer på demens fra symptomer på delirium. Videre kan dette føre til en høy andel falske positive resultater og dermed overdiagnostisering av delirium hos disse pasientene (Helsedirektoratet, 2019a).

5.3.2 Bruk av kartleggingsverktøy bør baseres på kunnskapsbasert praksis

Bruk av standardiserte kartleggingsverktøy sikrer trygge og sikre pasientforløp (Stubberud, 2018), men dette forutsetter at verktøyet er validert for populasjonen det skal administreres hos. Videre understreker Stubberud (2018) at slike verktøy også kan ha sine begrensninger, spesielt hos den eldre populasjonen, der aldersforandringer, multisykdom og legemidler kan innvirke på eller skjule symptomer på akutt sykdom. Dermed må helsepersonell vise faglig skjønn ved tolkning av resultatene (Stubberud, 2018), noe som sannsynligvis vil være tilfellet ved identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem. Helsepersonell som arbeider med denne pasientgruppen, må inneha både sykepleiefaglig og medisinsk kompetanse og god kjennskap til pasienten. Dette er en del av det å jobbe personsentrert og

kunnskapsbasert i demensomsorgen (Granum et al., 2018). Endringer i atferd hos pasienten med demens tilskrives ofte selve demenssykdommen (Brooker, 2013), og det er derfor nødvendig at helsepersonell kjenner pasientens normale atferd for å kunne identifisere delirium.

Faglige råd og retningslinjer er basert på oppdatert forskning. På bakgrunn av dette kan man diskutere på hvilket grunnlag disse verktøyene kan anbefales for bruk på sykehjem. Bjørndal et al. (2021) beskriver kliniske retningslinjer som nyttige verktøy for å sikre en kunnskapsbasert arbeidsmåte. Slike retningslinjer bygger ofte på forskning gjennomført i spesialisthelsetjenesten og blir ofte utviklet av superspesialister på sitt felt. Samtidig behandles de fleste pasientene i primærhelsetjenesten, og retningslinjene skal i hovedsak brukes av helsepersonell i klinikken (Bjørndal et al., 2021). Dersom bruk av kartleggingsverktøy anbefales på bakgrunn av forskning gjennomført i spesialisthelsetjenesten, vil ikke nødvendigvis denne forskningen være overførbar til sykehjem.

Helsepersonell har ansvar for at helsehjelpen som gis baseres på kunnskapsbasert praksis, og er forankret på den beste og mest oppdaterte kunnskapen på feltet (Bjørndal et al., 2021; Stubberud, 2018). De må videre inneha både vurderingskompetanse og anvendelseskompetanse for å kunne anvende forskningslitteratur i praksis (Kirkevold, 1996). Funn fra denne reviewen viser at verktøyet 4AT ikke nødvendigvis er egnet for pasienter med demens på sykehjem. Ifølge Morichi et al. (2018) er verktøyet validert i akutte og postakutte settinger, men har vist seg å ha lav spesifisitet ved bruk hos pasienter med demens grunnet sykdommens påvirkning av orientering og oppmerksomhet (Morichi et al., 2018). Samtidig fant De & Wand (2015) i sin review at verktøyet 4AT har høy sensitivitet og spesifisitet i den eldre befolkningen, og at verktøyet kan være effektivt for å identifisere delirium hos pasienter med demens på sykehus (De & Wand, 2015). Dette kan reflektere ulikhetene mellom pasienter med demens på sykehjem og sykehus, og at resultatene fra en setting ikke automatisk kan overføres til en annen.

Funn fra denne reviewen viser at flere studier har testet ut enkle og raske oppmerksomhetstester, med en hypotese om at disse testene kan være aktuelle for identifisering av delirium. Ingen av disse testene ble funnet å være egnet for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem (Oudewortel et al., 2019; Quispel-Aggenbach et al., 2018; Voyer et al., 2016). Kartlegging og vurdering av oppmerksomhet er

et sentralt aspekt i de fleste verktøy for identifisering av delirium. Samtidig er dette områder som er påvirket i større eller mindre grad hos pasienter med demens, noe som må tas i betraktning dersom man skal benytte seg av oppmerksomhetstester i forbindelse med identifisering av delirium hos denne pasientgruppen. Ved alvorlig demens vil pasienten alltid ha en kronisk oppmerksomhetssvikt, men også pasienter med mild til moderat grad av demens vil ha problemer med å gjennomføre enkle oppmerksomhetstester (Krogseth, 2018). På bakgrunn av dette vil slike tester sannsynligvis være uhensiktsmessig å bruke for identifisering av delirium hos pasienter med demens.

5.3.3 Personentrert omsorg som forutsetning for identifisering av delirium hos pasienter med demens

Ifølge De & Wand (2015) bør det ideelle kartleggingsverktøyet for identifisering av delirium i klinikken prioritere høy sensitivitet over spesifisitet (De & Wand, 2015). Dette er ikke nødvendigvis hensiktsmessig for pasienter med demens, da det kan resultere i en høy andel falske positive resultater grunnet verktøyenes manglende evne til å skille mellom symptomer på delirium og demens. Forskning viser også at helsepersonell på sykehjem i hovedsak benytter seg av klinisk blikk og intuisjon for å identifisere delirium hos pasienter med demens, og at kartleggingsverktøy sjelden benyttes (Buettel et al., 2017; Helgesen et al., 2021). For å kunne benytte seg av klinisk blikk i demensomsorgen er man avhengig av å jobbe både kunnskapsbasert og personentrert. Intuisjon og erfaring er en del av helsepersonellens personlige kompetanse, og påvirker den praktiske yrkesutøvelsen (Kirkevold, 1996). Med erfaring utvikler helsepersonell sitt kliniske blikk og intuisjon, og det blir naturlig å bruke denne erfaringen i sin yrkesutøvelse for å oppdages små og store endringer hos pasienten. Samtidig er helsepersonell forpliktet til å drive systematisk kvalitetsforbedring og kvalitetsarbeid for å sikre at helsehjelpen som gis er forsvarlig (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011; Helsepersonelloven, 1999), og for å sikre en kunnskapsbasert praksis i klinikken (Stubberud, 2018). På bakgrunn av dette kan man si at helsepersonell er forpliktet til å benytte seg av validerte kartleggingsverktøy for identifisering av delirium dersom oppdatert kunnskap bekrefter nettopp dette som den beste metoden.

Pasienter med demens kan ha vansker med å uttrykke smerte eller ubehag, og etter hvert som sykdommen utvikler seg vil det være stadig viktigere å kunne forstå og tolke pasientens atferd som en form for kommunikasjon (Rokstad, 2020). Funn fra denne reviewen viser at enkelte kartleggingsverktøy som brukes i forskningen krever at helsepersonell som skal bruke det har

god kjennskap til pasientens normale funksjonsnivå og atferd. Ved bruk av verktøyet DMSS (Delirium Motor Subtype Scale) er helsepersonell avhengig av kjennskap til pasientens vanlige atferd, for å kunne kartlegge endringer i denne atferden i løpet av de siste 24 timene (Morichi et al., 2018). Dersom man skal kunne bruke slike verktøy er man avhengig av en personsentrert og kunnskapsbasert arbeidsmåte. For å kunne jobbe kunnskapsbasert i demensomsorgen er man avhengig å ha kjennskap til pasienten (Smebye, 2020).

Sykehjemmet som institusjon kan være ideelt for identifisering av delirium hos pasienter med demens, grunnet at pasientene på sykehjemmet har døgnkontinuerlig tilsyn av helsepersonell. Samtidig preges dagens sykehjem av mangel på kontinuitet, økt bruk av ufaglærte assistenter og store utfordringer med rekruttering av faglært helsepersonell (Gautun, 2020). Kontinuitet er en forutsetning for å jobbe personsentrert, og personsentrert omsorg nevnes ofte i retningslinjer, stortingsmeldinger og planer som en anbefalt og ønskelig tilnærming til pasienter med demens (Helse- og omsorgsdepartementet, 2018, 2020a; Helsedirektoratet, 2017). Ved å jobbe personsentrert i demensomsorgen kan man raskere oppdage endringer i pasientens tilstand. Brooker (2013) beskriver viktigheten av å bruke en individuell tilnærming til hver enkelt pasient. På denne måten lærer man å kjenne pasientens fysiske og mentale evner og ressurser (Brooker, 2013), slik at man lettere kan gjenkjenne små endringer i atferd eller funksjonsnivå.

For å kunne gi hensiktsmessig hjelp og omsorg til pasienten med demens er helsepersonell avhengig av kjennskap til pasienten, noe som krever kontinuitet i tjenesten (Smebye, 2020). Kontinuitet bidrar også til at pasienten føler hensiktsmessighet og forutsigbarhet i helsehjelpen som gis (Stubberud, 2018). Mangel på kontinuitet, kunnskap, kompetanse og kjennskap til pasientens normale atferd og funksjonsnivå kan gjøre det utfordrende å sikre gode tjenester til pasienter med demens. Helsepersonell må være oppmerksom på at alle endringer i atferd hos disse pasientene kan skyldes delirium (Krogseth, 2018). Det må videre skapes en kultur i sykehjem der ansatte på alle nivåer involveres i arbeidet med kvalitet og pasientsikkerhet (Cappelen, 2018). Ved å sikre kontinuitet i tjenesten, samt at flest mulig av helsepersonell på sykehjem har tilstrekkelig kunnskap og kompetanse, kan man også administrere sikre tjenester av god kvalitet til pasienter med demens.

5.3.4 RADAR: et mulig egnet kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem

RADAR (Recognizing Acute Delirium As part of your Routine) er det eneste kartleggingsverktøyet som ifølge denne reviewen kan være egnet for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem (Voyer et al., 2015). Verktøyet er observasjonsbasert, noe som reduserer belastningen på pasienten, til sammenligning med intervjubaserte verktøy. Dette er et viktig aspekt for vurdering av kartleggingsverktøyets egnethet for pasienter med demens på sykehjem, da dette allerede er en sårbar og belastet pasientgruppe. Videre kan det administreres av helsepersonell i forbindelse med rutinemessig utdeling av medisiner, tar i snitt 7 sekunder å gjennomføre, og består av tre enkle spørsmål, noe som reduserer arbeidsbelastning og merarbeid for helsepersonellet (Voyer et al., 2015). Dette underbygges også av De & Wand (2015) som beskriver det ideelle kartleggingsverktøyet for identifisering av delirium i en klinisk setting som raskt og enkelt å bruke og med krav om minimal eller ingen forkunnskap og erfaring (De & Wand, 2015). Helsepersonell på sykehjem jobber i en presset og hektisk hverdag, og har begrenset kapasitet til å administrere tidkrevende og kompliserte verktøy i praksis.

På tross av redusert belastning for pasienten og for helsepersonell, er ikke funnene fra denne reviewen enstemmig i sine resultater om RADAR og dets egnethet for pasienter med demens på sykehjem. Oh et al. (2017) hevder i sin review at verktøyet ikke er egnet for pasienter med demens på sykehjem, grunnet lav sensitivitet og spesifisitet ved kognitiv svikt (Oh et al., 2017). Samtidig viser funn fra Quispel-Aggenbach et al. (2018) varierende resultater, der en av de inkluderte studiene rapporterer høy sensitivitet og spesifisitet for pasienter med demens på sykehjem, mens en annen studie rapporterte lavere nivåer (Quispel-Aggenbach et al., 2018). Voyer et al. (2015) konkluderer i sin valideringsstudie med at RADAR er egnet for pasienter med og uten demens, på sykehus og sykehjem. På bakgrunn av disse funnene kan man si at RADAR kan være egnet for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem, men grunnet mangel på enighet rundt verktøyets validitet for denne pasientgruppen kan man ikke konkludere med dette.

5.4 Styrker og svakheter ved oppgaven

Bruk av metoden scoping review i en mastergradsoppgave kan ha både styrker og svakheter. Det er anbefalt å være minimum to forskere eller forfattere gjennom hele den metodologiske prosessen av en scoping review for å styrke studiens kvalitet. Mastergradsoppgaven i aldring

og geriatrisk helsearbeid er et individuelt arbeid, og det har derfor ikke vært mulig å være minimum to i denne prosessen. Samtidig har jeg fått støtte og veiledning fra lærerveileder på universitetet, og dette har vært med på å styrke oppgavens kvalitet. Mastergradsoppgavens rammer i forhold til tidsbruk og økonomiske ressurser har også satt sine begrensninger for oppgavens omfang. Det å ikke ha tilgang på oversetter, å ikke kunne innhente artikler i fulltekst og det å måtte sette begrensninger i forhold til årstall publisert kan ha ført til at relevante studier ikke har blitt identifisert og inkludert i studien. Samtidig var dette helt nødvendige avveininger for å kunne fullføre mastergradsoppgaven innen normert tid.

Underveis i prosessen har jeg arbeidet strukturert og systematisk med søk og dokumentasjon av arbeidet mitt. Jeg har ført kontinuerlig logg over arbeidet for å kunne dokumentere hver eneste overveielse og avgjørelse underveis, samt for å kunne gå tilbake i egne spor ved behov. All informasjon fra søk og kartlegging av data har blitt lagt inn i tabeller underveis, for å unngå at informasjon går tapt. Alt dette anser jeg som styrker i oppgaven. I denne oppgaven er det gjennomført kun ett systematisk søk, som er i tråd med scoping review som metode. Ved å gjennomføre ytterligere ett søk nærmere innleveringsdato kunne jeg identifisert eventuelle nye studier for inklusjon i reviewen, noe som kunne ha styrket oppgaven ytterligere. Likevel ble det gjort et forenklet søk i én database i mars 2022, som førte til identifisering av en ny norsk prevalensundersøkelse på sykehjem. Denne ble inkludert i oppgaven, men ikke i selve reviewen.

I arbeidet med litteraturstudier og forskning er jeg som nybegynner å regne, noe som kan ha påvirket prosessen og dermed reviewens kvalitet. Jeg har lært mye om litteraturstudier, forskning og scoping reviews underveis i arbeidet med mastergradsoppgaven, med god veiledning fra lærerveileder. Det at jeg er nybegynner i dette feltet kan også ha påvirket søkeprosessen, slik at relevante søkeord eller nøkkelord kan ha blitt utelatt. Dette kan igjen ha ført til at relevante studier ikke har blitt identifisert og inkludert. Samtidig hadde jeg to veiledningstimer med bibliotekar på universitetsbiblioteket underveis i prosessen, slik at søkestrategien min skulle bli best mulig. Dette anser jeg som en stor fordel, og en styrke i oppgaven. De inkluderte studienes metodologiske kvalitet er ikke vurdert i denne masteroppgaven, og er heller ikke et krav i scoping reviews. Dette kan være en svakhet i oppgaven, men samtidig er ikke dette en del av oppgavens hensikt. Alle de inkluderte studiene er hentet fra medisinske, vitenskapelige og fagfelleverderte tidsskrift.

Funnene mine kan være preget av min forforståelse, med tanke på min bakgrunn fra sykehjem og erfaring med manglende bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium.

Samtidig har jeg vært bevisst på dette gjennom hele prosessen, for å unngå at dette skulle farge mine beslutninger og overveielser i arbeidet med identifisering og utvelgelse av relevante studier. Studiene jeg har valgt ut i denne reviewen viser både kartleggingsverktøy som er vurdert å være mulig egnet og ikke egnet for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem. Dette viser at jeg ikke har vært bestemt på å finne kun egnede eller ikke egnede verktøy, men forholdt meg åpen for begge deler.

I denne oppgaven har jeg gått bredt ut for å identifisere flest mulig relevante studier innenfor forskningsfeltet jeg har valgt, ved hjelp av metoden scoping review. Det kunne vært interessant å gå frem med en spissere problemstilling, eksempelvis ved bruk av metoden systematic review, for å se nærmere på kartleggingsverktøyenes validitet, spesifisitet og sensitivitet for pasienter med demens på sykehjem, dersom man finner et tilstrekkelig antall studier på dette. På denne måten kan man kanskje identifisere kartleggingsverktøy som er bedre egnet til bruk under norske forhold på sykehjem enn de verktøyene som brukes i dag. Det kunne også vært interessant å se nærmere på helsepersonells erfaringer med bruk av kartleggingsverktøy på norske sykehjem, for eksempel ved bruk av metoden intervju eller spørreundersøkelse.

6 Avslutning

Denne scoping reviewen fant 12 ulike kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem, og CAM var det mest brukte verktøyet i forskningen. De fleste av verktøyene er observasjonsbaserte, kan gjennomføres på kort tid og skal kunne brukes uten opplæring eller erfaring på forhånd. Funn viser at mange av verktøyene har høyere validitet ved bruk i forskning sammenlignet ved bruk av helsepersonell i klinikken. I de fleste studiene ble verktøyene brukt av erfarne forskere eller andre med trening i bruken av dem, mens ingen av verktøyene ble brukt av utrent helsepersonell. Funn fra denne reviewen viser at CAM og 4AT, som anbefales for bruk på norske sykehjem, ikke er egnet for pasienter med demens.

Enkelte verktøy ble funnet å være for sensitive ved bruk hos denne pasientgruppen, noe som kan føre til overdiagnostisering av delirium hos pasienter med demens. Andre verktøy ble funnet å ha manglende spesifisitet for å skille symptomer på delirium fra symptomer på demens, som kan resultere i at delirium hos disse pasientene forblir uoppdaget. Ved gjennomgang studienes redegjørelse for verktøyenes egnethet for pasienter med demens på sykehjem var det kun verktøyet RADAR som utmerket seg som mulig egnet. Samtidig er det uenighet rundt verktøyets validitet i de inkluderte studiene. Ingen av de andre verktøyene ble funnet å være egnet for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem.

Forskning viser at det er høy prevalens av delirium på norske sykehjem, noe som forsterker viktigheten av validerte kartleggingsverktøy til bruk i denne settingen. Symptomer ved delirium og demens har mange likheter, noe som kan gjøre diagnostisering og kartlegging av delirium hos denne pasientgruppen utfordrende. Forskning viser at helsepersonell på sykehjem mangler kunnskap om delirium og bruk av kartleggingsverktøy, og at begrepet «delirium» sjelden brukes i den kliniske dagligtalen. Klinisk blikk og intuisjon brukes for å oppdage endringer i pasientenes tilstand, og kartleggingsverktøy blir sjelden brukt for identifisering av delirium. Funn fra denne reviewen viser at de fleste verktøy skal kunne brukes uten erfaring eller forkunnskap, samtidig har disse verktøyene lavere sensitivitet og spesifisitet ved bruk av helsepersonell i klinikken enn ved bruk i forskning. De fleste verktøyene ble brukt av erfarne forskere eller andre med trening i å bruke dem, også verktøy som ikke krever denne forkunnskapen. På bakgrunn av funn i denne reviewen man kan derfor ikke si noe om verktøyenes egnethet ved bruk av utrent helsepersonell.

Helsepersonell på sykehjem skal jobbe kunnskapsbasert og drive kontinuerlig kvalitetsarbeid, og helsehjelpen som gis skal baseres på den beste og oppdaterte kunnskapen. Mangel på kliniske retningslinjer og prosedyrer for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem kan skape utfordringer for håndtering av tilstanden i praksis. Bruk av validerte og standardiserte kartleggingsverktøy og kliniske retningslinjer i klinikken er en måte å sikre kunnskapsbasert praksis, tjenester av god kvalitet og sikre pasientforløp for pasienter på sykehjem. Mangel på validerte verktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem kan være en trussel for pasientsikkerheten. Delirium hos pasienter med demens er assosiert med økt dødelighet, grunnet mangel på identifisering av tilstanden. Dersom det ikke er mulig å benytte standardiserte og validerte kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens, bør bruk av personsentrert omsorg i større grad innføres på sykehjem. Ved bruk av en slik metode sikrer man at helsepersonell har god kjennskap til pasientens normale atferd og funksjonsnivå, og kan raskere oppdage små endringer som kan være uttrykk for delirium.

Funn fra denne reviewen antyder at forskningen på bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem er begrenset, sammenlignet med tilsvarende studier gjennomført på sykehus. Resultater fra studier på sykehus er ikke nødvendigvis overførbare til sykehjem, og det er derfor behov for økt forskning på sykehjemspopulasjonen. Det ble heller ikke funnet noen norske eller nordiske studier som undersøker bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium på sykehjem, og slike studier kan styrke evidensen for bruk i norske sykehjem. Denne reviewen fant kun én valideringsstudie som undersøkte et verktøys egnethet for bruk på sykehjem, og slike studier bør prioriteres i fremtiden. For å styrke kartleggingsverktøyenes validitet i klinikken bør også helsepersonell inkluderes i forskningen i større grad, også helsepersonell uten trening i bruk av verktøyet på forhånd. På denne måten kan helsetjenesten få større innsikt i hvordan et verktøy fungerer i en klinisk setting. Helsepersonells opplevelser og erfaringer med bruk av kartleggingsverktøy kan innhentes gjennom spørreundersøkelser eller intervjustudier, og slik innsikt kan også bidra til å styrke et verktøys egnethet i en klinisk setting.

Grunnet den økende andelen eldre mennesker i befolkningen må man også forvente et økt antall personer med demens, i helsetjenesten generelt og på sykehjem spesielt. Pasienter med demens på sykehjem har høy risiko for å utvikle delirium, og man kan dermed forvente flere pasienter med delirium på sykehjem i årene som kommer. Kartleggingsverktøy som anbefales for identifisering av delirium på norske sykehjem er ifølge funn fra denne reviewen ikke egnet

for bruk til pasienter med demens, og kan være utfordrende å implementere i praksis. En høy andel av pasienter på norske sykehjem diagnosen demens, og det er derfor behov for tilpassede verktøy for denne pasientgruppen. Bruk av verktøy som ikke er validert for pasienter med demens kan føre til at delirium hos disse pasientene ikke blir oppdaget eller at pasienter med demens blir overdiagnostisert med delirium.

Denne reviewen har identifisert enkle, observasjonsbaserte verktøy som ikke krever forkunnskap, som kan gjennomføres på kort tid, uten ekstra belastning på pasienten eller på helsepersonell på sykehjem. Slike verktøy kunne være mulig å implementere i den kliniske hverdagen, som en del av den daglige observasjonen av hver enkelt pasient. Muligheten for å administrere slike verktøy i forbindelse med rutinemessige oppgaver som stell eller medisintdeling ville vært fordelaktig på sykehjem, da helsepersonellet ofte har en hektisk arbeidshverdag. Det er også behov for økt kunnskap blant helsepersonell om delirium og kjennetegn ved tilstanden hos pasienter med demens, samt bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos disse pasientene. Virksomheten må sikre at helsepersonell har den nødvendige kompetansen som kreves for å sikre forsvarlig helsehjelp. Bruk av kartleggingsverktøy kan sikre en kunnskapsbasert og personsentrert praksis på sykehjem, og dermed bedre tjenestene til pasienter med demens.

Referanseliste

- Apold, S. (2018). Delirium superimposed on dementia. *Journal for Nurse Practitioners*, 14(3), 183-189. doi: 10.1016/j.nurpra.2017.12.010
- Arksey, H. & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International journal of social research methodology*, 8(1), 19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
- Bjørndal, A., Flottorp, S. & Klovning, A. (2021). *Kunnskapshåndtering i medisin og helsefag* (4. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Brodtkorb, K. & Hauge, S. (2020). Sykepleie i sykehjem. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 262-279). Oslo: Gyldendal.
- Brooker, D. (2013). *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Buettel, A., Cleary, M. & Bramble, M. (2017). Delirium in a residential care facility: An exploratory study of staff knowledge. *Australasian Journal on Ageing*, 36(3), 228-233. doi: 10.1111/ajag.12452
- Cappelen, K. (2018). Pasientsikkerhetskultur i sykehjem. I K. Aase (Red.), *Pasientsikkerhet: Teori og praksis* (s. 89-100). Oslo: Universitetsforlaget.
- Ciampi, A., Bai, C., Dyachenko, A., McCusker, J., Belzile, E. & Cole, M. G. (2017). Longitudinal patterns of delirium severity scores in long-term care settings. *International Psychogeriatrics*, 29(1), 11-17. doi: 10.1017/S104161021600137X
- Ciampi, A., Bai, C., Dyachenko, A., McCusker, J., Belzile, E. & Cole, M. G. (2019). Latent class analysis of the multivariate Delirium Index in long-term care settings. *International Psychogeriatrics*, 59-72. doi: 10.1017/S1041610218000510
- De, J. & Wand, A. P. F. (2015). Delirium screening: A systematic review of delirium screening tools in hospitalized patients. *Gerontologist*, 55(6), 1079-1099. doi: 10.1093/geront/gnv100
- Den norske legeforening. (2015). 4AT norsk versjon. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/contentassets/bcf2ee0183d54c17b7005b963818c0ab/4at-norsk-versjon-2015.pdf>
- Eikemo, S. B., Stautland, M. & Dale, G. H. (2020). Akuttmedisin i eldreomsorgen. I B. S. Husebo & E. Flo (Red.), *Eldreboen* (s. 263-274). Bergen: Fagbokforlaget.
- Engedal, K. & Haugen, P. K. (2018). Demens. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 14-28). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse - Akademisk.
- Engedal, K. & Tveito, M. (2019a). Delirium. I K. Engedal & M. Tveito (Red.), *Alderspsykiatri* (s. 350-359). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse - Akademisk.
- Engedal, K. & Tveito, M. (2019b). Demens. I K. Engedal & M. Tveito (Red.), *Alderspsykiatri* (s. 360-416). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse - Akademisk.
- Evensen, S., Saltvedt, I., Ranhoff, A. H., Myrstad, M., Myrstad, C., Mellingsæter, M., . . . Neerland, B. E. (2019). Delirium og kognitiv svikt blant pasienter på norske akuttmottak. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 139(6). doi: 10.4045/tidsskr.18.0578
- Folkehelseinstituttet. (2021, 23. februar). Folkehelse rapporten: Demens. Hentet fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/demens/>
- Forskrift for sykehjem. (1988). *Forskrift for sykehjem og boformer for heldøgns omsorg og pleie* (FOR-1988-11-14-932). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>

- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten. (2016). *Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten* (FOR-2016-10-28-1250). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2016-10-28-1250>
- Gautun, H. (2020). *En utvikling som må snus. Bemanning og kompetanse i sykehjem og hjemmesykepleien* (NOVA rapport 2020:14). Oslo: NOVA, OsloMet.
- Granum, V., Opsahl, G. & Solvoll, B.-A. (2018). Hvordan kan vi gi bedre pleie til pasienter med demens? *Geriatrisk sykepleie*, 2/2018, 38-44. Hentet fra <https://sykepleien.no/meninger/innsjutt/2018/09/hvordan-kan-vi-gi-bedre-pleie-til-pasienter-med-demens>
- Haraldsplass Diakonale Sykehus. (2021, 11. november). Delirium - forebygging, diagnostikk og behandling. Hentet fra https://www.legeforeningen.no/contentassets/a96298dad70a4e4599da2d1d9e75f1d5/deliriumprosedyre-oppdateret-11_11_2021_haraldsplass.pdf
- Hartberg, C. B. & Tveito, M. (2019). Psykose. I K. Engedal & M. Tveito (Red.), *Alderspsykiatri* (s. 254-272). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse - Akademisk.
- Helgesen, A. K., Adan, Y. H., Dybvik Bjørglund, C., Weberg - Haugen, C., Johannessen, M., Åsmul Kristiansen, K., . . . Abrahamsen Grøndahl, V. (2021). Nurses' experiences of delirium and how to identify delirium - A qualitative study. *Nursing Open*, 8(2), 844-849. doi: 10.1002/nop2.691
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid* (Meld. St. 47 (2008-2009)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/nopdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2018). *Leve hele livet - En kvalitetsreform for eldre* (Meld. St. 15 (2017-2018)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020a, 2. desember). Demensplan 2025. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2025/id2788070/>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2020b). *Kvalitet og pasientsikkerhet 2019* (Meld. St. 11 (2020-2021)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-11-20202021/id2791147/?ch=1>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (LOV-2011-06-24-30). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2017, 3. januar 2020). Nasjonal faglig retningslinje om demens. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>
- Helsedirektoratet. (2019a, 2. mai). Nasjonale faglige råd om psykiske lidelser hos eldre. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>
- Helsedirektoratet. (2019b, 14. oktober). Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen: Nasjonal faglig retningslinje. Hentet fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf/_/attachment/inline/95636e37-ce73-4f2f-a61d-ee3f9e1ccada:fd30165370557eebcb60adfdb8473e4b786776b4/Palliasjon%20i%20kreftomsorgen%20%E2%80%93%20Nasjonalt%20handlingsprogram%20med%20retningslinjer.pdf
- Helsedirektoratet. (2020, 30. april). Nasjonale faglige råd for tidlig oppdagelse og rask respons ved forverret somatisk tilstand. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/tidlig-oppdagelse-og-rask-respons-ved-forverret-somatisk-tilstand>

- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Kirkevold, M. (1996). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Krogseth, M. (2018). Delirium. I K. Engedal & P. K. Haugen (Red.), *Demens - sykdommer, diagnostikk og behandling* (s. 152-166). Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse - Akademisk.
- Krogseth, M. (2020). Delirium. I B. S. Husebo & E. Flo (Red.), *Eldreboen* (s. 95-108). Bergen: Fagbokforlaget.
- Lee, J. (2020). Risk factors for nursing home delirium: A systematic review. *Journal of Korean Gerontological Nursing*, 22(1), 75-83. doi: 10.17079/jkgn.2020.22.1.75
- Moon, K. J. & Park, H. (2018). Outcomes of patients with delirium in long-term care facilities: A prospective cohort study. *Journal of Gerontological Nursing*, 44(9), 41-50. doi: 10.3928/00989134-20180808-08
- Morichi, V., Fedecostante, M., Morandi, A., Di Santo, Simona G., Mazzone, A., Mossello, E., . . . Bellelli, G. (2018). A point prevalence study of delirium in Italian nursing homes. *Dementia & Geriatric Cognitive Disorders*, 46(1/2), 27-41. doi: 10.1159/000490722
- Munn, Z., Peters, M. D. J., Stern, C., Tufanaru, C., McArthur, A. & Aromataris, E. (2018). Systematic review or scoping review? Guidance for authors when choosing between a systematic or scoping review approach. *BMC Medical Research Methodology*, 18(1), 143-143. doi: 10.1186/s12874-018-0611-x
- Myrstad, M., Watne, L. O., Johnsen, N. T., Børs-Lind, E. & Neerland, B. E. (2019). Delirium screening in an acute geriatric ward by nurses using 4AT: Results from a quality improvement project. *European Geriatric Medicine*, 10(4), 667-671. doi: 10.1007/s41999-019-00215-y
- National Institute for Health and Care Excellence. (2019, 14. mars). Delirium: Prevention, diagnosis and management. Hentet fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- Norsk elektronisk legehåndbok. (2010, 28. oktober). CAM skåringskjema for delir. Hentet fra <https://nevrologi.legehandboka.no/handboken/skjema/skaringssskjema/cam-skaringssskjema-for-delir/>
- Oh, E. S., Fong, T. G., Hshieh, T. T. & Inouye, S. K. (2017). Delirium in older persons: Advances in diagnosis and treatment. *JAMA*, 318(12), 1161-1174. doi: 10.1001/jama.2017.12067
- Oslo Universitetssykehus. (2018, Mars). Retningslinje: Intensivpasienter - smerte, uro/agitasjon og delirium, voksne. Hentet fra <https://ehandboken.ous-hf.no/document/56319>
- Oudewortel, L., Joling, K. J., Hertogh, C. M. P. M., Wijnen, V. J. M., van der Brug, A. A. M. & van Gool, W. A. (2019). Performance on bedside tests of attention and organized thinking in patients with dementia free from delirium. *International Psychogeriatrics*, 31(1), 73-81. doi: 10.1017/S1041610218000522
- Pérez-Ros, P., Martínez-Arnau, F. M., Baixauli-Alacreu, S., Caballero-Pérez, M., García-Gollarte, J. F. & Tarazona-Santabalbina, F. (2019). Delirium predisposing and triggering factors in nursing home residents: A cohort trial-nested case-control study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 70(4), 1113-1122. doi: 10.3233/JAD-190391
- Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., . . . Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBIM Evidence Synthesis*, 18(10), 2119-2126. doi: 10.11124/JBIES-20-00167
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (10.utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- 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. doi: 10.1093/ageing/afy058
- Ranhoff, A. H. (2020). Den akutt syke gamle. I M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasienten* (s. 232-244). Oslo: Gyldendal.
- Rokstad, A. M. M. (2020). Personsentrert omsorg. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens - møte og samhandling* (s. 51-71). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Sabbe, K., Van der Mast, R., Dilles, T. & Van Rompaey, B. (2021). The prevalence of delirium in belgian nursing homes: A cross-sectional evaluation. *BMC geriatrics*, 21(1), 634-634. doi: 10.1186/s12877-021-02517-y
- 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. doi: 10.1016/j.jamda.2021.10.006
- Smebye, K. L. (2020). Å møte personer med demens. I A. M. M. Rokstad & K. L. Smebye (Red.), *Personer med demens: Møte og samhandling* (s. 13-22). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.
- Steis, M. R., Behrens, L., Colancecco, E. M., Mogle, J., Mulhall, P. M., Hill, N. L., . . . Kolankowski, A. M. (2015). Licensed nurse and nursing assistant recognition of delirium in nursing home residents with dementia. *Annals of Long Term Care*, 23(10), 15-20. Hentet fra <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=110935255&site=ehost-live>
- Stubberud, D.-G. (2018). *Kvalitet og pasientsikkerhet: Sykepleierens funksjon og ansvar for kvalitetsarbeid*. Oslo: Gyldendal.
- Teale, E. A., Young, J., Munyombwe, T., Schuurmans, M. & Siddiqi, N. (2018). A prospective observational study to investigate utility of the Delirium Observational Screening Scale (DOSS) to detect delirium in care home residents. *Age and Ageing*, 47(1), 56-61. doi: 10.1093/ageing/afx155
- Voyer, P., Carmichael, P.-H., Richard, S., Bedard, A., Champoux, N., Desrosiers, J., . . . Savoie, M. (2016). Assessment of inattention in the context of delirium screening: One size does not fit all! *International Psychogeriatrics*, 28(8), 1293-1301. doi: 10.1017/S1041610216000533
- Voyer, P., Champoux, N., Desrosiers, J., Landreville, P., McCusker, J., Monette, J., . . . Carmichael, P.-H. (2015). Recognizing acute delirium as part of your routine [RADAR]: A validation study. *BMC Nursing*, 14(1), 1-13. doi: 10.1186/s12912-015-0070-1
- Wilson, J. E., Mart, M. F., Cunningham, C., Shehabi, Y., Girard, T. D., MacLulich, A. M. J., . . . Ely, E. W. (2020). Delirium. *Nature Reviews Disease Primers*, 6(1), 90. doi: 10.1038/s41572-020-00223-4
- Wyller, T. B. (2020). *Geriatriske lærebok* (3. utgave. utg.). Oslo: Gyldendal.

Vedlegg 1: Confusion Assessment Method (CAM)

Confusion Assessment Method (CAM). Algoritmeversjon.

For å stille diagnosen delirium med CAM algoritmen kreves det at trinn 1 og 2 og enten 3 eller 4 er oppfylt.

1. **Trinn 1: Akutt debut og fluktuerende forløp**

Opplysninger fås som regel fra pårørende eller pleiepersonell som bekreftende svar på følgende spørsmål:

Er det en akutt endring i pasientens mentale funksjon i forhold til hvordan han er til vanlig?

Er det endring i pasientens funksjon og atferd gjennom døgnet, dvs. kommer og går problemene og varierer de i intensitet?

2. **Trinn 2: Uoppmerksomhet**

Bekreftende svar på følgende spørsmål:

Har pasienten problemer med å fokusere oppmerksomhet, er han for eksempel lett å distrahere eller har problemer med å holde tråden i en samtale?

3. **Trinn 3: Desorganisert tenkning**

Bekreftende svar på følgende spørsmål:

Har pasienten tegn på desorganisert og usammenhengende tenkning så som babling eller irrelevant konversasjon, uklare eller ulogiske utsagn, eller uforutsigbare skiftninger mellom forskjellige tema?

4. **Trinn 4: Endret bevissthetsnivå**

Hvis annet svar enn våken (normal) på følgende:

Generell vurdering av pasientens bevissthetsnivå : Våken, oppspilt, somnolent, stupor, koma.

(Norsk elektronisk legehåndbok, 2010)

Vedlegg 2: 4 'A's Test (4AT)



Screening for delirium og kognitiv svikt

Pasientens navn:

(etikett)

Fødselsdato:

Pasientnummer:

Dato:

Tidspunkt:

Testen er utført av:

[1] ÅRVÅKENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)

Pasienten virker tydelig døsig (dvs. vanskelig å vekke og/ eller er åpenbart søvning ved undersøkelsen) eller motorisk urolig/hyperaktiv. Observer pasienten. Hvis pasienten sover, forsøk å vekke pasienten med vanlig stemme eller ved varsom berøring på skulderen. Be pasienten oppgi navn og adresse til hjelp med vurderingen.

Normal (helt årvåken, ikke urolig ved undersøkelse)	0
Lett søvning < 10 sekunder etter oppvåkning, deretter normal	0
Tydelig unormal(t)	4

[2] AMT4 (Forkortet mental vurdering)

Alder, fødselsdato, sted (navnet på sykehuset eller bygning), årstall

Ingen feil	0
1 feil	1
2 feil eller flere/ikke testbar	2

[3] OPPMERKSOMHET

Spør pasienten: "Kan du i baklengs rekkefølge nevne for meg årets måneder, begynn med desember." Å hjelpe pasienten med et innledende spørsmål «hva er måneden før desember?» er tillatt

Rekkefølgen av årets måneder baklengs	Oppgir 7 måneder eller flere korrekt	0
	Begynner, men klarer <7 måneder/ avslår å begynne	1
	Ikke testbar (er uvel, døsig, 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

Instrumentet 4AT er utformet for en rask førstegangs-vurdering av delirium og kognitiv svikt. En skår på 4 eller mer antyder delirium, men er ikke diagnostisk. En mer detaljert vurdering av mental status kan være aktuelt før en setter diagnosen. En skår på 1-3 antyder kognitiv svikt. Mer detaljert testing og informasjon om pasienten er påkrevd. En skår på 0 ekskluderer ikke sikkert delirium eller kognitiv svikt. Mer detaljert testing kan være påkrevd, avhengig av den kliniske situasjonen. Vurderinger under punkt 1-3 er kun basert på observasjon av pasienten når undersøkelsen gjøres. Punkt 4 krever informasjon fra én eller flere kilder, som din egen kunnskap om pasienten, annet personell som kjenner pasienten, fastlege, dokumentasjon, pårørende. Den som utfører vurderingen bør ta hensyn til kommunikasjonsutfordringer (hørselsnedsettelse, dysfasi, mangel på språk) når vurderingen gjennomføres og resultatene tolkes.

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

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

© 2011-2014 MacLellan, Ryan, Cash; 2015 norsk versjon: Gahr V. Bøeg (RN, MChD), Dr PH), Sidsb-Rodd (Spesjell, RN, MChD), Prid, Ahmad Al-Falasi (MChD), Catherine de Souza (Spesjell, RN), og Sigurd Evensen (MD, PhD-Guided). Skårer 4AT (RN) er utvalgt for Statens autorisasjonskontroll.

(Den norske legeforening, 2015)

Vedlegg 3: Søkestrategi

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Type kilde: Kvantitative studier, studier med kombinerte metoder, primær- og sekundærstudier, reviews, doktorgradsavhandlinger, mastergradsoppgaver. Kilder tilgjengelige i fulltekst	Type kilde: Kvalitative studier, upubliserte studier, teoretiske artikler, grå litteratur, politiske dokumenter, bøker, brev og møtereferater
Publiseringsdato: 1.januar 2015- 31.oktober 2021	Publiseringsdato: Før 1.januar 2015, etter 31.oktober 2021
Språk: Engelsk, norsk, svensk og dansk	Språk: Alle andre språk
Deltakere/kontekst: Pasienter med demens på sykehjem	Deltakere/kontekst: Pasienter på sykehus, hjemmeboende pasienter og kognitivt friske pasienter
Annet: Bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium, eventuelt i kombinasjon med diagnostiske kriterier eller observasjoner	Annet: Bruk av kun DSM-5 og ICD-10 for identifisering/diagnostisering av delirium, bruk av kun observasjoner for identifisering av delirium

Problemstilling og forskningsspørsmål

Problemstilling:

- Hva sier forskningen om bruk av kartleggingsverktøy for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem?

Forskningsspørsmål:

1. Hvilke typer kartleggingsverktøy benyttes for å identifisere delirium hos pasienter med demens på sykehjem?
2. Hvordan brukes disse kartleggingsverktøyene i forskningslitteraturen?
3. Hva sier forskningslitteraturen om kartleggingsverktøyenes egnethet for identifisering av delirium hos pasienter med demens på sykehjem?

PCC

Problemstillingen er satt inn i PCC (population, concept og context), som anbefales å bruke i scoping-studier:

PCC: P (demens, delirium), C (kartleggingsverktøy, identifisering), C (sykehjem)

P	1. Dementia 2. Delirium 3. Acute confusion 4. Confusion (Confus*) 5. Disorientation (Disorient*) 6. 2 OR 3 OR 4 OR 5
C	7. Identification (Identif*) 8. Detection (Detect*) 9. Screening (Screen*) 10. Recognition (Recogn*) 11. Assessment (Assess*) 12. 7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11
C	13. Nursing home 14. Care home 15. Long term care 16. Residential care facility 17. 13 OR 14 OR 15 OR 16
PCC kombinert	1 AND 6 AND 12 AND 17

Aktuelle databaser

- CINAHL
- MEDLINE
- PsychINFO
- EMBASE
- Oria og Munin (for søk etter mastergradsoppgaver og doktorgradsavhandlinger)
- Google Scholar (for henvisningssøk/citation search)

I tillegg til elektroniske databaser, vil det også gjennomføres manuelle søk i referanselistene til utvalgte artikler

Vedlegg 4: Søkelogg

Oppdatert søk oktober v2 (30.10.21)

CINAHL

Søk nummer	Søkeord	Antall treff
1	Dementia	69 701
2	Delirium	10 980
3	Acute confusion	5 678
4	Confus*	21 203
5	Disorient*	1 089
6	2 OR 3 OR 4 OR 5	31 260
7	Identif*	741 978
8	Detect*	264 702
9	Screen*	232 051
10	Recogn*	162 886
11	Assess*	1 237 010
12	7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11	2 056 215
13	Nursing home	57 008
14	Care home	58 440
15	Long term care	39 880
16	Residential care facility	1 672
17	13 OR 14 OR 15 OR 16	126 199
18	1 AND 6 AND 12 AND 17	285
19	Published date: 01.01.2015-31-12-2021	107

MEDLINE (OVID)

Søk nummer	Søkeord	Antall treff
1	Dementia	138 036
2	Delirium	20 121
3	Acute confusion	390
4	Confus*	64 679
5	Disorient*	5 024
6	2 OR 3 OR 4 OR 5	85 956
7	Identif*	3 517 725
8	Detect*	2 535 324
9	Screen*	904 405
10	Recogn*	869 202
11	Assess*	3 599 584
12	7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11	9 008 675
13	Nursing home	23 367
14	Care home	2 583
15	Long term care	40 035

16	Residential care facility	216
17	13 OR 14 OR 15 OR 16	62 011
18	1 AND 6 AND 12 AND 17	247
19	Years: Specific year range: 2015-2021	109

PsychINFO (OVID)

Søk nummer	Søkeord	Antall treff
1	Dementia	79 431
2	Delirium	7 590
3	Acute confusion	128
4	Confus*	33 340
5	Disorient*	3 535
6	2 OR 3 OR 4 OR 5	42 355
7	Identif*	653 013
8	Detect*	152 527
9	Screen*	128 987
10	Recogn*	234 803
11	Assess*	891 360
12	7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11	1 676 649
13	Nursing home	10 172
14	Care home	1 125
15	Long term care	11 962
16	Residential care facility	204
17	13 OR 14 OR 15 OR 16	21 455
18	1 AND 6 AND 12 AND 17	172
19	Years: Specific year range: 2015-2021	45

EMBASE

Søk nummer	Søkeord	Antall treff
1	Dementia	224 855
2	Delirium	41 708
3	Acute confusion	1 029
4	Confus*	121 592
5	Disorient*	18 780
6	2 OR 3 OR 4 OR 5	170 689
7	Identif*	4 926 216
8	Detect*	3 422 697
9	Screen*	1 505 727
10	Recogn*	1 156 408
11	Assess*	5 861 523
12	7 OR 8 OR 9 OR 10 OR 11	13 032 323
13	Nursing home	69 073
14	Care home	3 649
15	Long term care	149 910

16	Residential care facility	286
17	13 OR 14 OR 15 OR 16	209 744
18	1 AND 6 AND 12 AND 17	654
19	Years: Specific year range: 2015-2021	300

Kilder importert til EndNote: 561

Vedlegg 5: Tabell med data fra kartleggingsfasen

Forfatter, årstall	Studie- sted	Metode, utvalg	Hensikt	Kartleggingsverktøy	Bruk	Egnethet
1 Ciampi et al., 2017	Canada	Analyse av data fra prospektiv observasjonskohortstudie. 104 pasienter med delirium eller sannsynlig delirium, fra syv ulike sykehjem. 89 av disse med demens.	Bidra til økt forståelse for forløpet av delirium på sykehjem, ved bruk av verktøyet DI. Forbedring av verktøyet.	Delirium Index (DI): Måler alvorlighetsgrad av delirium, skala fra 0-21, høyere score indikerer høyere alvorlighetsgrad av delirium. Observasjonsbasert. Confusion Assessment Method (CAM): Kriterier for sannsynlig delirium: akutt eller fluktuerende forløp, uoppmerksomhet, uorganisert tankegang eller endret bevissthetsnivå.	CAM: Positivt resultat som inklusjonskriterium, pasienter med delirium og sannsynlig delirium ble inkludert. DI: Hovedvariabel, repetert ukentlig i 6 mnd. Begge verktøyene ble utført av en øvet forskningsassistent.	DI: Et validert verktøy for måling av alvorlighetsgrad ved delirium.
2 Ciampi et al., 2019	Canada	Analyse av data fra prospektiv observasjonskohortstudie. 276 pasienter med risiko for delirium fra syv ulike sykehjem. 181 av disse med demens.	Studere forløpet av delirium på sykehjem, ved bruk av data fra en tidligere studie på sykehjem. Sammenligne resultater fra sykehjem med resultater fra akuttmottak.	Delirium Index (DI): Måler alvorlighetsgrad av delirium. Observasjonsbasert. Består av 8 ulike symptomer: uoppmerksomhet, uorganisert tankegang, endret bevissthetsnivå, desorientering, redusert hukommelse, persepsjonsforstyrrelser, hyperaktivitet og hypoaktivitet. Vurderes med en score fra 0-4. 0=fravær, 1=lav, 2=medium, 3=høy alvorlighetsgrad av et symptom. Tallene fra hvert symptom summeres, og kan gi en total score på 0-21. Confusion Assessment Method (CAM): Kriterier for sannsynlig delirium: akutt eller fluktuerende forløp, uoppmerksomhet, uorganisert tankegang eller endret bevissthetsnivå.	CAM: Ble brukt for å skille mellom delirium, sannsynlig delirium og ikke delirium, både i starten og underveis i studien. DI: Hovedvariabel, repetert ukentlig i 6 mnd. Begge verktøyene ble utført av en øvet forskningsassistent.	CAM: Foretrukket foran andre verktøy for bruk i studier på sykehjem.
3 Lee, 2020	Korea	Systematic review. 9 studier inkludert. Populasjon varierer mellom 131 pasienter fra ett sykehjem til 11745 pasienter fra 90 ulike sykehjem	Undersøke rapporterte risikofaktorer for utvikling av delirium på sykehjem i primærstudier.	Confusion Assessment Method (CAM). Neelon and Champagne Confusion Scale (NEECHAM confusion scale). Nursing Home-Confusion Assessment Method (NH-CAM).	Kartleggingsverktøy brukes for å vise forekomst av delirium eller begynnende delirium i de inkluderte studiene, for å kunne si noe om risikofaktorer for delirium.	Et validert kartleggingsverktøy for identifisering av delirium ble brukt i alle studiene.
4 Moon & Park, 2018	Korea	Prospektiv kohortstudie. 173 pasienter fra 2 ulike sykehjem. 82 av disse med kognitiv svikt, 54 med demens.	Kartlegge forekomst av delirium blant pasienter på sykehjem, utfall relatert til delirium, forekomst av DSD og utfall relatert til DSD.	Short Confusion Assessment Method (S-CAM): (a) akutt debut, (b) uoppmerksomhet og (c) uorganisert tankegang eller endret bevissthetsnivå.	Brukes for å skille mellom delirium og ikke delirium, både i starten og underveis i studien, kartlegges to ganger daglig (morgen og ettermiddag) i 3 mnd., av sykepleiere i avdelingen med 3x2	CAM skal være den beste metoden for å kartlegge delirium på sykehjem, og har vist høy sensitivitet og spesifisitet.

					timers trening i bruk av verktøyet.	
5 Morichi et al., 2018	Italia	Punkt-prevalens-studie. 1 454 pasienter fra 71 ulike sykehjem. 754 av disse med demens.	Kartlegge (punkt) prevalensen av delirium på italienske sykehjem.	4 'A's Test (4AT): Kort test for vurdering av delirium og kognitiv svikt. Består av fire symptomer knyttet til delirium. Score 0=fravær av delirium og kognitiv svikt, 1-3=mulig generell kognitiv svikt, 4 eller høyere=sannsynlig delirium Delirium Motor Subtype Scale (DMSS): En skala som består av 11 motoriske symptomer knyttet til delirium, 4 hyperaktive og 7 hypoaktive. Symptomene vurderes å være til stede eller ikke, og minst to av hver type må være til stede for å møte kriteriene for undertype. Symptomer fra begge typer klassifiseres som blandet type. Kartlegger symptomer de siste 24 timer, av helsepersonell som kjenner pasientens atferd.	4AT: Brukes for å kartlegge prevalensen av delirium på sykehjem. DMSS: brukes for å identifisere undertyper av delirium ved positiv 4AT. Begge verktøyene ble brukt av lege på sykehjemmet, fortrinnsvis geriater med lang erfaring fra sykehjem.	4AT: Validert i akutte og postakutte settinger. Krever ingen trening på forhånd. Høyere sensitivitet og lavere spesifisitet ved demens grunnet påvirkning av orientering og oppmerksomhet. Dette kan føre til overdiagnostisering. Symptomer på delirium og demens overlapper, og det finnes per nå ingen ideelle kartleggingsverktøy for pasienter med demens.
6 Oh et al., 2017	USA	Evidence review. 127 studier inkludert, fra sykehus, sykehjem og hjemme-tjeneste. Kun én studie fra sykehus og sykehjem, med totalt 193 pasienter.	Oppsummere fremskritt innen diagnostikk, forebygging og behandling av delirium hos eldre fra de siste 6 årene, fremheve kritiske områder for fremtidig forskning på feltet.	Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR): Tar i snitt 7 sekunder å gjennomføre.	Brukes av helsepersonell for å identifisere delirium i studien.	Generell sensitivitet: 73 Ved kognitiv svikt: 71,4 Generell spesifisitet: 67 Ved kognitiv svikt: 42,9
7 Oudewortel et al., 2019	Nederland	Deskriptiv tverrsnittstudie. 163 pasienter med kognitiv svikt eller demens, uten delirium. 106 pasienter fra en hukommelses-klinikk (geriatrisk poliklinikk), 57 pasienter fra et sykehjem for personer med demens.	Evaluerer testytelse på enkle og mye brukte eksekutive tester av oppmerksomhet og organisert tenkning, hos pasienter uten delirium på poliklinikk og på institusjon, med variert alvorlighetsgrad av kognitiv svekkelse. Estimere potensielle falske positive (og sanne negative) resultater.	Confusion Assessment Method - Intensive Care Unit (CAM-ICU)	Brukes for å kartlegge oppmerksomhet og organisert tankegang, for å se på falske positive og sanne negative resultater. Undersøke om verktøyet kan brukes for å identifisere DSD. Kun to deler av kartleggings-verktøyet ble brukt. Verktøyet brukes av geriater eller psykolog.	Foreslått test for å identifisere DSD (delirium og demens). Antall falske positive øker med alvorlighetsgrad av demens. Funn antyder at verktøyet ikke er egnet for å påvise DSD eller utelukke delirium hos pasienter med alvorlig demens, men kan bidra til å utelukke delirium hos pasienter med mild til moderat grad av demens.

8	Pérez-Ros et al., 2019	Spania	Kohort ("trial-nested") case-kontrollstudie. 443 pasienter fra 6 ulike sykehjem. 386 av disse med kognitiv svikt eller demens.	Identifisere bakenforliggende og utløsende årsaker til delirium, utvikle en prediktiv modell for delirium basert på disse årsakene.	Confusion Assessment Method (CAM): Består av fire elementer: 1) Akutt debut og fluktuerende forløp, 2) uoppmerksomhet, 3) uorganisert tankegang og 4) endret bevissthetsnivå. Pasienten må ha positiv 1 og 2, i tillegg til 3 eller 4 for å få diagnosen delirium.	Verktøyet brukes for å identifisere delirium og som indikatorvariabel, sammen med DSM-5. Verktøyet brukes av 5 eksterne sykepleiere som ikke er ansatt på sykehjemmene.	Mye brukt for identifisering av delirium. Høy sensitivitet (94-100) og spesifisitet (90-95) sammenlignet med klinisk diagnostikk. Demens kan «skjule» symptomer på delirium, og føre til manglende identifisering. Den viktigste begrensningen i studien er mulig manglende identifisering av hypoaktivt og blandet delirium hos pasienter med demens.
9	Quispel-Aggenbach et al., 2018	Nederland	Systematic review. 27 studier inkludert fra sykehus og sykehjem. Fire studier fra sykehjem med totalt 141 pasienter. 106 av disse med demens.	Undersøke sensitivitet og spesifisitet til raske verktøy for screening av delirium «bedside» hos eldre pasienter.	På sykehjem: Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR). The concentration subscale (10 ulike tester) of the Hierarchic Dementia Scale (HDS)	Verktøyene brukes av sykepleiere, pleieassistenter og/eller forskningsassistenter i studiene på sykehjem for å identifisere delirium. I alle studiene testes verktøyene ut for bruk i sykehjem. RADAR tar i snitt 7 sekunder å gjennomføre.	RADAR: I én av studiene rapporteres høy sensitivitet (100) og litt lavere spesifisitet (77) ved bruk av RADAR hos pasienter med demens, mens en annen studie rapporterer lavere sensitivitet (71) og spesifisitet (43) ved bruk av verktøyet 3-4 ganger daglig hos pasienter med demens. To av studiene rapporterer ikke noe om dette for RADAR. HDS: Kun Months of the Year Backwards (MOTYB) rapporteres, sensitivitet 64 og spesifisitet 79. Ingen av funnene for pasienter med demens har blitt konsekvent reproduisert i flere studier.
10	Sabbe et al., 2021	Belgia	Tverrsnitt/Punkt-prevalensstudie. 338 pasienter fra 6 ulike sykehjem. 93 av disse med demens.	Kartlegge (punkt) prevalensen av delirium og risikofaktorer for delirium på belgiske sykehjem.	Delirium Observation Screening Scale (DOSS): Basert på DSM-5. Består av 13 ulike symptomer knyttet til atferd ved delirium. En score på 0 er definert som «normal atferd», altså fravær av atferdsendringer. Høyeste score er 13. En score på 3 eller mer indikerer at pasienten sannsynligvis har delirium, og nærmere undersøkelse er nødvendig.	Kartleggingen ble utført av 3 forsknings-sykepleiere med opplæring i trening i kartlegging av delirium, for å kartlegge prevalensen av delirium på sykehjem.	Utviklet for helsepersonell uten spesifikk trening i gerontologi eller atferdsendringer, for å kunne øke bruken av kartleggingsverktøy i klinisk praksis. Lar helsepersonellet utføre kartleggingen «bedside», gjentatte ganger daglig, uten belastning for pasienten. Høy generell sensitivitet (90) og spesifisitet (92) for identifisering av delirium, studien nevner ikke nøyaktighet hos pasienter med demens. Tydelig sammenheng mellom alvorlighetsgrad av demens (score på kognitivt

						screeningverktøy) og delirium (score på DOSS).
11 Teale et al., 2018	England	Prospektiv observasjonskohortstudie. 216 pasienter fra 9 ulike sykehjem. 87 av disse med demens, 115 av disse med kognitiv svikt.	Teste gjennomførbarehet, diagnostisk nøyaktighet og test-retest reliabilitet av verktøyet DOSS når det brukes for rutinemessig kartlegging av delirium i den kliniske hverdagen på sykehjem.	Confusion Assessment Method (CAM): Basert på DSM. Består av fire komponenter: i) akutt debut og fluktuerende forløp, ii) oppmerksomhetsforstyrrelse, iii) ytterligere kognitive forstyrrelser og iv) endret bevissthetsnivå. CAM er positiv dersom pasienten har i) og ii) og enten iii) eller iv). Tar 5-10 minutter å gjennomføre. Delirium Observation Screening Scale (DOSS): Basert på DSM. Basert på ikke-tekniske observasjoner av helsepersonell under daglig stell og pleie. Det originale verktøyet har 25 symptomer, men har blitt kortet ned til 13 med fokus på hyperaktivt delirium. Tar under 5 minutter å gjennomføre. Months of the Year Backwards (MOTYB): kartlegger oppmerksomhet.	CAM: Brukes som sammenligningsgrunnlag for DOSS. Grunnleggende kartlegging av alle deltakere i studien (referansetest), utført to ganger per uke av forskere som fikk trening i bruk av verktøyet på forhånd. DOSS: Testet ut for bruk i sykehjem, utført daglig av ansatte på sykehjem som fikk trening i bruk av verktøyet på forhånd. MOTYB: Brukt av forskere som supplement til CAM, for kartlegging av oppmerksomhet.	CAM: Mye brukt i forskning, anbefalt for å bekrefte delirium i klinikken. Høy sensitivitet og spesifisitet for identifisering av delirium, muligens lavere sensitivitet ved demens. DOSS: Utviklet for bruk i akuten for å identifisere delirium. Funn viser at verktøyet ikke er egnet for identifisering av delirium på sykehjem grunnet lav sensitivitet, men kan muligens brukes for å ekskludere delirium.
12 Voyer et al., 2016	Canada	Analyse av data fra valideringsstudie. 141 pasienter fra tre avdelinger på sykehus, 50 pasienter fra fem ulike sykehjemsavdelinger. På sykehjem: 40 pasienter med kognitiv svikt, 35 med demens.	Undersøke nytten av 10 enkle og objektive oppmerksomhetstester for effektiv screening av delirium hos pasienter med og uten kognitiv svekkelse.	The concentration subscale of the Hierarchic Dementia Scale (HDS): Omfattende verktøy som brukes for å vurdere kognitiv svikt og demens. Inneholder 10 ulike tester som måler oppmerksomhet: 1) Serial Sevens Subtraction, 2) Serial Threes Subtraction, 3) Months of the Year Backward (MOTYB), 4) Days of the Week Backward, 5) Counting 93 to 85, 6) Counting 10 to 1, 7) Months of the Year Forward, 8) Days of the Week Forward, 9) Counting 1 to 10, 10) Counting Objects. Testene er organisert hierarkisk, slik at den vanskeligste testen gjennomføres først. Pasienter scores 0-10, og representerer den vanskeligste testen pasienten klarer å gjennomføre. Confusion Assessment Method (CAM): Tar 10 minutter å gjennomføre. Basert på DSM. Kriterier:	CAM: Ble brukt for å måle symptomer på delirium. HDS: Ble brukt for å vurdere både oppmerksomhet og alvorlighetsgrad av kognitiv svikt, for å vurdere om testene kan brukes for å identifisere delirium. Både CAM og HDS ble utført av forskningsassistenter med trening i delirium og bruk av verktøyene, brukes i kombinasjon med DSM-5.	HDS: Noen av testene brukt i studien er mye brukt både i forskning og i klinikken, veletablert validitet og reliabilitet. Months of the Year Backwards (MOTYB) fungerte best i forhold til generell sensitivitet (83%) og spesifisitet (63%). Ingen av testene viste sensitivitet eller spesifisitet over 50% for pasienter med demens. CAM: Etablert og mye brukt verktøy for identifisering av delirium, både i forskning og i klinikken, høy sensitivitet og spesifisitet sammenlignet med diagnose satt av spesialist.

				forstyrrelser i bevissthet og oppmerksomhet som utvikles over kort tid og fluktuerer i alvorlighet gjennom dagen, i tillegg til forstyrrelser i kognisjon.		
13 Voyer et al., 2015	Canada	<p>Valideringsstudie.</p> <p>142 pasienter fra tre avdelinger på sykehus og 51 pasienter fra fem avdelinger på sykehjem. På sykehjem: 41 med kognitiv svikt, 36 med demens. 63 sykepleiere, 70 hjelpepleiere og 6 sykepleierstudenter</p>	<p>Evaluere validitet og reliabilitet for verktøyet RADAR, samt måle verktøyets aksept blant helsepersonell på sykehjem og sykehus</p>	<p>Confusion Assessment Method (CAM): Basert på DSM. Gjennomføres på 5-10 minutter. Kriterier: forstyrrelser i bevissthet og oppmerksomhet som utvikles over kort tid og fluktuerer i alvorlighet gjennom dagen, i tillegg til forstyrrelser i kognisjon.</p> <p>Recognizing Acute Delirium As part of your Routine (RADAR): Basert på DSM. Observasjonsbasert. Tar i snitt 7 sekunder å gjennomføre. Brukes ved daglig administrering av medisiner. Består av tre elementer, der helsepersonellet spør seg selv om: 1) Var pasienten døsig? 2) Hadde pasienten problemer med å følge instruksjoner og 3) Hadde pasienten trege bevegelser? RADAR regnes som positiv dersom man kan svare ja på minst én av disse.</p>	<p>CAM: brukes av forskningsassistenter med trening i bruk av verktøyet, for å identifisere delirium hos pasientene (referansemåling).</p> <p>RADAR: testes ut på sykehjem av sykepleiere, hjelpepleiere og sykepleierstudenter flere ganger daglig etter at de har fått undervisning i delirium og bruk av verktøyet, samtidig som den brukes av en forskningsassistent for sikring av inter-rater reliabilitet.</p> <p>Begge verktøyene brukes i kombinasjon med DSM-5.</p>	<p>CAM: Det mest brukte verktøyet for å identifisere delirium, både i klinikken og i forskning. Opprinnelig utviklet for bruk på sykehus. Krever kartlegging av kognitiv status før bruk. Mangel på trening i bruk av verktøyet, mangel på tilstrekkelig kognitiv vurdering i forkant og demens kan føre til uriktige målinger ved bruk av CAM i klinikken. Høy sensitivitet og spesifisitet ved bruk i forskning, lavere sensitivitet ved bruk i klinikken av sykepleiere. Høyere sensitivitet og spesifisitet sammenlignet med diagnose satt av psykiater. Barrierer for implementering i praksis: tar for lang tid å gjennomføre, vansker med å bruke verktøyet, mangel på generaliserbarhet og validitet i ulike settinger og populasjoner.</p> <p>RADAR: Funn viser at det er egnet for pasienter med og uten kognitiv svekkelse, krever ingen trening på forhånd, tar kort tid å gjennomføre, er enkelt å bruke og avdekker både hypoaktivt og hyperaktivt delirium. Pasienten trenger ikke å intervjues, det er ikke behov for å innhente ytterligere informasjon fra pårørende eller journal og det er ikke behov for å vite noe om pasientens normale funksjonsnivå. Helsepersonell rapporterer at elementene i RADAR var enkle å forstå, de</p>

						mente de hadde tilstrekkelig kunnskap for å besvare elementene, medisinutdeling var et hensiktsmessig tidspunkt for å observere pasientene og bruk av RADAR førte ikke til økt arbeidsbelastning.
--	--	--	--	--	--	---

